



¿QUÉ OCURRE CON LOS MUCHACHOS?

Una revisión bibliográfica sobre la salud
y el desarrollo de
los muchachos adolescentes



Departamento de Salud y Desarrollo
del Niño y del Adolescente
Organización Mundial de la Salud



WHO/FCH/CAH/00.7

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Editor: Mandy Mikulencak
Cover Photo: Straight Talk Foundation, Uganda
Designed by: Ita McCobb
Printed in Switzerland

© Organización Mundial de la Salud 2000

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

Las opiniones expresadas en la presente publicación son de la responsabilidad exclusiva de sus autores.



índice

NOTA DE AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1 Muchachos adolescentes, socialización, y salud y desarrollo generales	11
CAPÍTULO 2 Salud mental, suicidio y consumo de sustancias	23
CAPÍTULO 3 Sexualidad, salud reproductiva y paternidad	29
CAPÍTULO 4 Accidentes, lesiones y violencia	41
CAPÍTULO 5 Comentarios finales	49
REFERENCIAS	53





agradecimientos

El autor de esta revisión es Gary Barker, Director del Instituto Promundo, Rio de Janeiro, Brasil.

Se agradecen las útiles sugerencias y contribuciones al presente documento de las siguientes personas: Paul Bloem, Jane Ferguson, Claudia García-Moreno, Adepeju Olukoya y Shireen Jejeebhoy (OMS); John Howard (Universidad de Macquarie, Australia); Josi Salem-Pickartz (Grupo de Salud Familiar, Jordania); Wali Diop (Centro de Cooperación Internacional en Salud y Desarrollo, Burkina Faso); Malika Ladjali (UNESCO); Matilde Maddaleno y Martine de Schutter (PAHO); Judith Helzner (IPPF/WHO, EE.UU.); Benno de Keijzer (Salud y Género, México); Neide Cassaniga (Brasil); Robert Halpern (Instituto Erikson, USA); Jorge Lyra (PAPAI, Brasil); Lindsay Stewart (FOCUS, EE.UU.); Bruce Dick (UNICEF); Mary Nell Wegner (AVSC International, EE.UU.); Margaret Arilha (ECOS, Brasil) y Margaret Greene (Centro para la Salud y la Igualdad entre los sexos, EE.UU.).

También damos las gracias al Centro Chapin Hall para la Infancia de la Universidad de Chicago; al Instituto PROMUNDO, Brasilia y Rio de Janeiro, Brasil, y al Open Society Institute, Nueva York, EE.UU., por apoyar al autor durante su elaboración del presente documento.

Se agradece también el apoyo económico del ONUSIDA y el Gobierno de Noruega.



A large, empty rectangular box with a thin blue border, occupying most of the page below the header and image. It is intended for a student to write their response to the question '¿QUÉ OCURRE CON LOS MUCHACHOS?'.



introducción

A menudo se dan muchas cosas por sentado acerca de la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes: se supone que están bien, tienen pocas necesidades sanitarias y su desarrollo corre pocos riesgos en comparación con las muchachas adolescentes, y se supone también que los muchachos adolescentes son problemáticos, agresivos y “es difícil trabajar con ellos”. Este segundo presupuesto se basa en aspectos específicos del comportamiento y el desarrollo de los muchachos –como la violencia y la delincuencia– y se critica y a veces criminaliza su comportamiento sin comprender correctamente el contexto.

Estas generalizaciones no tienen en cuenta que los muchachos adolescentes –como las muchachas– son una población heterogénea. Muchos de ellos están en la escuela, pero muchos otros no; otros trabajan; algunos son padres; unos son compañeros o esposos de muchachas adolescentes; otros son bisexuales u homosexuales; algunos participan en conflictos armados como combatientes o como víctimas; algunos sufren abusos sexuales o físicos en sus hogares; algunos abusan sexualmente de mujeres jóvenes o de otros muchachos; algunos viven o trabajan en la calle; otros tienen relaciones sexuales a cambio de dinero para sobrevivir.

De hecho, la mayoría de los muchachos adolescentes goza de buena salud y tiene un buen desarrollo. Muchos son una fuerza positiva dentro de su sociedad y son respetuosos en sus relaciones con las jóvenes y con otros muchachos. No obstante, algunos muchachos corren riesgos y tienen necesidades sanitarias y de desarrollo que probablemente no se hayan tenido en cuenta, o se educan socialmente de formas que conducen a la violencia y a la discriminación contra las mujeres o contra otros muchachos, y a riesgos sanitarios para sí mismos y para su comunidad.

Los muchachos adolescentes –como las muchachas– son una población heterogénea. Algunos muchachos gozan de buena salud y tienen un buen desarrollo. Otros muchachos corren riesgos y tienen necesidades que quizá no se hayan tenido en cuenta, o se educan socialmente de formas que conducen a la violencia y la discriminación contra las mujeres.

Las nuevas investigaciones y perspectivas exigen un estudio más atento y concienzudo de cómo se educan los muchachos adolescentes, qué necesitan para desarrollarse de una forma sana, qué pueden hacer los sistemas sanitarios para ayudarles de formas más eficaces, y cómo podemos animar a los muchachos a fomentar una mayor igualdad de género para las muchachas.

El objetivo de este documento es revisar la bibliografía existente y disponible sobre los muchachos adolescentes y su salud y desarrollo; analizar estos estudios por lo que se refiere a sus implicaciones políticas y programáticas; y destacar los puntos que precisan mayor investigación. Este documento también intenta describir las características singulares de los muchachos adolescentes y cuáles son sus necesidades de salud y desarrollo, así como exponer las razones para centrar la atención en satisfacer las necesidades de los muchachos y poder trabajar con ellos para fomentar una mayor igualdad de género para las muchachas.

Por último, el presente documento está limitado por la información disponible. Algunas investigaciones e información sobre los programas que se dedican a los muchachos adolescentes no están publicadas; en muchos casos, las experiencias de los programas son nuevas y aún no se han evaluado ni documentado. En muchos lugares del mundo, los estudios sobre la salud de los adolescentes se centran sobre todo en las muchachas (Majali y Salem-Pickart, 1999).

Cómo aplicar una perspectiva de género a los muchachos adolescentes

La razón de que nos centremos en los muchachos adolescentes surge de una perspectiva de género. La revisión de los estudios ha utilizado esa perspectiva basándose en dos criterios: igualdad de género y especificidad de género.

La igualdad de género se refiere a los aspectos relacionales de género y al concepto de género como estructura de poder que a menudo permite o limita oportunidades basadas en el propio sexo. La igualdad de género aplicada a los muchachos adolescentes implica, entre otras cosas, trabajar con los jóvenes para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, y su relativa desventaja en casi todas las sociedades, teniendo en cuenta las diferencias de poder que existen en muchas sociedades entre hombres y mujeres. Un



dicho común de los programas que trabajan en la salud de mujeres y hombres jóvenes en muchas partes del mundo es que muchachos y muchachas piden una mayor participación de hombres y muchachos adolescentes en temas que antes se definían como “femeninos”: sobre todo, la salud reproductiva y materno-infantil. Muchos de los que preconizan la igualdad de género apuntan que a menos que se implique a adultos y jóvenes en esas cuestiones de la forma adecuada, nunca se logrará la igualdad. Así, una perspectiva de igualdad de género en el trabajo con muchachos adolescentes comporta que examinemos cómo afectan las normas sociales de la masculinidad a los jóvenes y cómo podemos hacer participar a los muchachos adolescentes en la mejora del bienestar y la condición de las mujeres y las muchachas.

La especificidad de género se refiere a los riesgos para la salud específicos para mujeres o varones, por: 1) los problemas de salud que son específicos de cada sexo por razones biológicas (como el cáncer de testículos o la ginecomastia para los muchachos), y 2) las formas en que normas de género influyen en la salud de hombres y mujeres diferentemente. El enfoque habitual de la especificidad de género promoción en salud ha sido demostrar los riesgos particulares o la morbilidad propia de cada sexo, para después elaborar programas que tengan en cuenta esas necesidades específicas. Al aplicar el enfoque de la especificidad de género a los muchachos adolescentes centramos nuestra atención en las áreas en que los jóvenes tienen tasas de mortalidad y morbilidad más altas y en las que la socialización en función del género influye en el comportamiento y estado de salud de los muchachos jóvenes (NSW Health, 1998).

Hace tiempo que se se aplica una perspectiva de igualdad de género en la salud de las mujeres, examinando cómo la diferencia de poder entre varones y mujeres afecta de forma adversa a la salud y el bienestar de las mujeres. No obstante, en los últimos años, una serie de investigadores, teóricos y partidarios de este criterio nos han pedido que reconsideremos algunas de nuestras ideas tradicionales sobre las diferencias de poder entre los géneros y sobre el dominio masculino. Otros investigadores han puesto en cuestión algunos de los presupuestos sobre los varones, y lo que realmente sabemos acerca de la socialización de los varones jóvenes y adultos.

Las últimas investigaciones sobre varones adolescentes y adultos ponen de manifiesto que a pesar de que se suele considerar a los hombres como el género incumplidor, no se los ha estudiado ni comprendido adecuadamente. Algunos autores

Las últimas investigaciones sobre varones adolescentes y adultos ponen de manifiesto que a pesar de que se suele considerar a los hombres como el género incumplidor, no se los ha estudiado ni comprendido adecuadamente.

afirman que muchos estudios sobre ciencias sociales dan por supuesto que el varón no tiene género (Thompson y Pleck, 1995). Una revisión bibliográfica sobre la delincuencia y el crimen –de los que son protagonistas en su mayoría muchachos adolescentes y jóvenes– concluye que la masculinidad se ha considerado inherentemente violenta y que el impacto que tiene la socialización de género sobre los varones ha pasado ampliamente desapercibida en el estudio de la violencia (Messerschmidt, 1993). Numerosos investigadores han expuesto que a los varones se los ha tratado como si no participasen en el proceso reproductivo, ya sea en las investigaciones sobre la fecundidad como en el desarrollo de programas (Figueroa, 1995; Green y Biddlecom, 1998). En consecuencia, una de las principales razones para aplicar una perspectiva de especificidad de género a los muchachos adolescentes es que, si bien en ocasiones disponíamos de estadísticas sobre sus condiciones de salud y sus comportamientos relacionados con la salud, no comprendíamos adecuadamente su realidad, su socialización y su desarrollo psicosocial.

En los últimos 15 años, una aportación cada vez mayor de investigaciones sobre los varones y la masculinidad ha contribuido enormemente a ampliar nuestros conocimientos y ha ofrecido nuevos puntos de vista sobre los comportamientos relacionados con la salud de los hombres y con su desarrollo. El trabajo de Connell (1994 y 1996) es importante por haber introducido la idea de que existen múltiples versiones de masculinidad o virilidad, y por reconocer que la virilidad no es una entidad singular. Connell propone que la mayor parte de los contextos culturales tiene una “masculinidad hegemónica”, o un modelo preponderante de masculinidad con el cual los hombres se comparan, y otras versiones alternativas de masculinidad. Este marco teórico es útil para identificar a hombres que encuentran formas de ser diferentes a las normas imperantes, una cuestión importante si procuramos fomentar versiones de masculinidad más igualitarias entre los géneros.

A pesar de que no podemos perder de vista que los varones jóvenes y adultos como grupo tienen privilegios y ventajas sobre las mujeres jóvenes y adultas, las nuevas perspectivas dan a entender que el privilegio masculino no es una estructura monolítica que distribuya una porción igual de ventajas a cada varón. Además, en otros casos, puede ser que los



Las nuevas perspectivas sugieren que el privilegio masculino no es una estructura monolítica que distribuya una porción igual de ventajas a cada varón. Hombres con pocos ingresos, hombres jóvenes, hombres que están fuera de la estructura de poder tradicional, hombres que sostienen puntos de vista alternativos, hombres homosexuales y bisexuales, y otros grupos específicos de varones también sufren a veces discriminación.

“costos” de la masculinidad superen a las ventajas y privilegios. Hombres con pocos ingresos, hombres jóvenes, hombres que están fuera de la estructura de poder tradicional, hombres jóvenes en algunos contextos, hombres que sostienen puntos de vista alternativos, hombres homosexuales y bisexuales, y otros grupos específicos de varones sufren a veces discriminación. El trabajo de Connell y el de otros autores (por ejemplo, Archer, 1994) nos han instado a estudiar no sólo cómo interactúan hombres y mujeres y las diferencias de poder en tales interacciones, sino también cómo interactúan los hombres con otros hombres y la dinámica de poder y violencia que a veces surge en tales interacciones. Aunque no podamos representar a los varones jóvenes como “víctimas”, este nuevo campo de investigación sobre los hombres también ha demostrado que por muchos privilegios que tengan hombres y muchachos frente a las mujeres y muchachas, la virilidad generalmente conlleva una mezcla de privilegio y costos personales, los cuales que se reflejan en las necesidades de salud mental y de otros aspectos de la salud en los hombres. Ser educado para no expresar emociones, para no tener relaciones estrechas con otros niños, para utilizar la violencia con miras a solucionar conflictos y mantener el “honor”, y para trabajar fuera de casa a una edad temprana son algunos de los costos de ser hombre.

En el caso de las necesidades de salud y desarrollo de los muchachos adolescentes, el estudio de la masculinidad nos está ayudando a comprender cómo se educa a los muchachos en las normas imperantes sobre el comportamiento masculino socialmente aceptable en un contexto concreto y cómo el acatamiento de esas normas por los muchachos puede tener a veces consecuencias negativas para su salud y desarrollo. Evidentemente, sería absurdo representar a los muchachos como simples marionetas de las normas sociales, pero sí debemos reconocer la naturaleza contextual de su comportamiento. En todo caso, está claro que los conceptos de masculinidad o virilidad que los jóvenes suscriben, o con los que se los educa, tienen importantes repercusiones en su salud

y bienestar así como en la de otros jóvenes y en las mujeres de su entorno.

Por último debemos recordar, sin embargo, que el género es sólo una de las variables que afectan al desarrollo y la salud. La clase social, la etnia, el contexto local y las estructuras del país son variables importantes que interactúan con el género para influir en la salud y el bienestar. Al concentrarnos en el género, y específicamente en la masculinidad, como variable, tenemos que procurar no perder de vista esas variables igualmente importantes. Algunos investigadores y partidarios de ese criterio se preguntan si dedicar tanta atención a la cuestión de género no puede apartarnos de las desigualdades fundamentales de clase social e ingresos en relación con la salud y el desarrollo del adolescente.

También es importante no olvidar que buscar lo que caracteriza singularmente a los muchachos a menudo exige compararlos con las muchachas. En el presente documento, “exponer las razones” para centrarse en los muchachos significa a menudo destacar puntos en que éstos tienen tasas de morbilidad o mortalidad más altas que las muchachas. Sin embargo, esas comparaciones son complicadas por diversas razones. Primero, la comparación de los niveles relativos de carga de enfermedad por sexo no está exenta de sesgos. A menudo, cuestiones como la victimización de las mujeres por la violencia, la depresión femenina y el dolor pélvico crónico relacionado con infecciones genitales no se incluyen en las estadísticas sanitarias. En segundo lugar, comparar simplemente los niveles relativos de riesgo por sexos puede conducir a un debate polarizador y simplista sobre quién “sufre” más o qué sexo se enfrenta a mayores riesgos para la salud. En tercer lugar, al destacar las diferencias, podemos descuidar las importantes similitudes entre mujeres y hombres adolescentes. Más aún, llamando la atención sobre las necesidades y realidades de los muchachos adolescentes no debemos dar por sentado que las necesidades de las muchachas también se han considerado e incluido adecuadamente, cuando en realidad generalmente no es así. Por último, podríamos perder de vista el hecho de que las relaciones entre muchachos y muchachas son importantes para su desarrollo y bienestar.

Con estas advertencias, el presente documento plantea las necesidades de salud y desarrollo de los muchachos adolescentes a partir de tres cuestiones:

- * ¿En qué se diferencian hombres y mujeres adolescentes respecto a sus necesidades sanitarias, sus puntos fuertes o potencial y sus riesgos?



- * ¿Cuáles son las implicaciones de las necesidades sanitarias específicas de género para las intervenciones sanitarias en muchachos adolescentes?
- * Basándonos en lo que sabemos de los muchachos adolescentes, ¿cómo podemos trabajar con ellos para favorecer una mayor igualdad de género?

