

Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas

*Implicaciones
en programas
y políticas*



Jessie Schutt-Aine, MPH
Matilde Maddaleno, MD, MPH



SALUD SEXUAL Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LAS AMÉRICAS: IMPLICACIONES EN PROGRAMAS Y POLÍTICAS

Jessie Shutt-Aine, MPH
Matilde Maddaleno, MD, MPH



Asdi



Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes
Programa de Salud de la Familia y Población
División de Promoción y Protección de la Salud

Programa de VIH/SIDA
División de Prevención y Control de las Enfermedades

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Esta publicación se realizó gracias al apoyo financiero de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y NORAD.

Deseamos agradecer las contribuciones de nuestros colegas de OPS y la División de Promoción y Protección de la Salud (HPP) por su revisión del documento. Queremos agradecer, además, los comentarios técnicos y retroalimentación de las siguientes personas:

Lindsay Stewart, FOCUS on Young Adults
Lucimar Rodrigues, OPS, El Salvador
Francisca Infante, OPS, Salud de Adolescentes y Programa de Desarrollo, Washington
Fernando Zacarías, OPS, Washington
Rafael Mazín, OPS, Washington
Natalie Brinck, OPS, Washington

Abreviaturas

AGI: Alan Guttmacher Institute
APF: Asociación de Planificación Familiar
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
EDS: Encuesta Demográfica y de Salud
FNUAP: Fondo de Población de Naciones Unidas
IEC: Información, Educación y Comunicación
IPPF: Federación Internacional de Planificación de la Familia
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PIB: Producto Interior Bruto
SIECUS: Sexuality Information and Education Council of the United States
UNESCO: Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNF: United Nations Foundation
UNPOPIN: United Nations Population Information Network
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano
WAS: World Association for Sexology
YARH: Young Adult Reproductive Health

Las solicitudes para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, USA. La referencia recomendada para esta publicación es: Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, DC.

Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas

Copyright © 2003 Organización Panamericana de la Salud
Revisión de texto: *Marta Madina; Sylvia Singleton*
Diseño: *Sylvia Singleton*
Fotos de la portada: *Armando Waak, OPS*

► Índice

| | |
|--|-----------|
| Prefacio | 4 |
| Introducción | 5 |
| Situación de la juventud en las Américas | 6 |
| <i>La población y el "regalo demográfico"</i> | 6 |
| <i>Educación</i> | 7 |
| <i>Trabajo y empleo</i> | 8 |
| <i>Estructura y dinámicas familiares</i> | 9 |
| <i>Salud sexual y reproductiva</i> | 10 |
| Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes | 19 |
| <i>Salud sexual y desarrollo de los adolescentes</i> | 20 |
| <i>Salud sexual y sexualidad de adolescentes</i> | 21 |
| Resultados deseables de la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes | 23 |
| <i>Resultados de la salud sexual</i> | 23 |
| <i>Resultados de la salud reproductiva</i> | 26 |
| Factores que influyen en el desarrollo y la salud sexual de los adolescentes | 30 |
| <i>Factores individuales que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente</i> | 30 |
| <i>Factores biológicos</i> | 30 |
| <i>Factores cognitivos</i> | 31 |
| <i>Desarrollo psicosocial</i> | 32 |
| <i>Influencias sociales y ambientales sobre la salud sexual y el desarrollo del adolescente</i> | 36 |
| <i>Familia y pares</i> | 36 |
| <i>Educación y escuelas</i> | 38 |
| <i>Sociedad y cultura</i> | 39 |
| <i>Situación socioeconómica y equidad</i> | 40 |
| <i>Derechos, empoderamiento y ambiente político</i> | 41 |
| <i>Medios de comunicación</i> | 41 |
| Implicaciones del nuevo marco conceptual en políticas y programas de adolescentes y jóvenes | 44 |
| <i>Lo que funciona y lo que no funciona</i> | 45 |
| <i>Programas de desarrollo juvenil</i> | 45 |
| <i>Programas de desarrollo juvenil con sexualidad</i> | 46 |
| <i>Programas de educación sexual</i> | 47 |
| <i>Servicios de planificación familiar basados en las escuelas</i> | 47 |
| <i>Educación sexual en la familia</i> | 48 |
| <i>Centros juveniles multi-servicios</i> | 49 |
| <i>Programas de educación de pares juveniles</i> | 50 |
| <i>Programas en los lugares de trabajo</i> | 50 |
| <i>Programas educativos de salud basados en habilidades para la vida</i> | 51 |
| Desafíos para el futuro | 53 |
| <i>Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes</i> | 53 |
| <i>Promover ambientes seguros y sanos</i> | 54 |
| <i>Desarrollar y fortalecer planes de acción y programas</i> | 55 |
| <i>Servicios de salud para adolescentes y jóvenes</i> | 55 |
| <i>Promover la participación juvenil</i> | 56 |
| <i>Promover la participación de la familia y la comunidad</i> | 57 |
| <i>Apoyar el desarrollo de habilidades y competencias de los adolescentes</i> | 57 |
| <i>Desarrollar las capacidades y los recursos humanos</i> | 58 |
| <i>Involucrar a los medios de comunicación y la comunicación social</i> | 59 |
| <i>Apoyar la investigación y la evaluación</i> | 59 |
| <i>Construir alianzas y colaboración</i> | 60 |
| Glosario | 61 |
| Bibliografía | 66 |
| Anexo | 72 |

▷ Prefacio

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido pionera en aproximarse a la salud de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de su ambiente social y económico. La creación de la unidad de desarrollo y salud del adolescente en OPS en 1992 demostró el compromiso de la organización con las juventudes de las Américas.

Cuando se terminó de definir el Plan de Acción para la Salud y el Desarrollo del Adolescente (1998-2001), diversos países en la Región habían asumido el marco conceptual para la salud y el desarrollo del adolescente y habían reconocido que la salud y el desarrollo eran metas complementarias. Se han dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los Programas Nacionales de Salud Adolescente adoptados recientemente. Sin embargo, según los resultados de una encuesta realizada en 23 países en 2001 (Nirenberg y cols., 2002), muchos países de la Región todavía consideran la salud sexual y reproductiva como un área que se debe fortalecer y mejorar.

En la medida que la Unidad de Salud y Desarrollo del Adolescente se embarca en un nuevo Plan de Acción para el 2002-2006, los países están cada vez más preocupados sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud, especialmente ante la epidemia del SIDA. Los estudios recientes y las evaluaciones de programas del pasado indican que la sexualidad y la salud del adolescente se deben tratar desde una perspectiva de desarrollo más amplia. La sexualidad del adolescente no se debe ver como un problema, sino que se debe abordar desde una perspectiva de promoción y protección de la salud.

Como respuesta a estas inquietudes, OPS propone un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad del adolescente desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. El enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que los resultados de la salud sexual están relacionados con factores como la cultura, la familia y el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes. El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la juventud como una oportunidad para la Región. Ha sido diseñado para llegar a diferentes niveles de influencia, como a los encargados de formular políticas y a los planificadores de programas a escala nacional con el fin de alentarlos para que integren los programas, las políticas y los servicios de prevención y protección.

Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional
Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes
Programa de Salud de la Familia y Población
División de Promoción y Protección de la Salud
OPS/OMS
Febrero 2003

▷ Introducción

La adolescencia es una etapa decisiva del desarrollo que determina la forma en que los y las adolescentes vivirán su vida como adultos, no sólo en el área de la reproducción, sino también en el ámbito social y económico (Mensch y cols., 1998). La salud de los adolescentes (10–19 años de edad) y jóvenes (15–24 años de edad)¹ es un elemento clave para el progreso social, económico y político de las Américas. Sin embargo, muy a menudo las necesidades y derechos de los adolescentes no están presentes en las políticas públicas ni en las agendas del sector salud, excepto cuando los adolescentes presentan un comportamiento que la sociedad califica de negativo o problemático. Un factor que contribuye a esto es que, si se comparan con los niños y los adultos mayores, los adolescentes enfrentan muy pocas condiciones que amenacen su vida. No obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocan morbilidad o mortalidad en la edad adulta son hábitos que se han adquirido durante la adolescencia (OPS, 1998b). Por lo tanto, un enfoque centrado en promover la salud y la prevención es crucial para una adolescencia y vida adulta sanas.

Cuando los jóvenes no consiguen llegar a la edad adulta en buena salud, con una educación adecuada y sin embarazos, el costo que esto supone para los gobiernos y los individuos es considerable. Estos costos son casi siempre superiores al costo de los programas para ayudar a la juventud a lograr estas metas. Un análisis de costos realizado en Estados Unidos reveló que el país realiza un desembolso anual aproximado de US\$20 mil millones en gastos de mantenimiento de ingresos, cuidados de salud y nutrición de familias iniciadas por adolescentes. Incorporar al grupo adolescente en los planes de salud de los países de la Región y construir una infraestructura para promover el desarrollo de la juventud es una inversión sólida para el futuro (Burt, 1998).

Este documento plantea un cambio de paradigma para los legisladores y planificadores de programas para que adopten una visión nueva y positiva de la juventud, con un enfoque integral respecto a su desarrollo, que incluya su sexualidad. Los legisladores, planificadores de programas y la sociedad adulta con frecuencia asocian la adolescencia y la juventud con una edad problemática. Los términos como “delincuencia adolescente”, “violencia juvenil” y “problemas juveniles” conducen a una imagen negativa de este grupo de edad. Los programas suelen limitarse a tratar “el embarazo adolescente” y promover la abstinencia y el uso del condón, y el término “madre adolescente” se considera un fracaso, aunque esto no sea *siempre* el caso. Los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano y los conceptos como amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo con frecuencia no se incluyen en intervenciones de salud sexual y reproductiva. Se han identificado los indicadores de éxito y de desarrollo adolescente positivo, como el nivel de conexión con la familia, la escuela y/o la comunidad, como valores de desarrollo que previenen comportamientos de riesgo, y que se deben promover. En lugar de ser estigmatizadas o discriminadas por pertenecer a un cierto grupo de edad, es necesario que las personas jóvenes sean reconocidas como actores estratégicos para conseguir el desarrollo sostenible y el cambio social positivo.

Este documento se centra en las juventudes de la Región de las Américas, pero en ningún momento se considera a este grupo como homogéneo. Por el contrario, es importante reconocer que los adolescentes varían en lo que se refiere a su ambiente social, circunstancias económicas, culturales y subculturales, género y estado civil. Los jóvenes son estudiantes, trabajadores, soldados, madres y padres, casados, solteros, divorciados, indígenas, de diversos orígenes étnicos, indigentes, niños de la calle y huérfanos. Juntos, representan un segmento de población rico y dinámico. Aunque las necesidades específicas de cada subgrupo son demasiado complejas como para incluirlas en este documento, los programas y las políticas necesitan tener en cuenta esta riqueza y exclusividad de cada subgrupo adolescente para que sean efectivos (OPS, 2002).

¹ OPS y OMS definen la adolescencia como el período entre los 10 y 19 años de edad y la juventud como el período entre 15 y 24 años de edad; el término “personas jóvenes” se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. *A Picture of Health?* Ginebra. 1995.

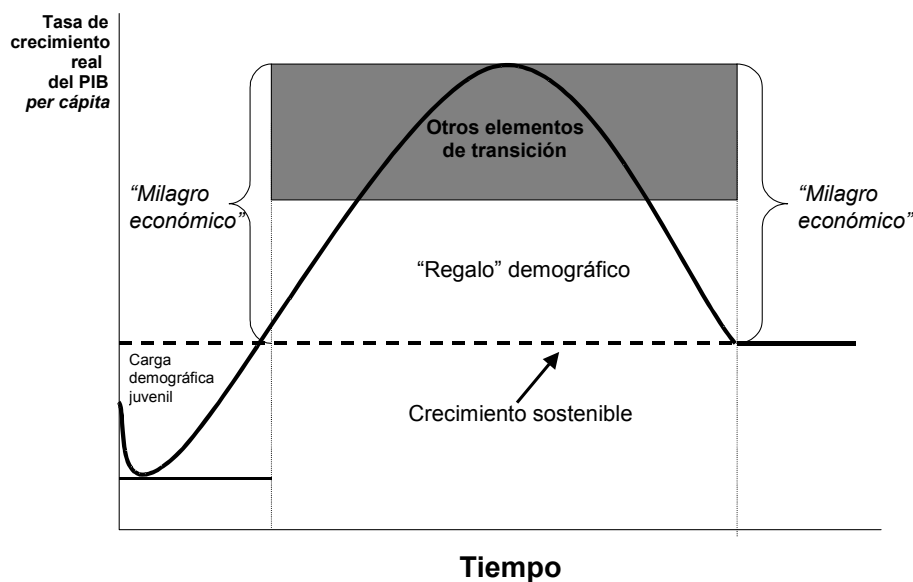
▷ Situación de la juventud en las Américas

▷▷ La población y el “regalo demográfico”²

La gente joven representa un segmento de la población cada vez más importante. En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes entre 10 y 24 años de edad representan el 30% de la población, y los adolescentes entre 10 y 19 años conforman el 20% de la población. Esta distribución se divide de forma igualitaria entre hombres y mujeres (CEPAL, 2000). El número de personas jóvenes en la Región es de 155 millones (según datos del 2000) y se espera que se alcancen los 163 millones para el año 2025 (Population Reference Bureau, 2000). Se estima que el 80% de las personas jóvenes de la Región vive en áreas urbanas (CEPAL, 2000) y el 65% vive en la pobreza (CEPAL, 1997). El crecimiento de la población joven varía dentro de la Región. En el Caribe, por ejemplo, la población joven se espera que se mantenga en 11 millones, mientras que en América Central y Sudamérica se espera que este grupo de población aumente con la excepción de Uruguay, Guyana y Panamá (Population Reference Bureau, 2000).

Según la Universidad de Harvard, la dinámica de la población puede contribuir al desarrollo económico de un país, como ocurrió en varios países del este asiático—cuyo rápido crecimiento económico es conocido como el “milagro económico” (Bloom y Williamson, 1998). El milagro ocurrió en parte porque la transición demográfica del este asiático dio como resultado un crecimiento de su población en edad de trabajar mucho mayor que el de su población dependiente, lo que expandió la capacidad productiva per cápita de las economías del este asiático entre 1960 y 1990. El crecimiento del este de Asia dependió en parte de la inversión oportuna de los gobiernos en salud y en educación secundaria. Estas economías tuvieron lo que se conoce como un “regalo demográfico”.

Modelo de crecimiento económico y transición demográfica



Fuente: Bloom y Williamson, 1998

² Basado en la Universidad de Harvard, Instituto de Desarrollo Internacional de Harvard, abril 1998.

Regalo demográfico

De acuerdo con este modelo, si los gobiernos invirtieran en proveer educación secundaria universal y redujeran el porcentaje de deserción, cuando las cohortes “dependientes” (o la “carga demográfica”) llegaran a la edad laboral, serían productivas y podrían contribuir en forma significativa al crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB), como se indica en la curva ascendente. Este milagro económico potencial depende del nivel de educación, salud y productividad de la población joven cuando se integren en la fuerza laboral.

Varios países en la Región están experimentando una transición demográfica que se puede considerar como regalo demográfico (Bloom y Canning, 2001). En la Región, la actual situación demográfica se caracteriza por una amplia cohorte de jóvenes “dependientes”. A medida que la juventud alcance la edad de trabajar y entre en el mercado laboral, se producirá un aumento en la razón entre las poblaciones en edad

de trabajar y no trabajar —lo cual sería un indicador potencial de crecimiento económico futuro de la Región. Según este análisis, los países con las tasas de fecundidad más elevadas como Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua tienen el potencial de recibir este regalo. Sin embargo, este análisis depende de políticas económicas sólidas para el crecimiento y de las inversiones que se realicen en educación secundaria y salud. Los legisladores de América Latina necesitan actuar ahora e invertir en esta generación de jóvenes y ayudarles a que sean productivos una vez que empiecen a trabajar. Con las inversiones adecuadas, la población joven económicamente activa será el motor del crecimiento económico y un agente para el cambio social en la Región (Bloom y cols., 1999; Jacinto y cols., 2000). Sin embargo, si se margina a la juventud, su crecimiento repercutirá negativamente en los sistemas de salud, educación y trabajo, que ya de por sí son incapaces de satisfacer las necesidades y exigencias de las personas jóvenes.

▷▷ Educación

El logro educativo constituye una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón (Magnani y cols., 2001). Los estudios sugieren que existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad (Behrman y cols., 1999). Cuando las mujeres reciben más de cuatro años de formación escolar (equivalente más o menos a la alfabetización funcional) se crea una de las relaciones negativas más sólidas y constantes respecto a la fertilidad.

Los niveles de educación de las personas jóvenes en América Latina y el Caribe han mejorado significativamente durante las últimas décadas. El porcentaje de analfabetismo (entre las personas de 15 años en adelante) ha disminuido del 26% en 1970 al 12% en 2000; el porcentaje de mujeres analfabetas descendió del 30% en 1970 a menos del 13% en 2000 según estimaciones de 1999 (UNESCO, 1999). La mejora de los porcentajes de alfabetización demuestra que la Región ha progresado en la provisión de acceso universal a educación a nivel primario. Sin embargo, a medida que la población joven satisface su necesidad de educación primaria, la demanda de educación secundaria y terciaria aumenta. La evidencia de esto es la demanda de educación terciaria en países como Argentina, Brasil y México, la cual matricula entre 1 y 2 millones de estudiantes (Bloom y Canning, 2001).

Cuando las mujeres reciben más de cuatro años de formación escolar, se crea una relación negativa respecto a la fertilidad

A pesar de estos logros, es importante reconocer que los niveles de educación varían mucho de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha llevado a cabo estudios para determinar el nivel de educación mínimo necesario para lograr un estándar de vida básico en áreas urbanas y rurales de la Región (CEPAL, 1997). CEPAL estima que en las áreas urbanas se necesitan por lo menos 12 años de educación, mientras que en las áreas rurales se necesitan nueve. De acuerdo a este análisis, un promedio de 80% de los jóvenes urbanos de la Región vienen de hogares donde sus padres recibieron menos de 10 años de educación, debajo del umbral necesario para alcanzar el estándar de vida mínimo. Aunque los jóvenes consiguen tener más años de educación que sus padres, de los nueve países con información disponible³, solamente la juventud de Chile se aproxima al logro de los 12 años de educación necesarios para obtener un estándar de vida básico (11,7 años de educación); seguido por Panamá con 11 años. En Brasil, el promedio de jóvenes urbanos alcanza 7,9 años de educación; mientras que en Honduras el promedio es de 8,6 años. En las áreas rurales la situación es todavía más grave. En Chile, los jóvenes que viven en áreas rurales tienen un promedio de 8,8 años de educación (cercano al umbral de los 9 años) mientras que en Brasil, los jóvenes sólo alcanzan 4,2 años de educación (menos de la mitad del umbral), y 5,3 años en Honduras (CEPAL, 1997).

Además de las disparidades entre rural/urbano, hay diferencias importantes de género entre los niveles educativos de los jóvenes. En general, la tasa de analfabetos en la Región durante los últimos 15 años es mayor entre las mujeres y en áreas rurales. Es interesante indicar que, en comparación con otras regiones del mundo, las mujeres en América Latina y el Caribe tienden a tener niveles de educación secundaria similares al que tienen sus contrapartes masculinas. De acuerdo a un estudio efectuado por el Alan Guttmacher Institute, los únicos países estudiados donde los muchachos tenían un nivel más alto de educación que las muchachas fueron Bolivia, Guatemala, y Perú (Alan Guttmacher Institute, 1998). Sin embargo, a pesar de los avances considerables producidos en la educación de las mujeres, la mayoría de los niños de América Latina son concebidos y criados por madres que no han pasado de la educación primaria y cuyo nivel de fertilidad es generalmente el doble que el de mujeres con mayores niveles de educación (CEPAL, 2000).

▷▷ Trabajo y empleo

La carga del desempleo recae sobre todo en los grupos vulnerables, entre ellos, los jóvenes

Los jóvenes hombres de edades comprendidas entre 15 y 24 años constituyen entre el 44% (Chile) y el 71% (Brasil) de la población económicamente activa de la Región (CEPAL, 2001). Las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad representan un porcentaje inferior de la población económicamente activa; los porcentajes varían entre el 30% en Chile y el 51% y 52% en Brasil y Paraguay, respectivamente (ibid). Las condiciones para el empleo juvenil no son óptimas: la tasa oficial de desempleo juvenil en la Región es del 16% (Jacinto y cols, 2000); seis de cada diez trabajos nuevos creados en la última década correspondieron al sector informal (CEPAL, 2000); aproximadamente 10 millones de niños menores de 14 años trabajan de forma ilegal, sin beneficios de seguro social, con bajos salarios y a menudo bajo condiciones peligrosas; y existen oportunidades limitadas para recibir entrenamiento y aprendizaje en el trabajo (Jacinto y cols, 2000). El Banco Interamericano de Desarrollo estima que la desigualdad en salarios de acuerdo a nivel de escolaridad y sus

³ Para este análisis, CEPAL recopiló información de los siguientes nueve países: Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Honduras, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

correspondientes niveles de habilidades se está ampliando rápidamente en las Américas.

A pesar de estas condiciones, es más probable que los jóvenes de la Región tengan dos veces más necesidad o deseo de empleo que sus contrapartes adultas, pero están en mayor desventaja a la hora de obtener empleo. La carga del desempleo recae sobre todo en los grupos vulnerables—jóvenes, mujeres y los económicamente desaventajados. Aunque las tasas de alfabetización y educación han aumentado a lo largo de los años, las personas jóvenes tienen más dificultades para integrarse en el mercado laboral. Esto ocurre sobre todo en aquellos que provienen de familias económicamente desaventajadas (ibid). Las insuficiencias educativas junto con las restricciones del mercado laboral tienden a excluir a aquellos grupos de oportunidades de trabajo con mejores salarios. Aunque ha habido un incremento en el porcentaje de mujeres en la fuerza laboral, particularmente en las áreas urbanas, hay más del doble de hombres que mujeres trabajando. La información de encuestas realizadas en hogares en 15 países muestra que los jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que no estudian ni trabajan representan entre el 12% y el 40% en hogares pobres, y entre el 2% y el 10% en hogares con mayor riqueza (CEPAL, 1997). En muchos países, el mercado laboral tiene cada vez menor capacidad para absorber trabajadores no calificados y de garantizar los beneficios sociales, una situación que afecta principalmente a los jóvenes urbanos de clase obrera. Según este análisis, durante los próximos años la revolución tecnológica en América Latina deberá proveer a los niños de hoy una amplia gama de oportunidades para adquirir un buen desarrollo de habilidades y de educación. Aquellos que no tengan la suerte de obtener las habilidades necesarias tendrán que decidir entre trabajos con salarios mal remunerados o actividades bien remuneradas, pero ilegales (Moran, 2000).

▷▷ Estructura y dinámicas familiares

La familia se cita continuamente como un factor determinante para el desarrollo del adolescente⁴, sin embargo, la estructura de la familia está cambiando en muchos países. Hoy día, muchos jóvenes de la Región provienen de hogares encabezados por mujeres. CEPAL (1997) estima que desde 1994, uno de cada cinco núcleos familiares en América Latina ha estado encabezado por mujeres, muchos de ellos con adolescentes menores de 18 años. En Costa Rica, el 21% de los hogares están encabezados por mujeres y el 44% de los nacimientos se registraron como "padre desconocido" (1998). En El Salvador, el 35% de los hogares están encabezados por mujeres (Nuñez y cols., 2000); en Trinidad y Tobago, el 25% de los hogares están encabezados por mujeres y un 32% se encuentran en áreas urbanas (UNICEF, 1998). Un estudio reciente realizado en nueve países de habla inglesa indica que el 48% de los adolescentes viven con ambos padres, el 34% viven con sólo su madre y el 17% viven con otros jóvenes. Estas condiciones de vida pueden tener una implicación negativa en la situación de los jóvenes, particularmente porque la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres (OMS/OPS, 2000). Por ejemplo, se estima que el 80% de las madres adolescentes en áreas urbanas y el 70% en áreas rurales pertenecen al 50% de hogares más pobres (CEPAL, 1997).

En el Caribe, la unidad familiar presenta características únicas. Las uniones pueden dividirse en varias categorías, tales como relaciones pasajeras "de visita", en las que un miembro de la pareja (generalmente el

La comunicación con los padres y la relación significativa con un adulto son factores importantes de la resiliencia en jóvenes

⁴ Véase referencias en Blum, R. y Kirby, D.

hombre) visita al otro para obtener compañía; parejas de hecho, que son uniones estables no legales que implican vivir juntos y unir recursos para el mantenimiento de la familia, y el matrimonio, que es un contrato legal. Muchas familias están encabezadas por abuelas, cuando una hija tiene a su primer hijo en el hogar de su madre (UNICEF, 1998).