Aunque algunas comparaciones entre las necesidades sanitarias de los muchachos y las muchachas adolescentes son inevitables, lo interesante sería examinar las realidades específicas de los muchachos adolescentes de un modo que nos permita comprender sus necesidades legítimas y al mismo tiempo trabajar con ellos para favorecer una mayor igualdad de género. Desde la perspectiva de los derechos de la mujer, algunos de sus partidarios así como investigadores y profesionales de la salud han manifestado su preocupación porque hacer hincapié en las necesidades de muchachos y hombres pueda reducir los recursos y la atención dedicados a los problemas de salud de las mujeres, a los que en

Aunque algunas comparaciones entre las necesidades sanitarias de los muchachos y las muchachas adolescentes son inevitables, lo interesante sería examinar las realidades específicas de los muchachos adolescentes de un modo que nos permita comprender sus necesidades legítimas y al mismo tiempo trabajar con ellos para favorecer una mayor igualdad de género.

algunos países no se ha empezado a poner remedio hasta hace poco. Sin embargo, si utilizáramos esta perspectiva doble de especificidad en función de género e igualdad de género, podríamos evitar un debate debilitador acerca de qué necesidades son más urgentes en lugar de centrarnos en la igualdad de género para las mujeres y los hombres jóvenes, y al mismo tiempo que se subraya esta cuestión, incorporar un concepto de especificidad de género cuando sea útil para comprender las necesidades de salud y desarrollo específicas de los muchachos.



muchachos adolescentes, socialización, y salud y desarrollo generales

Estado general y tendencias de salud

Como las muchachas adolescentes, los muchachos son generalmente “sanos”, es decir, muestran tasas bajas de morbilidad y mortalidad en comparación con los niños y adultos. No obstante, algunos muchachos adolescentes sufren afecciones específicas y, en general, muestran tasas de mortalidad más altas que las muchachas adolescentes. Según los datos sanitarios internacionales, la mayor diferencia entre muchachos y muchachas adolescentes es que los primeros generalmente muestran tasas más altas de mortalidad –en algunos lugares varias veces más altas–, mientras que las muchachas en casi todos los lugares muestran tasas más elevadas de morbilidad. Además, existen diferencias significativas en las causas de mortalidad y morbilidad que afectan a muchachos y muchachas. En todo el mundo, los muchachos muestran tasas más altas de mortalidad y morbilidad por la violencia, los accidentes y los suicidios, mientras que las muchachas adolescentes generalmente presentan tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sistema reproductor y con el embarazo.

En todo el mundo, los muchachos presentan tasas más altas de mortalidad y morbilidad por la violencia, los accidentes y los suicidios, mientras que las muchachas adolescentes generalmente tienen tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sistema reproductor y con el embarazo.

El presente capítulo revisa los problemas generales de salud de los muchachos adolescentes y los problemas específicos de su sexo a los que tienen que enfrentarse en la transición a la edad adulta. Los problemas de salud y desarrollo de los muchachos afectan a su bienestar durante la adolescencia y tienen implicaciones importantes en su futura salud y bienestar como adultos. La OMS estima que el 70% de las defunciones prematuras entre los adultos se debe a pautas de comportamiento que surgen en la adolescencia, como el tabaquismo, la violencia y el comportamiento sexual.

Morbilidad y mortalidad generales

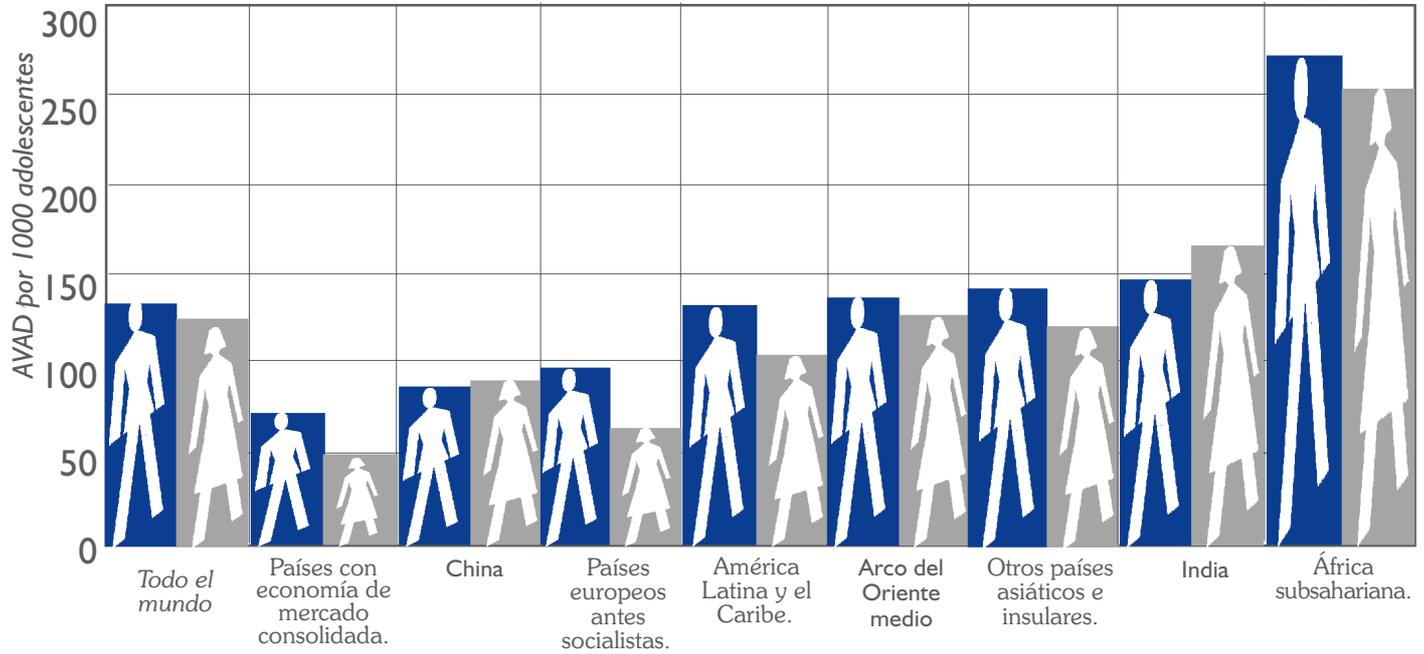
En todas las zonas del mundo, excepto en la India y China (que combinadas representan un tercio de la población mundial), los datos de la OMS muestran que la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que tiene en cuenta la mortalidad y la discapacidad debida a la morbilidad, es mayor en hombres que en mujeres (véase el cuadro 1). Al presentar las cifras de AVAD, sin embargo, es importante no olvidar que comparaciones tan amplias entre sexos a veces dejan en la sombra otras cuestiones de salud. Aunque haya menos defunciones de mujeres adolescentes en todo el mundo, éstas pueden sufrir violencia doméstica, violencia sexual y otros trastornos de salud que se reflejan poco o nada en las cifras de AVAD.

En la mayor parte de las regiones del mundo, los varones adultos tienen tasas de mortalidad más altas por causas que no son específicas de ninguno de los sexos. Los hombres fallecen por enfermedades cardíacas y cáncer con más frecuencia que las mujeres a todas las edades, y hasta la vejez presentan tasas más elevadas de accidentes y lesiones. En los países industrializados y en muchos países en desarrollo las mujeres sufren una incidencia más elevada de enfermedades no mortales y en algunos lugares es más probable que dediquen atención a sus necesidades sanitarias. En general, en casi todas las zonas del mundo los hombres tienen tasas más elevadas de enfermedades mortales, mientras que las mujeres presentan tasas más elevadas de enfermedades agudas y enfermedades crónicas no mortales.

Según estas cifras de AVAD, las diferencias por sexo son más pronunciadas en los países industrializados, en América Latina y el Caribe, y en las antiguas economías socialistas de Europa. Una posible explicación para esta diferencia entre sexos en los AVAD es que en los países y regiones que han hecho avances sustanciales en salud materno-infantil, la morbilidad y mortalidad de los varones representan una proporción creciente de la carga sanitaria pública. En general, en América Latina y el Caribe, por ejemplo, la carga sanitaria que representan los hombres es un 26% más alta que la que corresponde a las mujeres (Banco Mundial, 1993). Al examinar las estadísticas de salud de los varones a nivel de países y regiones se encuentra que gran parte de esta carga de enfermedad se debe a problemas sanitarios asociados con la socialización de género: accidentes de tráfico (en que



Graph 1 Diferencias entre los sexos en la carga de enfermedad en los adolescentes
(AVAD¹ para todas las causas en adolescentes de 10 a 19 años de edad, 1990)



las bravuconadas y el consumo de alcohol tienen un papel importante), lesiones (asociadas con el lugar de trabajo y la violencia entre sexos), homicidios (la gran mayoría como resultado de la violencia entre sexos) y enfermedades cardiovasculares (asociadas en parte con el estrés y el modo de vida). En la revisión de los datos de México, Keijzer (1995) encontró que las tasas de mortalidad para hombres y mujeres son más o menos iguales hasta los 14 años. En ese momento, la mortalidad masculina empieza a aumentar y es el doble para los varones jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las tres causas principales de mortalidad entre los muchachos en México – accidentes, homicidio y cirrosis– se relacionan con las normas sociales sobre la masculinidad. Estas tendencias se repiten en toda América Latina y en otras partes del mundo, desde Oriente Medio a Europa occidental, Norteamérica y Australia (Yunes y Rajs, 1994; Departamento de Salud y Servicios Familiares de la Commonwealth, 1997).

Algunos limitados estudios que utilizan estadísticas de salud oficiales de algunos países industrializados sugieren que, desde el nacimiento hasta los siete años de edad, los muchachos tienen tasas más elevadas de problemas sanitarios que las muchachas. Después del período perinatal, en Finlandia los muchachos presentaban un 64% más de incidencia acumulada de asma, un 43% más de incidencia acumulada de discapacidad intelectual, y un 22% más de mortalidad. Se han registrado tendencias similares en Australia. Algunos investigadores creen que puede haber cierta propensión biológica a que los muchachos tengan más complicaciones de salud en la infancia, y que arrastren

algunas de ellas hasta la adolescencia (Gissler et al., 1999; NSW Health, 1998).

Carga de enfermedades infecciosas

Los escasos datos disponibles sobre las diferencias por sexo en cuanto a las enfermedades transmisibles e infecciosas aportan pocas pruebas por esas diferencias. En un estudio nacional de la salud en la adolescencia en Egipto se descubrió que la preeminencia de enfermedades parasitarias era del 57,4% en las muchachas y el 55,5% en los muchachos, lo que no supone una diferencia estadística (Consejo de Población, 1999). En lo que respecta a la esquistosomiasis, los datos de la OMS indican que en las regiones afectadas, las tasas de infección alcanzan el punto máximo entre los 10 y los 20 años de edad por el grado de contacto con el agua y la inmunidad relacionada con la edad. Se encuentran algunas diferencias por sexo en las tasas de infección por esquistosomiasis en contextos específicos, dependiendo de si son los muchachos o las muchachas los que entran más en contacto con ríos y lagos infectados (Correspondencia personal, Dirk Engels, 1999). La epidemiología de la tuberculosis muestra un patrón diferente. Recientes datos de la OMS indican una incidencia de tuberculosis y defunción más elevada en las muchachas que en los muchachos hasta los 14 años. Entre los 15 y los 19 años el patrón se invierte y los muchachos muestran niveles más elevados. Sin embargo, para casi todas las enfermedades infecciosas, son improbables grandes diferencias por sexo, excepto cuando las diferencias de socialización de género afectan a la exposición de muchachos o muchachas a los agentes infecciosos.

¹ Años de vida ajustados en función de la discapacidad.



Opinión sobre el propio estado de salud

Por los datos existentes sobre la opinión que tienen las personas acerca de su estado de salud es difícil llegar a una conclusión sobre si muchachos o muchachas gozan de mejor salud general. Además, cuando se pregunta a los adolescentes sobre su estado de salud, es probable que sus respuestas estén influidas en parte por normas relacionadas con cada género. En muchos países, es más probable que las muchachas conozcan sus problemas de salud y que los muchachos los desconozcan, reduzcan su importancia, no hablen de ellos con nadie y no pidan ayuda médica cuando la necesitan. Por ejemplo, las muchachas tailandesas tendían más a informar de un problema de salud actual que los muchachos: el 25,2% de las muchachas frente al 14,9% de los muchachos. Sin embargo, un número aproximadamente equivalente de hombres y mujeres informó de que había adquirido medicación para sí mismo en el mes anterior, lo que parece indicar que muchachos y muchachas tengan tasas de problemas de salud prácticamente iguales, pero también que es más probable que las muchachas declaren sufrir esos problemas (Podhisita y Pattaravanich, 1998). En un estudio nacional sobre la salud de los adolescentes en Egipto se indicó que el 20,7% de los adolescentes manifestaron haber tenido alguna enfermedad el mes anterior, siendo las más comunes tos y resfriado, seguidas de problemas gastrointestinales. No se advirtieron prácticamente diferencias en las tasas de enfermedad por sexo notificadas (Consejo de Población, 1999).

Nutrición, crecimiento, pubertad y espermarquia

Nutrición

Un análisis de los datos existentes pone en cuestión la tan arraigada presunción de que el estado nutricional de los muchachos es mejor que el de las muchachas. En los países en desarrollo de los que tenemos datos disponibles, el estado nutricional de los muchachos y muchachas es casi igual, o bien el de los muchachos es peor. La excepción es la India, donde el estado nutricional de las muchachas es claramente peor que el de los muchachos.

En una revisión de 41 estudios demográficos y de salud de 34 países que examinaron a niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad, 24 estudios muestran que los niños presentan niveles más elevados de emaciación que las niñas; 19 estudios indican que los niveles de retraso del crecimiento son más altos para los niños, mientras que sólo cinco estudios señalan más retraso del crecimiento entre las muchachas. Las diferencias en el estado nutricional de los niños y niñas

En los países en desarrollo de los que tenemos datos disponibles, el estado nutricional de los muchachos y muchachas es casi igual, o bien el de los muchachos es peor. La excepción es la India, donde el estado nutricional de las muchachas es claramente peor que el de los muchachos.

de 0 a 5 años fueron relativamente pequeñas, pero los autores concluyen que, en general, es menos probable que las niñas de los países estudiados estén desnutridas que los niños. De los 34 países en desarrollo incluidos, los autores no encontraron ninguno en que las niñas tuvieran una desventaja nutritiva significativa respecto a los niños (Naciones Unidas, 1998). Otros investigadores han sostenido la hipótesis de que un tratamiento diferencial para niños y niñas, que favorece a los niños en términos de alimentación, debería resultar en un estado nutricional más bajo para las muchachas durante el final de la infancia y la adolescencia. Sin embargo, los datos no son concluyentes o no han confirmado esta hipótesis, con la excepción importante de India, mencionada antes.

Con algunas excepciones, los datos acerca de las diferencias por sexo en el retraso del crecimiento durante la adolescencia son igualmente poco concluyentes. Según los datos de 11 estudios que representan a nueve países en desarrollo, entre el 27 y el 65% de los adolescentes mostraban retraso del crecimiento. En Benin y Camerún, los muchachos mostraron más retraso del crecimiento que las muchachas. Los autores sugieren que en esos dos países, se anima antes a los muchachos que a las muchachas a que se independicen y en consecuencia tienen más probabilidades de sufrir enfermedades diarreicas. En la India, el retraso del crecimiento era más predominante en las muchachas que en los muchachos –45% frente a 20% –, lo que encaja con el presumible efecto del sesgo por sexo en zonas de Asia meridional (Kurz y Johnson-Welch, 1995). En el estudio nacional de salud de los adolescentes de Egipto, los muchachos tenían más probabilidades de tener retraso del crecimiento: el 18% de los muchachos frente al 14% de las muchachas (Consejo de Población, 1998). En siete de ocho estudios que presentan este tipo de datos, al menos el doble de muchachos adolescentes que muchachas estaban desnutridos (Kurz y Johnson-Welch, 1995). Hay que llamar la atención respecto a la medidas antropométricas en que se basan el retraso del crecimiento y la emaciación en los adolescentes. El reciente trabajo de la OMS en este campo muestra que tanto los indicadores para identificar la emaciación y el retraso del crecimiento en los adolescentes como los puntos críticos para los diferentes grados de esos trastornos necesitan más



investigación. No se ha establecido si las diferencias por sexo tienen algún papel en la antropometría del estado nutricional de los adolescentes.

Del mismo modo, una revisión de los datos sobre el estado nutricional de los adolescentes en los países en desarrollo descubrió que la prevalencia de la anemia era del 27% para los adolescentes en general, con tasas similares entre muchachos y muchachas (Naciones Unidas, 1998). En Egipto, la tasa de prevalencia general de anemia era del 47% , con pocas diferencias por sexo. Los muchachos tenían una tasa ligeramente mayor de anemia hasta los 19 años, cuando aumentaba la de las muchachas (Consejo de Población, 1999). A menudo se decía que las muchachas adolescentes tenían tasas de anemia más altas debido a las pérdidas de hierro durante la menstruación, pero los muchachos también requieren mucho hierro porque están desarrollando masa muscular durante el tirón de crecimiento de la adolescencia.

Las implicaciones de una posible desventaja nutricional para los muchachos son poco claras. Algunos autores han sugerido que ese aspecto está relacionado con el hecho de que el tirón de crecimiento sea más dilatado y retrasado en los muchachos. En términos de retraso del crecimiento, los muchachos se ponen más tarde al nivel de las muchachas. Sea como fuere, los datos existentes hacen que prestemos más atención al estado nutricional de los muchachos y reexaminemos la presunción establecida de las desventajas nutricionales de las muchachas.

Pubertad y espermarquía

La pubertad se reconoce generalmente como el inicio de la adolescencia. Con los cambios biológicos y la madurez sexual, los adolescentes tienen que incorporar su nueva imagen corporal, su capacidad reproductora y sus energías sexuales emergentes en su identidad y aprender a convivir con sus reacciones y las de los demás frente a sus cuerpos en crecimiento. Existen diferencias *con base biológica* entre los muchachos y muchachas en el momento en que alcanzan la pubertad, así como diferencias por razón de sexo *construidas socialmente* en el significado de y en las reacciones frente a la pubertad en los muchachos y muchachas.