Se dispone de escasa información sobre las dinámicas interpersonales dentro de la estructura familiar. Sin embargo, la encuesta realizada en los países de habla inglesa ilumina este tema. Los adolescentes informaron sobre problemas familiares como la bebida (13%), violencia (9%) y salud mental (8%). El 24% de los jóvenes afirman que sus madres “entienden poco de sus problemas”, y el 32% que sus padres “entienden poco de sus problemas” (OMS/OPS, 2000). Encuestas realizadas entre adolescentes varones en nueve países de la Región corroboran los hallazgos del Caribe, como es el hecho de que a los adolescentes varones les gustaría comunicarse más sobre sexo con sus padres. Indican que la información sexual que reciben de sus padres por lo general les llega demasiado tarde, está llena de mitos y tabúes, es demasiado prohibitiva y no explora temas como la intimidad o el placer (Aguirre y Güell, 2002). Dichas dinámicas familiares tienen implicaciones en el desarrollo de los jóvenes, en la medida que podrían ser un indicador de la falta de comunicación con los padres y el hecho de no estar “conectados” con la figura de un adulto—factores importantes que contribuyen a la resiliencia de la juventud (OMS/OPS, 2000).

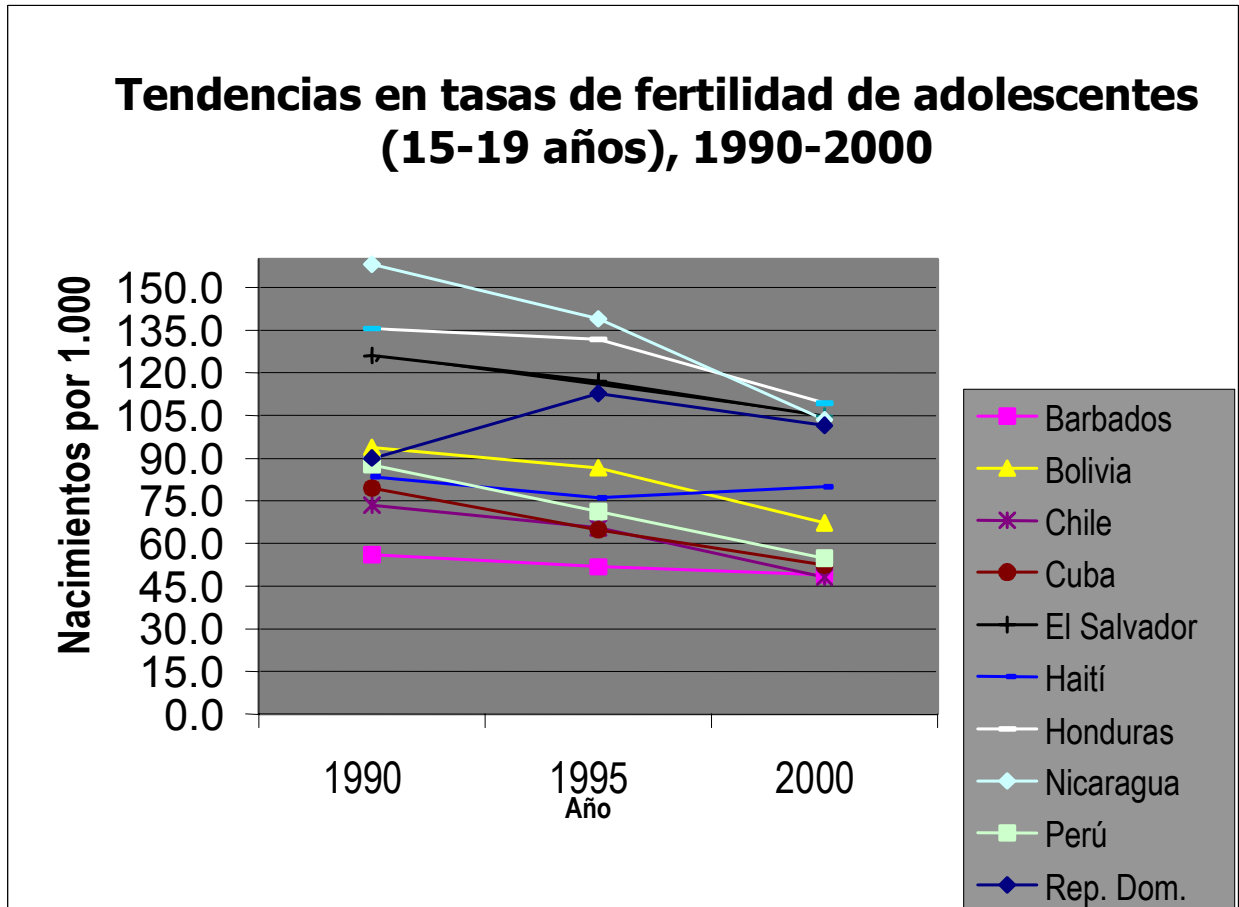
▷▷ Salud sexual y reproductiva

Se sabe poco sobre la sexualidad sana de adolescentes dentro de su ambiente cultural

La mayoría de los programas de jóvenes en la Región se centran en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes o en la salud reproductiva de los jóvenes adultos. Sin embargo, se pone un mayor énfasis en la salud reproductiva, y la mayoría de las metas y objetivos de los programas se centran en reducir el embarazo adolescente y en prevenir el VIH/ITS entre los jóvenes.

En este sentido, la situación de la salud reproductiva en las Américas muestra algunas mejorías. Las tasas de fertilidad adolescente están por encima del 50 por 1.000 en la mayoría de los países (véase el Gráfico 1). Las tasas de fertilidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la Región, lo cual se atribuye al incremento de los niveles de educación. Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1.000 en Centroamérica (excepto en Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice (Guzmán y cols., 2000). En la mayoría de los países, la concientización de los anticonceptivos es igual de alta que para el tema de VIH/SIDA (Camacho-Hubner, 2000).

Gráfico 1



Sin embargo, en muchos programas de adolescentes no se han incluido aún conceptos más amplios sobre salud sexual y desarrollo. Se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos. Los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, y se dejan fuera los indicadores de salud sexual y de desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo, el desarrollo de relaciones relevantes y la capacidad de negociación. Esto se debe en parte al hecho de que dichas características son difíciles de medir, pero también es un reflejo del enfoque en salud reproductiva.

El Cuadro 1, “Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes”, ofrece un panorama sobre la situación de los jóvenes de la Región en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva. Los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio (Singh y cols., 2000). Algunos países incluso muestran un incremento en la actividad sexual entre grupos de edad más joven, lo cual conlleva serias implicaciones para la salud (FNUAP, 1997). Existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar. Por ejemplo, a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones. Esta situación ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos adolescentes no planificados, las ITS, el VIH y el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente. También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica y abuso, con casos de incesto, coerción y violación.

Cuadro 1: Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes

Los jóvenes son sexualmente activos, y a una edad temprana

- Aproximadamente un 50% de los adolescentes menores de 17 años de la Región⁵ son sexualmente activos.
- Entre 53% y 71% de las mujeres en la Región tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años⁶.
- El promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15–16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y el Caribe; para los varones el promedio es de aproximadamente 14-15 años⁷. Los jóvenes en ciertos países del Caribe inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 y 12 años⁸.
- Un número significativo de adolescentes mujeres están casadas o en unión. Entre el 18% (Perú), 38% (El Salvador) y 34% (Trinidad y Tobago) de las adolescentes están casadas a los 18 años. La mayoría de las relaciones sexuales entre las mujeres jóvenes se producen dentro del matrimonio⁹.

Los niveles de conocimiento son altos pero todavía existen brechas

- En general, los niveles de conocimiento sobre anticoncepción y la concientización del riesgo de VIH son altos, pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS y sobre las formas de transmisión del VIH¹⁰.
- Entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad en Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con SIDA puede parecer saludable¹¹.

La conducta sigue sin cambiar

- Solamente el 30% de los jóvenes en el Caribe se preocupan del embarazo; el 26% utiliza anticonceptivos de forma constante¹².
- Las encuestas en el Caribe sugieren que el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes varones no tienen acceso a anticonceptivos durante su primera relación sexual¹³.

Consecuencias negativas de la salud reproductiva

Las mujeres jóvenes se embarazan

- Entre el 35% y el 52% de los embarazos adolescentes en la Región no fueron planificados¹⁴.
- Como promedio, el 38% de las mujeres se quedan embarazadas antes de los 20 años¹⁵.
- En la mayoría de los países de América Latina, entre el 15 y el 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes¹⁶.

⁵ FNUAP, 1997.

⁶ Basado en encuestas EDS, 1990 - 1999.

⁷ Camacho-Hubner, 2000.

⁸ UNICEF, 1998; OMS/OPS, 2000.

⁹ Singh, S. y cols., 2000.

¹⁰ FNUAP, 1997.

¹¹ UNICEF, 2000.

¹² OM/OPS, 2000.

¹³ UNICEF, 1997b.

¹⁴ FNUAP, 1997.

¹⁵ FNUAP, 1997.

¹⁶ UNICEF, 1997b.

Cuadro 1: Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes

Los jóvenes se están infectando de ITS, incluyendo el VIH

- Cada año, el 15% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad adquieren ITS, principal causa de infecciones del tracto reproductivo¹⁷.
- En Haití, se estima que el 4,9% de los jóvenes varones entre 15 y 24 años de edad están viviendo con VIH¹⁸.

Las mujeres jóvenes están abortando y son víctimas de mortalidad materna

- La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las adolescentes¹⁹.
- En Chile y Argentina, donde el aborto está prohibido, más de la tercera parte de las muertes de madres adolescentes son consecuencia directa de prácticas de aborto²⁰.
- Entre 21% y 30% de los embarazos en México, Colombia, Brasil, República Dominicana, Chile y Perú terminan en aborto²¹.

Las mujeres jóvenes sufren violencia doméstica y abuso

- Los adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar violencia sexual. En Perú, el 40% de las mujeres jóvenes informaron que su primera relación sexual ocurrió bajo presión o coerción²².
- En Nicaragua, el 26% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad han experimentado algún tipo de violencia física o sexual en 1998²³.
- En Costa Rica, un estudio reveló que el 95% de los embarazos de jóvenes de 15 años o menos eran debidos al incesto²⁴.
- En el Caribe, del 30% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad refiere que su primera relación fue forzada²⁵.

Influencias socioeconómicas en salud reproductiva: los resultados adversos tienen causas comunes

- En Colombia, República Dominicana, Guatemala y México, la probabilidad de iniciarse sexualmente antes de los 20 años en niñas con 10 años o más de educación era cuatro veces menor que en aquellas con menos años de educación²⁶.
- En Perú, los jóvenes con mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas de salud reproductiva parecen ser aquellos que provienen de familias de condiciones socioeconómicas bajas²⁷.
- La “conexión” con la familia se asocia con una menor probabilidad de haber tenido sexo²⁸.
- En Ecuador, el porcentaje de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años que han estado embarazadas disminuye con la educación, de un 60% (sin educación) a un 29% (con educación universitaria)²⁹.

¹⁷ FNUAP, 1997.

¹⁸ UNICEF, 2000.

¹⁹ Allan Guttmacher Institute, 1994.

²⁰ Advocates for Youth, webpage, www.advocatesforyouth.org.

²¹ Allan Guttmacher Institute, 1994.

²² Cáceres y cols., 2000.

²³ Macro International, 1998b.

²⁴ OPS, 1999.

²⁵ OMS Centro Colaborador en Salud de Adolescentes/OPS, 2000.

²⁶ FNUAP, 1997.

²⁷ Magnani y cols., 2001.

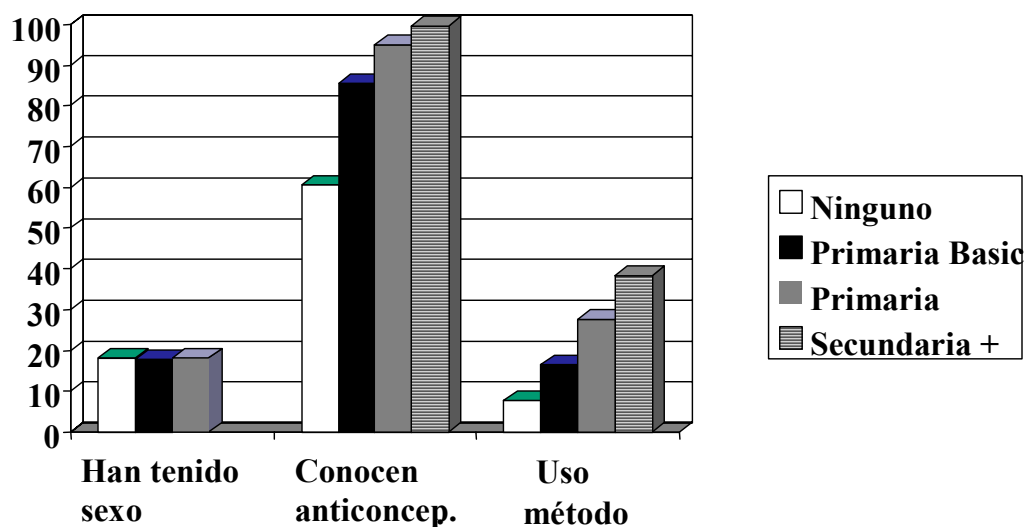
²⁸ Ibid.

²⁹ CEPAR, 2000.

Las consecuencias negativas tienen causas comunes ya que existe una relación entre la salud reproductiva y la influencia socioeconómica de los determinantes de salud. Existen disparidades importantes entre los diversos subgrupos de adolescentes. Los más pobres, los marginados, los que tienen menos nivel educativo, parecen sufrir en mayor grado las consecuencias adversas de la salud reproductiva. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 1998 en Bolivia indica que los niveles de educación o la residencia tienen escasa influencia en la edad a la que se inician sexualmente los adolescentes (Macro Internacional, 1998a). Sin embargo, existe una relación entre educación, nivel de ingresos y conocimiento sobre métodos anticonceptivos, y ésta es mayor incluso cuando se refiere al uso de un método (véase el Gráfico 2). Esto también es evidente en otros países.

Gráfico 2

Influencias educativas en conducta sexual de Adolescentes, Bolivia, 1998

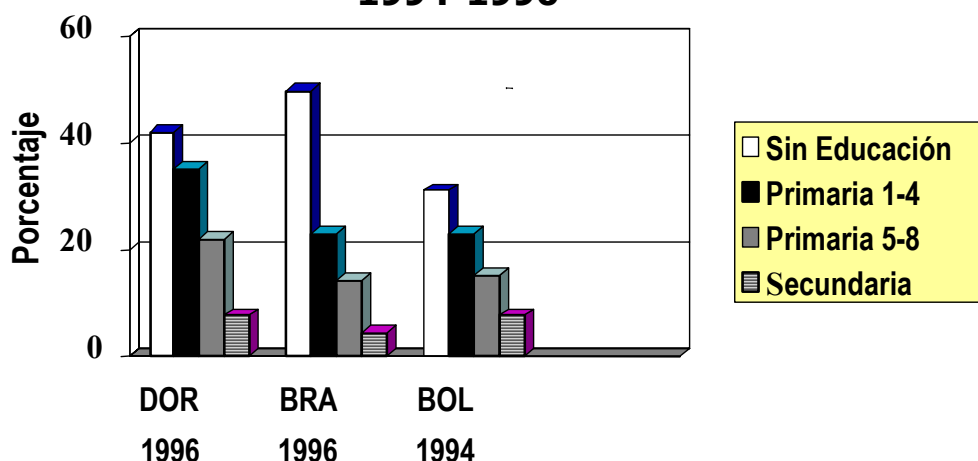


Fuente: Encuestas Demográficas de Salud, 1994-1996

De modo similar, como indica el Gráfico 3, los niveles de educación influyen también directamente en los embarazos de las adolescentes; así las adolescentes con niveles inferiores de educación tienen más probabilidades de tener un hijo que aquéllas con niveles superiores de educación.

Gráfico 3

Porcentaje de adolescentes mujeres (15 a 19 años) que tuvieron un hijo, según nivel educativo 1994-1996



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1994-1996

Cuando se analiza esta información, es importante tener en cuenta de nuevo la heterogeneidad de la población joven, ya que estas influencias educativas podrían deberse a factores culturales inherentes en las poblaciones indígenas, donde se valoran los logros educativos alternativos en lugar de la cultura predominante o principal. Esto destaca la importancia de desarrollar programas para jóvenes con características culturales específicas y de reconocer las procedencias y estilos de vida heterogéneos de las personas jóvenes.

▷▷▷ **Epidemia VIH/SIDA**

Se estima que hay 560.000 personas jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe; el 69% de los infectados son hombres y el 31% son mujeres (UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002). Hay 330.000 huérfanos debido al SIDA en América Latina y 250.000 en el Caribe (ONUSIDA, 2002). Las últimas tendencias indican que las personas jóvenes se ven más afectadas por el VIH/SIDA, y alrededor de la mitad de todas las infecciones nuevas de VIH se producen en personas

entre 15 y 24 años, una edad en la que la mayoría de las personas inician su vida sexual. Las personas jóvenes son particularmente vulnerables a infectarse de VIH, debido a sus conductas de riesgo y a la falta de información y de servicios para jóvenes. Además, los jóvenes cargan con el peso de cuidar a los miembros de la familia que viven con VIH/SIDA, o se ven forzados a vivir sin sus padres si se quedan huérfanos por causa del SIDA. El estigma de vivir con SIDA o de tener un miembro de la familia afectado por el VIH/SIDA está dañando a los jóvenes, ya que éstos se encuentran en una etapa de desarrollo en la que están tratando de consolidar su identidad y definir sus roles.

El Caribe y América Central presentan tasas de infección significativamente más altas. La transmisión es fundamentalmente heterosexual, y existe una marcada diferencia en los porcentajes de infección entre las poblaciones de alto y bajo riesgo (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001). Los jóvenes en Haití, Honduras, Panamá, Brasil y varios países de habla inglesa del Caribe están particularmente afectados por la epidemia. Se estima que el 4,9% de los adolescentes varones entre 15 y 24 años están infectados en Haití, y el 1,7% de las adolescentes y el 1,4% de los adolescentes varones en Honduras (UNICEF, 2000). En Brasil, se estima que el 0,7% de los adolescentes varones están infectados, y dado el tamaño de la población de Brasil, el número actual de adolescentes con VIH es motivo de preocupación debido a su potencial de extender el virus (ibid).

La distribución de los casos de SIDA en el Cono Sur indica que la epidemia se está desplazando hacia las poblaciones más jóvenes—por ejemplo, de 1983 a 1989, el promedio de edad para casos de SIDA estaba alrededor de los 32 años; entre 1990 y 1992, estaba alrededor de los 25 años de edad (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001). Aunque la tasa de infección se considera baja entre la juventud argentina, el uso de drogas intravenosas es la causa principal de infección de VIH. Se estima que el 46% de los adolescentes varones y el 32% de las adolescentes mujeres están infectados debido al uso de drogas (basado en un estudio de 1999) (OPS, 2002).

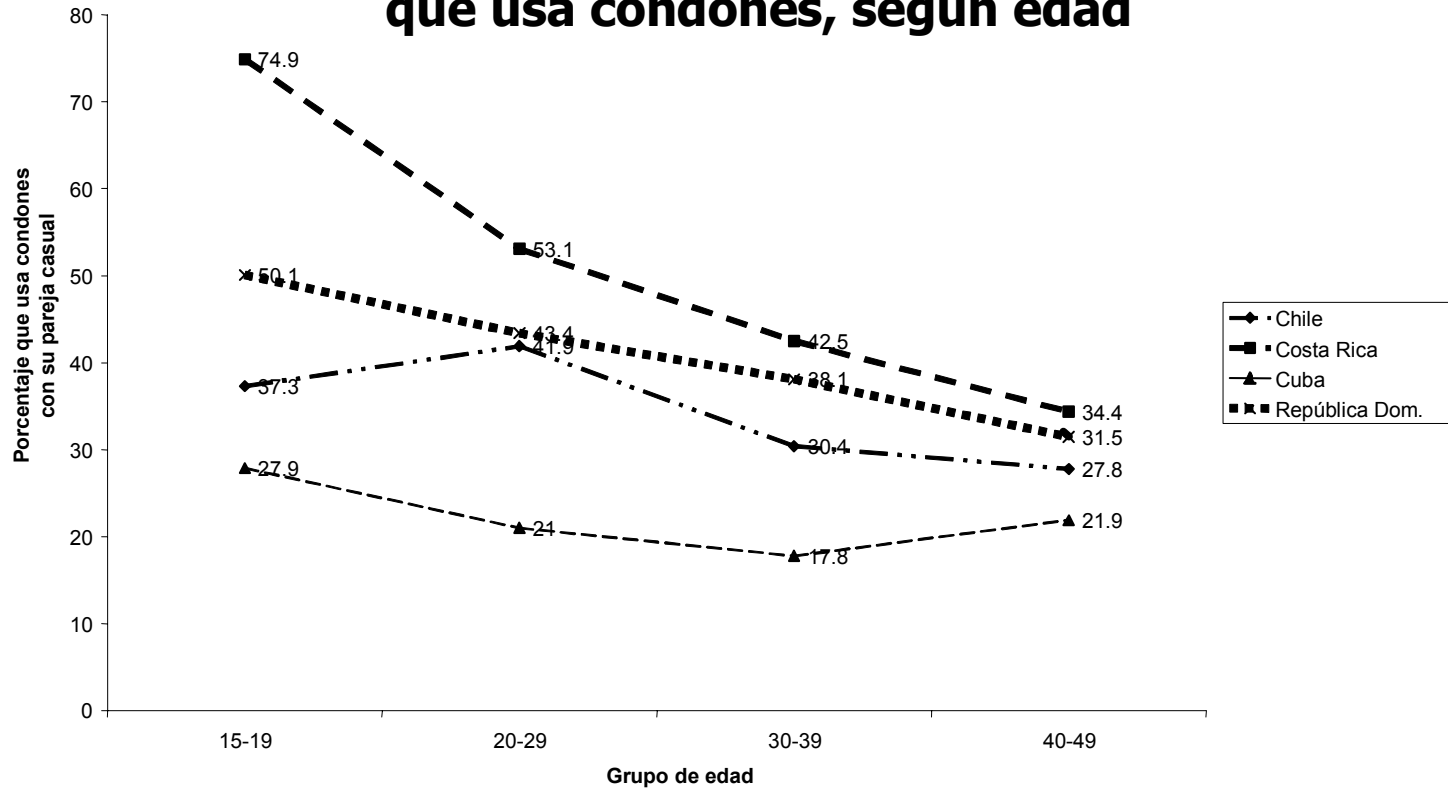
En general, los hombres tienden a usar más el condón en relaciones casuales que las mujeres. La evidencia muestra que aunque los jóvenes pueden tener más parejas, los jóvenes sexualmente activos usan más el condón con su pareja casual reciente que los grupos de mayor edad. El uso de condón en relaciones sexuales de riesgo también aumenta con el nivel de educación en todos los países analizados (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001).

El futuro de la epidemia de VIH está en manos de las personas jóvenes. Las conductas que adopten ahora y las que mantengan a lo largo de su vida sexual determinarán el transcurso de la epidemia en las próximas décadas. Los jóvenes seguirán aprendiendo los unos de los otros, pero su conducta dependerá en gran medida de la información, las habilidades y los servicios con los que la actual generación de adultos decida proveer a sus hijos. Los estudios demuestran que las personas jóvenes adoptan conductas sexuales seguras siempre que dispongan de los medios para hacerlo (ONUSIDA, 1998). Si se les da la oportunidad, las personas jóvenes tienen más probabilidades de protegerse a sí mismas que las personas adultas (véase Gráfico 4).

Las conductas que adopten los jóvenes ahora y las que mantengan a lo largo de su vida sexual determinarán el transcurso del SIDA en las próximas décadas

Gráfico 4

Porcentaje de personas con parejas casuales que usa condones, según edad



Fuente: ONUSIDA/OMS/OPS, 2001

▷ Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Estos programas de “atención terciaria” intentan enmendar algo que ha sido muy estropeado (Burt, 1998). Los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos. Los programas que se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo (Scales y Leffert, 1999). Los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la juventud; es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, del concepto de jóvenes como receptores a jóvenes como participantes activos, y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud (ibid).

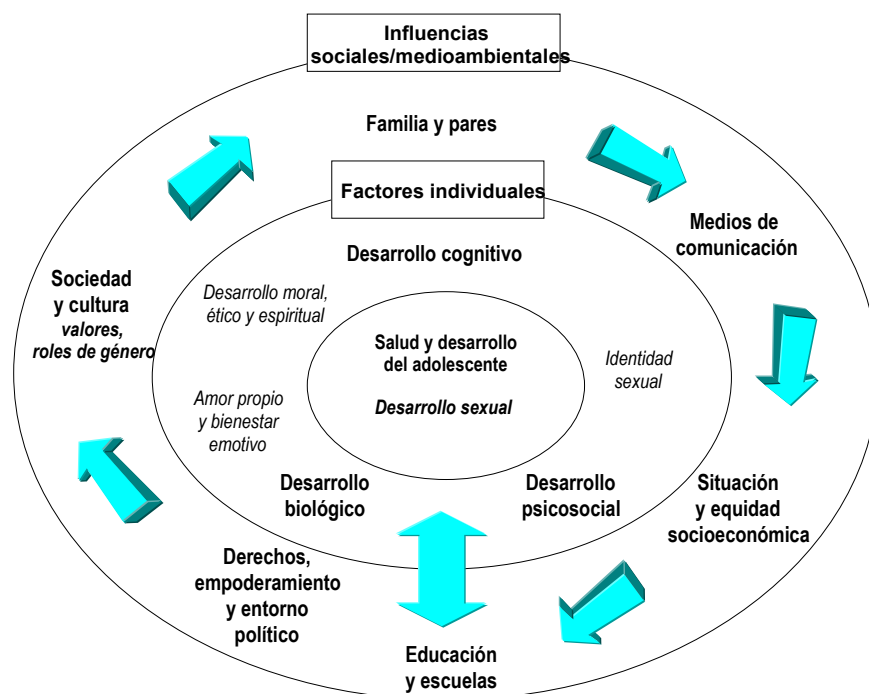
La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado un marco conceptual de salud y desarrollo de los adolescentes (OPS, 1998b), así como un documento de promoción de salud sexual que incluye una serie de recomendaciones para la acción (OPS, 2000). Sin embargo, la Región necesita un nuevo marco conceptual que se aproxime a la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes dentro de un enfoque más amplio de desarrollo humano y promoción de la salud. El supuesto es que cuando la sociedad no atiende ni protege los derechos de los adolescentes y fracasa en ayudar a los jóvenes a conseguir un desarrollo saludable, entonces es cuando surgen los problemas. En vez de considerar la prevención de los problemas de los jóvenes, el desarrollo de los jóvenes y el desarrollo de la comunidad como prioridades que compiten entre sí, se deben considerar como metas inseparables (Pittman, 1996). El éxito se debe definir no como una ausencia de problemas sino desde una perspectiva más amplia que incluya competencias tales como el bienestar social, físico y cívico, y las habilidades vocacionales que permitan a los jóvenes afirmarse como individuos. Otros indicadores de éxito incluyen tener relaciones significativas (“*connectedness*”), ser queridos y comprometidos, tener un fuerte sentido de seguridad y estructura, un sentido de pertenencia, además de un sentido de propósito, de responsabilidad y de ser valiosos. Por lo tanto, la OPS propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano dentro del contexto de la familia, la cultura y el medioambiente.

El desarrollo juvenil y el desarrollo comunitario deben tratarse como metas inseparables

El éxito implica no sólo la ausencia de problemas; incluye también competencias que ayudan a los jóvenes a afirmarse como individuos

Como sugiere el Gráfico 5, el marco conceptual plantea centrarse en el desarrollo saludable, con la salud sexual y el desarrollo como un componente integral de la salud en general. Las siguientes secciones definirán los conceptos de salud sexual y desarrollo del adolescente y las diversas características de una sexualidad adolescente saludable, junto con las consecuencias deseables de salud sexual y reproductiva que el marco conceptual pretende alcanzar. También se describirán los diversos factores que influyen en las consecuencias de la salud sexual y el desarrollo. Estos incluyen: el desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo a nivel individual. A nivel social y medioambiental, factores como la familia, los pares, la escuela y el nivel educativo, la sociedad, la cultura, el nivel socioeconómico, los derechos de equidad y el empoderamiento influyen en el desarrollo sexual de los adolescentes. Todos estos factores están entrelazados y son interdependientes.

Gráfico 5



La salud sexual y reproductiva es un derecho humano que incluye la seguridad del cuerpo sexual, privacidad, amor, expresión, derecho a elegir y acceso a atención

▷▷ Salud sexual y desarrollo de los adolescentes

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes y jóvenes, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud. El concepto de derechos sexuales es reconocido y apoyado por varias conferencias mundiales, tales como la

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994, El Cairo), la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres, (1995, Beijing), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos y la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y Derechos Sexuales, (XIII Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, 1997)³⁰. Este concepto de derechos y sexualidad lo están promoviendo líderes juveniles de todo el mundo, que no sólo reconocen sus derechos sino que están empezando a exigir que sus derechos sean respetados, tal como muestra el ejemplo del Manifiesto Juvenil de IPPF (Anexo).

▷▷ Salud sexual y sexualidad de adolescentes

La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo—y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998). Como ya se ha discutido, la alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza, y viceversa (Buvinic, 1998, 1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia (Advocates for Youth, 2001). Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El periodo adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes.

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción. La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No es

Las conductas de riesgo en los jóvenes tienen factores comunes interrelacionados

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo

³⁰ La literatura incluye numerosas referencias a las conferencias internacionales que forman la base de la salud y los derechos sexuales y reproductivos referidos en este documento. Como tal, este documento no discutirá los resultados de estas conferencias pero refiere al lector a la bibliografía, que incluye las referencias pertinentes. Por lo tanto, el documento de la OPS escrito por Alejandro Morlachetti analiza las obligaciones de los países de América Latina y el Caribe en relación con estas conferencias.

simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedad. El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental (OPS/WAS, 2000; Tsui y cols., 1997; Neinstein, 1996), además de la cultura y el ambiente donde vive.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección (WAS, 1999).

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a libertad sexual, privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona (OPS/WAS, 2000; Tsui y cols., 1997; UNPOPIN, 1994).

***Las familias
juegan un papel
importante en
comunicar de
forma efectiva sus
propios valores a
sus hijos***

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, y la familia influye decisivamente en la conducta sexual de los adolescentes (Sieving y cols., 2002). Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y los pares, y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes (SIECUS, 2002). Sin embargo, los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo (38%), seguidos de los amigos (32%), con los medios de comunicación en el último puesto (4%) (National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001). Se ha encontrado asimismo una importante influencia social positiva por parte de los padres en cuanto a la toma de decisiones sexuales (Schaalma, 1993).

Gran parte de las investigaciones revelan que los padres y sus hijos adolescentes suelen tener dificultades para conversar juntos sobre la sexualidad. De los adolescentes caribeños, el 24% dice que sus madres “entienden poco sus problemas”, y el 32% de los adolescentes piensa lo mismo de sus padres (OMS Centro Colaborador en Salud de Adolescentes/OPS, 2000). Los adolescentes varones de nueve países de la Región indican que la información sobre sexualidad que reciben de sus padres suele llegar demasiado tarde y está repleta de mitos y tabúes (Aguirre y Güell, 2002).

Aumentar el rol de los padres como educadores principales de la sexualidad de sus adolescentes es prioritario. Aunque los jóvenes desean vivir experiencias adultas, se enfrentan a dos opciones polémicas y contrarias, el uso de condones o la abstinencia, quedándoles pocos recursos para explorar la sexualidad a su propio paso y aprender a tomar decisiones apropiadas para su desarrollo. Las familias juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos, dándoles no solo información, sino también habilidades que ayudarán a los adolescentes a tomar decisiones sanas cuando exploren su sexualidad.

▷ Resultados deseables de la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes

▷▷ Resultados de la salud sexual

La salud sexual, la sexualidad y la reproducción de las personas jóvenes implican una serie de temas complejos que además por lo general conllevan una fuerte carga emocional. Muchos de estos temas se tienden a ver de forma negativa. Sin embargo, muchos pueden ser positivos. Reconociendo que la sexualidad es parte natural del proceso de desarrollo humano, las sociedades y los países deben definir qué consideran ellos un adolescente sexualmente sano, de acuerdo a las etapas del desarrollo. El Cuadro 2 define algunas características deseables en Estados Unidos.

Cuadro 2
Características de un desarrollo óptimo para una adolescencia sexualmente saludable³¹

| |
|--|
| • Aprecia su propio cuerpo |
| • Entiende los cambios puberales y los considera normales |
| • Busca información adicional cuando la necesita |
| • Afirma que el desarrollo humano incluye el desarrollo sexual, que puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital |
| • Identifica y vive de acuerdo a sus propios valores |
| • Se responsabiliza de su conducta |
| • Toma decisiones de forma práctica |
| • Se comunica de forma efectiva con su familia, sus pares y compañeros |
| • Comprende las consecuencias de sus acciones |
| • Es capaz de distinguir entre sus deseos personales y los del grupo de pares |
| • Asume su propia identidad y orientación sexual y respeta la de los demás |
| • Considera a la familia como una fuente de apoyo valiosa |
| • Expresa el amor y la intimidad de formas apropiadas |
| • Desarrolla y mantiene relaciones significativas |
| • Exhibe habilidades que enriquecen sus relaciones personales |
| • Comprende cómo la herencia cultural afecta a las ideas sobre la familia, relaciones interpersonales y ética |
| • Mantiene un equilibrio adecuado entre las funciones y responsabilidades de la familia y la creciente necesidad de independencia |

³¹ Adaptado de *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education* (Criterios para una educación sexual integral), National Guidelines Task Force, y el *Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health* (Informe de la Comisión Nacional sobre Salud Sexual Adolescente) de SIECUS. Criterios adoptados por OPS en colaboración con la World Association for Sexology en la publicación "Promoción de salud sexual: Recomendaciones para la acción" en mayo 2000. Recomendamos que los países reconozcan la naturaleza heterogénea de la población adolescente y respeten el ambiente social y cultural respectivo.

Cuadro 2

Características de un desarrollo óptimo para una adolescencia sexualmente saludable

- Respeta los derechos de los demás
- Interactúa con ambos sexos de manera respetuosa y adecuada
- Tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con el que puede hablar, hacer preguntas y que le sirve de modelo
- Conoce sus expectativas y las de sus padres
- Disfruta y expresa su sexualidad durante toda su vida
- Expresa su sexualidad de forma congruente con sus propios valores
- Disfruta las sensaciones sexuales sin actuar necesariamente en respuesta a ellas
- Discrimina entre las conductas sexuales que enriquecen la vida y aquéllas que son perjudiciales para sí mismo y/o para los demás
- Expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los demás
- Busca nueva información para enriquecer su sexualidad
- Se involucra en relaciones apropiadas para su edad que son consensuadas, honestas, agradables y seguras
- Previene el abuso sexual y evita las relaciones de explotación y manipulación
- Practica la abstinencia o el uso de anticonceptivos de forma efectiva para evitar embarazos no deseados y evitar contraer o transmitir una ITS, incluyendo el VIH
- Practica conductas para promover la salud, tales como chequeos regulares, y la identificación temprana de problemas potenciales
- Cree que los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos y responsabilidades en el amor y en las relaciones sexuales
- Puede distinguir entre amor y atracción sexual
- Actúa según sus propios valores al enfrentar un embarazo no deseado y busca atención prenatal temprano
- Demuestra respeto por las personas con diferentes valores sexuales
- Ejercita la responsabilidad democrática para influenciar la legislación relacionada con temas sexuales
- Evalúa el impacto de los mensajes familiares, culturales, religiosos, sociales y de los medios de comunicación sobre sus propios pensamientos, sentimientos, valores y conductas relacionados con la sexualidad
- Promueve el derecho de todas las personas a recibir información sexual precisa
- Evita conductas que demuestran prejuicio e intolerancia
- Rechaza los estereotipos acerca de la sexualidad de diversos grupos humanos
- Educa a los demás sobre la sexualidad
- Promueve la igualdad entre hombres y mujeres

▷▷▷ Conducta sexual saludable

La sexualidad y la conducta sexual se expresan a nivel individual, interpersonal y comunitario, éstas se caracterizan por la autonomía, reciprocidad, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar (OPS/WAS, 2000). Se debe estimular la sexualidad adolescente responsable para evitar las consecuencias negativas de la conducta sexual. Un adolescente sexualmente saludable es capaz de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares (del mismo sexo y del opuesto) de una forma respetuosa, y es capaz de expresar su amor e intimidad de manera apropiada. La sexualidad sana implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona comportarse de manera que promueva su salud, incluyendo su salud sexual. En otras palabras, una persona debe tener las capacidades que le permitan apreciar su propia sexualidad, disfrutar los sentimientos sexuales, ser responsable de su propia conducta sexual y ser capaz de evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas. La conducta sexual sana incluye el desarrollo de una madurez que permita a las personas jóvenes expresar su sexualidad de forma consistente con sus valores y comprender las consecuencias de su conducta sexual. Esto implica evitar las relaciones sexuales hasta que se alcance la madurez física y emocional, y usar anticonceptivos modernos si se es sexualmente activo.

Los adolescentes sexualmente saludables son capaces de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares de forma respetuosa y de expresar su amor e intimidad de manera apropiada

▷▷▷ Percepción saludable del propio cuerpo

La salud sexual incluye apreciar y comprender el propio cuerpo. Esto es un reto durante la etapa inicial y media de la adolescencia, ya que estos periodos se caracterizan por cambios físicos dramáticos. Sin embargo, es importante que los jóvenes comprendan los cambios puberales y acepten que es una parte normal de su crecimiento y madurez. Se debe promover la noción de que “el cuerpo es un templo”, y el ejercicio y la alimentación sana son componentes importantes que contribuyen a ello. Las muchachas y muchachos que participan en deportes, hacen ejercicio y comen de forma saludable son menos propensos a involucrarse en conductas de riesgo para la salud, y asumen prácticas y conductas más sanas, como retrasar el inicio de la actividad sexual, abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas y sometimiento a chequeos regulares (CDC, 2000; Mensch y cols., 1998).

▷▷▷ Libres de abuso sexual y coerción

Muchas mujeres experimentan alguna forma de violencia sexual, particularmente las mujeres jóvenes (OMS/OPS, 2000; McAlister, 2000; Macro International, 1998b; OPS, 1999). En Perú, la primera relación coital a una edad temprana se asocia en gran medida con la coerción cuando se compara con las mujeres mayores (Cáceres y cols., 2000). La información al respecto es limitada, porque estos temas se consideran privados y sensibles, y con frecuencia, no se discuten ni se investigan. Sin embargo, la evidencia de la Región sugiere que la violencia basada en el género, la violencia doméstica y el abuso intrafamiliar, incluyendo la violación, son prevalentes. Además, hace poco tiempo que la violencia y el abuso han sido reconocidos como asuntos de derechos y de salud pública.

La violencia de género impacta el control que las mujeres jóvenes tienen sobre su sexualidad y desarrollo. Las consecuencias negativas de la violencia conectadas directamente a la salud reproductiva incluyen las lesiones físicas, ITS, inflamación pélvica, embarazos no deseados y abortos de alto riesgo o espontáneos—así como los aspectos mentales y psicológicos, como depresión, ansiedad y baja autoestima. El miedo a la

violencia hace que la mujer sea incapaz de negociar el uso de condones o de otros anticonceptivos. La investigación indica que la mayoría de los actos de violencia en contra de mujeres, incluyendo la violación, son cometidos no por desconocidos sino por personas conocidas por la mujer, incluyendo miembros de la familia (Tsui y cols., 1997; Neinstein, 2002; Cáceres y cols., 2000).

Otro tipo de abuso es la explotación sexual de niños/as y adolescentes, incluyendo la violación y el incesto. Por ejemplo, a veces las mujeres jóvenes que se niegan a tener relaciones sexuales son violadas, y probablemente las consecuencias de este abuso sexual serán más traumáticas y duraderas en el desarrollo de los jóvenes que otros tipos de violencia. Evidencias recogidas en Estados Unidos demuestran que un historial de abuso sexual infantil va asociado con una conducta sexual adolescente y adulta poco saludable y una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual (Tsui y cols., 1997).

Algunos estudios sobre la violencia doméstica en Nicaragua muestran que los hijos de madres agredidas tienen el doble de posibilidades de sufrir problemas emocionales, de aprendizaje y de conducta comparados con niños cuyas madres nunca han sido abusadas (Zelaya y cols., 1999). Los adolescentes varones también son víctimas del abuso sexual y físico, aunque los datos son aún más escasos que para las mujeres. Esto puede deberse a una menor incidencia, o al hecho de que es más probable que los adolescentes varones no denuncien el abuso; los estudios demostraron que menos de la mitad de los varones abusados habían comunicado el abuso a alguien, y la mayoría presentaba problemas para hablar del tema (OMS, 2000).

▷▷ Resultados de la salud reproductiva

La salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La mayoría de los programas adolescentes en la Región tratan sobre la salud reproductiva adolescente, y sobre la prevención de ciertas consecuencias de la salud reproductiva, como el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Hay pocos programas que se centren en los temas más amplios de salud sexual anteriormente discutidos.

▷▷▷ Libres de un embarazo no deseado³²

Los estudios indican que el desarrollo sexual sano lleva a mejores decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de anticonceptivos, lo cual conlleva una disminución en la incidencia de embarazos no deseados.

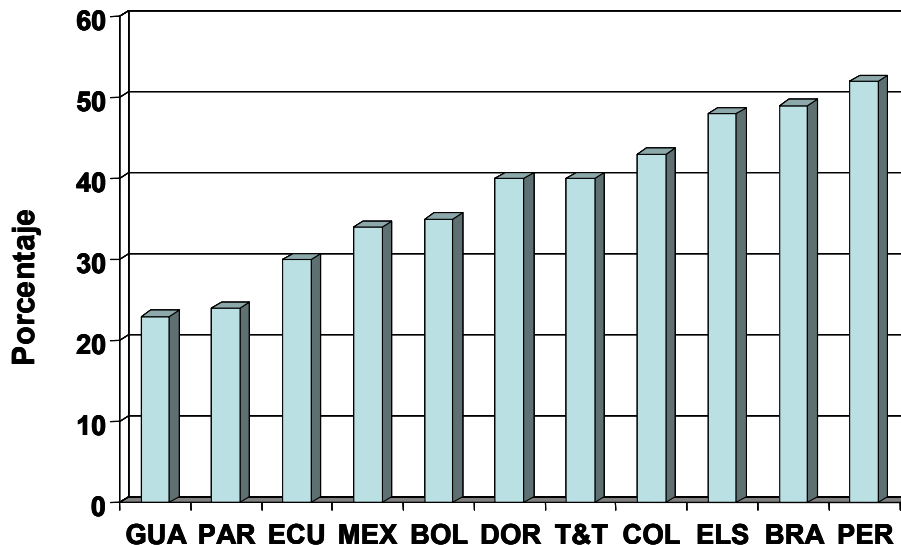
Los embarazos no deseados tienen consecuencias poco saludables para los y las adolescentes, especialmente las jóvenes, tales como abortos de alto riesgo, matrimonios tempranos o forzados, menor nivel de educación y de oportunidades de ganar un buen salario, sin mencionar las consecuencias de tener hijos no deseados a una edad temprana, lo que tiene implicaciones económicas y de salud, tanto para la madre como para el

³² Según los *Centers for Disease Control* (CDC, Centros para el Control de Enfermedades), "embarazo no deseado" es un término que incluye los embarazos que una mujer califica bien como no deseado (la mujer no había planificado quedarse embarazada en el momento de la concepción) o a destiempo (la mujer no había planeado quedarse embarazada hasta más tarde).

niño. En comparación con mujeres adultas, las jóvenes adolescentes embarazadas muestran una tendencia a buscar control prenatal tardío o a no buscarla en absoluto, lo que a menudo contribuye a un mayor riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo.

Gráfico 6

Porcentaje de nacimientos de adolescentes no planeados Datos de 1985-1996



Históricamente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos. Muchas veces los muchachos admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos del machismo. Los muchachos también ven la actividad sexual como rito de iniciación a la edad adulta, y asumen el liderazgo en la toma de decisiones relacionadas con el sexo (OMS, 2000). Aunque los varones tienen menos opciones de anticonceptivos, el condón es probablemente el método más importante para las parejas jóvenes, pues ofrece doble protección contra el embarazo y contra las infecciones. Más aún, es un hecho conocido que los varones adolescentes inician la actividad sexual antes que las mujeres y tienden a acumular mayor número de parejas sexuales durante sus vidas. Por lo tanto, ellos están en mayor riesgo de contribuir a embarazos no intencionados o a contraer una infección (ibid).

▷▷▷ **Prevención del aborto**

El aborto es ilegal en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños³³. Sin embargo, como muestran las estadísticas, muchas jóvenes adolescentes que se quedan embarazadas buscan servicios de aborto. Las adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado y cuyos ingresos son limitados por lo general no pueden pagar servicios profesionales y privados de aborto que son más seguros que los provistos por personas no profesionales y en situaciones clandestinas. Las adolescentes más pobres tienen más posibilidad de acudir a los servicios de aborto clandestinos que son más baratos y se realizan en condiciones no saludables, contribuyendo así de forma significativa a incrementar los porcentajes de morbilidad y mortalidad de las jóvenes.

Además, las adolescentes tienden a esperar más tiempo para usar los servicios de aborto, lo que suele llevar a un aborto más avanzado, aumentando sustancialmente el riesgo de complicaciones. Los riesgos de mortalidad materna se pueden reducir considerablemente por medio de la prevención del aborto mediante la prevención de embarazos, promoción de la abstinencia o el uso efectivo de anticonceptivos modernos.

▷▷▷ **Partos seguros**

Aunque la mayoría de los embarazos de adolescentes no son planificados, muchos sí son deseados y se deben hacer esfuerzos para obtener buenos resultados de salud y apoyo social para las jóvenes que deciden tener hijos. La maternidad a una edad temprana moldea la vida de la madre joven. Si una mujer joven es pobre, sin educación y está desnutrida, es más probable que sufra consecuencias negativas (Singh y Wolf, 1991; Tsui y cols., 1997). En situaciones donde prevalece la anemia y la desnutrición, y donde el acceso a servicios de salud es limitada, la maternidad entre las jóvenes, cuyo crecimiento físico es incompleto, puede traer riesgos desproporcionados de salud (Singh, 1998). Estos riesgos físicos no amenazan sólo a la madre, sino también al hijo. Los niños que nacen de mujeres adolescentes tienen más riesgo de tener peso bajo al nacer, lo que contribuye en gran medida a mayores riesgos perinatales, como ser pequeño para la edad gestacional y prematuridad. Además, los niños nacidos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de problemas neurológicos y morbilidad (Santrock, 1998). Sin embargo, en situaciones en la que la joven madre tenga un buen estado nutricional y acceso a cuidados prenatales de alta calidad, el riesgo físico de tener un hijo puede ser insignificante.

▷▷▷ **Libres de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA**

Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio del coito a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Para las mujeres, esto está relacionado con factores biológicos. La ectopia del cuello uterino, algo común en muchachas adolescentes, facilita la infección de clamidia, el virus de papiloma humano (VPH) y otros virus tales como el herpes y el VIH (Coupey y Klerman, 1992).

³³ El aborto es ilegal en todos los países de América Latina y el Caribe excepto en Barbados, Belice, Cuba, Guadalupe, Martinique y Puerto Rico. Los países difieren en la magnitud de las restricciones contra el aborto.

Otras razones para asociar la actividad sexual temprana del adolescente con ITS son conductuales y se aplican tanto a varones como a mujeres. Los varones adolescentes son menos constantes y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, y se benefician menos de los efectos protectores. El inicio del coito en edades precoces generalmente significa que se tendrá mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a enfermedades que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven (Coupey y Klerman, 1992, Howard, 1992; Morris, 1992).

Las mujeres jóvenes son más vulnerables a contraer ITS como clamidia, gonorrea, sífilis y VIH/SIDA debido a su fisiología. Cuentan con menos anticuerpos protectores que las mujeres mayores, y la inmadurez de sus cuerpos aumenta la probabilidad de que la exposición a la infección resulte en la transmisión de VIH o de otra ITS. También tienen menor cantidad de secreciones vaginales, lo que causa una mayor fricción y abrasión durante el coito, aumentando el riesgo. La vagina tiene una mayor área superficial expuesta al virus que el pene, lo que también las hace vulnerables. Se ha encontrado además una mayor concentración de VIH en el esperma masculino que en las secreciones vaginales de la mujer (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001).

Además de los factores biológicos, las personas jóvenes son más vulnerables al VIH/SIDA debido a su desarrollo cognitivo y emocional. En esta etapa de desarrollo cognitivo se hace más difícil tanto el análisis como la toma de decisiones. Como consecuencia, los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de condones. Según el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins, existe una relación entre la madurez cognitiva y la actividad sexual, de forma que aquellos que poseen un mayor nivel de madurez cognitiva tienden a ser sexualmente menos activos (Kiragu, 1991).

Los factores sociales y conductuales también contribuyen a que las personas jóvenes se encuentren en mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA, porque tienen menos probabilidades de estar casados y tienen más parejas informales. La propagación del VIH/SIDA depende en gran medida de las conductas de las personas jóvenes.