En cuanto a las diferencias con base biológica, el desarrollo sexual de las muchachas generalmente comienza a los ocho años de edad con las primeras etapas de desarrollo de los senos. La menarquía normalmente se produce entre los 10,5 y los 15,5 años con el tirón de crecimiento de las adolescentes entre los 9,5 y los 14,5 años. Los hombres tardan más en

madurar sexualmente, y la dilatación testicular generalmente se produce entre los 10,5 y los 13,5 años y el tirón de crecimiento y la espermarquía alrededor de un año más tarde (Consejo de Población, 1999). En comparación con el crecimiento durante la infancia, el de la adolescencia es más breve pero más intenso. La mayoría alcanza la espermarquía a los 14 años, y son unos dos años mayores que las muchachas en el punto máximo de su tirón de crecimiento. La altura alcanzada durante el tirón de crecimiento, sin embargo, es casi igual para muchachos y muchachas.

El significado social de la menarquía y la espermarquía es a menudo bastante diferente. Es habitual que a los muchachos no se los estimula a hablar de sus cambios en la pubertad ni se les ofrezcan espacios para hacer preguntas o buscar información sobre esos cambios (Pollack, 1998). Por el contrario, la menarquía a veces implica una mejora de la posición social, al tiempo que conlleva un aumento de los controles sociales sobre las jóvenes y sus movimientos y actividades fuera del hogar. Parece que las sociedades han desarrollado más estructuras para discutir y preparar a las muchachas para la menarquía que a los muchachos para la espermarquía. Aun así, esas "estructuras" en algunos lugares pueden ser represivas para las jóvenes, incluyendo la reclusión forzada de las muchachas en edad reproductiva e incluso la mutilación genital femenina. Por otro lado, los muchachos pueden recibir más información y asesoramiento relacionados con la actividad sexual, pero no necesariamente información sobre la pubertad y sus implicaciones procreadoras. En algunos casos, los muchachos tienen más información sobre la menarquía que sobre la eyaculación, dada la importancia social vinculada a la reproducción femenina. Es razonable concluir que la pubertad conlleva una presión social tanto para muchachos como muchachas para ajustarse a las normas relacionadas con cada sexo; que a las muchachas normalmente se les limitan los movimientos y las actividades más que a los muchachos después de la pubertad; y que los muchachos en algunos lugares pueden encontrar menos información sobre su potencial reproductor.

La pubertad conlleva una presión social tanto para muchachos como muchachas para ajustarse a las normas relacionadas con cada sexo.

Hay bastantes estudios sobre muchachas adolescentes y sus reacciones ante la pubertad y los cambios físicos durante la adolescencia, pero faltan investigaciones sobre qué sienten los muchachos adolescentes ante su cuerpo y su capacidad de procrear.



Entre los estudiantes universitarios brasileños, el 50% de los jóvenes experimentaba sentimientos positivos hacia el desarrollo de su cuerpo y su sexualidad, el 23% era indiferente y el 17% se manifestaba ansioso e inseguro sobre los cambios físicos de la pubertad (Lundgren, 1999). Una investigación efectuada en los Estados Unidos ha estudiado la conciencia que tienen de sí mismos los muchachos como seres procreadores. En muchachos de 16 a 30 años de edad en ese país, esta conciencia no es importante. De hecho, en su deseo sexual, algunos jóvenes parecen incluso reprimir las ideas o conceptos de sí mismos como procreadores. Esta investigación sugiere la necesidad de ayudar a los jóvenes a pensar en sí mismos como procreadores y a ofrecerles espacios donde puedan hablar de lo que significa ser capaz de procrear (Marsiglio, Hutchinson y Cohan, 1999).

Diferencias biológicas en el desarrollo

Alguna investigación también ha estudiado las diferencias hormonales entre muchachos y muchachas, sobre todo el posible papel de la testosterona tanto en la primera infancia como en la adolescencia. Esta investigación sugiere que puede haber diferencias hormonales significativas entre muchachos y muchachas y entre varones y mujeres que todavía sólo se comprenden parcialmente. Pueden existir diferencias con base biológica en el desarrollo temprano del cerebro de muchachos y muchachas que afecten a los estilos de comunicación de unos y otros. La investigación sugiere que la exposición precoz a la testosterona en los niños se asocia a un mayor nivel de agresividad y agitación, menor capacidad de atención que las niñas, y menos agudeza visual en los primeros años (Manstead, 1998). El significado y el alcance de esas diferencias biológicas son ambiguos. Además, la investigación existente sugiere que las diferencias generales *dentro* de los sexos a menudo son mayores que las diferencias sumadas *entre* los sexos. En cualquier caso, es importante no olvidar que esas diferencias con base biológica, como la tendencia biológica a una mayor agitación en los muchachos, interactúan con los modelos de socialización de género descritos más abajo (Manstead, 1998; Pollack, 1998).

Socialización y desarrollo psicosocial

Teorías específicas de género del desarrollo del adolescente

Si bien existen diferencias con base biológica y diferencias de nutrición y crecimiento en general entre los muchachos y muchachas, probablemente las más significativas, con las mayores implicaciones para los programas y políticas, son las relacionadas con la

socialización específica de género de los jóvenes y con las diferencias que se derivan en su desarrollo psicosocial antes y durante la adolescencia.

Existe un cúmulo cada vez mayor de investigaciones y teorías sobre el desarrollo psicosocial de los muchachos, sobre todo en los países industrializados, que constituye un complemento importante al trabajo anterior sobre el desarrollo psicosocial de las muchachas adolescentes. Hay una distinción individual, local y cultural considerable, pero también hay similitudes entre culturas que nos permiten empezar a construir teorías específicas de género sobre el desarrollo psicosocial de los muchachos adolescentes.

Es importante no perder de vista las distinciones culturales en el concepto de adolescencia. Existen diferencias culturales y urbanas-rurales importantes, como el hecho de que el paso de la infancia a la edad adulta sea bastante breve y directo o, por el contrario, prolongado (como en muchas sociedades occidentales modernas) y a menudo marcados por una escolarización oficial prolongada y por unas expectativas de papel conflictivas, entre otras características comunes. A pesar de las diferencias culturales y contextuales, existe un consenso general sobre lo que supone la adolescencia, además de la nueva capacidad reproductora: 1) un aumento de la capacidad cognitiva y, como consecuencia, inquietud por los futuros papeles e identidad; 2) más expectativas sociales de que el joven contribuya a los ingresos, el sustento y la producción familiar, y 3) expectativas sociales de una mayor independencia económica de la familia de origen y/o la formación de una nueva unidad familiar.

Sin olvidar estas diferencias culturales en el concepto de adolescencia, las últimas investigaciones sobre el desarrollo psicosocial de los muchachos concluye que éstos tienen unos puntos potenciales de crisis diferentes durante su desarrollo psicosocial y sus propias vulnerabilidades específicas, aunque a veces parece que sean menos vulnerables psicológicamente que las muchachas en la adolescencia. Nuevas investigaciones más dirigidas a los muchachos adolescentes han descubierto que una vez se supera el silencio habitual de los muchachos, sus "payasadas" y su fingida indiferencia, los muchachos también tienen sus problemas durante la adolescencia, y que éstos a menudo se han pasado por alto o a veces se han diagnosticado de forma deficiente. Otro dicho común en la investigación del desarrollo psicosocial de los muchachos es que las charlas de los hombres sobre identidad y papeles siguen siendo escasas, mientras que 20 años de investigación y políticas de desarrollo han ampliado las opciones y papeles de las mujeres



Las últimas investigaciones sobre el desarrollo psicosocial de los muchachos concluyen que tienen unos puntos de crisis potencial diferentes durante su desarrollo psicosocial y sus propias vulnerabilidades específicas, aunque a veces parece que sean menos vulnerables psicológicamente que las muchachas en la adolescencia.

en algunas partes del mundo. En todo el mundo, los muchachos manifiestan que experimentan una doble presión para que se comporten como “hombres de verdad”, tal como se definen tradicionalmente, y para que sean más respetuosos y atentos en sus relaciones con las muchachas.

Observando el patrón normativo de desarrollo de los muchachos en Occidente, diversos investigadores razonan que éstos experimentan momentos difíciles de los cinco a los siete años de edad, cuando entran en la escuela primaria y tienen que aprender a sentarse bien, a concentrarse en tareas y a seguir el sistema educativo que, en cierto sentido, parece estar más en sintonía con las pautas de socialización generales de las muchachas (Pollack, 1998; Figueroa, 1997). Al mismo tiempo, entrar en el sistema escolar oficial a menudo significa estar más expuesto a los grupos de pares varones y a la “cultura de la crueldad” que pueden perpetuar. Ciertos actos y comportamientos considerados “femeninos” pueden provocar duras críticas del grupo social, incluido el uso de estereotipos propios de la homosexualidad. Un investigador de los Estados Unidos propone que tanto en su introducción en la escuela como al inicio de la adolescencia, se presiona a los muchachos para que sean autónomos y prescindan del apoyo familiar antes de que estén preparados para ello (Pollack, 1998).

En la adolescencia, los muchachos a menudo se enfrentan a una presión constante del grupo de compañeros o pares, en que las experiencias sexuales pueden considerarse como un logro o una demostración de la competencia, y no una ocasión de intimidad y creación de vínculos (Marsiglio, 1988). En el final de la adolescencia, a menudo se anima a los muchachos para que se distancien más de sus padres. De hecho, quizá deseen estar más unidos a ellos o a otros adultos pero son incapaces de expresar su deseo por culpa de las sanciones sociales contra la expresión de sus necesidades emocionales y de la vulnerabilidad (Paterson, Field y Pryor, 1994; Pollack, 1998).

Los muchachos y la formación de la identidad sexual

Estas nuevas perspectivas sobre los varones adolescentes se basan en anteriores estudios y teorías sobre el desarrollo de la identidad sexual y la socialización de género durante la primera infancia. Muchos psicólogos del desarrollo razonan que los aspectos fundamentales de la identidad sexual se vinculan a las primeras experiencias de ser el objeto de cuidados y con la persona que se los ofrece. Según esas teorías, la tarea fundamental del desarrollo de la primera identidad sexual es desarrollar una identidad sexual separada de la de la madre y así alcanzar una mayor separación normativa de ella de lo que hacen las muchachas. En la etapa de separación de la figura de apego primaria (generalmente la madre), un muchacho debe conseguir la separación y la individuación, y definir públicamente su identidad sexual (Gilmore, 1990; Chodorow, 1978).

Según esta perspectiva teórica, los muchachos pasan a ser no afectivos. Para crear una identidad que sea diferente a la de su madre –esencialmente, anti o no madre–, a menudo rechazan las características femeninas, es decir, las demostraciones emocionales y de afecto (Chodorow, 1978; Gilmore, 1990). Además, con la presión a la que se enfrentan para definirse como masculinos en el concierto público y como sus modelos de conducta masculinos a menudo están distantes, los muchachos pueden exagerar su masculinidad para dejar claro en su mundo social que son “muchachos de verdad” (Pollack, 1995; Chodorow, 1978). En resumen, muchos investigadores y teóricos razonan que las muchachas se definen a sí mismas más en relación con los demás porque su intenso apego a la madre dura más tiempo (Gilligan, 1982; Chodorow, 1978). Diversos investigadores afirman que las consecuencias clínicas para los hombres que surgen de estos patrones precoces son problemas para conseguir la intimidad y expresar emociones (que no sean la furia o enfado), y una depresión disimulada provocada por unas necesidades emocionales tempranas no satisfechas. Esta depresión puede manifestarse en alcoholismo, distintas formas de abuso y cólera (Levant y Pollack, 1995; Real, 1997).

Casi de forma universal, las culturas y los padres favorecen una masculinidad orientada al logro y al exterior para los varones jóvenes y adultos (Gilmore, 1990). Esta virilidad orientada al éxito está específicamente construida para que los muchachos alcancen los objetivos sociales de ser proveedores y protectores. Muchas culturas educan socialmente a los muchachos para que sean agresivos y competitivos –habilidades útiles para ser proveedores y protectores–, mientras que educan socialmente a las muchachas para



que no sean violentas y a veces para que acepten la violencia masculina (Archer, 1984). En ocasiones, también se educa a los muchachos para que sigan rígidos códigos de “honor” y “bravuconería”, o finjan valor, lo que los obliga a competir, pelear y usar la violencia, a veces en altercados sin importancia, todo ello sólo para demostrar que son “hombres de verdad” (Archer, 1994).

Durante el final de la infancia y en la adolescencia, es más probable que los muchachos acepten las versiones tradicionales de virilidad, mostrando “machismo” o un sentido exagerado de la masculinidad. Por otro lado, es más habitual que las muchachas cuestionen las normas tradicionales relacionadas con cada sexo (Erulkar et al., 1998). Así, los desafíos normativos en la identidad sexual en el caso de las muchachas pueden consistir en cuestionar los límites que perciben que se les ponen en cuanto alcanzan la pubertad, mientras que para los muchachos el desafío puede ser demostrarse a sí mismo que son “hombres” en el entorno social, y al mismo tiempo buscar formas de crear intimidad y establecer vínculos en el contexto privado. Algunos investigadores proponen un modelo normativo de desarrollo de la identidad sexual en que los muchachos adolescentes pasan por un período de virilidad exagerada, pero después se hacen más progresistas o flexibles respecto a la identidad sexual en la edad adulta (Archer, 1984). Sin embargo, otras investigaciones desde una perspectiva de duración de una vida proponen que el desempleo o los cambios sociales (por ejemplo, los nuevos papeles de las mujeres en muchas sociedades) pueden amenazar algunas ideas masculinas de la virilidad y conducen a unas nociones más rígidas de los papeles sexuales, e incluso a la violencia doméstica. En consecuencia, algunos varones a lo largo de su vida pueden volverse más flexibles respecto a los papeles sexuales, mientras que para otros, los puntos de vista sobre los papeles sexuales pueden depender de las situaciones. Se necesitan más investigaciones desde una perspectiva del periodo de una vida para ofrecer ideas sobre las tendencias y posibles cambios en los puntos de vista de los hombres sobre sus papeles.

¿Es posible cambiar la forma cómo se educan socialmente los muchachos? Primero, es importante afirmar que no todas las formas tradicionales de educar a los muchachos, ni todas las ideas sobre la virilidad, son negativas, ni todos los muchachos son educados socialmente en la forma estereotipada presentada en algunas investigaciones. Las investigaciones destacan el importante papel que tienen en la educación de los muchachos los padres y otros miembros masculinos de la familia con ideas más flexibles acerca de la masculinidad. Pero todos los miembros de la familia tienen un papel importante en la socialización de los

muchachos. Las madres y otros miembros femeninos de la familia pueden reforzar sin darse cuenta las ideas tradicionales de la masculinidad al no involucrar a los muchachos en las tareas domésticas, o al animarlos a reprimir sus emociones o no manifestar sus necesidades de salud. Madres, padres, otros miembros de la familia, profesores y otros adultos que interactúan con los jóvenes pueden estar más pendientes de las muchachas durante la pubertad, creyendo que los muchachos se las pueden arreglar solos. Las investigaciones han puesto de manifiesto que cuando los muchachos interactúan con adultos y pares que refuerzan puntos de vista alternativos acerca de género –por ejemplo, los hombres que cuidan a niños o realizan tareas domésticas, o las mujeres que tienen posiciones de dirección– son más flexibles en sus puntos de vista sobre los papeles de género (Pollack, 1998; Barker y Loewenstein, 1997).

La socialización fuera del hogar y el grupo de pares varones

Estudios de muchas partes del mundo concluyen que los muchachos generalmente pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las muchachas. Este periodo de tiempo fuera de casa tiene tanto ventajas como riesgos para los muchachos adolescentes.

Estudios de muchas partes del mundo concluyen que desde una edad temprana, los muchachos normalmente pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las muchachas, y participan en más actividades económicas fuera de su hogar (Evans, 1997; Bursik y Grasmick, 1995; Emler y Reicher, 1995). Durante la adolescencia, la cantidad de tiempo que los muchachos adolescentes pasan fuera de casa aumenta aún más. En América Latina, por ejemplo, una parte importante de la población económicamente activa tiene entre 15 y 19 años. La participación en la fuerza laboral aumenta entre las mujeres y disminuye entre los hombres, pero sigue siendo sustancialmente más alta en los varones. En el Ecuador, por ejemplo, el 44% de muchachos y el 19% de muchachas de las familias con pocos ingresos encuestadas tenían actividades remuneradas. En cinco estudios de países en desarrollo, era más probable que las muchachas trabajaran en casa y los muchachos fuera de casa (Kurz y Johnson-Welch, 1995). En Egipto, un tercio de los adolescentes trabaja, y uno de cada dos muchachos realiza actividades económicas fuera del hogar, en comparación con una de cada seis muchachas. Además, el 48% de muchachos había



salido con amigos el día anterior a la entrevista en comparación con el 12% de las muchachas (Consejo de Población, 1999).

Estas horas pasadas fuera del hogar conllevan ventajas y riesgos para los muchachos adolescentes. Aunque la libertad de movimiento es generalmente buena, y da a los muchachos oportunidades de adquirir conocimientos sociales y profesionales útiles para su desarrollo, también tiene sus riesgos y sus costos. El riesgo principal está relacionado con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por el grupo de pares varones. Esos compañeros pueden fomentar comportamientos que pongan en peligro la salud, como el consumo de sustancias, o comportamientos masculinos tradicionales y restrictivos, como la represión de las emociones.