▷ Factores que influyen en el desarrollo y la salud sexual de los adolescentes

El desarrollo adolescente se caracteriza como un período de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectarán su vida adulta. Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive. Siguiendo el concepto de salud sexual adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en el desarrollo sexual de los adolescentes y su influencia en la conducta juvenil³⁴. Esta sección examinará los múltiples factores, tanto los individuales como los sociales/ambientales, que conducen a las consecuencias deseadas descritas antes. Su nivel de influencia puede variar en distintos puntos y momentos, pero todos ellos moldean la forma en que los jóvenes experimentan la transición de la infancia a la adultez.

▷▷ Factores individuales que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente

Durante la adolescencia, los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual.

▷▷▷ Factores biológicos

El crecimiento y desarrollo de los adolescentes comienza en la pubertad, cuando ocurren los cambios biológicos, cognitivos y psico-emocionales. Exceptuando el periodo pre y postnatal, los años de la adolescencia se caracterizan por ser la etapa más rápida de crecimiento del desarrollo humano. Durante la pubertad, se experimentan cambios importantes, como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias.

La pubertad es diferente en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que la de los adolescentes varones. En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y *espermarquia* o primera emisión de esperma. Esta primera emisión de

El desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual

³⁴ OMS sugiere que el ciclo de vida se divide en las siguientes etapas: pre-pubertad antes de los 10 años, adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad, adolescencia intermedia entre los 15 y 19 años, y adolescencia tardía o juventud adulta entre 20 y 24 años.

esperma ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede durar hasta los 20 o 21 años. Puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto entre los hombres como entre las mujeres (Juszczak y Sadler, 1999; Silber y cols., 1992; Santrock, 1998).

La menarquia y la *espermarquia* son los hitos del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. En ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, de los sentimientos sexuales, el erotismo, y una mayor motivación y atracción sexual. La auto-estimulación o masturbación es una conducta sexual frecuente; sin embargo, va asociada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad o miedo. La masturbación es a menudo denunciada por religiones, culturas y tradiciones como algo peligroso, un pecado, y la causa de locura y muerte prematura, pero tiene consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito (Santrock, 1998; Silber y cols., 1992).

Hoy en día, los jóvenes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en la conducta sexual, incluyendo el coito. Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia y espermarquia (Morris, 1992; Haffner, 1995). La iniciación prematura de la actividad sexual sin madurez cognitiva puede llevar a los jóvenes a estrés emocional. Los jóvenes tienden a iniciarse sexualmente durante los años de la adolescencia intermedia (entre los 15 y 19 años), una etapa de desarrollo en la que comparten tiempo con sus pares. Tienen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo que les lleva a adoptar conductas de riesgo, con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, ITS e infección de VIH.

El ajuste a los cambios biológicos en la adolescencia temprana es una tarea del desarrollo para la cual los adolescentes necesitan estar preparados. La salud sexual incluye la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios como un proceso natural. El logro de estas tareas depende de que los padres y otros adultos preparen a los adolescentes con antelación para los cambios puberales, y que les den su apoyo durante esta transición (Haffner, 1995). El aumento de la motivación y las inquietudes sexuales acerca de la apariencia física es una oportunidad para estimular a los jóvenes a que adopten y mantengan estilos de vida que puedan influir en su atractivo físico. Los cambios físicos que ocurren en el cuerpo generan una inquietud mayor acerca de la imagen corporal, y es una oportunidad para informar a los jóvenes sobre los efectos negativos del tabaco en la higiene oral y la piel, o los beneficios del ejercicio y la nutrición. Las preocupaciones de las adolescentes acerca de su apariencia las lleva a controlar la dieta, aumentando así la posibilidad de no cumplir los requisitos nutricionales para su edad, y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. La creciente preocupación sobre el atractivo da a los programas una oportunidad para promover conductas alimenticias saludables y para educar a los jóvenes sobre los impactos negativos del consumo de cigarrillos y de drogas en la apariencia y el crecimiento físico (Juszczak y Sadler, 1999).

▷▷▷ Factores cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene como consecuencia el

que los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información, consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos (Juszczak y Sadler, 1999; Haffner, 1995).

El desarrollo adolescente sano incluye habilidades para resistir presiones, negociar exitosamente las interacciones interpersonales y comportarse de acuerdo a sus valores y creencias personales

Estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo, y no aparecen en un momento predeterminado (Juszczak y Sadler, 1999). Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a creer que son siempre el centro de atención, y tienen una "audiencia imaginaria". Los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempo solos. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

A medida que los adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, los adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, y los adultos deben promover estas prácticas. Es importante explorar la influencia que tienen la percepción, los valores y las actitudes de los jóvenes sobre su conducta. Esto puede llevar a un desarrollo adolescente saludable, en el que los jóvenes posean una serie de habilidades para resistir presiones, negociar interacciones interpersonales con éxito y comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales (Haffner, 1995; Juszczak y Sadler, 1999; Moore y Sugland, 1997).

▷▷▷ **Desarrollo psicosocial**

El desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea

La sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes a la mayoría de los adolescentes. Su conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres (Juszczak y Sadler, 1999).

Identidad sexual y desarrollo (Hafner, 1995; Silber y cols., 1992, Neinstein, 1996, 2002 Kohlberg, 1987)

Durante la etapa inicial (de 10 a 13 años) e intermedia (de 14 a 17 años) de la adolescencia, se solidifica la identificación de género observando

los roles de género³⁵ en los adultos de su entorno. Desarrollan imágenes personales e ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo (Kolhberg, 1987). La identificación de género incluye el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o mujer y el comprender las funciones, valores y responsabilidades de ser hombre o mujer. Este es el aspecto más básico del desarrollo de la identidad y sucede muy temprano durante el proceso de desarrollo. La mayoría de las personas jóvenes tienen un firme sentido de su identidad sexual antes de la adolescencia y reconocen las funciones que caracterizan a hombres y mujeres, pero es durante la adolescencia cuando los jóvenes se identifican más fuertemente con los roles adultos del género.

El auto concepto sexual implica la reflexión y evaluación de un individuo sobre sus sentimientos y conductas sexuales. Durante la adolescencia las personas jóvenes son más conscientes de sus atracciones sexuales y su interés amoroso, y emergen los sentimientos eróticos de tipo adulto. La atracción hacia el sexo opuesto o el mismo sexo se dispara por el aumento hormonal, y durante la adolescencia temprana el joven se hace más consciente de cuál es el sexo que le atrae y le excita. Los jóvenes empiezan a desarrollar conciencia de su orientación sexual, su atracción sexual y/o emocional hacia los hombres, mujeres o ambos sexos. Aun cuando muchos homosexuales o lesbianas adultos recuerdan su adolescencia como un periodo de confusión acerca de su orientación sexual, la mayoría no se identifica a sí mismo como homosexual antes de la adolescencia tardía; esto puede estar relacionado con los valores sociales y los tabúes asociados con la homosexualidad.

Las luchas por la independencia-dependencia (Juszczak y Sadler, 1999; Neinstein, 1996)

Aunque esta fase puede comenzar durante la etapa inicial de la adolescencia, durante la adolescencia intermedia (15–19 años de edad) es cuando los jóvenes tienden a reafirmar su independencia separándose de sus padres y otros adultos. Durante este período, se muestran reticentes a aceptar el consejo o las críticas de sus padres y tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de pares. Este sentimiento de “invencibles” les urge a probar su independencia y autonomía. Las influencias sociales y ambientales determinan si esta conducta se convierte en constructiva o destructiva para la salud y bienestar del adolescente. La desviación constructiva se refleja en el joven que lucha por su independencia y trata de involucrarse en el estilo de vida adulto. Los adolescentes cuya conducta refleja “desviaciones destructivas” tienden a correr riesgos tales como la actividad sexual prematura y el consumo de drogas ilícitas. Las desviaciones destructivas tienden a ser más comunes entre los adolescentes que no cuentan con el apoyo de los padres y no tienen un ambiente sano que promueva su crecimiento y desarrollo cognitivo y psicosocial. La desviación puede ser destructiva en jóvenes que se sienten alienados de la sociedad y sus comunidades y pueden, por lo tanto, comprometerse con estilos de vida poco convencionales y a menudo destructivos (Juszczak y Sadler, 1999).

Durante la adolescencia tardía (entre 18 y 21 años), los jóvenes comienzan a desarrollar su necesidad de intimidad y luchan entre la intimidad o el aislamiento en sus relaciones interpersonales. En esta etapa más avanzada de su desarrollo, el grupo de pares pierde mucho de su significado anterior, y el joven tiende a buscar relaciones más individuales y emocionales. La cercanía física, el afecto y los deseos sexuales son parte de

³⁵ Los roles de género son construcciones sociales que se refieren a las conductas que corresponden con el hecho de ser hombre o mujer.

esta fase, y la intimidad implica el establecimiento de lazos emocionales, el amor, la empatía y el compartir sentimientos privados con otra persona. La unión entre parejas debe incluir un sano balance entre amor, afecto, empatía, amistad y respeto. Sin embargo, la falta de experiencia en la búsqueda del amor, la intimidad y el compromiso por parte de los jóvenes puede llevarles a uniones y enamoramientos poco saludables (García, 1998). Los jóvenes que no están seguros de su identidad evitarán las relaciones interpersonales o pueden buscar la promiscuidad sin intimidad, el sexo sin amor, o relaciones que no impliquen estabilidad emocional (Muus, 1996). Puede aparecer el desapego o distanciamiento de relaciones interpersonales en estos casos, lo que enfatiza de nuevo el vínculo existente entre el proceso de desarrollo humano y la salud.

Bienestar emocional

Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad influyen en el modo en que el joven se percibe a sí mismo y es percibido por los demás. Los cambios hormonales y físicos del cuerpo durante la adolescencia dan lugar a sentimientos de autoconciencia y preocupación en relación con la imagen del cuerpo y el atractivo físico.

La autoestima es determinante del bienestar emocional del joven y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres y pares contribuyen a aumentar la autoestima de los adolescentes. Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja autoestima se ve implicada en los problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste (Santrock, 1998; Juszczak y Sadler, 1999).

El desarrollo de la pubertad puede afectar la autoestima de forma diferente. Los muchachos desean y se alegran con los cambios físicos que ocurren durante la pubertad, pero las muchachas pueden tener momentos difíciles, con menos confianza y seguridad en sí mismas, lo que contribuye a una menor autoestima (Santrock, 1998; Muus, 1996).

Implicaciones de género y desarrollo psicosocial

Aunque los patrones principales de conducta psicosocial son comunes para las personas jóvenes en general, independientemente de su cultura, sabemos que la cultura sí influye en su comportamiento. En América Latina, la identidad y los roles de género ejercen una gran influencia y ponen presión sobre los adolescentes de ambos sexos. Para las mujeres, la menstruación es un proceso fisiológico que se considera como un rito de iniciación hacia la edad adulta. El machismo³⁶ juega un papel importante en el desarrollo de la identidad en la medida que a los hombres se les socializa para ser autosuficientes e independientes, no mostrar emociones y no preocuparse ni quejarse de su salud física, ni buscar ayuda en momentos de estrés emocional (OMS, 1999a). Más aún, esta socialización promueve probar su masculinidad a través del número de parejas sexuales y la

El machismo socializa a los hombres para ser autosuficientes e independientes, a no mostrar emociones y no preocuparse ni quejarse de su salud física

³⁶ El machismo es un concepto y una ideología cultural asociada con la masculinidad. El machismo subraya la agresividad física masculina, el asumir riesgos, romper las reglas, las relaciones sexuales casuales e impersonales, la infidelidad en las relaciones, y la negligencia en las responsabilidades domésticas o del hogar. Representa un estereotipo con valores, juicios y supuestos culturales profundamente enraizados (Francoeur, 1991).

frecuencia de la actividad sexual. Muchas sociedades aumentan el riesgo de que los hombres contraigan infecciones al aceptar y fomentar la actividad sexual temprana y las parejas múltiples. No es extraño que los hombres informen que su primera experiencia sexual tuviera lugar con una trabajadora sexual. En Guatemala, por ejemplo, el 45% de los hombres entre los 15 y 17 años informaron que su primera experiencia sexual fue con una trabajadora sexual (Camacho-Hubner, 2000). Esto, sin embargo, varía según el país y no ocurre en todos los países de América Latina. Los estudios muestran que, con frecuencia, los jóvenes varones desean integrarse más en la toma de decisiones relacionadas con la paternidad y la salud reproductiva, pero las normas sociales les inhiben a hacerlo (OMS, Trabajando con adolescentes varones, 1999). Las mujeres, por otra parte, sienten la presión de restringir sus impulsos y atracción sexual, para mantener una imagen pura (García, 1998).

Las mujeres que maduran a una edad temprana y los varones que maduran a una edad tardía están en mayor riesgo de tener problemas de ajuste durante su adolescencia (Juszczak y Sadler, 1999; Santrock, 1998; Silber y cols., 1992). La madurez temprana puede ser estresante para las jóvenes, y aumentar el riesgo de depresión y trastornos de la alimentación, tener pocas habilidades para enfrentar situaciones difíciles, y una mayor probabilidad de iniciar su actividad sexual y de consumir/abusar de sustancias. Estos dos últimos problemas aparecen porque la apariencia física de más edad hace más probable que estas adolescentes se unan a un grupo de pares de mayor edad. Las investigaciones realizadas en desarrollo psicológico indican que los varones tienen un mayor riesgo psicológico que las mujeres durante la infancia, y que luego son las mujeres las que tienen un mayor riesgo de depresión o suicidio durante la adolescencia (Gilligan, 1996). Para los varones, la madurez temprana se considera una ventaja, porque el aumento de la estatura física y la masa corporal los coloca en una mejor posición atlética y social (Juszczak y Sadler, 1992). Por otra parte, se ha encontrado que los adolescentes que maduran tardíamente tienen mayor riesgo de depresión, tienen menos habilidades para enfrentar las dificultades y padecen problemas con el alcohol.

Los estudios realizados sobre adolescentes varones y masculinidad en Latinoamérica indican que la mayoría de los adolescentes varones creen que la masculinidad es instintiva, incontrolable y a veces agresiva. Los jóvenes varones afirman que ser hombre significa ser proveedor, ser sexualmente activo, fuerte, alguien que asume riesgos y que tiene hijos. Los adolescentes varones creen que su función de ser hombres puede incluir dominar a las mujeres, asumir riesgos y tratar a las mujeres como objetos sexuales. Sin embargo, existe un concepto emergente de masculinidad según el cual los jóvenes varones afirman que saben sobre sexualidad, expresan temor y frustración, y tienen sentimientos de miedo durante su primera experiencia sexual (Aguirre y Güell, 2002). Los adolescentes varones admiten con frecuencia una falta de comunicación con sus padres, y en muchos casos, cuando existe comunicación, los mensajes promueven el sexo irresponsable, alientan la actividad sexual temprana y refuerzan los conceptos de machismo (ibid).

Los adolescentes experimentan con varios roles en la búsqueda de su identidad. Esto les permite adoptar conductas de salud, ya sean promotoras de la salud o de riesgo (Juszczak y Sadler, 1999). Este es un período en que las decisiones y elecciones dan forma a sus perspectivas de vida futura; por lo tanto, deben hacerse esfuerzos dirigidos para entregarles consejería, apoyo y habilidades para poner al joven en el curso de una vida segura y productiva (Gottlieb, 1998).

Las mujeres que maduran a una edad temprana y los varones que maduran a una edad tardía están en mayor riesgo de tener problemas de ajuste

Los jóvenes varones afirman que ser hombre significa ser proveedor, ser sexualmente activo, fuerte, alguien que asume riesgos y que tiene hijos

Desarrollo moral, ético y espiritual³⁷

Una consecuencia importante del crecimiento y el desarrollo cognitivo es el desarrollo moral, que incluye el juicio y la conducta moral. El juicio moral es la habilidad intelectual o de razonamiento que tiene un individuo para evaluar lo bueno y lo malo de una acción en una situación hipotética. La conducta moral se refiere a la habilidad del individuo en una situación de la vida real de ayudar a otros, resistir la tentación de robar, hacer trampa, mentir o cometer otros actos inmorales. De acuerdo a la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, durante la pubertad los jóvenes evolucionan de una fase en la cual el niño obedece de forma ciega a la autoridad, a una fase donde el joven considera alternativas y adquiere la capacidad emocional de empatizar con otros. El joven comprende que las reglas las han creado los adultos y considera las intenciones y consecuencias de sus actos. A medida que los adolescentes avanzan hacia la fase de razonamiento, en la que piensan de forma más abstracta, desarrollan un sentido de responsabilidad ética, moral y a menudo espiritual. La espiritualidad juega un papel importante en muchas sociedades, particularmente en el desarrollo de reglas y expectativas de conducta, y a menudo dicta lo que se considera como un comportamiento aceptable. El sentido de moralidad de una persona joven depende en gran medida de los valores culturales, sociales y familiares. La cultura juega un papel importante en lo que la gente juzga como correcto o incorrecto y esto, obviamente, se extiende a la conducta sexual.

▷▷ Influencias sociales y ambientales sobre la salud sexual y el desarrollo del adolescente

Los países que reciben apoyo político y compromiso del gobierno para tratar temas como el VIH y la prevención de embarazo son más exitosos a la hora de alcanzar metas nacionales

Los cambios biológicos, cognitivos y psicosociales no explican por sí mismos los resultados en la salud sexual del adolescente y en sus conductas. Las características sociales, culturales, políticas y ambientales, como la situación socioeconómica, las relaciones familiares y con los pares, los medios de comunicación y las políticas son influencias importantes sobre la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes. Los países que reciben apoyo político y compromiso del gobierno para tratar temas como el VIH y la prevención de embarazo, entre otros, son más exitosos a la hora de alcanzar metas y objetivos nacionales.

▷▷▷ Familia y pares

En el contexto latinoamericano y del Caribe, es probable que la familia, incluyendo la familia extendida, sea el factor más importante en la salud y el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden nutrir, apoyar y ayudar a los jóvenes, fijan límites y desafían ciertos supuestos y creencias prevalentes en una cultura. Las relaciones significativas (“connectedness”) con adultos y amigos y las experiencias escolares positivas constituyen aspectos importantes en un ambiente que apoya a los adolescentes. Es a través de estas relaciones que los jóvenes desarrollan resiliencia para desafiar las prácticas sociales y culturales que pueden ser dañinas para su desarrollo y salud sexual (OMS, 1999b; Scales y Leffert, 1999). La investigación demuestra que los padres que adoptan un estilo “autoritario-democrático” caracterizado por un control firme, pero con cariño,

³⁷ Basado en las ideas de Piaget sobre la teoría de desequilibrio cognitivo y Kohlberg, *Child Psychology and Childhood Education: A Cognitive-Developmental View*, 1987.

que establecen límites y prestan atención a las habilidades sociales y cognitivas de sus hijos tienden a producir en el adolescente la confianza en sí mismo, el autocontrol y las habilidades para enfrentar la vida. Por otro lado, los padres autocráticos, especialmente aquellos que son sumamente críticos, protectores o ansiosos, tienden a disminuir en sus hijos el sentido de valor propio y de auto-eficacia, limitando su desarrollo psicológico (Gottlieb, 1998).

La familia puede ser un factor de protección en la vida de los jóvenes. La característica de mayor protección de la familia son las relaciones significativas (“*connectedness*”), la percepción de cercanía que el joven tiene con al menos uno de los padres o con una figura adulta (Blum, 1999). Se ha encontrado que tener una familia extendida también es un factor altamente protector. La evidencia muestra que la gente joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca a un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo (Gottlieb, 1998).

Es probable que la familia sea el factor más importante en la salud y el desarrollo de adolescentes en Latinoamérica y el Caribe

Durante la adolescencia intermedia, mientras el joven está buscando un balance entre su autonomía y la dependencia de sus padres, la gente joven tiende a identificarse mucho con sus pares. La aceptación por parte de los pares juega un papel muy importante en la definición de su identidad y autoestima. La influencia de los pares es multidimensional y los adolescentes no son igualmente susceptibles a ella (Feldman y Elliot, 1990). Algunos adolescentes buscan en sus pares el refuerzo de conductas y creencias, y muy a menudo adoptan y conforman su conducta a la de ellos. Otros son inconformistas y no permiten que sus pares les dicten su conducta. El género es un factor que hace que las adolescentes sean un poco más susceptibles a la presión de sus pares que los varones. La influencia de los pares se relaciona de forma negativa con las habilidades sociales y la confianza de los adolescentes (Feldman y Elliot, 1990). Varios estudios indican el poder que tienen los grupos de pares sobre los varones, que suelen pasar más tiempo en la calle con sus grupos de iguales. En dichos casos, los grupos de pares pueden cumplir varias funciones importantes, como dar un sentido de pertenencia mientras los varones buscan su independencia (OMS, 1999a; Aguirre y Güell, 2002).

Los padres, maestros y otros adultos pueden ayudar a los adolescentes a manejar la presión de sus pares por medio de una mayor comunicación y participación en las vidas de los jóvenes y en su red social. Ayudar a los jóvenes a aclarar sus valores y actuar de acuerdo a estos valores les permitirá resolver situaciones, dilemas y presiones diarias. La investigación ha demostrado que la mayor parte de los jóvenes comparten valores intrínsecos a los de sus padres. Las diferencias generalmente surgen en aspectos más superficiales, como formas de vestir, música y actividades durante el tiempo de descanso, que constituyen medios naturales en los que los jóvenes pueden ser creativos y expresar sus identidades emergentes (Friedman, 1999).

La característica de mayor protección de la familia son las relaciones significativas

Por todo ello, los padres deben asumir un papel más activo al discutir temas de sexualidad con sus hijos. Los temas difíciles como la violación, violencia, abuso y coerción también deben ser discutidos de forma que los adolescentes sean conscientes de ello y reconozcan las señales cuando ocurra una conducta abusiva. Los padres pueden ayudar a enriquecer las habilidades para la vida, incluyendo las habilidades para

negociar, las que les sirven a los jóvenes para ser firmes y actuar de acuerdo a sus deseos, así como reconocer y potencialmente evitar las situaciones coercitivas.

▷▷▷ Educación y escuelas

El nivel de educación es la variable que más influye en la mayoría de los resultados, positivos y negativos, en la salud. Un mayor número de oportunidades educativas lleva al incremento de oportunidades económicas y laborales, y de las habilidades de los jóvenes para asegurar su autonomía y su futuro económico. Cuando los jóvenes no reciben una educación adecuada, el costo para la sociedad es sustancial. Cada año en los Estados Unidos los jóvenes que no terminan la educación secundaria cuestan al país US\$360 mil millones en programas de ayuda social e impuestos no recolectados (Burt, 1998). Como se ha indicado previamente, en la mayoría de los países, las familias no cumplen el requisito educacional mínimo para sobrepasar el nivel de pobreza. El precio que se paga por una población de jóvenes sin educación ni habilidades, es casi siempre mayor que el costo de programas de promoción y prevención diseñados para ayudar a los jóvenes a alcanzar estas metas (OPS, 1998b; CEPAL, 1997). Dado el potencial del “regalo demográfico” en la Región, ya mencionado anteriormente, es importante que los gobiernos reconozcan el valor de invertir en la educación de adolescentes y jóvenes.

El nivel educativo está relacionado con resultados positivos de salud sexual y reproductiva, especialmente para las mujeres. Está bien documentado que incrementar las oportunidades educativas retrasan la edad del matrimonio y la maternidad, y lleva a tener un menor número de hijos a lo largo de su vida (Ashford, 1995; Singh, 1998). Un mayor nivel educativo también está relacionado con la iniciación tardía de la actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres. Aquellos con niveles de educación más elevados informaron haber tenido su primer coito a una edad mayor (Morris, 1992; Singh, 1998). Estos hallazgos están apoyados por otros estudios que relacionan las condiciones sociales con la iniciación de la actividad sexual.

Sin considerar a las familias, la escuela ejerce la mayor influencia sobre el desarrollo de los adolescentes. Pasan la mayor parte del tiempo en la escuela, una institución que puede jugar un papel importante en promover conductas saludables. Estudios realizados en Estados Unidos muestran que los estudiantes que tienen una buena relación de apego, o “*connectedness*”, con sus escuelas (profesores, pares y ambiente escolar) tienen menos probabilidades de usar sustancias, ser violentos o iniciar la actividad sexual a una edad temprana. Características como un ambiente estimulante en el aula y un manejo adecuado de la clase (normas escolares justas y bien establecidas, y expectativas claras para los estudiantes), participación en las actividades extra curriculares, políticas de disciplina tolerantes y clases de tamaño reducido se asociaron positivamente con un mayor apego de los estudiantes con la escuela (McNeely y cols., 2002). Aunque es necesario realizar más investigaciones en esta área, el papel de las escuelas y su relación con los estudiantes debe ser tenido en cuenta.

Además, estudios realizados en Barbados, Chile, Guatemala y México indican que obtener cierto nivel de escolaridad y proveer apoyo económico a la familia son dos factores protectores que ayudan a las madres adolescentes a superar lo que de otro modo sería un círculo vicioso de pobreza para ellas y sus hijos (Buvinic, 1997).

A pesar de su importancia, existen barreras culturales con respecto a la educación. En muchos países, dar una educación a los niños y las niñas choca con estilos de vida tradicionales e interfiere con la necesidad de lograr que los niños generen ingresos para la familia. El costo de los gastos escolares, libros y otros artículos a menudo sobrepasan los beneficios percibidos de la escolaridad en familias de limitados recursos económicos. Esta percepción debe ser cambiada para demostrar los beneficios a largo plazo de las habilidades adquiridas por el entrenamiento y la escolaridad como posible fuente de ingresos para la familia, la comunidad y la economía en general.

Es importante asegurar que los jóvenes obtienen las competencias y habilidades necesarias para asegurarse un futuro saludable. La OMS define estas “habilidades para la vida” como “la habilidad de tener una conducta positiva y adaptadora que permite a los individuos enfrentar de forma efectiva las demandas y retos de la vida diaria” (OMS, 1999b). Estas habilidades que enriquecen el desarrollo cognitivo de las personas jóvenes incluyen las habilidades para tomar decisiones y resolver problemas; el pensamiento creativo y crítico; la comunicación y las relaciones interpersonales; la conciencia de sí mismos, la auto-eficacia y el manejo de emociones y causas de estrés. El objetivo final de la enseñanza de estas habilidades es equipar a los jóvenes con nuevas y mejores habilidades en áreas determinadas. La educación y las habilidades conllevan un aumento en el poder y control de sus vidas, lo que permite a los jóvenes tomar decisiones que generan resultados más saludables.

La educación y las habilidades conllevan un aumento en el poder y el control de las vidas de los adolescentes, lo que les permite tomar decisiones saludables

▷▷▷ **Sociedad y cultura**

Los valores culturales relacionados con la sexualidad y los roles de género ejercen una poderosa influencia en el proceso de toma de decisiones del adolescente con relación a la actividad y el comportamiento sexual (Gage, 1998). Según la teoría de Michel Foucault sobre sexualidad, ésta es una construcción social que se define y existe dentro de un contexto cultural específico (Foucault, 1976). Esto significa que la sociedad y la cultura moldean la manera en que los individuos aprenden y expresan su sexualidad, y dictan las normas y los tabúes relacionados con los roles de género y la conducta sexual. Algunas normas sociales y prácticas culturales pueden implicar valores, actitudes y prácticas que pueden ser perjudiciales para las personas jóvenes o pueden impedirles que expresen su sexualidad. Por ejemplo, la creencia de que las adolescentes no necesitan ir a la escuela es una actitud perjudicial con serias consecuencias para la salud. La actitud machista que prevalece en muchos países de América Latina también da pie a muchas creencias y valores que pueden tener consecuencias dañinas en los y las adolescentes (Coupey y Klerman, 1992; Morris, 1992; Howard, 1992).

Los padres y la familia también influyen en los roles de género permitiendo a los varones una mayor independencia que a las mujeres. Las preocupaciones por la vulnerabilidad física y sexual de las mujeres hacen que los padres vigilen más su comportamiento y se aseguren que estén siempre acompañadas. Como consecuencia, los adolescentes varones suelen pasar más tiempo que las mujeres en la calle o fuera de la casa, sin supervisión. Las luchas por la independencia-dependencia son más evidentes en los varones que en las mujeres, quienes tienden a estar confinadas en la casa. Los muchachos tienen más presión social y familiar para cumplir con los estándares de masculinidad que dicta la sociedad. Esta a menudo empuja a los varones prematuramente hacia la autonomía e

independencia, y reprime las expresiones de emoción y vulnerabilidad. Los hombres jóvenes tienden a ver la iniciación sexual como una competencia que les ayuda a afirmar su identidad masculina y les da estatus en el grupo de pares varones. La experiencia sexual es vista como un rito de iniciación a la adultez y como un logro, más que como una oportunidad para la intimidad. Las adolescentes declaran con mayor frecuencia haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales dentro del contexto de una relación íntima, mientras que los varones declaran haber tenido relaciones sexuales con múltiples parejas y en relaciones casuales (OMS, 2000; Aguirre y Güell, 2002).

Es importante analizar los dobles estándares de las culturas, pero a la vez reconocer que en un mismo país existen múltiples subculturas dentro de las comunidades y aun dentro de las generaciones. La Región tiene muchas subculturas, como las culturas indígenas, que hablan un idioma diferente y tienen una identidad social distinta a la de la sociedad dominante. Muchas de estas subculturas están marginadas de la cultura principal y tienen diferentes necesidades e intereses.

▷▷▷ Situación socioeconómica y equidad

Si el estrés causado por la pobreza se aliviara y la atención de salud fuese accesible, la salud general de los adolescentes tendría menos resultados negativos

Existe una fuerte relación entre el nivel socioeconómico, la equidad y los resultados en la salud. Las poblaciones indígenas y de refugiados, lo mismo que los homosexuales y las lesbianas, tienden a ser marginados por la población, y a menudo se les deja fuera del proceso de desarrollo económico. También tienden a vivir en lugares menos accesibles, y es más probable que sean pobres y tengan acceso limitado a los servicios. Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención de salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres que las madres adultas. Los y las jóvenes de familias pobres tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza (Buvinic, 1998; Singh, 1998; Tsui y cols., 1997).

La pobreza, las políticas y la legislación pueden causar problemas de acceso para las personas jóvenes que tienen la madurez psicológica y el desarrollo suficiente para buscar servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos. Todos estos factores suponen barreras a la salud sexual y al desarrollo pleno de los jóvenes. Si el estrés causado por la pobreza se aliviara y la atención de salud fuese accesible, la salud general de los jóvenes tendría menos resultados negativos (Coupey y Klerman, 1992).

La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos. Hay estudios que muestran que el comercio sexual³⁸ es el resultado de las dificultades económicas de las mujeres y las escasas oportunidades para encontrar trabajo. La mayoría de las madres jóvenes tienen poca educación, provienen de familias pobres y gastan todas sus ganancias en mantener a sus familias (Tsui y cols., 1997). Además, las mujeres más jóvenes son buscadas para el comercio

³⁸ El Programa Global de SIDA de Naciones Unidas define el trabajo comercial del sexo como "un contacto sexual realizado en los últimos 12 meses, con una pareja no regular, que se ha intercambiado por regalos o dinero".

sexual porque tienen menos probabilidades de estar infectadas con ITS o VIH y, por lo tanto, los hombres las consideran más deseables. Las mujeres, como ya se ha mencionado antes, también son más vulnerables a los problemas de salud debido a factores biológicos, como embarazos no deseados y tienen un mayor riesgo de contraer ITS (OMS, 1999b; Coupey y Klerman, 1992).

Los derechos humanos de los y las adolescentes no son conocidos ampliamente ni tampoco protegidos, especialmente en relación con su salud sexual y opciones reproductivas. La capacidad de las adolescentes para elegir de forma libre e informada acerca de su sexualidad y las opciones de matrimonio puede verse disminuida por su posición social, sus familias y sus parejas. El aumento de la movilidad social, como la libertad de decidir con quién y cuándo casarse, puede mejorar la vida de las adolescentes y eleva la edad promedio en la que las mujeres empiezan a procrear. Esto a su vez produce una mejoría en su salud y en la de sus hijos; reduce la fertilidad y aumenta la productividad económica en general (UNF, 1999).

▷▷▷ **Derechos, empoderamiento y ambiente político**

El ambiente político, incluyendo la disponibilidad o restricción de derechos a nivel macro, también está relacionado con el desarrollo sexual de los adolescentes, la prevención de problemas de salud y la provisión de servicios. Muchos países tienen leyes, políticas y regulaciones restrictivas que impiden que los adolescentes puedan ejercer sus derechos y aprovechar las oportunidades existentes.

La participación juvenil en los procesos políticos y legislativos es un mecanismo fundamental para asegurar que el ambiente político contribuya al desarrollo de los adolescentes. Las personas jóvenes tienen un potencial enorme para contribuir al desarrollo de sus países; sin embargo, se les excluye social y políticamente, y por lo general carecen de las habilidades o experiencia necesarias para realizar cambios sin el apoyo y la orientación de los adultos y sin un ambiente político amigable hacia los jóvenes. La participación activa les permite acumular experiencia en dinámicas de organización y liderazgo, y les ayuda a desarrollar la confianza en sí mismos y a elevar su autoestima, al tiempo que se crean redes para apoyar las necesidades de las personas jóvenes a nivel local. Integrar a líderes locales jóvenes puede contribuir a que se produzcan cambios positivos en la formación de leyes y políticas más relevantes que promuevan la salud de los jóvenes, además de asignar los recursos adecuados, difundir la información apropiada, y apoyar la equidad. Incorporando la participación juvenil en las actividades de desarrollo y salud de jóvenes se fomenta el empoderamiento juvenil (OPS, 1999).

▷▷▷ **Medios de comunicación**

Durante los últimos 30 años, pocos desarrollos sociales han tenido más influencia sobre los adolescentes que la radio, la prensa y la televisión (Santrock, 1998). Las normas sociales y culturales se expresan a través de los medios de comunicación, que sirven para consolidar ciertas normas y tabúes con respecto a la sexualidad y los roles de género. Los medios de comunicación tienen un efecto profundo sobre la información, los valores, la conducta sexual y la sexualidad en general, y ofrecen oportunidades para dar mensajes positivos a la juventud. Gran parte de la información, valores y conductas descritas por los medios de comunicación no contribuyen al desarrollo saludable. La violencia, el sexo, los estereotipos de género y

etnia, prevalecen en la mayor parte de la programación de los medios de comunicación. Los estudios indican que existe un fuerte vínculo entre la violencia en los medios de comunicación y la agresión de los adolescentes. La agresión es una conducta aprendida que se puede adquirir, reforzar y fomentar a través de los mensajes de los medios. Una gran exposición a la violencia en los medios también puede hacer que los jóvenes se vuelvan más insensibles hacia la violencia real del mundo. En otros casos, puede que desarrollen preocupaciones y miedos exagerados por convertirse en víctimas de esa violencia (Strasburger y Wilson, 2002).

Los medios enseñan a los jóvenes sexualidad. Las imágenes poco realistas de conducta sexual que presentan pueden contribuir a que los jóvenes se sientan confundidos respecto a la sexualidad. Un análisis de contenido de la televisión americana encontró que el 75% de la programación de mayor audiencia de las principales cadenas presentaba contenido sexual, pero solo 10% incluía alguna mención sobre los riesgos o responsabilidades de la actividad sexual o la necesidad de anticonceptivos (ibid). Hay mensajes que glorifican el sexo sin discutir las opciones de abstinencia o las posibles consecuencias negativas de la conducta sexual, como el embarazo no deseado y las ITS.

En el lado positivo, las encuestas indican que la televisión es responsable de haber enseñado a los jóvenes sobre el SIDA (Macro International, 1996). Los estudios han documentado la capacidad de la televisión para transmitir información, definir actitudes e influir en la conducta social y en las normas culturales (Strasburger y Wilson, 2002). Se debe estimular a los medios para que promuevan el conocimiento entre la juventud. Los padres y los programas de educación sexual tienen un impacto limitado en los adolescentes ya que son pocas las escuelas que ofrecen programas integrales de calidad, y, por lo general, los padres se sienten incómodos al hablar sobre sexo. Los medios tienen un papel que cumplir en promover imágenes positivas e información precisa para adolescentes y preadolescentes (ibid). En América Latina y el Caribe, la mayor parte de la información que reciben los adolescentes sobre salud y sexualidad la obtienen de sus pares o de los medios de comunicación. Los medios son un instrumento poderoso que ha demostrado tener efectos positivos en el desarrollo y la salud sexual de los adolescentes. En Brasil, un vídeo de prevención del SIDA titulado "Via de Rua" (*Vida de la calle*) contribuyó a un incremento del 18% en el uso de condones entre los jóvenes a los que iba dirigido el programa. El programa también aumentó los niveles de conocimiento en un 20% (UNICEF, 1997b). Los medios interactivos y la participación de los jóvenes es otro enfoque exitoso de los medios de comunicación. MTV Latino difundió un programa para gente joven llamado "Sexo inteligente", que registró una audiencia de 3 a 4 millones de jóvenes y luego recibió 2.800 llamadas en la línea telefónica abierta. El 78% de los jóvenes que vieron el programa lo recomendaron a sus pares y el 91% aprobaron los mensajes difundidos (ibid). Obtener retroalimentación de los jóvenes por medio de programas de radio, cartas a los editores de periódicos con preguntas sobre educación sexual y programas televisivos de entrevistas a adolescentes, son todos ejemplos del papel de los medios de comunicación y su contribución en mejorar el desarrollo sexual sano de los adolescentes.

Al diseñar programas para la juventud es importante tomar en cuenta la edad y el nivel de desarrollo cognitivo de ese grupo de edad. Para que los mensajes sean efectivos, deben ser sencillos, consecuentes, directos, utilizar información visual, provenir de una variedad de fuentes, y ser repetidos con frecuencia durante un largo periodo de tiempo. Es importante comenzar temprano con los mensajes de promoción y prevención, pues los niños empiezan a imitar conductas precozmente. Los mensajes pueden ser dirigidos a niños de 8 a 10 años, antes del inicio de la actividad sexual y una vez que las habilidades cognitivas están lo suficientemente desarrolladas como para comprender el mensaje. Los mensajes deben acomodarse y adaptarse a la naturaleza heterogénea de las poblaciones de jóvenes y tener en cuenta las diferencias culturales y ambientales, e incluir a gente joven en la programación (McNeal, 2000).

▷ Implicaciones del nuevo marco conceptual en políticas y programas de adolescentes y jóvenes

Los programas holísticos comienzan temprano, ofrecen oportunidades de crecimiento y permanecen junto a los jóvenes por un período más largo

Como indica el marco conceptual, el desarrollo y la sexualidad sana se deben tratar a través de un enfoque de desarrollo holístico e integral. Aunque los esfuerzos programáticos del pasado se han centrado en la prevención de problemas específicos de salud, se ha demostrado que las intervenciones que se centran en una conducta concreta son menos efectivas. Los programas de enfoque holístico comienzan temprano, ofrecen oportunidades de crecimiento y desarrollo y permanecen junto a los jóvenes por un período más largo (Burt, 1998). Los enfoques holísticos tratan las complejas necesidades de los jóvenes de forma compasiva y con una visión positiva que incorpora a las familias, comunidades y otros servicios. La Región debe promover factores protectores y enfoques de desarrollo que reconozcan el potencial de las personas jóvenes y las considere como valores para la comunidad y la sociedad.

Esta sección revisa las intervenciones exitosas y una serie de recomendaciones de programas y políticas basadas en lecciones aprendidas y en los éxitos obtenidos. Es importante comprender que los programas exitosos no pueden ser reaplicados de manera uniforme, sino que deben ser flexibles y basados en la diversidad de la población adolescente en términos de etapas del desarrollo, condición socioeconómica, cultura, lenguaje y religión. Los planificadores de programas deben enfatizar y valorar el papel vital que el desempeño organizacional juega en crear un impacto social. Los programas necesitan el respaldo de organizaciones sólidas, con gran capacidad organizacional y una misión clara en un ambiente cambiante (Letts y cols., 1999). El capital humano y el financiero son importantes para la sostenibilidad y el desempeño de organizaciones para producir beneficios sociales duraderos. Una de las características principales para tener éxito en un programa es el personal altamente calificado y comprometido capaz de adaptarse para atender la amplia gama de necesidades de las personas jóvenes. Los programas exitosos también deben analizar sus costos y resultados para asegurarse que los planes del programa son consistentes con los recursos financieros y humanos disponibles. Las ONG, debido a su naturaleza no política, están en posición de apoyar la ejecución de programas de salud y desarrollo de adolescentes. De igual manera, los gobiernos y las agencias bilaterales son esenciales para proveer el marco de trabajo en salud y desarrollo del adolescente y coordinar los diversos programas.

Los enfoques holísticos tratan las complejas necesidades de los jóvenes con ayuda de las familias, la comunidad y otros servicios

Las evaluaciones presentadas a continuación se realizaron en los Estados Unidos. Se conoce poco sobre el impacto de los programas juveniles en la conducta sexual de los adolescentes en Estados Unidos, y menos aún en los países de América Latina y el Caribe. La evaluación de programas en la Región se centra fundamentalmente en proyectos de prevención terciaria que tratan problemas específicos relacionados con la salud sexual del adolescente. Hay una tendencia creciente a documentar y evaluar los programas de jóvenes, y la mayoría de la información disponible está basada en los Estados Unidos. Los programas más exitosos dirigidos a adolescentes están basados en la promoción del desarrollo juvenil. En vista

de esto, los programas sugeridos son aplicables a otros contextos culturales. No obstante, se debe tener en cuenta el ambiente social local cuando se adaptan y se trabaja con programas existentes en otros lugares. Por lo tanto, cada vez es más importante documentar las intervenciones realizadas para poder proveer lecciones aprendidas y éxitos a los demás países de la Región.

▷▷ Lo que funciona y lo que no funciona

En general, los estudios sugieren que los enfoques multifacéticos que funcionan son aquellos que integran los diversos contextos en los que viven los y las jóvenes y a los adultos que están presentes en sus vidas, incluyendo a los padres, líderes religiosos, pares y profesores, así como a los medios de comunicación. Los programas exitosos incluyen contenidos que van más allá de las advertencias y eslóganes y están basados en teorías conductuales (Scales y Lefferts, 1999). Los servicios que atraen a las personas jóvenes son amigables hacia los jóvenes, no les juzgan y suelen tener un alcance más amplio que aquellos que abordan un solo problema, como la prevención de embarazo. Se recomiendan mensajes claros, no ambiguos y que provean opciones (Scales y Lefferts, 1999; Kirby, 2001; Kirby 1997; Dryfoos, 1998).

Los enfoques que funcionan integran los diversos contextos en los que viven los jóvenes, y a los adultos que están presentes en sus vidas

▷▷▷ Programas de desarrollo juvenil³⁹

Las evaluaciones realizadas en esta área muestran que existe una conexión entre las relaciones interpersonales significativas (“*connectedness*”), el ambiente y los resultados de salud.⁴⁰ Estudios llevados a cabo en los Estados Unidos han demostrado que los programas enfocados en el desarrollo juvenil son efectivos para promover conductas sexuales saludables entre la gente joven. Los programas de desarrollo juvenil representan una manera alternativa y más holística para lograr los resultados deseados en salud sexual y reproductiva en las personas jóvenes. Estos programas no se centran exclusivamente en la prevención de los embarazos. Por el contrario, tratan de mejorar las habilidades para la vida de los adolescentes, fomentar en ellos esperanzas de futuro, y en oportunidades y “opciones de vida” reales. Los programas de desarrollo juvenil reconocen que la motivación individual para evitar resultados negativos en la salud sexual (como el embarazo) constituye un aspecto crítico del proceso de toma de decisiones de un adolescente. Una persona joven con habilidades cognitivas desarrolladas sopesará los costos y beneficios de una conducta, la cual, a su vez, determinará el nivel de su motivación para evitar consecuencias negativas. Un enfoque para el desarrollo juvenil provee “mecanismos para que los jóvenes satisfagan sus necesidades básicas, incluyendo seguridad y estructura, pertenencia a un grupo, valor propio y contribución a la sociedad, independencia y control sobre la propia vida, cercanía y relación con el grupo de pares y apoyo significativo de los adultos. Una vez que se hayan satisfecho estas necesidades, los jóvenes podrán construir las competencias necesarias para ser adultos exitosos y productivos, y estarán motivados para evitar la maternidad temprana” (Kirby y Coyle, 1997a).

Una revisión de los programas de desarrollo juvenil en los Estados Unidos indica que este enfoque ha contribuido a la disminución del

³⁹ Basado en un documento de Kirby, D. y Coyle, K. titulado *Youth Development Programs*, 1997; y Kirby, D. *Emerging Answers*, 2001.

⁴⁰ Basado en Reuniones OMS/UNICEF sobre programas para la salud y desarrollo del adolescente: What Should We Measure and How? Mayo, 1998 y junio 2000.

Una vez que se hayan satisfecho sus necesidades básicas, los jóvenes podrán construir las competencias necesarias para ser adultos exitosos y productivos

embarazo en las adolescentes. Los programas para el desarrollo juvenil de aprendizaje en servicios, que incluyen el servicio voluntario de adolescentes en la comunidad y tiempo para la preparación y reflexión, durante y después del servicio, ofrecen la evidencia más sólida de que este tipo de intervención conduce a un cambio de conducta. En estos programas, los participantes desarrollan relaciones con los facilitadores, adquieren un sentido de autonomía, se sienten más competentes en sus relaciones con pares y adultos y se sienten con más poder. Además, el tiempo que pasan haciendo estas actividades reduce la oportunidad de los jóvenes de involucrarse en conductas de riesgo (Kirby, 2001). Dada la carga que supone para la sociedad el embarazo adolescente, este es un enfoque interesante a ser adoptado en los programas de los países de la Región.

Varios países han implementado políticas de juventud que adoptan un enfoque del desarrollo juvenil. Las experiencias en la Región destacan la importancia de recibir apoyo por parte de líderes políticos influyentes, en combinación con una fuerte coalición de defensores de la juventud, como factores clave en el éxito de la implementación de la política nacional juvenil (por ejemplo, en Bolivia y República Dominicana). Otra estrategia importante es involucrar a los padres, la comunidad y los pares en la planificación y ejecución de programas (Dryfoos, 1998; Schorr, 1998a).

Programa Carrera de la *Children's Aid Society*

Este programa basado en EE.UU. ofrece intervenciones integrales e intensivas de largo plazo a los jóvenes, tanto en salud sexual y reproductiva como en desarrollo. Estas incluyen evaluación y educación sexual y familiar; evaluación académica individual, tutoría, ayuda con las tareas escolares, preparación para exámenes; actividades relacionadas con el trabajo, incluyendo un club de trabajo, cuentas bancarias individuales, oportunidades de empleo y orientación sobre carreras; expresión a través de las artes; actividades deportivas; y atención integral de salud, incluyendo salud mental, servicios de salud reproductiva y anticonceptivos. Este programa tiene un impacto positivo duradero en la conducta sexual y en el uso de anticonceptivos, en la prevención de embarazo y en partos de adolescentes.

▷▷▷ Programas de desarrollo juvenil integrados con sexualidad (Kirby, 2001)

Tres estudios examinaron programas dedicados al desarrollo juvenil y la salud reproductiva. Dos de las evaluaciones indicaron que hubo un retraso en el comienzo de la actividad sexual y una disminución del embarazo. En los tres se vio una disminución de la frecuencia de actividad sexual. Un programa en particular, el Programa Carrera retrasó de forma significativa la iniciación sexual en mujeres adolescentes, incrementó el uso de condones y otros métodos efectivos de anticoncepción, y redujo los porcentajes de embarazo. Este programa es a largo plazo, intensivo e incluye muchos componentes (véase cuadro).

▷▷▷ Programas de educación sexual⁴¹

La mayoría de los países en la Región concuerdan que la educación sexual es importante, y muchos países como Argentina, Chile, Colombia, México y Perú han puesto en práctica programas nacionales de educación sexual. Las discrepancias surgen al plantear cómo poner en práctica la educación sexual y existe un desacuerdo considerable en la Región sobre a qué edad, en qué lugar y cómo enfocar la educación sexual para los jóvenes. Los expertos dicen que la calidad y la extensión de la educación sexual son inadecuadas⁴² y ésta es un área que necesita mayor atención.

La evaluación de los programas de abstinencia hasta después del matrimonio *que no* hablan del uso de anticonceptivos, han demostrado no ser efectivos en el logro de los resultados deseados. La revisión de 35 programas de adolescentes en las escuelas de Estados Unidos muestra que promover solamente la abstinencia no tiene un impacto significativo sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales. Un estudio reciente (2001) encontró que los programas enfocados sólo en la abstinencia no muestran un efecto positivo sobre la conducta sexual, ni afectan el uso de anticonceptivos entre los jóvenes sexualmente activos (Kirby, 2001). Otro estudio sugiere que este enfoque tan definido, con un planteamiento absolutista sobre la actividad sexual, puede tener un efecto contrario en los jóvenes, dada la tendencia cada vez mayor a experimentar y ejercitar la autonomía de las figuras y los valores adultos. El estudio sugiere que esta es la situación de jóvenes a quienes les falta motivación y un ambiente sólido de apoyo psicosocial (Rossi, 1997). Estos estudios también sugieren que para que un programa de abstinencia llegue a tener éxito, necesita trabajar con los jóvenes antes de que inicien su actividad sexual. Dado el hecho de que la actividad sexual puede comenzar tan temprano como entre los 10 y 12 años, los mensajes de abstinencia necesitan llegar a grupos de menor edad.