Debido al tiempo que pasan fuera de casa, en muchos ambientes culturales los modelos de conducta para las muchachas (madres, hermanas, tías y otras mujeres adultas) están físicamente más cerca y quizá son más manifiestos para las muchachas, mientras que los modelos de conducta del mismo sexo para los muchachos pueden estar física y emocionalmente distantes. De acuerdo con esto, algunos investigadores han propuesto que el grupo de pares varones es el lugar donde los muchachos “prueban y ensayan los papeles de macho” y que el grupo de pares varones que hace vida en la calle juzga qué actos y comportamientos pueden considerarse “viriles” (Mosher y Tomkins, 1988). Sin embargo, las versiones de virilidad que a veces fomenta el grupo de pares varones puede ser homofóbico, cruel en sus actitudes hacia las mujeres, y apoyar la violencia como forma de demostrar la propia hombría y resolver los conflictos.

Si bien el grupo de pares varones no es la causa de las actitudes agresivas masculinas o de actitudes machistas, una mayor vinculación con un grupo de pares antagonista que hace vida en la calle está correlacionada con dificultades académicas, consumo de sustancias, comportamiento arriesgado en general, delincuencia y violencia (Archer, 1994; Earls, 1991; Elliott, 1994). Además, aunque el grupo de pares varones se estudia a menudo por sus influencias negativas sobre los muchachos, también hay ejemplos de grupos de pares varones que tienen una influencia socialmente positiva en los muchachos. Un grupo de pares varones positivo puede ejercer varias funciones importantes: 1) ofrece un sentido de identificación mientras los muchachos buscan o se los anima a buscar la independencia; 2) ofrece un parachoques contra la sensación de fracaso que algunos muchachos de familias con pocos ingresos pueden experimentar en el ambiente escolar, y 3) ofrece a los muchachos

modelos de identidad masculina, que pueden no estar presentes en algunos hogares.

Es interesante advertir que algunos investigadores sugieren que esta socialización diferenciada –muchachas más cercanas al hogar y a los modelos de conducta femenina y muchachos fuera del hogar– también conduce a diferentes clases de desarrollo cognitivo o “inteligencias” para muchachos y muchachas. En consecuencia, las mujeres tienen una mayor capacidad para interpretar las emociones y decodificar los mensajes no verbales (Manstead, 1998). Algunos investigadores señalan que las muchachas desarrollan más “empatía emocional” –la capacidad de “leer” y comprender las emociones humanas– mientras que los muchachos desarrollan “empatía de acción”, eso es la capacidad para “leer” e interpretar la acción y el movimiento (Pollack, 1998).

Los muchachos y su rendimiento escolar

Los últimos datos sobre rendimiento escolar y matriculación hacen pensar que los muchachos tienen dificultades especiales para completar su educación oficial. En una reunión del UNICEF en 1994, investigadores del Caribe, Norteamérica, parte de Asia meridional y algunas zonas urbanas de América Latina concluyeron que en las escuelas secundarias de diversos países de la región, los varones jóvenes eran en aquel momento menos del 50% de los estudiantes de las escuelas secundarias (Engle, 1994). Si bien la desventaja femenina en el sector educativo es todavía predominante en muchas regiones –sobre todo en Asia meridional, África y algunas zonas rurales de América Latina–, en otras zonas, la desventaja de las muchachas ha disminuido sustancialmente y la desigualdad educativa basada en la posición socioeconómica es más predominante que los desequilibrios entre los sexos en la matriculación y en el éxito escolar (Knodel y Jones, 1996). Donde se han superado los obstáculos estructurales para el acceso de las muchachas a la educación oficial, se hace cada vez más evidente que los muchachos se enfrentan a dificultades educativas específicas de su sexo.

En toda Europa occidental (con la excepción de Austria y Suiza), las muchachas normalmente superan a los muchachos en las pruebas normalizadas, se gradúan en mayor número en la escuela secundaria y un mayor número de ellas llega a la universidad (*Economist*, 1996; Pedersen, 1996). En las cifras nacionales de los Estados Unidos se observa que los muchachos tienen mejores notas en las pruebas normalizadas de matemáticas y ciencias, pero las muchachas son mejores en escritura y lectura, de hecho los conocimientos prácticos más importantes para obtener éxito académico (Ravitch, 1996). En zonas



Los datos del rendimiento escolar en Europa occidental, Australia, Norteamérica, partes de América Latina y el Caribe hacen pensar que donde se han superado los obstáculos estructurales de acceso a la educación formal para las muchachas, los muchachos se enfrentan a dificultades educativas específicas de su sexo.

urbanas de rentas bajas de muchos países industrializados, las diferencias entre el rendimiento académico de muchachas y muchachos se acentúa aún más. En el Brasil, en 1995, el 95,3% de las jóvenes de 15 a 24 años sabían leer y escribir, en comparación con el 90,6% de los muchachos. Además, el 42,8% de las muchachas en esta franja de edad estaban matriculadas en la escuela, en comparación con el 38,9% de muchachos. Los muchachos también tienen más probabilidades de repetir curso (Saboia, 1998). La explicación más frecuente de la baja matriculación y rendimiento de los muchachos es que éstos empiezan a trabajar fuera de casa a edades más tempranas y su trabajo puede interferir con la escuela.

De la misma manera, a los 19 años, las muchachas filipinas tenían una media de 10 años de escolarización, en comparación con los ocho años de los muchachos. Además, las muchachas pasan más tiempo de la semana en la escuela. Como en el Brasil, los investigadores creían que se sacaba antes a los muchachos de la escuela para trabajar, pero los encuestados creían que la tasa más elevada de abandono escolar en los muchachos estaba relacionada con cuestiones de género en el entorno escolar, es decir, que los modelos de comportamiento de las muchachas estaban más en sintonía con las normas escolares (Kurz y Johnson-Welch, 1995). Es importante destacar que el hecho de que los muchachos abandonen la escuela para trabajar no siempre es visto como algo negativo. En ciertas partes de Nigeria, la práctica cultural exige que los muchachos asistan a la escuela hasta los 13 años más o menos para luego pasar a ser aprendices de algún comerciante muy valorados. Por su parte, son las mujeres que asisten mayoritariamente a las universidades.

Investigadores de zonas de Norteamérica, el Caribe, Australia y Europa occidental empiezan a preguntarse qué factores específicos impiden el éxito académico de los muchachos y sobre todo de los muchachos con pocos ingresos. Esta investigación se ha centrado en diversos puntos, incluida la posibilidad de que la socialización en casa para las muchachas fomente hábitos de estudio positivos, y que el entorno de la escuela esté más orientado a formas “femeninas” de pensar e interactuar. En Jamaica, donde las

muchachas superan el rendimiento de los muchachos en los niveles secundario y terciario, los muchachos están generalmente educados para desenvolverse libremente mientras que las muchachas están encerradas en casa. En consecuencia, las muchachas pueden aprender a concentrarse en tareas, estar quietas durante largos períodos de tiempo e interactuar con mayor facilidad con las figuras de autoridad femeninas. La investigación en Norteamérica y el Caribe sobre muchachos con pocos ingresos sugiere que los maestros (la mayoría de ellos mujeres en el nivel primario) a veces poseen imágenes estereotipadas de los muchachos y esperan poco de ellos; por ejemplo, creen que los muchachos harán payasadas y, así, los muchachos acaban haciendo payasadas (Figuroa, 1997; Taylor, 1991). Alguna investigación cualitativa está estudiando también la dinámica de las relaciones de género en ambientes urbanos de clase baja, donde los grupos de pares varones pueden ser ambivalentes en cuanto a la finalización escolar, y donde los sistemas escolares expulsan a los niños y jóvenes, casi siempre varones, que no se ciñen a los principios de autoridad y la interacción escolar.

En Europa occidental, Australia, Norteamérica, el Caribe y zonas de América Latina, los investigadores también están estudiando las discapacidades de aprendizaje que pueden dificultar el rendimiento académico de los muchachos. Entre esas discapacidades figura el trastorno hipertensivo por déficit de atención (THDA) –también conocido como hiperactividad o trastorno por déficit de atención– que predomina más entre muchachos (Pollack, 1998). Los muchachos también tienen tasas más altas de trastornos de la conducta en la escuela, un factor asociado a un menor rendimiento escolar (Stormont-Spurgin y Zentall), 1995; Pollack, 1998). Los muchachos con comportamientos “masculinos” estereotipados más pronunciados tenían las tasas más altas de comportamiento de externacionalización y trastornos de la conducta, que a su vez se asocia con tasas más altas de dificultades escolares (Silvern y Katz, 1986).

Si bien esta investigación sobre las experiencias de los muchachos en el sistema escolar está lejos de ser definitiva, nos asalta una serie de preguntas comprometidas. Una es el costo del comportamiento agresivo y conflictivo de los muchachos para su éxito escolar temprano. En la escuela primaria, son varios los mecanismos de control que los sistemas educativos tienen sobre los muchachos desobedientes, problemáticos o agresivos o los que no rinden a niveles académicos: poner a los muchachos en grupos de aprendizaje más lento, retenerlos más tiempo, o etiquetarlos como afectados por determinados problemas, el más común el THDA. Algunos



muchachos tienen una predisposición neurológica que justifica tanto ese término como el tratamiento asociado al THDA, pero algunos investigadores y comentaristas han cuestionado la tendencia a veces exagerada de utilizar ese diagnóstico en diversos contextos occidentales (Mariani, 1995; Pollack, 1998). Los investigadores han confirmado una relación entre, por un lado, el trastorno de la conducta precoz y el THDA y, por el otro, la posterior delincuencia y problemas escolares (Moffit, 1990; Cairns y Cairns, 1994). Lo que no está claro es si esos muchachos tienen algún problema de carácter de origen biológico que los predisponga al THDA y al comportamiento agresivo, o si el hecho de etiquetarlos como “problemáticos” o delincuentes los conduce a ser delincuentes y a tener dificultades en la escuela.

El rendimiento escolar de los muchachos tiene repercusiones importantes en su desarrollo individual y su salud. Una investigación realizada en Norteamérica ha puesto de manifiesto que el rendimiento escolar, así como el grado de “sintonía” con la escuela, son factores protectores contra los comportamientos de riesgo para la salud. La juventud que rinde más académicamente y se siente en conexión con su escuela muestra menos comportamientos de riesgo, incluidos el consumo de sustancias, la actividad sexual precoz y sin protección, y los pensamientos suicidas (Resnick et al., 1997).

Los muchachos y el comportamiento de demanda de atención de salud y de ayuda

La presión para que los varones se ajusten a las normas tradicionales y estereotipadas de la masculinidad tiene consecuencias directas sobre su salud mental y física, y en su comportamiento de demanda de atención de salud y de ayuda y relacionado con el riesgo. En un estudio nacional de los varones adolescentes de 15 a 19 años en los Estados Unidos se puso de manifiesto que las creencias sobre la virilidad eran la variable predictiva más fuerte del comportamiento de riesgo; los jóvenes que suscribían las ideas tradicionales de la virilidad tenían más probabilidades de decantarse por el consumo de sustancias, la violencia y delincuencia, y las prácticas sexuales peligrosas (Courtenay, 1998). Pleck (1995) afirma que violar las normas relacionadas con cada género tiene consecuencias significativas para la salud mental de los hombres –el ridículo, la presión familiar y las sanciones sociales– y que una proporción significativa de varones se sienten estresados como resultado de su incapacidad para estar a la altura de las normas de “auténtica virilidad”. O’Neill, Good y Holmes (1995) sugiere que la versión de la hombría fomentada por muchas sociedades conlleva seis características que se encuentran a menudo en los

varones: emocionalidad restrictiva; control, poder y competición socializados; homofobia; comportamiento sexual y afectivo reducido; obsesión por los logros y el éxito, y problemas de salud. En escenarios donde se sienten cómodos para expresar esos sentimientos –generalmente fuera del grupo masculino tradicional–, algunos varones jóvenes son capaces de expresar frustración ante esos rígidos modelos de socialización de género, igual como las muchachas han expresado frustración ante sus modelos normativos de género (Pollack, 1998; Barker y Loewenstein, 1997; Gilligan, 1982).

La investigación confirma que es menos probable que los muchachos soliciten servicios de salud que las muchachas cuando los necesitan, y menos probable también que estén acordes con sus necesidades de salud. En un estudio de Tailandia se evidenció que las muchachas adolescentes de las zonas urbanas declaraban con más frecuencia que los muchachos haber solicitado atención médica en el último mes. Sin embargo, un número casi equivalente de adolescentes manifestó haber adquirido medicamentos para sí mismo en el último mes, lo que parece indicar que la frecuencia de enfermedades para muchachos y muchachas fuera casi igual (Podhisita y Pattaravanich, 1998). En un estudio keniano, era ligeramente más probable que las muchachas acudieran a los servicios de salud que los muchachos (52% frente al 47%) (Erulkar et al., 1998). En Jamaica, un estudio nacional de jóvenes entre 15 y 24 años puso de manifiesto que las mujeres jóvenes tenían más del doble de probabilidades que los hombres jóvenes (29,8% frente al 13%) de hablar con el personal sanitario acerca de temas de educación familiar (National Family Planning Board, 1999). En un estudio de alcance nacional de muchachos entre 11 y 18 años de los Estados Unidos se halló que, al comienzo de su asistencia al instituto, más de uno de cada cinco muchachos declaró que por lo menos en una ocasión no había solicitado asistencia sanitaria aún cuando la necesitara. La razón principal era no querer hablar con nadie de sus problemas (28%), seguido del costo y la falta de seguro médico (25%) (Schoen et al., 1998).

Otra información anecdótica dice que los varones jóvenes a veces encuentran actitudes hostiles en los dispensarios, que perciben los dispensarios de salud materno-infantil así como los de salud reproductiva como espacios “femeninos”, y que incluso se les ha negado el acceso a los dispensarios (Armstrong, 1998; Green, 1997). En un estudio de Ghana los varones adolescentes informaron de haber sido rechazados en los dispensarios de salud reproductiva debido a su edad; otros dijeron que se sentían incómodos con el personal femenino (Koster, 1998). Si bien es cierto que hay profesionales de la salud que se especializan en trabajar



con muchachas y mujeres, como los ginecólogos, por el momento no existen agentes de salud que se ocupen de los varones adolescentes y adultos.

¿Cómo puede animarse a los muchachos a utilizar más los servicios sanitarios existentes? Cuando se les pregunta, los muchachos a menudo dicen que piden las mismas cosas de los servicios sanitarios que lo que piden las mujeres: servicios de calidad a un precio asequible; personal receptivo a sus necesidades; confidencialidad; la posibilidad de hacer preguntas, y un tiempo de espera breve (Webb, 1997; visita a la página web de CISTAC, Santa Cruz, Bolivia, 1998).

Las investigaciones también indican que la socialización de género está relacionada con un comportamiento de los muchachos poco orientado a solicitar ayuda. A los muchachos se les suele educar para ser independientes, no mostrar emociones, no inquietarse ni quejarse de su salud física, y para no solicitar asistencia durante momentos de estrés. En Alemania, los estudios de muchachos de 14 a 16 años pusieron de manifiesto que en épocas de conflicto, el 36% preferiría estar solo y el 11% decía que no necesitaba consuelo; el 50% de los muchachos recurría a su madre, y menos del 2% decía que recurría a su padre (Lindau-Bank, 1996). Entre los jóvenes de los Estados Unidos con pocos ingresos, las muchachas aprenden más a menudo cómo abordar el dolor y las emociones –y se les permite hacerlo– producidos por las frustraciones de vivir con escasos recursos y en un entorno violento (Nightingale, 1993). Los investigadores han concluido que la capacidad de experimentar y expresar el estrés emocional de formas no violentas protege contra una serie de problemas de desarrollo y salud. En consecuencia, los muchachos están en desventaja si tienen menos oportunidades y se sienten reprimidos para expresar emociones asociadas a circunstancias adversas y acontecimientos estresantes de la vida (Cohler, 1987; Barker, 1998).

Las dificultades de los muchachos para solicitar ayuda y expresar emociones tienen importantes consecuencias para su salud mental y su desarrollo. En los lugares donde los muchachos trabajan en mayor número o pasan su tiempo fuera de casa y de la escuela, también es menos probable que se relacionen con alguna red de apoyo oficial o no convencional que las muchachas. Si bien los familiares masculinos pueden ofrecer un espacio de socialización y compañerismo, proporcionan limitadas oportunidades para discutir sobre las necesidades personales y los problemas de salud.

Implicaciones

La bibliografía indica que las diferencias biológicas que existen claramente entre muchachos y muchachas afectan a su salud y desarrollo de una forma más limitada que las diferencias debidas a la socialización de género.

En resumen, la bibliografía sugiere que las diferencias biológicas que existen entre muchachos y muchachas afectan a su salud y desarrollo de una forma más limitada que las diferencias debidas a la socialización de género. La bibliografía identifica dos tendencias clave en la socialización de los muchachos adolescentes con implicaciones directas para su salud y bienestar: 1) un empujón demasiado precoz hacia la independencia y una represión de los deseos de relación afectiva, y 2) la presión social para adoptar papeles masculinos rígidamente definidos. En algunas zonas con pocos ingresos –donde el acceso a otras fuentes de identidad masculina, como el éxito escolar o el empleo estable, son difíciles de alcanzar–, los varones jóvenes pueden tener más tendencia a adoptar posturas masculinas exageradas que implican comportamiento de riesgo, violencia o actitudes sexistas hacia las mujeres, y violencia contra otros varones como forma de demostrar su hombría.