Los programas de educación sexual que incluyen la abstinencia y los anticonceptivos han resultado ser más efectivos. Inicialmente se pensó que los programas de educación sexual que incluían discusión sobre el uso de condones y otros métodos anticonceptivos aumentarían la actividad sexual en los adolescentes. Las investigaciones demostraron que tales programas no aumentan la actividad sexual entre los jóvenes, más aún, la disminuyen, ya sea por retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales o reducir su frecuencia. Estudios demuestran que algunos de los programas centrados en la educación sobre VIH aumentaron el uso de condones entre los jóvenes sexualmente activos (Kirby, 2001, 1997).

▷▷▷ Servicios de planificación familiar basados en las escuelas

Las investigaciones de programas en las escuelas con clínicas de salud y en escuelas con programas de disponibilidad de condones han mostrado de forma reiterada que la provisión de condones u otros anticonceptivos a través de las escuelas no aumenta la actividad sexual. Dada la alta disponibilidad relativa de anticonceptivos en la mayoría de las

⁴¹ Información tomada de un documento escrito por Douglas Kirby y Karin Coyle donde se sintetizan 35 evaluaciones de programas escolares específicos diseñados para reducir las conductas sexuales de riesgo, incluyendo programas de educación sexual y VIH, centros de salud en escuelas y programas escolares para la disponibilidad de condones.

⁴² Basado en documentos de programas y reuniones sobre educación sexual de OPS. También referido en el documento de Senderowitz "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health", junio 2000.

comunidades, la mayor parte de las clínicas basadas en escuelas, especialmente aquellas que no se centraron en la prevención del embarazo o de ITS, no contribuyeron a aumentar de forma significativa el uso de anticonceptivos. En otras palabras, parece existir un efecto de sustitución donde los adolescentes pasan de obtener anticonceptivos fuera de la escuela a conseguirlos en la escuela (Kirby, 2001).

Los programas basados en las escuelas evaluados a nivel mundial que se dirigen a reducir el VIH/SIDA no muestran diferencias en los porcentajes de abstinencia o sexo con condón entre el programa y el grupo de control. Sin embargo, entre los jóvenes sin experiencia sexual, los estudiantes que recibieron la intervención tenían más probabilidades de mantenerse sin experiencia sexual un año después (Merson, 2000).

▷▷▷ Educación sexual en la familia⁴³

De acuerdo a una encuesta realizada en Estados Unidos, muchos padres y la propia sociedad creen que los padres deben ser los principales educadores de sus hijos sobre sexualidad. Los adolescentes también lo creen así y han expresado el deseo de que sus padres sean los principales educadores sobre sexualidad. A pesar de este hallazgo, sólo una minoría de padres discuten sobre las relaciones sexuales, los anticonceptivos u otros temas con sus hijos adolescentes.

Aunque la investigación en esta área es aún escasa, los estudios relacionan una mayor comunicación entre padres y adolescentes con un resultado positivo en la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la buena comunicación entre padres y adolescentes puede tener un efecto positivo en el uso de anticonceptivos. Además, estudios indican que si la buena comunicación se inicia temprano, esto puede retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes. Los programas educativos que ayudan a los padres a sentirse cómodos hablando con sus hijos y que aumentan y mejoran la calidad de la comunicación entre padres e hijos tienen efectos prometedores a corto plazo. Por ejemplo, estudios realizados sobre programas educativos relacionados con sexualidad y VIH para padres y familias han demostrado una mejor comunicación entre padres e hijos, así como una mayor comodidad por parte de los padres cuando se comunican con los hijos (Kirby, 2001). Esta investigación preliminar indica que la educación sexual en el hogar puede tener efectos positivos en la conducta sexual del adolescente. Se deben realizar esfuerzos para ayudar a los adultos a entender a los adolescentes, su proceso de desarrollo y la importancia de la familia para su salud en general.

Algunos estudios también sugieren que las características familiares, tales como una relación significativa ("*connectedness*"), apoyo y supervisión de los padres, están estrechamente asociadas con una mejor comunicación entre padres y adolescentes. Esto corrobora el hecho de que la relación significativa y la educación padres-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y deben ser promovidos.

Estos hallazgos son muy importantes, dada la falta de educación sexual adecuada en las escuelas. Las escuelas en muchos países de la Región están influenciadas por la religión y la política, y perpetúan muchos de los tabúes y mitos que rodean la sexualidad y el desarrollo de los adolescentes. Los padres y la familia pueden ser una de las formas de aumentar la comunicación con los jóvenes sobre sexualidad y romper algunos de los tabúes que rodean estos temas.

⁴³ Adaptado de Douglas Kirby, *Sexuality and Sex Education at Home and School*.

Radioprogramas del Perú- Era Tabú

Perú tiene un programa llamado "Era Tabú" que se escucha en toda la nación en Radioprogramas del Perú (RPP), una de las emisoras radiofónicas más grandes del país, y de mayor audiencia. Era Tabú es un programa radiofónico interactivo que permite la retroalimentación de los oyentes y cubre temas de sexualidad que tradicionalmente han sido considerados tabú. Hay gran amplitud de temas relacionados con la sexualidad humana, poniendo énfasis en la juventud. Los programas se emiten durante las horas de la tarde. Esta estrategia de usar los medios de comunicación permite que los temas sobre sexualidad entren en el hogar y provee una ventana de comunicación sobre sexualidad entre los miembros de la familia. El programa tiene una audiencia de un millón de personas, desde poblaciones urbanas en las áreas metropolitanas hasta las áreas rurales más remotas.

▷▷▷Centros juveniles multi-servicios

En América Latina y el Caribe, se han desarrollado centros juveniles con múltiples servicios sociales, incluyendo salud, para enfrentar las necesidades e inquietudes de la juventud. Estos centros están localizados en la comunidad, generalmente afiliados con organizaciones juveniles nacionales y en relación con las escuelas. Los centros multi-servicios deben ser considerados por los jóvenes como un "refugio", en el sentido de que pueden sentirse físicamente seguros (para aquellos que viven en ambientes muy violentos), y encontrar seguridad emocional y confidencialidad. Estos centros proveen capacitación en habilidades para la vida, dan servicios educativos, vocacionales y recreativos, junto con consejería y cuidados de salud reproductiva. La oferta de distintos servicios de salud, incluyendo servicios psicológicos, también permite el tratamiento más integral, tratando las raíces de los problemas y atendiendo varias necesidades al mismo tiempo. Dichos centros atraen a la gente joven, especialmente varones, y lo hacen de una forma que los establecimientos de salud tradicionales no lo hacen. Los programas de servicios múltiples con capacitación vocacional y laboral son más atractivos para los adolescentes, y les ofrecen oportunidades significativas de empleo futuro.

Las evaluaciones que se han hecho de estos programas muestran resultados mixtos⁴⁴. Los programas exitosos incluyeron grandes esfuerzos para llegar a los adolescentes, pero cuando el programa terminó, los cambios de conducta no se mantuvieron. También se encontró que los costos de mantenimiento de los centros considerando los clientes atendidos eran altos comparados con los costos de mantenimiento de las actividades del programa. La asistencia a los centros tiende a ser baja, especialmente a los servicios de salud reproductiva, mientras que la mayoría de los jóvenes asiste al centro para las actividades recreativas no educativas (Senderowitz, 2000). Por lo tanto, los centros juveniles deben asegurarse que las actividades recreativas están asociadas a estrategias educativas y de desarrollo cuyo objetivo sea mejorar las conductas de salud de los adolescentes. En la medida que los jóvenes se sienten más cómodos con un centro juvenil y su personal, tienen más posibilidades de consultar el centro cuando tengan necesidades en salud reproductiva. Entre las soluciones se incluye el establecer un nexo fuerte, redes y colaboración entre los diferentes grupos comunitarios y los servicios, incluyendo las escuelas. Esto permitirá

⁴⁴ Basado en evaluaciones de Merson y cols. (2000), Kirby (2001) y Senderowitz, (2000).

ofrecer a los jóvenes la gama completa de servicios necesarios, sin que por ello se sobrecarguen los recursos financieros o humanos requeridos para proveer servicios de calidad bajo el mismo techo.

Debe estimularse a los centros para que efectúen análisis de costo beneficio y aseguren la efectividad según costo, especialmente porque muchos centros juveniles se ven restringidos por fondos limitados de donantes.

▷▷▷ Programas de educación de pares juveniles⁴⁵

Los programas de pares son aquellos que entrenan y utilizan como educadores o mentores a jóvenes de edad, lugar de residencia, ocupación o intereses similares a las de los jóvenes objetivo de una determinada intervención (Senderowitz, 2000). Los programas de pares se han extendido en la Región y por lo general combinan varios factores importantes y útiles en la promoción de salud y desarrollo. Estos incluyen una fuerte identificación con el ambiente social y cultural del grupo objetivo, promoción de normas sociales y valores que apoyan actitudes positivas y conductas saludables, y el involucramiento real a la gente joven en los programas dirigidos a ellos. Los programas de pares han sido identificados como un mecanismo útil para reclutar a participantes en los centros y actividades ya existentes. Los programas de pares ofrecen una manera directa y significativa para que los jóvenes participen en programas donde los adolescentes se comunican y llegan a sus pares, y pueden también proveer retroalimentación útil a los planificadores de programas sobre lo que funciona y lo que no funciona.

Los estudios muestran que el efecto de los programas de educación de pares es mucho mayor en los propios educadores pares que en los adolescentes a los que se dirige el programa

Se han realizado evaluaciones de programas de educación de pares y tales estudios muestran que el efecto es mucho mayor en los propios educadores pares que en los adolescentes a los que se dirige el programa (Senderowitz, 2000; FOCUS on Young Adults, 2001). Sin embargo, la educación de pares ha servido para aumentar el compromiso y la participación activa de los jóvenes en los programas. Los educadores pares han indicado cambios en su conducta debidos a su participación en los programas. Se citan dos ejemplos de la Región: el proyecto de la Cruz Roja de Jamaica en el que los educadores pares informaron haber incrementado de forma significativa sus conocimientos sobre la transmisión de VIH, y muchos educadores pares también expresaron su intención de retrasar su primer coito o siguientes encuentros sexuales y de usar condones en caso de ser sexualmente activos; SIDACAP (proyecto de prevención de SIDA) encontró que el 95% de los educadores pares habían vivido cambios en su propia vida y conducta (Senderowitz, 2000). La desventaja de los programas de pares es que hay una alta tasa de rotación en la participación de los jóvenes. Sin embargo, es importante sopesar los beneficios de la participación de los jóvenes para atraer a los jóvenes a los que es más difícil llegar, y las habilidades, conocimientos y experiencias ganados por la participación de jóvenes en el programa, que permanece con ellos para siempre.

▷▷▷ Programas en los lugares de trabajo⁴⁶

Como muchos jóvenes trabajan, los programas en los lugares de trabajo son un mecanismo importante para que éstos lleguen a un gran

⁴⁵ Adaptado de informes de FOCUS on Young Adults sobre programas para jóvenes.

⁴⁶ Senderowitz y Stevens, 2001.

número de jóvenes. Los jóvenes que trabajan por lo general tienen necesidades diferentes que aquellos que acuden a la escuela. El tipo de programa para los lugares de trabajo varía desde los que trabajen en fábricas de ropa hasta camioneros o incluso en el sector informal; también hay programas en los mercados y para trabajadoras sexuales. Para el sector de trabajo formal, proveer servicios y educación en estos lugares es una ventaja para los empleadores ya que se promueve una mano de obra más saludable, con menos ausencias, una mayor eficacia en el trabajo y menos discapacidades y enfermedades a largo plazo. Los programas en los lugares de trabajo también promueven la imagen de la compañía. El sector de trabajo informal tiende a atraer a trabajadores más jóvenes y a poblaciones en tránsito que pueden tener un riesgo mayor de contraer una enfermedad reproductiva (camioneros y trabajadoras sexuales). Aunque la información existente sobre programas en los lugares de trabajo es escasa, la evidencia muestra que estos programas tienen el potencial de llegar a los jóvenes que están fuera del sistema escolar y en mayor riesgo.

▷▷▷ **Programas educativos de salud basados en habilidades para la vida**⁴⁷

La educación de salud basada en habilidades es una combinación de experiencias y de aprendizaje cuyo objetivo es desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que son necesarias para actuar y así mantener conductas saludables y para cambiar conductas y condiciones dañinas. Cada vez existe un mayor reconocimiento y evidencia de que a medida que las personas jóvenes crecen, el desarrollo de habilidades psicosociales e interpersonales puede protegerles de las amenazas de salud, les puede permitir desarrollar competencias para adoptar conductas positivas y promover relaciones saludables. El desarrollo de habilidades tiene más posibilidades de producir la conducta de salud deseada cuando la práctica de la habilidad va unida al contenido de una conducta de salud específica o de una toma de decisión. El método más efectivo de desarrollo de habilidades es involucrar a los jóvenes en el aprendizaje a través de experiencias activas y participativas, en lugar de pasivas. Los métodos de aprendizaje activos, junto con otros factores, fueron efectivos en llegar a los estudiantes y conseguir resultados de conducta positivos. El Cuadro 3 resume algunas de las características de los programas de educación sexual efectiva en Estados Unidos.

⁴⁷ Basado en el libro *Skills for Health: Skills-based Health Education, Including Life Skills: an Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. UNICEF/OMS/Banco Mundial/FNUAP, 2002.

Cuadro 3 **Características de una educación sexual efectiva⁴⁸**

Comienzo temprano: ¡Cuando se llega a adolescente es demasiado tarde! Una vez que se han establecido las conductas, es mucho más difícil cambiarlas.

Tienen como meta reducir una o más conductas sexuales: Los programas efectivos se centran claramente en reducir una o más conductas sexuales que llevan a un embarazo no planificado, o a una infección de VIH/ITS. Los programas deben dar un mensaje preciso y deben reforzar constantemente una posición clara sobre las conductas deseadas.

Los programas se basan en un enfoque teórico: Los programas exitosos están basados en teorías sobre el desarrollo adolescente que han demostrado ser efectivas en influir las conductas de riesgo. Esto incluye el ir más allá del desarrollo cognitivo y entender las influencias sociales, los valores individuales cambiantes y el establecimiento de habilidades para la vida.

Promueven mensajes claros, consistentes y reiterados que refuerzan la posición sobre las conductas: Los programas efectivos no exponen simplemente las ventajas y desventajas de las diferentes alternativas sexuales, dejando que los estudiantes escojan lo que es correcto. Estos programas utilizan la información, los hechos, actividades, valores y habilidades para convencer a los estudiantes que la abstinencia, utilizar condones u otras formas de anticonceptivos son las elecciones correctas.

Proporcionan información básica y precisa sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo evitarlas: Aumentar el conocimiento no debe ser la meta prioritaria de los programas de educación sexual, sino que los programas efectivos provean información básica para que los estudiantes evalúen el riesgo. Tales programas no dan detalles innecesarios, sino que enfatizan simplemente hechos necesarios para tomar decisiones.

Tratan las presiones sociales en la conducta sexual: Los planes de los programas efectivos discuten sobre situaciones que pueden llevar al sexo, las barreras sociales existentes para el uso de anticonceptivos, y exploran cómo manejar tales situaciones.

Modelan y practican habilidades de comunicación, negociación y rechazo: Los programas efectivos proveen información acerca de las habilidades, modelan el uso efectivo de habilidades y proveen habilidades a través de ensayos y prácticas (*role playing*) sobre cómo superar tales situaciones.

Utilizan una variedad de metodologías participativas de enseñanza: Los programas efectivos tienen instructores que llegan a los estudiantes por medio de métodos de aprendizaje, en vez de usar la instrucción didáctica. Esto incluye discusiones de grupos pequeños, juegos, simulacros, *role playing*, dramatizaciones, ensayos, etc.

Incorporan metas conductuales, métodos de enseñanza y materiales que son apropiados para la edad, experiencia sexual y cultura del estudiante: Los programas para estudiantes que no son sexualmente activos deben usar métodos diferentes de los que se usan con jóvenes sexualmente activos, o considerados de alto riesgo.

Incluyen suficiente tiempo: Muchos programas requieren inversiones a largo plazo más que episodios cortos en respuesta a problemas.

Seleccionan maestros o pares que creen en el programa: Los programas efectivos seleccionan maestros o pares que demuestran un compromiso con el programa y creen en las metas del mismo.

⁴⁸ Adaptado de Kirby, 1999; Dryfoos, 1998, capítulo 8, y Schorr, 1998a.

▷ **Desafíos para el futuro**

La sección anterior destaca las tendencias en evaluación de los programas para jóvenes. El objetivo del documento no es proveer recomendaciones programáticas específicas, ya que cada país tiene sus propias prioridades y experiencias. Sin embargo, OPS destaca los desafíos que enfrenta la Región y que pueden servir como recomendaciones, manteniendo a la Región a la vanguardia de la salud sexual y desarrollo de adolescentes. Los desafíos más importantes para la próxima década se describen a continuación:

▷▷ **Cambio del paradigma para legisladores y profesionales que trabajan con jóvenes**

El primer reto es aceptar un cambio de paradigma según el cual la salud sexual adolescente sea considerada como un componente indispensable del desarrollo de la salud y educación y como una inversión importante para la Región. Para mejorar la salud sexual y el desarrollo del adolescente, es necesario un cambio de paradigma en el que los legisladores apoyen y promuevan ciertos principios. El liderazgo es clave para asegurar que los jóvenes accedan a información, educación, servicios y ambientes que fortalezcan su salud sexual y desarrollo. El Cuadro 4 resume las recomendaciones de la Comisión Nacional de Salud Sexual de Adolescentes de Estados Unidos.

Cuadro 4
Cambio de paradigma para legisladores⁴⁹

- Los adolescentes deben ser valorados y respetados y considerados agentes para el cambio social y el desarrollo.
- La adolescencia es un periodo de oportunidades para desarrollar conductas y habilidades positivas permanentes, en lugar de una etapa turbulenta.
- El desarrollo sexual es una parte esencial de la adolescencia y la mayoría de los adolescentes participa en conductas sexuales como parte de su desarrollo integral.
- Las políticas públicas deben ser consistentes con la investigación sobre el desarrollo sexual de los adolescentes, sobre sexualidad del adolescente y sobre la efectividad de los programas.
- Se requiere investigación e intervenciones efectivas para los jóvenes fuera del sistema escolar.
- Los padres y las familias deben ser miembros activos en los esfuerzos para mejorar la salud sexual del adolescente, aun cuando los adolescentes desarrollen mayor autonomía e independencia.
- El desarrollo de los adolescentes está subordinado a la buena calidad de la educación y a las oportunidades de empleo para todos.
- Se necesita educación sexual integral, que incluya el desarrollo humano, relaciones, habilidades personales, conducta sexual, salud sexual, sexualidad y cultura.
- Los adolescentes necesitan una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales y diseñados específicamente para ellos.
- Los mensajes culturales deben apoyar la salud sexual del adolescente y del adulto y las relaciones sexuales responsables.
- Se necesita más investigación en la Región sobre la sexualidad del adolescente y las conductas sexuales.
- Los fondos deben servir para coordinar programas integrales para adolescentes.
- Los programas deben responder a las diversas necesidades y deseos de salud sexual de los adolescentes, incluyendo las necesidades de adolescentes indígenas, marginales, incapacitados, homosexuales y lesbianas.

⁴⁹ Adaptado de *The National Commission on Adolescent Sexual Health*. Haffner, 1995.

Cuadro 4

Cambio de paradigma para legisladores

- Es indispensable para lograr el éxito de los programas que los jóvenes se involucren más en la planificación y ejecución de estos.
- Debe asegurarse que los planes y programas estén de acuerdo con los recursos humanos y financieros disponibles.

▷▷ **Promover ambientes seguros y sanos**

La importancia del medioambiente ha sido descrita en el marco conceptual. Las políticas sociales deben asegurar un ambiente seguro y sin riesgo. Antes de implementar un programa, los legisladores deben tomar en consideración la cultura local, el ambiente familiar y comunitario y la sociedad en la que vive el adolescente. Para ello se deberá hacer lo siguiente:

- **Asegurar la existencia de políticas sociales de juventud que incluyan los determinantes de salud.** Estos determinantes incluyen ingresos, educación, trabajo, servicios y recreación.
- **Reconocer e incluir la sexualidad del adolescente en las Políticas y Programas Nacionales de Salud del Adolescente:** Es necesario integrar los conceptos de salud sexual adolescente en los planes de salud existentes. Hay que crear grupos intersectoriales para que la salud del adolescente se aborde de una forma integral. Es preciso trabajar a favor de un ambiente legislativo que permita el desarrollo adolescente, que incluya legislación y políticas que específicamente traten la salud sexual de las personas jóvenes.
- **Reemplazar las políticas, leyes y regulaciones restrictivas por otras que estimulen a los adolescentes y jóvenes a aumentar su acceso a servicios y sus oportunidades de éxito.** Por ejemplo, es importante trabajar para que se declare ilegal el abuso, se prohíban los matrimonios a edad temprana, aumente la edad mínima para el matrimonio y se implementen leyes para asegurar la educación secundaria para hombres y mujeres rurales y urbanos, y de todos los niveles socioeconómicos.
- **Desarrollar políticas y legislación para fortalecer, apoyar y preservar a las familias:** Las políticas y la legislación deben reconocer la importancia de las familias en el proceso de desarrollo del adolescente y asegurarse de que se toman medidas dentro de los programas para estimular este concepto.
- **Reconocer y promover las condiciones sociales y económicas de las familias:** Los legisladores deben reconocer los lazos existentes entre la pobreza, las oportunidades educativas y el desarrollo humano. Como indica el marco conceptual, las condiciones socioeconómicas de una familia son críticas para determinar el ambiente que conduce al crecimiento de los adolescentes.
- **Promover el entendimiento, prevenir la discriminación y promover la equidad de género:** Hay que defender políticas específicas antidiscriminatorias para asegurar que las poblaciones marginadas tienen acceso igualitario a oportunidades y servicios. Las políticas y la legislación deben trabajar para reducir la exposición a condiciones no saludables, la discriminación racial y étnica, las inequidades de género y las conductas de riesgo, incluyendo la violencia.

▷▷ **Desarrollar y fortalecer planes de acción y programas**

Desarrollar y fortalecer planes de acción y programas para adolescentes y jóvenes es un desafío que requerirá lo siguiente:

- **Desarrollar planes de acción que incluyan la salud sexual y el desarrollo del adolescente:** Una vez que se han establecido las políticas, es importante que se aplique un enfoque multisectorial para poner la política en funcionamiento a través de planes de acción. Los planes de acción deben promover el desarrollo y la salud, prevenir los problemas de salud y proveer atención de salud como un aspecto importante para asegurar el desarrollo saludable de las personas jóvenes y una adecuada salud sexual y reproductiva.
- **Considerar la naturaleza heterogénea de los adolescentes:** Se deben diseñar programas de acuerdo a las etapas del desarrollo del adolescente, género y estado civil. Los programas también deben tener en cuenta las diferentes culturas, valores y creencias de los adolescentes.
- **Implementar estrategias para superar los obstáculos que tienen los adolescentes para acceder a servicios:** Los adolescentes enfrentan una variedad de limitaciones para conseguir atención. Una estrategia para vencer las preocupaciones de los adolescentes respecto al acceso a atención de salud es incluir esfuerzos intensivos para llegar hasta ellos. Estos esfuerzos deben estar relacionados con un sistema de salud. Los programas de educación de pares a menudo constituyen una estrategia útil que ayuda al adolescente a superar las limitaciones para recibir atención de salud y acudir a los servicios.
- **Mejorar el acceso legal y financiero a los servicios integrales de salud.** Asegure el derecho legal a la atención de salud y la confidencialidad. Reduzca los obstáculos legales para los servicios de salud de adolescentes y el consentimiento de los padres para recibir servicios. Provea servicios de salud centrados en los adolescentes y aceptables para ellos.
- **Implementar programas que promuevan la igualdad y equidad de género:** La salud sexual y el desarrollo de los adolescentes no se puede lograr sin considerar el género. La inequidad de género aumenta la vulnerabilidad de las niñas y mujeres jóvenes hacia el coito con coerción, el embarazo no deseado, el VIH/SIDA y otras ITS. Hay que asegurarse que existen programas para los adolescentes varones sobre sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción, y es preciso que sean conscientes de que la responsabilidad sexual debe ser compartida por los dos miembros de la pareja.
- **Establecer mecanismos para que exista educación sexual en las escuelas, los centros de salud y entre los grupos de jóvenes en la comunidad:** La educación sexual debe incluir reproducción, desarrollo de habilidades para la vida y negociación para promover la abstinencia y retrasar el inicio de la actividad sexual, y promover los métodos duales de anticoncepción en los jóvenes sexualmente activos. Es preciso asegurar un currículo de educación sexual de calidad que provea a las personas jóvenes una serie de habilidades que les permita comprender, apreciar y negociar sus necesidades de salud sexual.

▷▷ **Servicios de salud para adolescentes y jóvenes**

Este desafío necesita un enfoque sistémico y debe hacer lo siguiente:

- **Asegurar una atención de salud de calidad y amigable⁵⁰ para los adolescentes:** Como sugiere el marco de trabajo, los adolescentes necesitan servicios integrales, multifacéticos, apropiados para su etapa del desarrollo. Existe una necesidad creciente de que los

⁵⁰ El Proyecto FOCUS on Young Adults define el término "amigable para los jóvenes" con las siguientes características: que ofrezcan una amplia variedad de servicios privados, confidenciales y asequibles para jóvenes con horarios convenientes para los jóvenes (y definidos por ellos); que tengan un personal entrenado para respetar y satisfacer las necesidades de los adolescentes, que permitan la participación juvenil; y que provean un espacio atractivo y cómodo para los jóvenes.

proveedores de salud, las organizaciones de salud y las comunidades provean a las personas jóvenes servicios de salud asequibles, y con sensibilidad, privacidad y confidencialidad.

- **Proveer servicios que se basen en las necesidades de los adolescentes:** Es necesario ofrecer servicios de salud de forma más personal y atractiva para los adolescentes y proveerles servicios que satisfagan sus necesidades. Los servicios para jóvenes deben ser confidenciales, privados, asequibles, convenientes y apropiados, y el personal no debe juzgar a las personas jóvenes ni sus deseos o preocupaciones.
- **Mejorar la capacitación en salud sexual y reproductiva de los adolescentes:** El acceso cada vez mayor a los servicios de salud tiene implicaciones sobre los recursos humanos. Pocos profesionales están capacitados en salud sexual y reproductiva del adolescente, especialmente en sexualidad. Un aumento en la capacitación no sólo mejorará la calidad de servicios “amigables para los jóvenes”, sino que aumentará el número de profesionales capaces de trabajar con ellos.
- **Proveer un paquete integral de servicios:** Un paquete de servicios de salud debe incluir (o referir) consejería en salud mental, desarrollo de habilidades para la vida y servicios de apoyo para jóvenes marginados. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluir planificación familiar, pruebas de embarazo, pruebas de ITS, diagnóstico y tratamiento, y cuidados prenatales. Los servicios deben adaptarse a la etapa de desarrollo del adolescente.

En los servicios debe incluirse la necesidad de proveer información precisa acerca de la sexualidad humana, incluyendo crecimiento y desarrollo, reproducción humana, anatomía, fisiología, vida familiar, embarazo, maternidad, paternidad, roles de género, conducta sexual, respuesta sexual, orientación sexual, anticonceptivos, abuso sexual y coerción, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, exploración de creencias culturales y valores sobre la sexualidad (National Guidelines Task Force, 1996; Aggleton, 2002).

- **Establecer clínicas de salud en las escuelas y/o centros de salud conectados con las escuelas:** Los servicios escolares o vinculados con las escuelas se identifican como un medio para superar las barreras comunes a la integración del sistema de salud, educación y servicios sociales. Los centros con base en las escuelas no necesariamente deben ser operados por la escuela, sino que deben relacionar a los estudiantes y a la comunidad con un centro de salud. Pueden ser operados por agencias comunitarias, con líderes comunitarios y profesionales de salud para que provean los servicios. Tanto la comunidad como la escuela necesitan sentirse propietarios del centro de salud.
- **Reconocer la función que los hombres desempeñan en los programas de salud sexual:** Los programas reconocen cada vez más la importante función que desempeñan los hombres tanto en la prevención del embarazo adolescente como en apoyar (tanto a nivel financiero como emocional) el embarazo y la maternidad. Además, dada la preocupación cada vez mayor por ITS y el VIH, es necesario que se ponga mayor atención en el varón y en promover el uso del condón para poder prevenir de forma adecuada las infecciones.

▷▷ Promover la participación juvenil

Este desafío requerirá un cambio de paradigma del mundo adulto y necesita lo siguiente:

- **Involucrar a los adolescentes directamente en la planificación y prestación de servicios de salud y en los programas:** La tendencia creciente en los proyectos de adolescentes muestra que la participación juvenil tiene efectos beneficiosos. La participación juvenil es clave para asegurar que los servicios son “amigables para los jóvenes” y apropiados para satisfacer sus necesidades. Los jóvenes deben involucrarse prestando su ayuda para identificar necesidades, establecer metas y diseñar servicios y actividades que sean atractivas y accesibles para la juventud. Involucrar a la gente joven como líderes de programas, educadores y consejeros puede dar mejores resultados que los profesionales adultos. Además, el entrenamiento y la experiencia adquirida como educadores pares

enriquece las habilidades para la vida, la autoestima y el liderazgo potencial de todas las personas jóvenes participantes.

- **Comprometer activamente a los adolescentes en sus escenarios de la vida cotidiana:** Los adolescentes a menudo se desentienden de las instituciones comunitarias que les rodean, aunque su relación significativa (“*connectedness*”) con la comunidad y la escuela se consideren factores protectores. Las escuelas deben promover una relación significativa y un ambiente que favorezca la participación juvenil en la escuela y en su comunidad. Las escuelas y la comunidad pueden identificar las oportunidades para que los adolescentes se comprometan en el servicio comunitario y en el voluntariado, por ejemplo. Para comprometer a la juventud, los programas pueden reclutar a jóvenes para que participen en juntas de asesoría, organicen foros de jóvenes, cumbres o reuniones de ayuntamiento en las que las personas jóvenes puedan expresar sus preocupaciones e ideas, y utilizar los grupos de jóvenes para proveer una guía del desarrollo de los programas.

▷▷ **Promover la participación de la familia y la comunidad**

A los padres se les debe motivar para que hablen con sus hijos sobre sexualidad. Es importante que, en primer lugar, los padres tengan claridad específica sobre sus valores y actitudes sexuales antes de comunicarlos a sus hijos, para que ellos puedan explorar sus sentimientos y desarrollar sus propios valores. Es preferible hablar con los hijos de forma temprana, con frecuencia y específicamente sobre sexualidad. Los adolescentes tienen muchas preguntas sobre sexo y por lo general dicen que les gustaría escuchar las respuestas de sus padres, motivando de esta forma el diálogo honesto, abierto y respetuoso por ambos lados para poder hablar sobre sexo, amor y relaciones.

- **Aumentar el papel de las escuelas en mejorar la salud del adolescente:** Las escuelas juegan un papel muy importante en la vida de los adolescentes. Las escuelas pueden promover y relacionar las metas de salud y de educación, y tienen el potencial para facilitar el acceso a los servicios de salud. Se necesitan políticas para integrar los objetivos de salud y educación, y los recursos necesarios para aumentar la habilidad de las escuelas para proveer servicios dentro de la escuela o dar acceso a servicios externos.
- **Estimular la participación juvenil y comunitaria en los programas de educación sexual:** Es necesario incrementar el papel que desempeñan los profesores, la comunidad, los líderes religiosos y los jóvenes mismos en los programas de educación sexual para promover la participación comunitaria y explorar y discutir los valores que rodean a la sexualidad.
- **Conectar las escuelas con las familias y las comunidades:** Las escuelas deben estar conectadas con las familias y con las organizaciones comunitarias, incluyendo gobiernos locales y grupos religiosos. Las escuelas deben fomentar la participación de la familia y defender los beneficios de incorporar la educación sexual en los currículos escolares.

▷▷ **Apoyar el desarrollo de habilidades y competencias de los adolescentes**

Este desafío requerirá un gran esfuerzo intersectorial.

- **Promover una transición sana de la adolescencia a la edad adulta:** Los adolescentes tienen pocas oportunidades de interactuar de forma significativa en un contexto positivo y productivo con los adultos o con instituciones sociales. Los adolescentes necesitan desarrollar relaciones significativas con las instituciones con las que tendrán que interactuar como adultos. La falta de estas experiencias puede contribuir a una población adolescente cada vez menos involucrada socialmente.

- **Establecer oportunidades de empleo, construir puentes entre la escuela y/o la comunidad y el trabajo:** Proveer oportunidades de trabajo para las personas jóvenes mientras están en la escuela aumentará sus oportunidades futuras de poder participar en el mercado de trabajo de una forma significativa como adultos. Esto requiere alianzas entre el gobierno, los empresarios y la comunidad, y exige también la inclusión de las mujeres jóvenes en micro-empresas, proyectos de ahorro y crédito que han demostrado ser efectivos para grupos de mujeres. También incluye capacitación en habilidades vocacionales y oportunidades de hacer prácticas para que la gente joven adquiera experiencia de trabajo significativa y explore oportunidades de trabajo profesional. Es importante además establecer vínculos creativos entre la educación formal y el entrenamiento de habilidades y competencias con el fin de preparar a las personas jóvenes para que se integren y contribuyan a la fuerza de trabajo.
- **Maximizar las oportunidades para que los adolescentes practiquen y mantengan conductas sanas:** Los programas comunitarios pueden ampliar las oportunidades para que las personas jóvenes adquieran valores personales y sociales y experimenten una amplia gama de posibilidades de desarrollo positivo. Una forma significativa de reducir conductas de riesgo es proveer a los adolescentes oportunidades y acceso a educación y a capacitación en habilidades para satisfacer sus necesidades de desarrollo. Estas habilidades deben ser reforzadas por medio de las escuelas, familias, medios de comunicación y comunidades. Los programas también deben crear oportunidades para que los adolescentes se involucren y participen en sus comunidades, adquiriendo así un sentido de pertenencia.

▷▷ **Desarrollar las capacidades y los recursos humanos**

Este es un desafío para Latinoamérica y el Caribe, y debe incluir diferentes disciplinas y profesionales.

- **Desarrollar capacidades por medio de capacitación en salud sexual y reproductiva del adolescente:** Incrementar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud tiene implicaciones en los recursos humanos. Son pocos los profesionales que reciben entrenamiento en salud sexual y reproductiva del adolescente, particularmente en sexualidad adolescente. Al aumentar el entrenamiento no solo se mejora la calidad de los servicios "amigables para los jóvenes", sino que también se aumenta el número de profesionales que son capaces de trabajar con jóvenes.
- **Capacitar recursos humanos en sexualidad del adolescente:** Existen muchas oportunidades para construir capacidades en la Región de forma que los proveedores de salud, planificadores de políticas y directores de programas puedan aprender cómo trabajar con jóvenes. Los educadores en sexualidad deben recibir un entrenamiento especializado en sexualidad humana, incluyendo la filosofía y metodología de la educación sexual. Los módulos de educación a distancia a través del Internet o de CD-ROM constituyen una estrategia emergente para entrenar a gran cantidad de profesionales que trabajan con jóvenes sin necesidad de interrumpir su trabajo.
- **Sensibilizar a los profesionales de salud:** Además de los aspectos técnicos y médicos de la salud del adolescente, el entrenamiento de sensibilización permitirá a los profesionales de la salud trabajar con jóvenes sin juzgarlos. También se deben explorar los valores de los profesionales de salud que trabajan con jóvenes en temas de sexualidad, y estimular la aceptación de las necesidades y deseos de las diversas culturas adolescentes.

▷▷ **Involucrar a los medios de comunicación y la comunicación social**

Se necesitan importantes cambios en la actitud de la sociedad para estimular a los adolescentes a adoptar y mantener estilos de vida sanos.

- **Promover la salud positiva de los adolescentes:** Se requieren esfuerzos para enfatizar los aspectos positivos de la adolescencia, y la necesidad de asegurar un enfoque basado en las habilidades para la adopción de conductas de salud positivas. La forma de entender la adolescencia ha cambiado de ser considerado un periodo dominado por la turbulencia a un periodo en que se puede potenciar al máximo las oportunidades para desarrollar conductas y habilidades para toda la vida. Como consecuencia, los aspectos positivos de la salud y conducta del adolescente han ganado mayor atención en el desarrollo de programas y esfuerzos políticos, aunque las conductas cambiantes que se perciben como negativas o peligrosas continúan recibiendo mayor atención.
- **Establecer normas sociales positivas para el adolescente y compromisos con la salud:** Movilizar a todos los sectores de la sociedad para que promuevan la salud del adolescente. Desarrollar estrategias de abogacía a favor de los adolescentes y promover el concepto de adolescentes como agentes del cambio. Estimular la habilidad de los adolescentes y jóvenes para adaptarse y mantener estilos de vida saludables, y para acceder a servicios relacionados con la salud.
- **Generar un ambiente de apoyo para promover la salud del adolescente en los medios de comunicación y de negocios:** Se recomienda cambiar las prácticas que se perciben como perjudiciales para los adolescentes. Estas recomendaciones incluyen regular el contenido de los programas y la cantidad de publicidad en televisión; prevenir la distribución de publicidad perjudicial de tabaco, alcohol y otras sustancias dañinas, y aumentar la publicidad que muestre la equidad de género y promueva conductas sexuales y reproductivas saludables.

▷▷ **Apoyar la investigación y evaluación**

La investigación y la evaluación eficaces requieren lo siguiente:

- **Asegurar la evaluación de programas y políticas:** Pocos programas de adolescentes han sido evaluados, particularmente los programas nacionales de educación sexual en la Región. Para poder adaptar, replicar y llevar a escala los programas culturalmente apropiados de educación sexual para adolescentes, es necesario monitorear y evaluar dichos programas de forma consistente. Los legisladores y proveedores de servicios quieren saber el impacto que han tenido los programas en las conductas de los jóvenes, si son rentables y cómo desarrollar programas exitosos. Todo esto depende del monitoreo y la evaluación de los programas existentes.
- **Evaluar los factores positivos del desarrollo de los jóvenes:** Desarrollar y poner en funcionamiento indicadores que reflejen un enfoque más amplio de salud sexual y desarrollo. Utilizar indicadores que midan los factores de desarrollo de los jóvenes (en lugar de los riesgos) que contribuyen a un desarrollo sexual saludable.
- **Evaluar los programas existentes para medir el éxito en lograr resultados positivos de salud sexual:** La Región cuenta con pocas evaluaciones que demuestren el impacto de los programas y las políticas. Se deben asignar recursos para evaluar el impacto de los enfoques de desarrollo, de los programas comunitarios y de las políticas de salud.
- **Llevar a cabo investigaciones que reflejen la diversidad de los adolescentes:** Existe poca información sobre adolescentes por categorías de edad, e incluso hay menos información que diferencie los grupos de edad en adolescencia temprana, intermedia y tardía. La vigilancia epidemiológica debe desagregar a los jóvenes en grupos de edad con el fin de comprender con mayor claridad las diferentes etapas de desarrollo de la adolescencia y sus efectos en las

conductas de salud. Del mismo modo, se deben realizar investigaciones sobre rasgos culturales específicos dentro de los grupos de adolescentes.

- **Estimular el aumento de la evaluación:** Los proveedores de servicios por lo general se muestran poco dispuestos a invertir en la evaluación de programas, debido a los costos y a la inversión en recursos humanos que se necesita. Sin embargo, existen varias metodologías de evaluación que reducen el costo financiero y de recursos humanos al tiempo que siguen ofreciendo información útil al personal de programas. Es necesario coordinar los esfuerzos de evaluación para disminuir la carga financiera de las actividades de evaluación.

▷▷ **Construir alianzas y colaboración**

Las alianzas estratégicas harán que este cambio de paradigma sea una realidad a través de lo siguiente:

- **Mejorar las alianzas de colaboración:** Como las reformas del sector salud redefinen las áreas prioritarias de inversión, es importante asegurarse que la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes sean incluidos entre las prioridades del gobierno. Buscar y establecer alianzas es una forma de asegurar que la salud adolescente no se disuelva entre otras prioridades. Un enfoque gubernamental integrado servirá para evitar duplicaciones de esfuerzos y mejorar la eficiencia.
- **Mejorar la colaboración a nivel de gobierno:** Asegurar una participación activa y visible con los distintos ministerios de gobierno. El enfoque multi-sectorial de la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes requiere colaboración y alianza con varios ministerios y departamentos de gobierno.
- **Mejorar la colaboración pública-privada:** Establecer lazos formales entre el gobierno y el sector privado: promover la colaboración entre las ONG. Promover alianzas de colaboración con la industria privada, lo que puede servir para reducir costos. El sector privado tiene el potencial de jugar un papel importante. Los negocios con intereses directos en la salud reproductiva y la provisión de suministros pueden trabajar con los gobiernos para eliminar barreras de acceso a servicios e información.
- **Mejorar la colaboración al nivel comunitario:** Expandir las alianzas entre las distintas agencias para mejorar la coordinación de los servicios a nivel comunitario, lo que incluye la comunidad religiosa, maestros y padres de familia. La participación de la comunidad es muy importante para asegurar el éxito de los programas.

▷ Glosario

Abuso: El maltrato físico, emocional y/o sexual a otra persona. El abuso a menudo provoca daños físicos permanentes, daños psíquicos, incapacidades mentales o muerte (Francoeur, 1991).

El abuso infantil es el resultado de múltiples y complejos factores que involucran un ambiente de estrés, crisis matrimonial o de otra índole, apoyo emocional y físico inadecuado dentro de la familia, y la falta de habilidades adecuadas de los padres para enfrentar el estrés. A menos que sea tratado, el abuso infantil puede llevar a la repetición del abuso cuando el niño abusado se convierte en padre.

Abuso sexual: La explotación psicológica o la imposición de contacto sexual no deseado a una persona para obtener excitación o gratificación propia. El abuso físico sexual implica tocar con las manos de un modo sexual. La variedad de conductas abusivas puede incluir abrazos o besos sexualizados, tocar o acariciar las zonas erógenas o los órganos genitales, sexo oral y anal, y el coito. El abuso sexual encubierto puede ser verbal, incluyendo conversaciones inapropiadas sobre sexo con niños o extraños, o una violación de las fronteras, en la cual se viola la privacidad de un niño o de un adulto que no lo desea (Francoeur, 1991).

Actividad sexual: La actividad sexual es la expresión de una conducta de la sexualidad de un individuo donde el componente erótico de la sexualidad es más evidente. La actividad sexual se caracteriza por conductas que buscan el erotismo y es sinónimo de conducta sexual (OPS/WAS, 2000).

Adolescencia: La adolescencia se puede conceptualizar dividiendo el proceso en tres fases de desarrollo psicosocial. Es importante reconocer que estas edades no son fijas y que pueden cambiar entre adolescentes diferentes. Además, pueden variar dependiendo de las culturas, estilos de vida rural o urbano y raza.

- pre-adolescencia: antes de los 10 años de edad
- adolescencia temprana: entre los 10 y 13 años de edad
- adolescencia intermedia: entre los 14 y 17 años de edad
- adolescencia tardía: entre los 17 y 21 años de edad (Neinstein, 2002)

Adulto sexualmente sano: Los adultos sexualmente sanos aprecian su cuerpo, se responsabilizan de sus conductas, se comunican con ambos sexos de manera respetuosa y expresan su amor e intimidad en forma consistente con sus propios valores.

Amor/Afecto: La experiencia personal y expresión manifiesta de sentirse unido, comprometido y conectado a otra persona, grupo de personas (familiares) o un ideal. La esencia del amor es relacionarse o conectarse con alguien o algo externo a uno mismo (Francoeur, 1991).

Autoestima: La dimensión global evaluativa de uno mismo, también denominada como valor propio o autoimagen.

Capital social: Los recursos ambientales que son específicos para las personas (por ejemplo, la estabilidad familiar) y que apoyan el desarrollo humano. Son factores protectores que reducen la posibilidad de conductas de riesgo. A veces, estos factores se ven como ventajas o fortalezas. Otros se refieren a ellos como componentes de resiliencia.

Conductas de riesgo para la salud: Aquellas conductas que predisponen a un resultado de salud negativo (por ejemplo, el coito sin protección es una conducta de riesgo para la salud, que predispone para ITS y embarazos no deseados, que son resultados de salud negativos).

Conductas sexuales responsables: La conducta sexual responsable se expresa en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por ser autónoma, mutua, honesta, respetuosa, consensual, protectora, que busca el placer y el bienestar. La persona que muestra una conducta sexual responsable no pretende provocar daño, y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad promueve conductas sexuales responsables al proveer el conocimiento, los recursos y los derechos individuales necesarios para que se puedan dar estas prácticas (OPS/WAS, 2000).

“Connectedness” (relación significativa): Un término desarrollado para describir la noción de cercanía y apego de un joven respecto a sus padres u otro adulto. Se cree que la relación significativa con al menos uno de los padres constituye un factor protector en el desarrollo saludable de un joven.

Crecimiento/Desarrollo cognitivo: Implica cambios en el pensamiento, inteligencia y lenguaje de un individuo.

Cultura: Se define como la conducta, los patrones, las creencias y todos los demás productos de un grupo particular de personas que se transmiten de generación en generación.

Derechos sexuales: Los derechos de los individuos a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios que necesitan para tomar decisiones responsablemente acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva a los que se puede acceder de forma voluntaria, y la habilidad de expresar la propia orientación sexual sin violencia ni discriminación.

Desarrollo: El patrón de cambio que se inicia en el momento de la concepción y continúa a través del ciclo de vida. La mayor parte del desarrollo implica crecimiento, aunque también decadencia (como en el caso de la muerte y al morir). El **desarrollo humano** incluye los procesos de maduración física, social y emocional durante el ciclo de vida.

Desarrollo moral: Las reglas y valores según los cuales las personas deberían interactuar con otras. El juicio moral implica la toma de decisiones sobre qué acciones son correctas y cuáles son incorrectas. El carácter moral implica tener la fortaleza de las propias convicciones, persistiendo y superando las distracciones y obstáculos (Santrock, 1998, Kohlberg, 1987).

Desarrollo positivo: El compromiso con conductas pro-sociales y el evitar conductas que comprometen la salud y ponen en riesgo el futuro. Otros elementos de desarrollo positivo incluyen un sentido de productividad y competencia, un sentido de acercamiento a los demás y a la sociedad, una creencia de controlar el propio destino y una identidad estable (Blum, 1999).

Desarrollo psicosocial: Implica cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, en emociones, personalidad y en los roles de desarrollo social.

Desarrollo social: La provisión de recursos (financieros, educativos, ambientales) necesarios para sostener el desarrollo humano sano.

Desviación constructiva y destructiva: De acuerdo a la teoría conductual, hay dos categorías de riesgo en la conducta durante la adolescencia. La primera categoría de riesgo es la desviación constructiva, practicada por los adolescentes que están luchando por la independencia y cuyas conductas reflejan un intento prematuro de involucrarse en un estilo de vida adulto. La segunda categoría es la desviación destructiva, practicada por los adolescentes que son alienados por la sociedad y que se comprometen con un estilo de vida no convencional. El inicio temprano de conductas de riesgo (tal como el uso de drogas prohibidas y conductas delictivas) constituye, generalmente, un síntoma de desviación destructiva (Juszczak y Sadler, 1999).

Ectopia del cuello uterino: Una eversión del cuello del útero.

Educación de salud basada en habilidades: La educación de salud basada en habilidades es una combinación de experiencias de aprendizaje cuyo objetivo es desarrollar el conocimiento, las actitudes y las habilidades que son necesarias para mantener conductas y ambientes saludables y cambiar las conductas y condiciones no saludables (UNICEF/OMS, 2002).

Educadores pares: La educación de pares es una estrategia que entrena y emplea a personas jóvenes para educar y aconsejar a otros jóvenes que comparten un ambiente, lugar de residencia, ocupación o intereses similares. Los educadores de pares por lo general tienen la misma edad o son ligeramente mayores que el grupo con el que trabajan. Las actividades de pares no están limitadas a

escuelas, sino que pueden desarrollarse durante el tiempo informal que los jóvenes comparten (Birdthistle y Vince-Whitman, 1997).

Empatía: La capacidad de ponerse en el lugar de otro para entender mejor sus emociones o sentimientos; la identificación intelectual de una persona con otra. Como parte del proceso de desarrollo, el adolescente pasa de una fase egocéntrica a una fase en la cual es capaz de sentir empatía por los demás.

Equidad del género: Se refiere a los conceptos de género y a una estructura de poder que penetra las relaciones humanas, y a menudo ofrece o limita las oportunidades de acuerdo al género al que se pertenece.

Erotismo: El erotismo es la capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas que provocan fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que generalmente se identifica con el placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social mediante significados simbólicos y concretos que se relacionan con otras dimensiones humanas (OPS/WAS, 2000).

Espiritualidad: La espiritualidad, más allá de la afiliación religiosa, juega un papel muy importante en casi todas las sociedades, especialmente en el desarrollo de normas y expectativas de conducta. De hecho, en muchos casos dicta las conductas aceptables y es reforzada por la familia y grupos étnicos o culturales.

Factores de riesgo: Aquellos factores que aumentan la posibilidad de experimentar resultados negativos en la salud.

Factores protectores: Aquellos factores (individuales, familiares, ambientales) que reducen la posibilidad de obtener resultados negativos en la salud.

Género: El género es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder particulares entre el hombre y la mujer (OPS/WAS, 2000).