Entre las implicaciones fruto de esta investigación figuran las siguientes:

Implicaciones para los programas

- * Se necesita sensibilizar al personal sanitario y otras personas que trabajan con jóvenes acerca de las realidades y las perspectivas de los muchachos, y aprender a animar a esos muchachos para que acudan a los servicios sanitarios y soliciten ayuda cuando la necesitan. Esto también incluye hacer participar al personal sanitario y otras personas que trabajan con jóvenes en discusiones acerca de sus posibles estereotipos sobre los muchachos.
- * Es necesario que los educadores sanitarios y otro personal que trabaja con jóvenes considere espacios alternativos para que los muchachos discutan los acontecimientos importantes normativos de su desarrollo, como la espermarquia y la pubertad, y otros aspectos.



- * Es necesario sensibilizar a maestros y personal docente sobre los posibles problemas específicos de género a que los muchachos, particularmente los que tienen pocos ingresos, pueden enfrentarse en la escuela.
- * Se necesita un enfoque creativo en la forma de ofrecer los servicios sanitarios a los muchachos adolescentes, teniendo en cuenta sus deseos expresados de confidencialidad, personal sensible a sus necesidades, salas de espera agradables y horarios accesibles.
- * Es necesario hacer participar a los muchachos, padres, comunidades, personal sanitario y educativo y personal que trabaje con jóvenes en reuniones abiertas sobre las ideas establecidas sobre la virilidad, reconociendo tanto los aspectos positivos como negativos de la socialización tradicional de género.

Implicaciones para la investigación

- * Es necesaria más información sobre las actitudes de los varones jóvenes hacia los servicios de salud existentes para descubrir formas de enfrentarse a los problemas de acceso y animarlos a utilizar esos servicios.
- * Se necesitan más investigaciones sobre la socialización de género y el rendimiento escolar de los muchachos, las repercusiones de las aparentes dificultades escolares de los muchachos, su salud mental y su bienestar.
- * Es necesario realizar más investigaciones sobre cómo se educan socialmente los muchachos en distintos ambientes, y más exploraciones cualitativas que incorporen la voz de los muchachos y sus nociones de género, la igualdad, la masculinidad, los papeles y las responsabilidades.
- * Se necesitan más investigaciones sobre la naturaleza cambiante de los papeles de la masculinidad y el género y sobre la percepción de estos cambios por los muchachos. Debería estudiarse mejor cómo están respondiendo los muchachos a los cambios en los papeles de las mujeres y a los cambios en los papeles de género en general.
- * Se necesitan más investigaciones sobre cómo “salen” los muchachos, sobre el sentido del uso de su tiempo en diferentes lugares, sobre sus redes sociales y las repercusiones que tienen en su desarrollo y socialización. Esos estudios también deberían examinar más cuidadosamente el significado y el impacto de la mayor socialización de los muchachos fuera del hogar.



salud mental, superación del estrés, suicidio y consumo de sustancias

El anterior capítulo describía una serie de cuestiones sobre la salud mental relacionadas con la socialización de género, particularmente la falta de oportunidades percibidas y reales para que los jóvenes soliciten ayuda en momentos de estrés; la tendencia de los muchachos a no hablar acerca de las emociones y los problemas personales; las dificultades para admitir sus necesidades de salud mental, y las rígidas presiones para seguir los papeles y las normas tradicionales relacionadas con cada sexo. El consumo de sustancias debería añadirse a este conjunto de reacciones comunes a los hombres jóvenes ante situaciones de estrés, y verse como un comportamiento de riesgo utilizado a veces como forma de demostrar la propia “hombría” o para encajar en el grupo. De la misma manera, en los suicidios se dan patrones relacionados con el sexo que surgen de las pautas de socialización masculina.

Hay pautas de género claras en la forma como los jóvenes responden a los acontecimientos estresantes y traumáticos de la vida. Algunos investigadores razonan que los varones responden habitualmente peor, se enfrentan a mayores riesgos y es menos probable que soliciten apoyo social que las mujeres en los momentos difíciles de la vida, como la muerte de un familiar o el divorcio (Manstead, 1998). Si bien las expresiones externas de emoción y dolor de las mujeres durante los acontecimientos traumáticos de la vida se han considerado tradicionalmente una señal de debilidad mental o incluso un precursor de trastornos de salud mental, el campo de la salud mental ve ahora esas expresiones de exteriorización emotiva como un signo positivo de salud mental (Manstead, 1998).

En momentos de estrés o traumáticos, es más probable que los muchachos respondan con agresividad (ya sea contra los demás o contra sí mismos), empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y nieguen o ignoren el estrés y los problemas que las muchachas.

Diversos estudios han demostrado que en momentos de estrés o traumáticos, es más probable que los muchachos respondan con agresividad que las muchachas (ya sea contra los demás o contra sí mismos), que empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y que nieguen o ignoren el estrés y los problemas. Algunos investigadores sugieren incluso que

la mayor negación del estrés y los problemas por los varones jóvenes, y su propensión a no hablar de los problemas, puede relacionarse con el mayor consumo de sustancias entre los hombres (Frydenberg, 1997).

Por otro lado, las muchachas adolescentes recurren a sus amigos con más frecuencia y prestan atención a las necesidades de salud provocadas por el estrés. Los muchachos es menos probable que admitan que no pueden resistir los momentos de estrés, mientras que las mujeres es más posible que expresen sus dificultades para arreglárselas, probablemente porque no les preocupa expresar su indefensión y miedo (Frydenberg, 1997). Sin embargo, es importante destacar que mientras las muchachas es más probable que expresen verbalmente su estrés, también pueden interiorizar estos sentimientos en forma de trastornos de la alimentación y dolores y males generales, afecciones pocas veces manifestadas por los muchachos u observadas en ellos. En consecuencia, al sugerir que muchachos y muchachas presentan diferentes patrones de respuesta al estrés, no debemos inferir de ello que un sexo está más sometido al estrés que el otro.

Suicidio

Estos patrones de género en las formas de soportar el estrés también pueden verse en la especificidad de género en el caso de los suicidios, que está entre las tres primeras causas de muerte de los adolescentes, y las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. Por todo el mundo, entre 100.000 y 200.000 jóvenes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más intentan suicidarse (Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS, 1998). En términos de desagregación de sexos, tres veces más mujeres que hombres *intentan* suicidarse pero tres veces más hombres *se suicidan* (OMS, 1998). (Hay algunas excepciones, como en China e India, donde las tasas de suicidio entre las mujeres son más altas. También debería mencionarse que las tasas de suicidio en todo el mundo no son fiables porque a menudo los suicidios se clasifican como accidentes o simplemente no se clasifican.)

En Estados Unidos, donde el suicidio es actualmente la tercera causa más importante de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, es cuatro veces más probable que cometan suicidio los muchachos que las



muchachos, si bien las muchachas lo intentan más a menudo (Goldberg, 1998; Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Lesiones, 1998). Además, las tasas de suicidio entre muchachos y muchachas, hasta los 9 años, son idénticas. De los 10 a 14 años, los muchachos cometen el doble de suicidios que las muchachas; de los 15 a los 19 años cuatro veces más; y de los 20 a 24 años, seis veces más que las muchachas (Agencia de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 1991).

El suicidio está entre las tres primeras causas de muerte de los adolescentes, y las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. Por todo el mundo, tres veces más mujeres que hombres intentan suicidarse pero tres veces más hombres se suicidan.

Las muchachas es más probable que intenten suicidarse pero menos probable que lo consigan. Como algunas mujeres utilizan los intentos de suicidio a veces para llamar la atención, eligen métodos que son deliberadamente poco efectivos (Correspondencia personal, Benno de Keijzer, 1999). Los hombres, por otra parte, pueden elegir una forma efectiva y terminal de suicidio porque las normas de género predominantes no les permiten buscar ayuda para el estrés personal. Para los hombres jóvenes, pues, el suicidio puede no ser una petición de ayuda, sino un efectivo y definitivo final al sufrimiento.

Sin embargo, el tema del suicidio y el género debe considerarse con prudencia. La investigación de los suicidios es insuficientemente clara para determinar si los intentos de suicidios de las muchachas y los métodos que eligen generalmente no intentan ser definitivos. Puede ser que tanto los muchachos como las muchachas adolescentes quieren terminar con el sufrimiento cuando intentan suicidarse, pero que los muchachos tengan un mayor acceso a métodos efectivos e inmediatos como las armas de fuego, o que los muchachos tengan una mayor propensión a la agresividad y a asumir riesgos, y puede representar más directamente sus ideas suicidas.

En algunos países, jóvenes bisexuales u homosexuales –tanto hombres como mujeres– constituyen un grupo de riesgo significativo de comportamiento suicida. Algunos estudios han descubierto que entre un 20 y un 42% de juventud homosexual intenta suicidarse, y que casi todos los intentos ocurren entre los 15 y los 17 años. Aunque es difícil evaluar si estos estudios son realmente representativos, la evidencia indica que la juventud

que se identifica a sí misma como homosexual probablemente tienen tasas más altas de comportamiento suicida pero no necesariamente cometen el suicidio. Los estudios comparativos entre juventud hetero y homosexual en Australia no encontró diferencias significativas en tasas de depresión, pero la juventud homosexual manifestaba más a menudo ideas suicidas. Un cuarto de juventud homosexual que había intentado suicidarse identificó la orientación sexual como al menos parte de la razón por haberlo intentado. En general, el 28,1% de juventud homosexual había intentado suicidarse en comparación con el 7,4% de juventud heterosexual (Nicholas y Howard, 1998). Igualmente, el 30% de todos los varones homosexuales y bisexuales entrevistados en el informe de Estados Unidos habían intentado suicidarse al menos una vez (American Academy of Pediatrics, 1993).

También es importante destacar que en Australia, Estados Unidos, y Nueva Zelanda, el suicidio también era más común entre los adolescentes varones de descendientes europeos, pero se está igualando o haciendo mayor entre las poblaciones minoritarias e indígenas (afroamericanos y americanos nativos en Estados Unidos, aborígenes y los habitantes del estrecho de Torres en Australia y Maori, y los habitantes de las islas del Pacífico en Nueva Zelanda). Existen pruebas de un aumento de adolescentes varones más mayores en el Pacífico sur se suicidaron ahorcándose, saltando al vacío o con armas de fuego (Correspondencia personal, John Howard, 1998).

Consumo de sustancias

El género también influye en las tasas de consumo de sustancias. Aunque las estadísticas a menudo no están separadas por sexos, los muchachos es más probable que fumen, beban y tomen drogas que las muchachas. Actualmente, unos 300 millones jóvenes son fumadores y 150 millones morirán por causas relacionadas con el tabaco más adelante. En gran parte de países en desarrollo, los muchachos fuman más que las muchachas, aunque la frecuencia es cada vez mayor en las muchachas (Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS, 1998).

Se advierten tendencias similares con otras sustancias. En Ecuador, el 80% de usuarios de narcóticos son hombres, y la mayoría están al final de la adolescencia y los primeros veinte (UNDCP y CONSEP, 1966). En Jamaica, la duración de la vida y el uso actual de marihuana entre hombres y jóvenes adultos es de dos a tres veces mayor que las tasas de uso entre las mujeres jóvenes (Wallace y Reid, 1994). En Jordania, el 17% de adolescentes varones entre 15 y 19 años fuman regularmente, el 16% ocasionalmente utiliza tranquilizantes y el 3% ocasionalmente utiliza



estimulantes (UNICEF, 1998). Un estudio nacional de los adolescentes de Estados Unidos descubrió que el 20,1% de varones en comparación con el 15,6% de mujeres manifiesta tomar alcohol dos días o más por mes (Blum y Rinehart, 1997). Al alcanzar la edad del instituto, muchachos y muchachas fumaban, bebían y tomaban drogas de forma similar, pero muchachos más jóvenes (de 11 a 14 años) bebían dos veces más que las muchachas (el 6% de muchachos frente al 3% de muchachas) y era más probable que usaran drogas ilegales (el 9% de muchachos más jóvenes frente al 6% de muchachas en la misma franja de edad). Los muchachos también tienen más probabilidades que las muchachas de decir que toman drogas para estar “en la onda” (Schoen et al., 1998). Los estudios en Estados Unidos descubren que muchachos y muchachas alrededor de 13 años participan casi por igual en “parrandas” de bebida (definidas en el estudio como cinco o más copas seguidas). A los 18 años, el 40% de muchachos tiene este comportamiento frente a menos del 25% de muchachas (Kantrowitz y Kalb, 1998). Igualmente, en Kenia, los muchachos es más probable que hayan probado el tabaco, el alcohol y la marihuana que las muchachas (el 38% frente al 6% para el tabaco; el 38% frente al 14% para el alcohol; y el 7% frente al 1% para la marihuana) (Erukhar et al., 1998). En Egipto, el 11,2% de muchachos fuma en comparación con el 0,3% de muchachas (Consejo de Población, 1999).

En muchas partes del mundo, los muchachos es más probable que fumen, beban y tomen drogas que las muchachas. El consumo de sustancias, sobre todo el alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los muchachos, incluida la violencia, y la actividad sexual sin protección.

El consumo de sustancias, sobre todo el alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los muchachos, incluida la violencia y la actividad sexual sin protección. En Brasil, el consumo de sustancias entre los hombres jóvenes se asociaba con tener el “valor” de proponer relaciones sexuales, y era probable que impidiera la toma de decisión sexual (Childhope, 1997). En un estudio de varones adolescentes que utilizan clínicas de planificación familiar en Estados Unidos, el 31% dijo que “siempre han tomado o alcohol o drogas cuando tienen relaciones sexuales” (Brindis et al., 1998). En Estados Unidos, uno de cada tres varones de 15 años en comparación con una de cada cinco muchachas de 15 años manifestaba participar en peleas o discusiones después de beber (Gulbenkian Foundation, 1995).

En todo el mundo, el consumo de sustancias se relaciona con una gama de problemas que se asocian más a menudo a los muchachos adolescentes: la violencia, los accidentes y las lesiones (Senderowitz, 1995). Varios estudios sugieren que el consumo de sustancias está relacionado con la falta de apoyo paterno, objetivos fuera de lo común, influencias negativas del grupo. La exposición a violencia en el hogar, la frustración personal, la falta de orientación futura, y haber sido víctimas de abusos o violencia en casa. La información sobre la frecuencia del consumo de sustancias por sexo es un primer paso importante hacia la comprensión de cómo difiere el consumo de sustancias en frecuencia, significado, contexto y secuelas para muchachos y muchachas.

Problemas y necesidades en salud mental

¿Tienen muchachos y muchachas u hombres y mujeres diferentes tasas de trastornos de salud mental o diferentes necesidades de salud mental? Las pruebas de que existan diferencias por sexo en la frecuencia de trastornos mentales son limitadas, y los estudios que existen tienen que interpretarse con prudencia. A las mujeres es más probable que se les diagnostique psiconeurosis y depresión, pero estas altas tasas pueden no reflejar diferencias reales entre sexos. En lugar de eso, pueden reflejar la disposición de las mujeres a admitir que tienen problemas. Otros estudios han confirmado sesgos de profesionales de la salud mental en cuanto al diagnóstico de los trastornos psicológicos; es decir, los profesionales de la salud mental es más probable que etiqueten el comportamiento exteriorizador de la mujer, más que el comportamiento interiorizador de los hombres como trastorno mental (Manstead, 1998). Por otro lado, es más probable que se diagnostique a los adolescentes varones que a las adolescentes trastornos de conducta y agresividad. En este caso también estas diferencias pueden reflejar diferencias por sexo con base biológica, o pueden reflejar sesgos por razón de género en los diagnósticos de los profesionales de la salud mental.

El momento en que se presentan los trastornos de salud mental y la posible falta de diagnóstico de estos problemas en los varones jóvenes pueden ser los temas más importantes en relación a los muchachos adolescentes y su salud mental. El final de la adolescencia es un momento en que pueden presentarse problemas mentales graves como esquizofrenia y trastornos bipolares, especialmente entre los varones jóvenes (Burke et al., 1990; Christie et al., 1988). En consecuencia, mientras las tasas generales de salud mental pueden ser más o menos equivalentes para hombres y mujeres, puede haber diferencias por sexo en el momento en que se presenta



El momento en que se presentan los trastornos de salud mental y la posible falta de diagnóstico de estos problemas en los varones jóvenes pueden ser los puntos más importantes en relación a los muchachos adolescentes y su salud mental. El final de la adolescencia es un momento en que pueden presentarse problemas mentales graves como esquizofrenia y trastornos bipolares, especialmente entre los varones jóvenes.

la enfermedad mental, en las secuelas de los trastornos mentales, y en las tasas de jóvenes que buscan ayuda para sus necesidades y enfermedades mentales.