Habilidades para la vida: 1) Habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía; 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación; y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control) (Mangrulkar y cols., 2001). Las habilidades para la vida enriquecen el desarrollo cognitivo de las personas jóvenes y aumentan su capacidad para la conducta de adaptación positiva (Francoeur, 1991).

Holístico: Un enfoque holístico se refiere a los programas que se enfocan en la prevención de problemas y en promover la salud y desarrollo de los jóvenes, dentro del contexto de sus familias, comunidades y ambientes, en lugar de centrarse solamente en un problema, como el embarazo o la prevención de drogas. Los programas holísticos a largo plazo comienzan a una edad temprana y funcionan para prevenir los factores de riesgo y promover conductas constructivas para el desarrollo de los jóvenes.

Identidad de género: Define el nivel según el cual cada persona se identifica como hombre, mujer o como una combinación. El marco de trabajo interno, que se construye con el tiempo, es el que permite a un individuo organizarse un concepto propio y actuar socialmente de acuerdo a su sexo o género percibido. La identidad de género determina la forma en que los individuos experimentan su género y contribuye a crear el sentido de identidad, exclusividad y pertenencia propia de un individuo (OPS/WAS, 2000).

Identidad sexual: La identidad sexual es el conjunto de la autoidentidad sexual que incluye la forma en que un individuo se identifica como hombre o mujer, masculino, femenina o una combinación de ambas, y la orientación sexual del individuo. El marco de trabajo interno, construido a lo largo del tiempo, es el que permite a un individuo crearse un concepto propio basándose en su sexo, género y

orientación sexual, y actuar socialmente dependiendo de sus capacidades sexuales percibidas (OPS/WAS, 2000).

Machismo: Concepto y reglas culturales asociadas con la masculinidad. El machismo enfatiza la agresividad física masculina, correr riesgos, romper las reglas, relaciones sexuales casuales y sin compromiso, y representa un estereotipo de valores, juicios y suposiciones culturales fuertemente arraigadas (Francoeur, 1991).

Monitoreo y evaluación: El monitoreo se define como el seguimiento continuo de actividades para asegurarse que proceden de acuerdo a lo planeado. La **evaluación** analiza la efectividad general de un programa en lograr los objetivos deseados.

Orientación sexual: La orientación sexual es la organización del erotismo y/o apego emocional de un individuo respecto al sexo y género de la pareja implicada en la actividad sexual. La orientación sexual se puede manifestar a través de o mediante una combinación de conducta sexual, pensamientos, fantasías o deseos (OPS/WAS, 2000).

Práctica sexual: La práctica sexual es un patrón de actividad sexual que exhibe un individuo o comunidad con suficiente consistencia como para que se considere como una conducta (OPS/WAS, 2000).

Pubertad: Período de vida en el que ocurre el desarrollo sexual y el crecimiento.

Regalo demográfico: El regalo demográfico describe una situación en la que un país o región experimenta una reducción en las tasas de fertilidad y se caracteriza por la existencia de una gran cohorte de jóvenes económicamente "dependientes". Según este análisis, a medida que los jóvenes alcanzan la edad de trabajar y entran a formar parte del mercado laboral, se producirá un incremento en el porcentaje de poblaciones en edad de trabajar respecto a las de no trabajar, lo cual es un indicador potencial del crecimiento económico futuro.

Resiliencia: Se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de adversidad significativa. Dentro de esta noción están implícitas dos condiciones críticas: 1) La exposición a amenazas significativas o a adversidades serias; y 2) el logro de una adaptación positiva a pesar de ataques importantes al proceso de desarrollo (Luthar, 2000).

Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN, 1994).

Salud sexual: La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS/WAS, 2000).

Sexo: El sexo se refiere a la suma de características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer (OPS/WAS, 2000).

Sexo seguro: El sexo seguro es un término utilizado para especificar las prácticas y conductas sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir ITS, especialmente el VIH (OPS/WAS, 2000).

Sexualidad: La sexualidad se refiere a una condición esencial del ser humano que incluye el sexo, el género, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos/espirituales. Aunque la sexualidad puede incluir todos estos factores, no es necesario experimentar ni expresar todas estas dimensiones. Sin embargo, en definitiva, nuestra sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OPS/WAS, 2000).

▷ Bibliografía

- Advocates for Youth (2001). Página web: www.advocatesforyouth.org
- Aggleton, P. *Educating Desire: HIV/AIDS and Sexuality Education*. Informe presentado en el 14to. Congreso Internacional de VIH/SIDA, Barcelona 2002. Thomas Coram Research Unit, 27-28 Woborn Square, Londres, P.Aggleton@ioe.ac.uk.
- Aguirre, R.; Güell, P. (2002). Hacerse hombre: La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. OPS/ASDI/Fundación W.K. Kellogg/FNUAP, Washington, DC.
- Alan Guttmacher Institute (1998). Into a New World: Young Women's Reproductive and Sexual Lives.
- Alan Guttmacher Institute (1994). Clandestine Abortion: A Latin American Reality.
- Ashford, L.S. (1995). "New Perspectives on Population: Lessons from Cairo." *Population Bulletin*, vol. 50, no.1. Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Berger, M. (1998). "Sex, Sexuality and Sexual Health." Editorial. *Reproductive Health Matters*. Noviembre, vol.6, no.12, p.8-12.
- Behrman, J.R.; Duryea S.; Szekel, M. (1999). "Decomposing Fertility Differences across World Regions and Over Time: Is Improved Health More Important than Women's Schooling?" Documento para *Economic and Social Progress Report, 2000*. Documento no. 406. Banco Interamericano del Desarrollo.
- Birdthistle, I. y Vince-Whitman, C. (1997). Reproductive Health Program for Young Adults: School-based Programs. Focus on Young Adults/Education Development Center.
- Bloom, D.; Canning, D. (2001). Closing the Loop—Latin America, Globalization and Human Development. Harvard School of Public Health.
- Bloom, D.; Canning, D.; Evans, D.K.; Graham, B.S.; Lynch P.; Murphy E.E. (1999). Population Change and Human Development in Latin America.
- Bloom, D.; Williamson, J. (1998). Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia. Harvard Institute for International Development, Harvard University, Cambridge, MA.
- Blum, R.W. *Positive Youth Development: Reducing Risk, Improving Health*. Informe preparado para el Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes, Organización Mundial de la Salud. Diciembre, 1999 (no publicado).
- Brindis, C.D.; Irwin, C.E.; Ozer, E.M.; Handley, M.; Knopf, D.K.; Millstein, S.G. (1997). Improving Adolescent Health: An Analysis and Synthesis of Healthy Policy Recommendations. San Francisco, CA: University of California, San Francisco. National Adolescent Health Information Center.
- Burt, M. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes, Programa de Salud de la Familia y Población, OPS, Washington, DC.
- Buvinic, M. (1998). Costs of Adolescent Childbearing: A Review of Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Desarrollo Social. Washington, DC.
- Buvinic, M. (1997) *Costs of Adolescent Childbearing in Latin America and the Caribbean*. Taller sobre la sexualidad y la salud reproductiva de adolescente en países en vías de desarrollo. National Research Council. 224 y 25 de marzo.
- Cáceres, C.F.; Vanoss, M.B.; Hudes, S. (2000). "Sexual Coercion among Youth and Young Adults in Lima, Peru." *Journal of Adolescent Health*. Nov.; 27 (5).
- Camacho-Hubner, A.V. (2000). Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe, Revisión Bibliográfica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP no. 1. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2000). Life's First Great Crossroads: Pre-Teens Make Choices that Affect Their Lives Forever. National Institute for Child Health and Human Development.

- Coupey, S.M.; Klerman, L.V. (editores) (1992). Adolescent Medicine: State of the Art Reviews. Adolescent Sexuality: Preventing Unhealthy Consequences. Prefacio.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2000). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Ecuador, 1999*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1997). Panorama Social de América Latina. United Nations.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2000). Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. Serie no. 9, Población y Desarrollo. Santiago, Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2001). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2000. Homepage: www.eclac.cl/cgo-bin/.
- Cuarto Congreso Mundial sobre Mujeres, Beijing, China, 4 al 15 de diciembre de 1995.
- Dryfoos, J.G. (1998). Safe Passage: Making it Through Adolescence in a Risky Society. Oxford University Press.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)/Latin American and Caribbean Demographic Centre (1999). Demographic Bulletin, July. Update Bulletin no. 57.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)/Latin American and Caribbean Demographic Centre, Population Division. *Youth, Population and Development in Latin America and the Caribbean: Summary and Conclusions*. Sesión 28, Ciudad de México, 3 al 7 de abril de 2000.
- Feldman, S.S.; Elliott, G.R. (editors) (1990). At the Threshold: The Developing Adolescent. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts y Londres, Inglaterra.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) (1997). UNFPA and Adolescents. Nueva York.
- FOCUS on Young Adults (2000). "Advocating for Adolescent Reproductive Health: Addressing Cultural Sensitivities." *In Focus*, Nov.
- Focus on Young Adults (2001). Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade. Informe final.
- Foucault, M. (1976). The History of Sexuality, volumen I: *An Introduction*.
- Francoeur, R.T. (Editor-in-Chief) (1991). A Descriptive Dictionary and Atlas of Sexology. Greenwood Press, Nueva York.
- Friedman, H.L. (1999). "Culture and Adolescent Development." *Journal of Adolescent Health*, julio, vol. 25, no.1.
- Gage, A.J. (1998). "Sexual Activity and Contraceptive Use: The Components of the Decision-making Process." *Studies in Family Planning*. Junio, vol. 29, no.2. pp. 154-165.
- García, A.R. (Editor) (1998). "Afecto y Sexualidad (II parte)". *Sexología y Sociedad*. Publicación Especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. Año 4, no. 11. Septiembre-diciembre.
- Gilligan, C. (1996). "The Centrality of Relationship in Human Development: A Puzzle, Some Evidence, and a Theory". Development and Vulnerability in Close Relationships. Noam, G. y Fischer, K., eds. Pp. 237-261.
- Gottlieb, B.H. (1998). "Children and Youth: Determinants of Health." Strategies to Promote the Optimal Development of Canada's Youth. Canada Health Action: Building on the Legacy, Editions Multi-Mondes.
- Guzmán J.M. y cols. (2000). Diagnostico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. Fondo de Poblacion de Naciones Unidas. Ciudad de México, México.
- Haffner, D.W. (1995). *Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents*. National Commission on Adolescent Sexual Health. Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS).
- Harvard Institute for International Development (1998). Demographic Gift Chart and Analysis. Harvard University.

- Howard, M. (1992). "Delaying the Start of Intercourse Among Adolescents." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Junio, vol.3, no.2, págs.181-193.
- Jacinto, C; Lasida, J; Ruetalo, J; Berruti, E. (2000). Formación para el trabajo de jóvenes de sectores de pobreza en América Latina. Que Desafíos y que estrategias.
- Jessor, R. (editor) (1998). New Perspectives on Adolescent Risk Behavior. Cambridge University Press.
- Juszczak, L.; Sadler, L. (1999). "Adolescent Development: Setting the Stage for Influencing Health Behaviors." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Febrero, vol.10, no.1, pp. 1-11.
- Kiragu, K. (1991). *The Correlates of Sexual and Contraceptive Behavior among In-School Adolescents in Kenya.* Tesis doctoral, Population Dynamics. Universidad Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública. Baltimore, MD.
- Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington, DC.
- Kirby, D. (1999). "Sexuality and Sex Education at Home and School." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Junio, vol.10, no.2.
- Kirby, D. (1997). No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. National Campaign's Task Force on Effective Programs and Research. Washington, DC.
- Kirby, D.; Coyle, K. (1997a). "Youth Development Programs." *Children and Youth Services Review*. Vol.19, nos. 5-6, págs. 437-454.
- Kirby, D., Coyle, K. (1997b). "School-based Programs to Reduce Sexual Risk-taking Behavior." *Children and Youth Services Review*. Vol.19, nos. 5-6, págs. 415-436.
- Kohlberg, L. (1987). Child Psychology and Childhood Education: A Cognitive-Developmental View. Harvard University, Longman.
- Letts, C.W.; Ryan W.P.; Grossman, A. (1999). High Performance Nonprofit Organizations: Managing Upstream for Greater Impact. John Wiley & Sons Inc.
- Luthar, S. (2000). "The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work." *Child Development*, Vol. 71, no. 3. Mayo/junio, pág. 543.
- Macro International (1998a). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia. Instituto Nacional de Estadística.
- Macro International (1998b). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Salud.
- Macro International (1996). *Demographic and Health Surveys 1990 – 1996.* Calverton, MD.
- Magnani, R.J; Seiber, E.; Gutierrez, E.Z.; Vereau, D. (2001). "Correlates of Sexual Activity and Condom Use among Secondary-School Students in Urban Peru." *Studies in Family Planning*. Marzo, vol. 32, no.1.
- Mangrulkar, L.; Whitman, C.V.; Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. PAHO/SIDA/W.K. Kellogg Foundation, Washington, DC.
- McAlister, A. (2000). Violencia juvenil en las Américas. OPS/ASDI/Fundación W.K. Kellogg, Washington, DC.
- McDevitt, T. (1996). World Population Profile. USAID, Washington, DC.
- McNeal, J.U. (2000). Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales. OPS/Fundación W.K. Kellogg/Centers for Disease Control.
- McNeely, C.A.; Nonnemaker, J.M.; Blum, R.W. (2002). "Promoting School Connectedness: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health." *Journal of School Health*. Abril, Vol. 72, no. 4.
- Mensch, B.S.; Bruce, J.; Greene, M.E. (1998). The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World. The Population Council.
- Merson, M.H.; Dayton, J.M.; O'Reilly, K. "Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries." *AIDS 2000*, 14 (supl. 2).

- Moore, K.; Sugland, B. (1997). "Using Behavioral Theories to Design Abstinence Programs." *Children and Youth Services Review*. Vol. 19, nos. 5-6, págs. 485-499.
- Moran, R. (2000). Today's Babies, Tomorrow's Jobs: Dark Clouds in the Crystal Ball. BID/SDS/SOC.
- Morlachetti, A. (1999). Situación actual: Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes. Con revisión de los documentos actuales. OPS, Washington, DC.
- Morris, N.M. (1992). "Determinants of Adolescent Initiation of Coitus." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Junio, vol. 3, no.2. págs. 165-189.
- Muus, R.E. (1996). Theories of Adolescence. Sixth Edition. McGraw-Hill.
- National Guidelines Task Force (1996). Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten – 12th Grade. Segunda edición. SIECUS. http://www.siecus.org/school/sex_ed/guidelines/guide0000.html.
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (2001). With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off about Teen Pregnancy. Washington, DC.
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (1997). Snapshots from the Front Line: Lessons About Teen Pregnancy Prevention from States and Communities.
- Neinstein, L.S. (2002). Adolescent Health Care: A Practical Guide, Cuarta edición. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Neinstein, L.S. (1996). Adolescent Health Care: A Practical Guide, Tercera edición. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Nelson, J.A. (1997). "Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents: Providing Esteem – Enhancing Care to a Battered Population." *Nurse Practitioner*. Febrero, 22 (2):94, 99,103.
- Niremberg, O.; Infante, F.; Sedano Acosta, F.; West, B. (2002). *Evaluación externa: Plan de acción en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas*. Informe final, Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. En prensa.
- Núñez, J.G.; Martínez, M.A.; Maynard-Tucker, G.; Murray, N. (2000). *Proyecto Servicios Integrales para Adolescentes en Condiciones de Pobreza. Informe Final*. Futures Group International/BID/OPS/Panamor de Costa Rica. No publicado.
- ONUSIDA (2002). Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.
- ONUSIDA (1998). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Epidemic Update.
- ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). ¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999a). Working with Adolescent Boys. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999b). Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. WHO Technical Report Series.
- Organización Mundial de la Salud/Centro Colaborador en Salud de Adolescentes, Universidad de Minnesota/Organización Panamericana de la Salud (2000). A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). Salud en las Américas. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Promotion of Health: Recommendations for Action.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999). Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema compromisos de solución. Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo. División de Salud y Desarrollo Humano.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998a). Health in the Americas. Volume I. Scientific Publication 569.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998b). Plan of Action on Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: 1998–2001. Division of Health Promotion and Protection. Family Health and Population Program.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997). Health Conditions in the Caribbean. Scientific Publication no. 561.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio Haitiano de Salud Pública y Población (2000). Sentinel Site Sero-Prevalence Study of HIV, Syphilis and Hepatitis B in Pregnant Women in Haiti: 1999-2000. Encuesta realizada por el Instituto Haitiano de la Niñez (Institut Haitien de l'Enfance).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/World Association of Sexology (WAS) (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action. Washington, DC.
- Pick de Weiss, S.; Palos, P.A.; Townsend, J. (1990). Planeando tu vida. Development and Testing of a Family Life Education Program for Young Adults. Final Technical Report. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), México.
- Pittman, K.J. (1996). Excerpts taken from presentation entitled "Prevention Problem or Promoting Development – Competing Priorities or Inseparable Goals". International Youth Foundation.
- Population Reference Bureau (2000). *The World's Youth*, 2000 Data Sheet. MEASURE Communication.
- Rajani, R.R. (1999). *Promoting Strategic Adolescent Participation: A Discussion Paper for UNICEF*.
- Rodriguez-Garcia, R.; Russell, J.S.; Maddaleno, M.; Kastrinakis, M. (1999). The Legislative and Policy Environment for Adolescent Health in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization (PAHO)/W.K. Kellogg Foundation. Washington, DC.
- Rossi, A.S. (1997). "The Impact of Family Structure and Social Change on Adolescent Sexual Behavior." *Children and Youth Services Review*. Vol.19, nos.5-6, pp. 369-400.
- Sadik, N. (2000). Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change. The State of the World's Population. United Nations Population Fund.
- Santrock, J.W. (1998). Adolescence. Séptima edición. McGraw-Hill.
- Scales, P.C.; Leffert, N. (1999). Developmental Assets: A Synthesis of Scientific Research on Adolescent Development. Search Institute.
- Schaalma, H.; Kok, G.; Peters, L. (1993). "Determinants of Consistent Condom Use by Adolescents: The Impact of Experience of Sexual Intercourse." *Health Education and Research*, 8, 255-69.
- Schorr, L.B. (1998a). Common Purpose: Strengthening Families and Neighborhoods to Rebuild America. Anchor Books, Nueva York.
- Schorr, L.B. (1998b). Within Our Reach: Breaking the Cycle of Disadvantage. Anchor Books, Doubleday, Nueva York.
- Selverstone, R. (1992). "Sexuality Education for Adolescents." *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. Junio, vol.3, no.2. págs.15–205.
- Senderowitz, J.; Stevens, C. (2001). Leveraging the For-Profit Sector in Support of Adolescent and Young Adult Reproductive Health Programming. Futures Institute for Sustainable Development.
- Senderowitz, J. (2000). *A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health*. Entregado a G/PHN/USAID, primero de junio.
- Senderowitz, J. (1998). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Focus Project, Pathfinder.
- Sieving, R.E.; Olphant, J.A.; Blum, R.W. (2002). "Adolescent Sexual Behavior and Sexual Health." *Pediatrics in Review*. Vol. 23, no. 12, diciembre 2002.

- SIECUS (2002). Innovative Approaches to Increase Parent-Child Communication about Sexuality: Their Impact and Examples from the Field. www.siecus.org
- Silber, T.J.; Munist, M.M.; Maddaleno, M.; Ojeda, E.N.S. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud no. 20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.
- Singh, S.; Wulf, D.; Samara, R.; Cuca, Y.P. (2000). "Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries". *International Family Planning Perspectives*. Marzo, vol. 26, no. 1.
- Singh, S. (1998). "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review." *Studies in Family Planning*. Junio, vol. 29, no.2. pp. 117-136.
- Singh, S.; Wulf, D. (1991). "Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data." *International Family Planning Perspectives*. Marzo. vol.17, no. 1, pp. 8-13.
- Sonenstein, F.L.; Stewart, K.; Lindbert, L.D.; Pernas, M.; Williams, S. (1997). Involving Males in Preventing Teen Pregnancies: A Guide for Program Planners. The California Wellness Foundation/The Urban Institute. Washington, DC.
- Strasburger, V.C.; Wilson, B.J. (2002). Children, Adolescents, and the Media. Con contribuciones de Funk, J.B., Donnerstein, E. y McCannon, B. Sage Publications.
- Tsui, A.O.; Wasserheit, J.N.; Haaga J.G. (editors) (1997). Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions. National Research Council, National Academy Press.
- UNESCO (1999). Statistical Yearbook. UNESCO Website. www.unescostat.unesco.org
- United Nations Foundation (UNF) (1999). *Programme Framework on Population and Women*. United Nations Foundation for International Partnerships.
- United Nations Population Information Network (UNPOPIN). *UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs*. Informe para el Congreso Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994).
- UNICEF/UNAIDS/Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis.
- UNICEF (2000). The Progress of Nations. Nueva York.
- UNICEF (1998). The State of Eastern Caribbean Children. Oficina UNICEF del Área Caribeña
- UNICEF (1997a). The State of the World's Children. Nueva York.
- UNICEF (1997b). Adolescent Childbearing in Latin America and the Caribbean. Nueva York.
- UNICEF/Organización Mundial de la Salud (OMS). *Skills-Based Health Education including Life Skills*. Borrador, 27 de marzo de 2002.
- Universidad de Minnesota/Organización Panamericana de la Salud (2000). A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean.
- World Association for Sexology (WAS). *Declaration of Sexual Rights*. Declaración adoptada en Hong Kong durante el 14o. Congreso Mundial de Sexología, 26 de agosto de 1999.
- Zelaya E.; Ellsberg, M.; Herrera, A.; Berglund, S.; Liljestrand, J.; Persson, L.A. (1999). Adolescent Pregnancies in Nicaragua: The Importance of Education (documento "Education Prevents Adolescent Pregnancy: A Population Based Case-Referent Study in León, Nicaragua"; Departamento de Medicina Preventiva, Nicaragua, División de Epidemiología; Departamento de Salud Pública, Umea, Suecia).

▷ Anexo

Manifiesto de la Juventud de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)⁵¹

El Manifiesto de la Juventud de IPPF es una estrategia y plan de acción desarrollado por jóvenes, para jóvenes y escrito por representantes juveniles menores de 25 años que son activos en programas de salud sexual y reproductiva en sus respectivos países. El Manifiesto de la Juventud representa las voces de los jóvenes alrededor del mundo, una expresión de poder y participación. El Manifiesto de la Juventud fue presentado en el Foro Internacional CIPD+5.

Meta 1:

Las personas jóvenes tienen derecho a la información y educación sobre sexualidad y a los servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad. Esto incluye el derecho a:

- Escoger entre una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo la abstinencia y los últimos avances científicos en el tema.
- Servicios de salud sexual y reproductiva que sean confidenciales, accesibles, libres de juicio y que ofrezcan una amplia gama de servicios.
- Servicios que cubran las diferentes necesidades de todos los/las jóvenes casados o solteros, sin importar género, habilidades, creencias y estilo de vida sexual. Esto incluye cubrir las necesidades adicionales de gente joven que vive con VIH/SIDA, sobrevivientes de abuso sexual y jóvenes ofensores.
- Educación sobre salud sexual y reproductiva que sea precisa y confiable, y que responda a las necesidades físicas y emocionales de los jóvenes de acuerdo a su desarrollo personal y diferentes estilos de vida sexual.

Meta 2:

Los jóvenes tienen derecho a ser ciudadanos activos en su sociedad.

- La gente joven debe tener poder real para la toma de decisiones.
- La gente joven tiene derecho a recibir capacitación y conocimiento práctico de manera que puedan participar de la mejor manera en la sociedad.
- La contribución de las personas jóvenes y la forma en que ellas se presentan debe ser valorada y reconocida.
- Los grupos de jóvenes deben tener acceso directo a fondos y apoyo.
- Se debe presionar a los gobiernos y a los legisladores a que tomen medidas para apoyar y promover la participación de los jóvenes en la sociedad.

Meta 3:

Los jóvenes tienen derecho a intimidad, amor y confidencialidad en sus relaciones, y en todos los aspectos de la sexualidad.

- Los jóvenes deben contar con el apoyo de leyes que les permitan actuar libremente y elegir la manera de vivir su vida.
- Deben eliminarse los obstáculos que hacen que las personas jóvenes se sientan incómodas con ellas mismas, con sus cuerpos y sus relaciones.
- Los jóvenes deben ser estimulados a conocer sus propios derechos sexuales y a respetar los derechos de los demás.
- La sexualidad de la gente joven debe tener una imagen positiva en la sociedad.
- La sociedad debe reconocer el derecho de todos los jóvenes a desarrollar su sexualidad y a expresarla en la forma que escojan, de acuerdo a sus valores.

⁵¹ IPPF. Informe del Parlamento de Jóvenes de IPPF: Praga, Rep. Checa. 27 de noviembre, 1998. Los resultados de este informe se presentaron en el Foro de Jóvenes de la CIPD+5, desarrollada en La Haya, Holanda, 6-7 de febrero de 1999.