Como se ha dicho anteriormente, los patrones generales de socialización masculina sugieren que los hombres jóvenes pueden tener necesidades específicas de salud mental, pero a menudo no buscan este tipo de servicios, o que en momentos de estrés no discuten sus inquietudes con otros. La información sobre las preferencias de los hombres jóvenes, el uso y las actitudes respecto a la salud mental y los servicios de asesoramiento es extremadamente limitado, pero hay algunas indicaciones de que los jóvenes desearían tener más servicios en este campo. La investigación en Australia, Alemania y Estados Unidos ha descubierto que es menos probable que los muchachos tengan alguien a quien recurrir en momentos de estrés o depresión, y que los muchachos parecen estar menos dispuestos o ser menos capaces de hablar de sus problemas (Keys Young, 1997). Un estudio de varones adolescentes que utilizan clínicas de planificación familiar de Estados Unidos descubrió que el 46% o manifestaba inquietudes psicosociales para los que habría deseado consejo, el más común sería el desempleo, seguido de dificultades para hablar con la familia o los amigos, el uso de alcohol, la muerte de alguien cercano a ellos y el uso de drogas (Brindis et al., 1998). En Estados Unidos, a cuatro muchachos por cada muchacha se les diagnostica un trastorno emocional (Goldberg, 1998). Las muchachas manifestaron sufrir menos estrés, pero el 21% de muchachos en comparación con el 13% de muchachas decía que no tenía a “nadie” con quien hablar en esos momentos (Schoen et al., 1998). Los muchachos que mostraban señales de depresión corrían un riesgo particular de falta de apoyo social; el 40% de muchachos con síntomas depresivos en comparación con el 18% o sin estos síntomas manifestaba que no tenían a “nadie” con quien hablar cuando se sentían estresados.

No está claro que los muchachos o las muchachas tengan tasas más elevadas de problemas de salud mental y necesidades de asesoramiento. Un estudio de 16 países (incluida Norteamérica, Europa, Asia y América Latina) descubrió que el nivel de renta o la clase social y el estatus de desarrollo eran variables más importantes que el género para determinar las necesidades de consejo. Los jóvenes de ambientes pobres en países pobres manifestaban tasas más elevadas de problemas personales. Los varones manifestaban un porcentaje más alto de problemas relacionados con la escuela que los muchachos, pero las tasas de manifestación de problemas eran prácticamente iguales para unos que para otras (Gibson et al., 1992).

Es probable que los muchachos a menudo se sientan menos cómodos que las muchachas a la hora de buscar ayuda y que las instituciones en que se educan socialmente los muchachos—lugar de trabajo, escuela, programas de orientación profesional, servicio militar, gimnasios— sean menos sensibles a las necesidades de salud mental de los muchachos por las normas de género imperantes. Además, los varones adolescentes pueden correr un riesgo más alto de sufrir trastornos mentales graves a una edad más temprana.

Implicaciones

En resumen, existen patrones claros de diferencias por sexo en el consumo de sustancias y las tasas de suicidio, que en los muchachos de países en desarrollo generalmente se manifiesta en una incidencia más alta de consumo de sustancias y más suicidios completos que entre las mujeres adolescentes. Hace pocos años, la tendencia de los países industrializados ha sido hacia la igualdad de incidencia de consumo de sustancias en los adolescentes varones y hembras. Una mayor igualdad entre los géneros en estas regiones podría suponer que el consumo de sustancias es un problema igual para hombres que mujeres. No existen pruebas concluyentes de las diferencias por sexo sobre las tasas de problemas de salud mental graves. A continuación se enumeran las implicaciones a partir de las investigaciones existentes sobre salud mental en muchachos adolescentes:



Implicaciones para los programas:

- * Es necesario sensibilizar y educar al personal sanitario sobre las formas comunes de reaccionar al estrés de los muchachos, y su incidencia más elevada de suicidio y consumo de sustancias. Los profesionales de la salud mental y otros profesionales de los servicios sociales pueden tener menos tendencia a creer que los muchachos tengan necesidades de salud mental.
- * Es necesario un programa especial que preste atención al tema de los muchachos que pueden estar fuera de casa debido a la inmigración en busca de trabajo. En muchas partes del mundo, el consejo de profesionales o paraprofesionales no se utiliza de forma habitual, y los varones jóvenes dependen de sus parientes, la familia, los sanadores tradicionales o los ancianos para buscar ayuda con los problemas personales. Sin embargo, en muchas partes del mundo, los jóvenes y sobre todo los jóvenes emigrados a zonas urbanas están a menudo separados físicamente de sus fuentes tradicionales de apoyo.
- * Es necesario prevenir el consumo de sustancias y programas de tratamiento, incluidos programas de reducción de los daños para dedicar más atención al papel de la socialización de género en el consumo de sustancias, trabajar con los muchachos para cuestionar los puntos de vista estereotipados de la masculinidad que pueden estar relacionados con la mayor frecuencia de consumo de sustancias de los muchachos.

Implicaciones para la investigación:

- * Se necesitan más estudios para determinar las necesidades específicas de salud mental de los muchachos y comprender de qué forma solicitan ayuda, tanto con nuevos estudios como con revisiones de los datos existentes, analizados a través de una perspectiva de género.
- * Se necesita investigar para desarrollar estrategias para una precoz identificación, evaluación, tratamiento y cuidado de las necesidades de salud mental de los muchachos, especialmente para las enfermedades que pueden tener una mayor incidencia y prevalencia entre los varones al final de la adolescencia (por ejemplo, esquizofrenia y trastorno bipolar) y las que no tienen mayor prevalencia en los muchachos pero también se asocian a una morbilidad y mortalidad significativas (por ejemplo, la depresión y su relación con el suicidio).





sexualidad, salud reproductiva y paternidad

Son dos los principios que conforman cada vez más el trabajo de los que se dedican al campo de la salud sexual y reproductora de los muchachos adolescentes: que los varones jóvenes a menudo están más dispuestos que los hombres adultos a considerar puntos de vista alternativos acerca de sus papeles en salud reproductiva, y que la adolescencia es un momento crítico en que los muchachos empiezan a formar los valores que pueden representar sus patrones de conducta de por vida.

Con frecuencia, es más probable que los muchachos tengan tiempo para participar en sesiones de grupo y actividades educativas que los adultos. Existe también una razón importante para creer que los estilos de interacción en las relaciones íntimas son “ensayadas” durante la adolescencia, y esto ofrece un fuerte argumento para trabajar los temas de salud reproductiva con los muchachos (Archer, 1984; Kindler, 1995; Erikson, 1968; Ross, 1994). Investigaciones de calidad con varones adolescentes de América latina, Asia, Norteamérica y África subsahariana hacen pensar que los patrones que ven a las mujeres como objetos sexuales, al sexo como algo orientado a la representación, y utilizan la coacción para obtener sexo a menudo empiezan en la adolescencia y siguen en la edad adulta. Esto también ofrece una importante razón para trabajar con los muchachos adolescentes cuando las actitudes hacia las mujeres y los estilos de interacción en las relaciones íntimas se están formando (Shepard, 1996; Bledsoe y Cohen, 1993). En Estados Unidos, los muchachos adolescentes que utilizaban preservativos durante sus primeras relaciones sexuales era más probable que siguieran usándolos después, lo que aporta aún más pruebas sobre la importancia de los primeros patrones de conducta en las relaciones sexuales (Sonenstein, Pleck y Ku, 1995).

Las investigaciones sugieren que los patrones que ven a las mujeres como objetos sexuales, al sexo como algo orientado a la representación, y utilizan la coacción para obtener sexo a menudo empiezan en la adolescencia y siguen en la edad adulta.

En los últimos veinte años, se ha dedicado un poco más de atención a la participación masculina en la salud reproductiva. Por ejemplo, la promoción de una mayor participación masculina en la salud reproductiva y mayor igualdad entre los géneros en el

cuidado de los niños y las tareas domésticas se refrendó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994. Este aumento de la atención ha conducido a nuevas investigaciones sobre la salud sexual y reproductora de los muchachos adolescentes. Sin embargo, esta información ha tenido sesgos heterosexuales. Suele faltar información sobre las actitudes y los comportamientos de los jóvenes varones que se definen a sí mismos como homosexuales o bisexuales. Los jóvenes varones homosexuales y bisexuales a menudo son objeto de discriminación o, en otros casos, sencillamente se les ignora.

Muchachos adolescentes, sexualidad y “guiones sexuales”

El aumento de las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva masculina nos ha permitido describir y entender mejor lo que a menudo se llama el “guión sexual” de los muchachos adolescentes: los patrones comunes de actividad sexual, incluida la iniciación sexual, encontrados en entornos concretos. Aunque estos “guiones” pueden variar mucho según la cultura, la clase social o el individuo, existe una serie de similitudes en las relaciones sexuales, la actividad y las actitudes de los muchachos adolescentes de todo el mundo.

Iniciación y actividad sexual como competencia masculina

Los varones jóvenes creen a menudo que la iniciación sexual afirma su identidad como hombres y les proporciona una posición dentro del grupo de pares varones (Sielert, 1995). Muchos varones jóvenes de todo el mundo consideran la experiencia sexual heterosexual un rito de tránsito a la hombría y un logro o éxito, más que una oportunidad de vivir una situación íntima. A menudo se comparten las “conquistas” heterosexuales con orgullo dentro del grupo de pares varones; por el contrario, las dudas o la inexperiencia a menudo se disimulan frente al grupo. En consecuencia, los muchachos “reducen de forma efectiva sus oportunidades de discutir su sexualidad abiertamente y honestamente con sus amigos” (Marsiglio, 1988). Marsiglio concluye que los muchachos ven “el sexo como algo valioso a lo que tienen derecho, en cualquier contexto de relación en que se produzca, que la actividad sexual es deseable lo antes posible en una relación, que cuanto más sexo



mejor, y que las oportunidades de mantener relaciones (heterosexuales) no deben desperdiciarse". El estatus que logra un muchacho dentro de su grupo de pares cuando tiene una relación sexual puede ser igual o más importante que la intimidad que experimenta en la relación (Lundgren, 1999).

Muchos jóvenes varones de todo el mundo consideran la experiencia sexual heterosexual un rito de tránsito a la hombría y un logro o éxito más que una oportunidad de vivir una situación íntima.

En gran parte del mundo, los muchachos manifiestan tener su primera experiencia sexual a edades más precoces que las muchachas. Además, los datos del Estudio Demográfico y de Salud han deducido que las edades de los muchachos en la iniciación sexual están disminuyendo en general en casi todos los países para los que existen datos del EDS disponibles, mientras que la edad de la primera experiencia sexual de las mujeres ha disminuido sólo en una quinta parte de países. Las mujeres adolescentes manifiestan con más frecuencia haber mantenido relaciones sexuales (incluso el sexo prematrimonial) dentro del contexto de una relación, mientras que los muchachos manifiestan con más frecuencia haber tenido relaciones con múltiples compañeras (antes y después del matrimonio) y en relaciones más ocasionales (Green, 1997).

Los hombres y las mujeres jóvenes a veces dan interpretaciones diferentes de la misma experiencia sexual. En algunas áreas del mundo, las mujeres jóvenes tienen experiencias sexuales casi con tanta frecuencia como los hombres jóvenes pero ellas describen sus relaciones como más estables e íntimas, mientras que los jóvenes describen la misma relación sexual como superficial u ocasional. Por ejemplo, las investigaciones con jóvenes de 15 a 24 años en Nigeria descubrió que la preponderancia de "sexo superficial" para los muchachos en los 12 meses anteriores era del 35%, en comparación con el 6% en las muchachas. Las jóvenes es más probable que manifiesten tener un compañero sexual regular (80%) en comparación con el 44% de muchachos con experiencia sexual (Amazigo et al., 1997).

En algunos casos, estas relaciones sexuales "superficiales" para los muchachos adolescentes pueden incluir tener la primera relación sexual (y relaciones sexuales posteriores) con una profesional del género. Por ejemplo, en zonas urbanas y rurales de Tailandia, el 61% de los hombres actualmente solteros y el 81% de los casados había tenido relaciones con profesionales del sexo (Im-em, 1998).

En regiones de India, entre el 19 y el 78% de varones manifestaba mantener relaciones sexuales con una profesional del sexo (Jejeebhoy, 1996).

En Argentina, el 42% de muchachos en escuelas secundarias dijo que su primera experiencia sexual fue con una profesional del sexo, mientras que el 27% manifestó haber mantenido la primera experiencia sexual con una novia. Para las chicas, el 89% dijo que su primera experiencia sexual fue con su novio (Necchi y Schufer, 1998). Los muchachos mencionaban más a menudo "deseo sexual y necesidad física" (45%) como la motivación para su primera relación sexual, mientras las chicas mencionaban más a menudo el deseo de una relación más íntima (68%). En Guinea (Africa occidental) los muchachos dijeron que con frecuencia utilizaban falsas promesas de un compromiso a largo plazo para convencer a las muchachas de mantener relaciones sexuales con ellos. Estos muchachos también dijeron que a menudo les preocupaba que si no mantenían relaciones sexuales con una muchacha, su reputación se resentiría entre sus pares masculinos (Gorgen et al., 1998).

El hábito de considerar el sexo como un éxito para presentar ante el grupo de pares varones surge en la adolescencia, y a menudo sigue en la edad adulta. En las zonas rurales de India, por ejemplo, los hombres manifiestan que con frecuencia tienen relaciones con profesionales del sexo en los primeros años de matrimonio para presentar una fachada de potencia masculina ante sus pares (Khan, Khan y Mukerjee, 1998). Esta presión para acumular conquistas sexuales ante el grupo de pares varones ha llevado a muchos investigadores a cuestionarse si los muchachos han mantenido todas las relaciones sexuales que dicen. En Brasil, un joven dijo al personal de ONG que "mentimos tanto (sobre las conquistas sexuales a nuestros amigos) que terminamos por creérmolos" (Visita a la web de ECOS, Sao Paulo, Brasil, 1998).

El guión sexual habitual de los muchachos de todo el mundo apoya los mitos de que el apetito sexual masculino es insaciable, que la necesidad de sexo de los muchachos es incontrolable, y que el sexo es algo que hay que hacer, y no comentar, excepto alardear de proezas y conquistas (Barker y Loewenstein, 1997; Khan, Khan y Mukerjee, 1998). En México y Brasil, los

El guión sexual habitual de los muchachos de todo el mundo apoya los mitos de que el apetito sexual masculino es insaciable, que la necesidad de sexo de los muchachos es incontrolable, y que el sexo es algo que hay que hacer, y no comentar.



jóvenes dicen que una vez excitados, los hombres no pueden desaprovechar una oportunidad sexual porque tal rechazo sería poco masculino (Aramburu y Rodríguez, 1995; Barker y Loewenstein, 1997). Los muchachos a menudo fingen poseer grandes cantidades de información sobre el sexo y el proceso reproductor. Esta postura a menudo enmascara el hecho de que a los muchachos les falta información sobre sus cuerpos y su salud reproductiva.

Otro aspecto del guión sexual masculino adolescente orientado a la representación es la importancia que se da al placer sexual puramente genital. Un investigador mexicano concluye que la sexualidad masculina en el contexto del *machismo* está “mutilado” o “distorsionado” porque el joven no se permite disfrutar de ninguna parte de su cuerpo aparte del pene (Meijueiro, 1995). Los guiones de sexo y sexuales predominantes entre los jóvenes a veces dan la impresión de que su cuerpo sea una herramienta o una máquina, ya sea para “utilizar” en deportes, trabajo o sexo (Correspondencia personal, Benno de Keijzer, 1999). La percepción que tienen los jóvenes de sus cuerpos, junto con su falta de información sobre la fisiología reproductora y sexual, puede tener ramificaciones para su salud. En India, los jóvenes usuarios de una línea telefónica permanente de información sobre salud sexual y reproductora no consideraban que las ITS fueran un riesgo porque se percibían a sí mismos como “dadores” durante la relación sexual (Singh, 1997).

Consumo de sustancias y actividad sexual

El alcohol y otras sustancias a menudo acompañan a las primeras (y posteriores) experiencias sexuales de los jóvenes varones. En un estudio, los hombres tailandeses informaron de que su iniciación sexual a menudo tenía lugar como una actividad influida por el grupo de pares varones acompañada de consumo social de alcohol (Im-em, 1998). En la Tailandia rural, el 49% de los varones jóvenes de 15 a 24 años decía haber tenido experiencias sexuales. De ese grupo, el 77% decía haber tenido relaciones en algún momento con una profesional del sexo, el 94% decía que lo habían convencido de visitar a una profesional del sexo sus amigos varones, y el 58% decía que estaban borrachos antes de visitar a la profesional del sexo por primera vez (OMS, 1997). En América latina, los muchachos manifiestan tomar alcohol u otras sustancias para tener el “valor” de emprender una conquista sexual (Childhope, 1997; Keijzer, 1995). El consumo de sustancias también se asocia a menudo con incidentes de abuso sexual y coacción.

Negación de los derechos sexuales de las mujeres y delegación de los temas de salud reproductiva

Otra característica común del guión sexual masculino es negar los derechos sexuales de las muchachas o mujeres, y clasificarlas. Los adolescentes marroquíes de ambos sexos en un pueblo semirural consideraban importante la virginidad de las mujeres antes del matrimonio, aunque pocas muchachas y casi ningún muchacho llegaba al matrimonio sin alguna experiencia erótica. En este entorno, los hombres habitualmente tenían su primera relación sexual con una profesional o una novia. Normalmente los muchachos tenían dos papeles: el de “pretendiente lujurioso” de una muchacha del vecindario, y el de “guardián celoso” de la “virtud” de sus hermanas. Algunos jóvenes veían el mundo de las mujeres solteras como dividido en “vírgenes casaderas” y “fulanas no casaderas” (Davis y Davis, 1989). De igual manera, los muchachos de América latina a menudo valoran su propia actividad sexual en cualquier contexto de relación, pero clasifican a las muchachas que tienen relaciones sexuales en relaciones superficiales como “fáciles” (Figueroa, 1995; Childhope, 1997). En Perú, los adolescentes concluyeron que las muchachas se identifican como “buenas” o “malas” según si son experimentadas sexualmente. Por otra parte, los muchachos tienen que demostrar constantemente su masculinidad mediante la actividad sexual, o se arriesgan a ser considerados “poco hombres” (Yon, Jiménez y Valverde, 1998).

Otro dicho común en la investigación de los guiones sexuales de los muchachos es la delegación de los muchachos de los problemas de salud reproductiva en las mujeres, y la falta de preocupación por su propia salud, reproductora o no.

Otro dicho común en la investigación de los guiones sexuales de los muchachos es la delegación de los muchachos de los problemas de salud reproductiva en las mujeres, y la falta de preocupación por su propia salud, reproductora o no. En Brasil, los hombres urbanos, trabajadores, de clase media y de 20 a 44 años, consideraban la salud reproductiva como responsabilidad de las mujeres. El concepto de “responsabilidad” aplicado a asumir la responsabilidad de un niño o, en algunos casos, ayudar a una mujer a conseguir un aborto (Ariha, 1998). En Bolivia, los estudiantes universitarios confirmaron que tener una ITS era considerado una medalla de honor tanto por los miembros de la familia del muchacho (sobre todo, padres) como por los amigos (visita a la web de



CISTAC, Santa Cruz, Bolivia, 1998). Los muchachos también mencionan con frecuencia su bajo uso de los servicios sanitarios y su dependencia del autotratamiento o los remedios caseros en el caso de las ITS. En Bihar, India, entre los hombres de 15 a 26 años, más de la mitad del grupo había sufrido una ITS. De este grupo, más de la mitad utilizaba a un “curandero” local o no se trataba (Bang et al., 1997). En Bolivia, en discusiones de grupo con estudiantes universitarios se encontró que el autotratamiento era de forma abrumadora el tratamiento médico elegido. Uno de los muchachos dijo: “Cuando se trata de estar enfermos [...] todos somos médicos” (Visita a la web de CISTAC, Santa Cruz, Bolivia, 1998).

No todos los muchachos de un grupo dado siguen todos los aspectos del guión sexual predominante, como tampoco los varones jóvenes más tradicionales se comportan siempre de acuerdo con estos guiones.

Excepciones a los “guiones sexuales” predominantes

No todos los muchachos de un grupo dado siguen todos los aspectos del guión sexual predominante, como tampoco los varones jóvenes más tradicionales se comportan siempre de acuerdo con estos guiones. Aunque la investigación nos da tendencias generales, hay muchachos que manifiestan distintos patrones en sus relaciones sexuales e íntimas. En un estudio de Argentina se han identificado tres categorías de varones jóvenes: 1) el 40% de jóvenes entrevistados entraban en la categoría de “impulsivos”, o sea que buscan la experiencia sexual en edades precoces sobre todo por deseo físico y sólo se preocupan por el SIDA; 2) el 32% se clasifican como “ocasionales”, es decir que han mantenido una relación sexual básicamente por curiosidad, sin buscarla o planificarla especialmente, y 3) el 27% se clasifican como “integrados”, es decir que habían tenido su primera relación sexual en el contexto de una relación, con la intención de establecer una relación más honda con una compañera, y negociando el uso de anticonceptivos. Como declara el autor: “Pertener a esta categoría (“integrada”) puede suponer una búsqueda de integración de la sexualidad con la afectividad y una mayor democratización de los papeles sexuales en esta generación de jóvenes” (Necchi y Schufer, 1998). En Perú, las mujeres jóvenes clasificaban a algunos muchachos como “sinceros”, “tranquilos” o “respetables”, como los tipos de muchachos con quienes las muchachas podían tener una relación y expresar sentimientos “sin verse obligadas a mantener

relaciones sexuales con ellos” (Yon, Jiménez y Valverde, 1998). Del mismo modo, en una investigación cualitativa con varones jóvenes con ingresos bajos de Brasil, los autores descubrieron que aproximadamente uno o dos de cada 10 muchachos entrevistados en discusiones de grupo orientadas mostraban una serie de valores que se clasificaban como “progresistas”, es decir repudiar la violencia contra las mujeres, defender el papel del hombre en la salud reproductiva, defender la negociación en las relaciones y desear normalmente la actividad sexual en el contexto de una relación (Barker y Loewenstein, 1997).

Actividad sexual con el mismo sexo y homofobia

Para muchos varones jóvenes –tanto si se identifican a sí mismos como heterosexuales, homosexuales o bisexuales– tener relaciones sexuales con otro hombre o muchacho es una parte habitual de la experimentación sexual y de su actividad sexual en curso. En Perú y Brasil, del 10 al 13% de muchachos adolescentes y hombres jóvenes manifestaron haber mantenido relaciones con otro varón, pero no se identificaban necesariamente como homosexuales. Por supuesto, la actividad homosexual, aunque a menudo se reprima o considere inadecuada en muchos casos, puede considerarse una parte normal del desarrollo sexual. Sin embargo, como con frecuencia se reprime o niega en muchas culturales, el estigma atribuido a la actividad homosexual a menudo crea ansiedad, y lleva a muchos hombres jóvenes a cuestionar la “normalidad” de tal actividad y los deja con pocas oportunidades para expresar dudas o hacer preguntas sobre su sexualidad (Cáceres et al., 1997; Lundgren, 1999). Y mientras la actividad sexual con el mismo sexo parece ser un aspecto bastante habitual de experimentación y desarrollo sexual para muchos varones jóvenes, otro aspecto citado a menudo del guión sexual masculino –tanto para hombres que tienen relaciones con hombres (HSH) y hombres jóvenes heterosexuales– es homofobia. La homofobia sirve tanto para mantener el comportamiento homosexual como a los hombres jóvenes de orientación homosexual o bisexual “en el armario” y, a la hora de la verdad, para mantener “a raya” a los hombres heterosexuales. Parker (1991 y 1998) ha documentado de forma extensiva el significado de varios términos peyorativos utilizados para referirse a los hombres homosexuales en Brasil, y las formas cómo se utiliza el lenguaje para presionar a los jóvenes y muchachos para que sigan los guiones sexuales heterosexuales específicos. Al mismo tiempo, sin embargo, a los muchachos se les permite el juego sexual con el mismo sexo siempre que estos “juegos sexuales” sean diversiones temporales en el camino de una identidad final como varón heterosexual. En algunas zonas de Oriente Medio, el juego sexual con el mismo sexo entre muchachos es habitual (aunque poco



Los jóvenes heterosexuales a menudo comentan sus “conquistas” con orgullo con el grupo de pares, mientras que los jóvenes homosexuales a menudo esconden sus experiencias sexuales.

reconocido) en la época de la pubertad, mientras que la actividad homosexual adulta es ampliamente condenada (David y Davis, 1989).

Aunque hay muchas menos investigaciones sobre los guiones sexuales y las experiencias sexuales de los varones jóvenes que se autoidentifican como homosexuales o bisexuales, las más recientes (sobre todo en el campo de prevención del SIDA) han ofrecido algunos puntos de vista sobre los problemas a que se enfrentan los homosexuales. El varón adolescente homosexual o bisexual se enfrenta a una serie de problemas comunes, incluido el rechazo o la falta de comprensión por parte de padres y familia, una conciencia precoz de ser “diferente”, y la falta de individuos en quien poder confiar o a quien pedir consejo que compartan sus sentimientos o experiencias sexuales hacia el mismo sexo (American Academy of Pediatrics, 1993).

El estrés asociado con este rechazo familiar, homofobia social y la falta de salidas para la expresión de su sexualidad se reflejan en la tasa aparentemente alta de suicidios entre los varones homosexuales como se comentaba antes. El desarrollo de identidad homosexual puede hacer sentir aislados a los jóvenes de su grupo de pares; los jóvenes heterosexuales a menudo comentan sus “conquistas” con orgullo con el grupo de pares, mientras que los jóvenes homosexuales a menudo tienen que disimular sus experiencias sexuales. Debido al estigma social asociado al comportamiento homosexual, estos varones jóvenes a veces tienen sus primeras experiencias sexuales en situaciones furtivas o anónimas y pueden sentirse inseguros sobre la normalidad de tales experiencias (Nicholas y Howard, 1998).

Los muchachos adolescentes y la salud sexual y reproductiva

Los muchachos y las fuentes de información sobre sexualidad y reproducción

El guión sexual de muchos varones adolescentes sugeriría que están bien informados sobre temas de sexualidad y reproducción, pero los estudios lo contradicen. Una encuesta entre los estudiantes de secundaria de Nigeria descubrió que las mujeres jóvenes era más probable que entendieran el momento

en que se produce la concepción (fertilidad) que los hombres jóvenes (Amazigo et al., 1997). Varios estudios de América latina han concluido que muchos hombres, adultos y jóvenes, creen que tienen información suficiente sobre la sexualidad y la reproducción, cuando en realidad tienen muy poca. En estudios con adolescentes y adultos jóvenes de 15 ciudades de América latina y el Caribe, menos de un cuarto de los muchachos entre 15 y 24 años podían identificar el período fértil de la mujer (Morris, 1993). Aunque las mujeres jóvenes sólo estaban ligeramente mejor informadas, el tema resulta quizá más chocante en el caso de los hombres jóvenes que a menudo aseguran conocer estas cosas.

Muchachos adolescentes de todo el mundo dicen que dependen en gran manera de los medios de comunicación y de sus amigos autodidactas para obtener información sobre la salud sexual y reproductora. En Jamaica, los varones jóvenes entre los 15 y los 24 años era más probable que consiguieran información sobre salud reproductiva y sexualidad de sus amigos que las muchachas; las mujeres jóvenes era más probable que hablaran con sus padres (32,2%) y con personal sanitario (29,8%) (Departamento Nacional de Planificación Nacional, 1999). En Kenya, las muchachas era más probable que hablaran de sexo con sus padres que los muchachos (27% frente a 16%), aunque los amigos eran la principal fuente de información tanto para ellos como para ellas (Erulkar et al., 1998).

Incluso en países en que se fomentan las charlas abiertas sobre sexualidad con los adolescentes, como Dinamarca, casi la mitad de varones adolescentes de 16 a 20 años no hablaba nunca con sus padres de sexualidad (Rix, 1996). Los muchachos pueden considerar irrelevante la educación sexual para ellos porque tradicionalmente se enfoca desde el punto de vista de la salud reproductiva y la contracepción, temas que consideran responsabilidad de las muchachas.

Otros obstáculos para la comunicación entre los muchachos adolescentes y los educadores sanitarios incluyen las actitudes negativas que algunos educadores sexuales pueden tener hacia los muchachos adolescentes, y la presión social que los muchachos sienten para actuar como si lo supieran todo del sexo. En México, un programa que intentaba incrementar la comunicación padres-adolescente sobre las ITS y el VIH/SIDA descubrió que esta intervención daba buenos resultados con padres e hijas adolescentes, pero que padres y madres tenían dificultades para involucrar a sus hijos varones en una charla sobre estos temas (Givaudan, Pick y Proctor, 1997). En general, tenemos pocos estudios en profundidad sobre cómo adquieren los adolescentes varones sus conocimientos sobre



El guión sexual de muchos adolescentes varones sugeriría que están bien informados sobre temas de sexualidad y reproducción, pero las investigaciones lo contradicen.

sexualidad y salud reproductiva, el contexto de la adquisición de estos conocimientos y el significado que tiene para ellos (Greene y Biddlecon, 1998). Incluso cuando se ofrece educación sexual a los muchachos, a menudo se enfoca sobre las funciones corporales y se presta poca atención al tema de disfrutar de una vida sexual sana y a la gama completa de expresión humana sexual e íntima.

Los muchachos adolescentes y el uso de anticonceptivos y preservativos

Estudios de varias partes del mundo demuestran que el uso de preservativos entre varones jóvenes y adolescentes ha aumentado en los últimos años pero sigue siendo poco constante y a menudo varía según la “categoría” del compañero sexual. El 69% de los varones activos sexualmente en Jamaica, el 40% en Ciudad de Guatemala y el 53% en Costa Rica manifestaban haber utilizado preservativos en el último mes durante sus relaciones (Morris, 1993). En Estados Unidos, el uso de preservativos admitido por los muchachos se duplicó, desde una quinta parte en 1979 a más de la mitad en 1998. Sin embargo, sólo el 35% de los varones de Estados Unidos dijeron que usaban un preservativo cada vez que tenían relaciones (Sonenstein y Pleck, 1994).

La motivación de los muchachos para utilizar preservativos a menudo varía según la pareja: con una pareja estable o novia, se usan los preservativos como anticonceptivos; con una pareja “ocasional” se utilizan los preservativos para prevenir las ITS y el VIH. Con más frecuencia, el uso de preservativos se asocia a una pareja ocasional. Un estudio con trabajadores de fábrica jóvenes en Tailandia descubrió que el 54% de los muchachos que habían tenido su primera experiencia sexual con una profesional del sexo manifestaban haber utilizado un preservativo en esa ocasión, en comparación con sólo el 20% que decía haber utilizado preservativos en su primera experiencia sexual cuando la pareja no era una profesional del sexo (OMS, 1997).

El uso de preservativos puede ser más alto cuando existe más comunicación o negociación entre los compañeros sexuales. Un estudio de los varones que utilizan clínicas de planificación familiar en los Estados Unidos descubrió que el uso de anticonceptivos era más alto cuando las parejas se ponían de acuerdo sobre su utilización, sugiriendo la importancia del diálogo entre la pareja y la

participación de los muchachos en la selección del anticonceptivo y la toma de decisiones incluso si se utiliza un método anticonceptivo femenino (Brindis et al., 1998). Aunque la efectividad de los preservativos para la anticoncepción y la prevención de ITS se reconoce de forma extensa, todavía existen zonas en que la conciencia es baja, sobre todo zonas rurales de Africa y Asia (Sharma y Sharma, 1997).

Estudios de varias partes del mundo han demostrado que el uso de preservativos entre los varones adolescentes y jóvenes ha aumentado en los últimos años pero sigue siendo poco constante, y a menudo varía según la “categoría” del compañero sexual.

Entre los obstáculos al uso de los preservativos por parte de los jóvenes están la disponibilidad, el coste, la naturaleza esporádica de su actividad sexual, la falta de información sobre su uso correcto, la incomodidad manifestada, las normas sociales que inhiben la comunicación entre la pareja y los rígidos guiones o normas sexuales sobre quién asume la responsabilidad de proponer el uso del preservativo. Los guiones sexuales de los muchachos a menudo sugieren que por razones de salud reproductiva es una cuestión “femenina”, y la mujer puede proponer el uso de preservativos u otros métodos contraceptivos. Al mismo tiempo, el guión sexual con frecuencia sostiene que es responsabilidad del varón comprar preservativos, ya que para una mujer llevar preservativos encima sería como decir que había “planificado” tener relaciones sexuales y que es “promiscua” (Webb, 1997; Childhope, 1997). Si un muchacho responde a la petición de una mujer para que utilice el preservativo, esto puede suponer que él le permite a ella asumir el “control” de la relación. El uso de preservativo también requiere que un hombre joven ponga menos énfasis en el placer sexual, y en consecuencia le exige controlar su sexualidad y pensar en su salud. Sin embargo, como se ha comentado antes, la sexualidad masculina a menudo se define por su carácter descontrolado y por no preocuparse de las cuestiones corporales y sanitarias. La actividad sexual de los y las adolescentes solteros es con frecuencia esporádica, un factor probablemente relacionado con la falta de constancia en el uso del contraceptivo. En Brasil, la juventud urbana no siempre se identificaba como “sexualmente activa” porque su actividad sexual tendía a ser poco frecuente (Childhope, 1997).

Las investigaciones y el desarrollo de programas sobre uso de contraceptivos en los muchachos adolescentes se ha centrado a menudo en el uso de preservativos, pero es importante considerar las



actitudes y prácticas de los muchachos adolescentes relacionadas con otros métodos anticonceptivos. En muchos países, los hombres jóvenes manifiestan la marcha atrás como el método anticonceptivo tradicional habitual. Aunque la marcha atrás se considera a menudo un método anticonceptivo poco efectivo, y muchas organizaciones que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductora a menudo la han ignorado o incluso condenado, algunos investigadores han sugerido que la marcha atrás puede ser un método razonablemente efectivo para prevenir el embarazo (y más efectivo de lo que se suele admitir), podría fomentarse en los muchachos con relaciones estables como método de refuerzo para el caso de que no se disponga de preservativos (Rogow, 1998). Por supuesto, se necesitan más investigaciones acerca de las actitudes de los muchachos sobre otros métodos anticonceptivos; sobre sus actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres, incluido el diafragma, y el sexo sin penetración.

ITS y VIH/SIDA

Con frecuencia, los muchachos y jóvenes adolescentes tienen una gran tasa de ITS, pero los hombres jóvenes a menudo ignoran tales infecciones o dependen de remedios caseros o autotratamiento. En las zonas rurales de India, el 80,7% de los hombres entre 15 y 44 años se descubrió que tenían cierta morbilidad relacionada con la reproducción, y que el 22,3% eran ITS. La tasa de morbilidad en salud reproductiva para los hombres era casi idéntica a la encontrada por los mismos autores en sus investigaciones de las mujeres (Bang et al., 1997). En la misma región rural de India, el 83% de hombres manifestaba alguna queja relacionada con la salud reproductiva en los últimos 30 días; el 98% dijo que estaban dispuestos a hablar sobre salud reproductiva, pero dijeron que normalmente les resultaba “violento” hablar de estos problemas y manifestaron que los servicios clínicos y los médicos de la sanidad pública tendían a centrarse más en la planificación familiar para las mujeres (Bang, Bang y Phirke, 1997). Algunos muchachos adolescentes –quizá por su actividad sexual más precoz, o su actividad sexual con profesionales del sexo– manifiestan índices más elevados de ITS que las muchachas adolescentes. En un estudio, el 3% de los muchachos adolescentes tailandeses había tenido una ETS en comparación con sólo el 0,3% de mujeres. Las investigaciones sobre ITS patrocinadas por la OMS han descubierto un número cada vez mayor de varones jóvenes que contraen uretritis clamidiana, que es asintomática en casi el 80% de los casos. Los estudios prevalentes sobre uretritis clamidiana en Chile con 154 muchachos adolescentes asintomáticos descubrió que el 3% de varones sexualmente activos daban positivo en las pruebas. Los adolescentes también

pueden representar más del 50% de nuevos casos de blenorragia y sífilis (OMS, 1995). La investigación con obreros industriales varones y estudiantes de Corea del Sur descubrió que del 3 al 17% dijo que había tenido alguna ITS. En Kenya, el 44% de los pacientes con ITS tienen de 15 a 25 años (Senderowitz, 1995). Los estudios en los Estados Unidos han descubierto que del 10 al 29% de mujeres adolescentes sexualmente activas y el 10% de muchachos sometidos a la prueba de ITS tenían clamidia (Alan Guttmacher Institute, 1998). En Brasil, cerca del 30% de muchachos adolescentes sexualmente activos en zonas de rentas bajas dijo que habían sufrido ITS al menos una vez; de éstos, alrededor de un tercio dijo que había recurrido a la automedicación para el tratamiento (Childhope, 1997). En Zambia, los jóvenes dijeron que cuando tenían una ITS utilizaban primero los remedios caseros y los servicios sanitarios formales “como último recurso” (Webb, 1997)

En varias partes del mundo las investigaciones confirman que los muchachos adolescentes a menudo tienen tasas altas de ITS, y que a menudo ignoran estas infecciones o se fían de remedios caseros o del autotratamiento.

Se ha hablado de forma limitada del papel de los hombres jóvenes y adultos en la transmisión del virus del papiloma humano, que puede ser transmitido incluso con preservativo. Se calcula que 10 millones de mujeres, la mayoría entre 15 y 20 años, tienen infecciones VPH activas. En partes de África y Asia, donde la prueba de Papanicolau es menos común que en los países industrializados, el cáncer cervical por VPH es la causa más común de mortalidad relacionada con el cáncer. El VPH está presente en el 95% de los cánceres cervicales. En los hombres, el VPH es a menudo asintomático, lo que quiere decir que los hombres jóvenes pueden y de hecho infectan a mujeres jóvenes sin saberlo. El VPH se asocia con lesiones precancerosas del pene y con el cáncer de pene, aunque con índices extremadamente bajos.

Como los hombres heterosexuales pocas veces sufren consecuencias por el VPH, para los jóvenes es una cuestión de igualdad de género que consideren el riesgo que corren las mujeres por su actividad sexual. Algunas investigaciones limitadas también han descubierto una incidencia creciente de VPH en HSH; estudios en los Estados Unidos han descubierto que el 95% de hombres VIH positivos tienen el VPH, que se asocia al cáncer anal. Algunos profesionales de la salud que trabajan con HSH recomendaban pruebas de Papanicolau anales como un procedimiento de cribaje de rutina (Groopman, 1999).



Las tasas relativamente altas de ITS entre los muchachos adolescentes se vincula a un aumento del riesgo de infección por VIH. Actualmente se calcula que una de cada cuatro personas infectadas por el VIH/SIDA en el mundo es un hombre joven de menos de 25 años (Green, 1997). En Zimbabwe, el 26% de todas las mujeres embarazadas de 15 a 19 años eran VIH positivas. En Botswana, la cifra era del 31%. Los muchachos adolescentes en esos países, sin embargo, están mucho menos afectados que las muchachas, que tienen cuatro veces más probabilidades de ser VIH positivas. El comportamiento y las actitudes de los hombres adultos –incluido su mayor número de compañeros sexuales promedio que las mujeres, su elevado consumo de alcohol y otras sustancias, y su control generalmente mayor sobre las relaciones sexuales que las mujeres– están directamente relacionados con la difusión del VIH/SIDA. Animar a los muchachos a mantener relaciones sexuales más seguras tiene un importante potencial para reducir su propio riesgo de VIH, pero también puede conducir a cambios duraderos en el comportamiento sexual masculino (Meekers y Wekwete, 1997).

Investigaciones en el campo de la prevención del VIH/SIDA ha proporcionado muchas perspectivas sobre los guiones sexuales y los comportamientos de los hombres jóvenes mencionados anteriormente, así como en la negociación de los dos miembros de la pareja, o su falta, y en la formación de la identidad y el comportamiento de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Muchas personas y organizaciones en el campo sanitario de la reproducción y sexual han hecho una llamada a una mayor coordinación entre las iniciativas de salud reproductiva y prevención del VIH/SIDA, incluidos los muchachos adolescentes. También es importante mencionar la asociación del VIH y la hepatitis B y C con el aumento del consumo de drogas inyectables y la práctica del sexo sin protección entre los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, un tema que surgió en los Estados Unidos, Australia y otras regiones (Correspondencia personal, John Howard, 1998).

Otros problemas y necesidades sexuales y reproductivas de los varones jóvenes

Las discusiones sobre las necesidades de salud sexual y reproductora de los muchachos adolescentes se han centrado a menudo en la anticoncepción, el uso de preservativos y las ITS. Sin embargo, los muchachos también expresan otras preocupaciones y tienen otras necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductora. Cuando se les da la oportunidad de hablar de sexualidad y salud reproductiva, los muchachos a veces están más

interesados en temas como el tamaño del pene, cómo mantener las erecciones, el miedo a no estar a la altura de las expectativas de los compañeros sexuales, tener erecciones en el momento adecuado, la fertilidad, la potencia y la eyaculación prematura (Consejo de Población, 1998).

Las investigaciones existentes sobre muchachos y sexualidad a menudo se centran en indicadores como la edad de la primera experiencia sexual, los compañeros sexuales, el uso de preservativos y la frecuencia de la actividad sexual, pero no examinan adecuadamente la calidad y los sentimientos asociados con las primeras experiencias sexuales de los muchachos. ¿Qué les preocupa? ¿Con quién hablan de estas inquietudes? ¿Con quién les habría gustado hablar antes de tener su primera experiencia sexual? ¿Están satisfechos con sus experiencias sexuales? Las inquietudes de los muchachos durante su primera experiencia sexual puede ser similar a la de las muchachas. Cuando se les pregunta sobre su primera experiencia sexual, los varones jóvenes en Argentina a menudo decían que era placentera/satisfactoria (62%); sin embargo, el 48% de varones jóvenes también manifestaba ansiedad o nerviosismo, el 15% manifestaba confusión y el 12% manifestaba miedo (Necchi y Schufer, 1998). A los muchachos a menudo les faltan oportunidades para hablar de sus dudas y ansiedades asociadas con sus primeras experiencias sexuales o para discutir plenamente su propio deseo sexual. En algunas partes del mundo, muchos varones adolescentes están casados, pero sus inquietudes específicas pocas veces se han discutido en programas de salud sexual.

Cuando hablan de salud reproductiva los muchachos a veces están más interesados en temas como el tamaño del pene, cómo mantener las erecciones, miedo a no estar a la altura de las expectativas de los compañeros sexuales, tener erecciones en el momento adecuado, fertilidad, potencia y eyaculación prematura.

Otros temas de salud sexual para los hombres jóvenes incluye el tema de la circuncisión. Existe un debate sin resolver sobre si la circuncisión masculina favorece una mayor higiene genital y reduce el riesgo de algunas ITS, incluida la infección por el VIH, o si inflige un dolor innecesario a los muchachos. La OMS no tiene en este momento una posición oficial sobre la circuncisión masculina. La cuestión del tamaño del pene y el uso de preservativos de los muchachos adolescentes no está resuelto. Algunos sectores sanitarios públicos han introducido un preservativo más pequeño (49 mm



de diámetro frente a los 52 mm) con la presunción de que los muchachos adolescentes necesitan preservativos más pequeños, pero la investigación existente no ha confirmado que esta sea una respuesta correcta. En Brasil, investigaciones no publicadas sobre muchachos adolescentes que utilizan preservativos de 49 mm han descubierto que algunos muchachos manifiestan incomodidad al utilizar preservativos más pequeños, pero los resultados no son claros (Instituto PROMUNDO y NESAs, 1999).

El tema de la disminución del recuento de esperma también necesita más debate. La exposición a varias toxinas puede estar relacionada con la infertilidad masculina (Lundgren, 1999). Se ha advertido una disminución del recuento de esperma en zonas de Europa, pero las repercusiones son poco claras, como lo es el tema de si esto se manifiesta en la adolescencia o en la edad adulta. En algunas partes del mundo, los muchachos sufren efectos secundarios negativos posiblemente por medicinas demasiado fuertes, o porque pueden no ser conscientes de los riesgos de algunas de estas medicinas.

Acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual

La tendencia general para los hombres jóvenes de considerar la salud reproductiva como un problema “femenino” significa que incluso cuando existen servicios específicos para los jóvenes, la mayoría de clientes de tales servicios son mujeres jóvenes. Por su parte, los trabajadores de la sanidad pública pueden percibir que los hombres jóvenes no se interesan por los temas de salud reproductiva y dirigen sus esfuerzos hacia las mujeres jóvenes. La investigación en África subsahariana, América latina y Norteamérica confirma un patrón de baja asistencia masculina a las clínicas para adolescentes, incluidas las clínicas de salud reproductiva y sexual para adolescentes. Las mujeres jóvenes representaban el 76 al 89% de todos los usuarios de clínicas sanitarias para adolescentes en Ghana (Glover, Erulkar y Nerquaye-Tetteh, 1998). Además de percibir la salud reproductiva como un “problema femenino”, los hombres jóvenes a menudo perciben las clínicas como espacios “femeninos”, dado que la mayor parte de clientes y proveedores de servicios son mujeres. El personal clínico también puede tener dificultades para reaccionar de forma positiva a los estilos de interacción y a la energía a veces agresiva con que los muchachos acuden a la clínica.

Las necesidades de los muchachos profesionales del sexo y otros escenarios de alto riesgo

Mientras la explotación de las mujeres trabajadoras del sexo ha recibido una mayor atención en los últimos años, se sigue prestando poca atención a los hombres jóvenes profesionales del sexo o explotados a través del sexo. Investigaciones limitadas en África subsahariana, Asia y América latina descubrieron que es difícil calcular el número de jóvenes involucrados en esta actividad, que esta actividad normalmente se disimula, y que a los muchachos profesionales del sexo puede faltarles el poder de negociar el uso de preservativos y otras formas de autoprotección –todos temas similares a los que se enfrentan las mujeres jóvenes que son explotadas a través del trabajo sexual–. Según la región y el ambiente, los muchachos involucrados en trabajo sexual pueden ser más o menos visibles que las mujeres jóvenes que participan en las mismas actividades, y la actividad sexual puede tener diferentes repercusiones en lo que respecta a la imagen de uno mismo y la salud mental.

Algunos hombres jóvenes entrevistados en partes de África subsahariana también manifiestan que el fenómeno de los varones adultos protectores (hombres mayores que pagan o intercambian favores con mujeres jóvenes o muchachas para obtener sexo) también funciona al revés con mujeres adultas protectoras que a veces pagan a muchachos adolescente a cambio de relaciones sexuales (Barker y Rich), 1992; Mbogori y Barker, 1993). Algunos protectores mayores prefieren a los muchachos como compañeros sexuales. Unos pocos estudios de Brasil se han centrado en los adolescentes masculinos que están explotados sexualmente. Algunos de los varones jóvenes involucrados en esta explotación sexual terminaban en la calle porque eran rechazados o expulsados de sus casas por su actividad homosexual (Larvie, 1992). En general, se necesita dedicar más atención a las necesidades especiales de los jóvenes varones profesionales del sexo, incluida la necesidad de investigaciones que identifiquen el alcance del tema. También existe una necesidad de mayor atención a las necesidades sanitarias sexuales de otros muchachos y jóvenes en escenarios de alto riesgo, incluidos muchachos detenidos en correccionales (y prisiones), los que trabajan fuera de casa y los que cumplen el servicio militar. Los hombres jóvenes que emigran para trabajar, o viven fuera de casa, incluido el servicio militar, pueden tener actividad sexual más frecuente con profesionales del sexo y consumir más sustancias, incluido el alcohol, como forma de soportar el estrés o la tensión de estar alejados de casa –comportamientos los dos que aumentan el riesgo de ITS, incluida infección por el VIH. Estudios con hombres jóvenes



en el servicio militar, por ejemplo, encuentran datos consistentes más elevados de predominancia del VIH que en la población en general (PANOS, 1997). Los muchachos en instituciones del mismo sexo, incluidos centros de detención juvenil, pueden participar tanto en relaciones sexuales forzadas como consensuadas con pocas opciones de prevenir las ITS o el VIH.

Paternalidad adolescente

Investigadores, planificadores de programas y diseñadores de políticas, incluidas la UNICEF y la OMS, han empezado a llamar la atención sobre los papeles de los padres en el desarrollo y el cuidado de los niños, incluidos los papeles de los padres jóvenes. Parte de esta atención viene obligada por el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral –y una mayor demanda de los hombres para asumir responsabilidades en el cuidado de los hijos–, pero también se ha visto impulsada por las investigaciones que muestran que un mayor porcentaje de padres de todo el mundo no vive con sus hijos. Numerosos estudios han atribuido este aumento a la emigración de los hombres para trabajar, la inestabilidad del empleo masculino y el impacto de estas tendencias sobre los papeles masculinos y su participación en la familia (Bruce, Lloyd y Leonard, 1995; Barroso, 1996). Estas tendencias han conducido a incrementar las discusiones sobre las obligaciones de mantenimiento de los hombres para con sus hijos en varios países, y en algunos casos a investigaciones de la dinámica de la falta de participación de los hombres en la vida de sus hijos, sobre todo cuando se relaciona con su incapacidad para encontrar un empleo estable y cumplir el rol de proveedor prescrito por la sociedad. Si bien el interés por los padres adolescentes es limitado, se han llevado a cabo algunos modelos de programa importantes en regiones de América del Sur, Norteamérica y Europa occidental y la discusión del tema en seminarios en varias partes del mundo, incluida India (Lyra, 1998; Correspondencia personal, John Howard, 1998). Varias encuestas sobre salud reproductiva han preguntado a hombres jóvenes si han dejado embarazada a una compañera, pero faltan investigaciones sobre la actitud de los hombres jóvenes hacia la paternidad, su participación como padres, o su deseo de participar como padres.

Los padres adolescentes se enfrentan a los mismos problemas que las jóvenes madres: una transición demasiado precoz del rol del adolescente al de padre; aislamiento social; relaciones inestables, y oposición social y familiar a su participación como padres.

Debido al estigma asociado al embarazo adolescente, el embarazo no planificado o el embarazo fuera de las uniones formales, los hombres jóvenes pueden ser reticentes a asumir la paternidad legal o reconocer que son padres de un niño. Algunos jóvenes pueden no ser conscientes de que han engendrado un niño. Los padres adolescentes, como las madres adolescentes, pueden enfrentarse a presiones sociales para que abandonen la escuela para mantener a sus hijos y es menos probable que terminen la escuela secundaria que sus pares no padres (OMS, 1993). Los varones jóvenes pueden rechazar la responsabilidad y la paternidad en gran parte por la carga económica asociada al cuidado de un hijo (Barker y Rich, 1992). En México, el empleo y la situación económica de los padres adolescentes eran factores importantes para determinar la forma cómo veían el embarazo y si se involucraban activamente como padres (Atkin y Alatorre-Rico, 1991). Otro tema relacionado con el embarazo adolescente es la participación de los muchachos en la decisión de abortar. Varios estudios cualitativos y cuantitativos han descubierto que los hombres jóvenes a menudo juegan un papel clave en el proceso de decidirse a abortar y que las actitudes masculinas sobre el embarazo son importantes para que una mujer joven decida someterse a un aborto provocado.

En algunas partes del mundo, los muchachos se han beneficiado y siguen beneficiándose de las normas sociales que les permiten seguir en la escuela después de tener un hijo, mientras que las madres adolescentes eran, y en algunos lugares siguen siendo, expulsadas de la escuela. Muchos padres adolescentes no participan en el mantenimiento ni el cuidado de sus hijos. Sin embargo, por otro lado, investigaciones en algunos lugares (Estados Unidos, por ejemplo) han descubierto que los padres adolescentes a menudo ofrecen algún tipo de mantenimiento e intentan mantener una relación con sus hijos aunque no estén viviendo con la madre y el niño (Barret y Robinson, 1982). Como en el caso de las madres adolescentes, los padres adolescentes, en comparación con sus pares no padres, es más probable que hayan tenido madres que a su vez fueron madres adolescentes, y hayan tenido relaciones insatisfactorias con sus padres (Gohel, Diamond y Chambers, 1997). Los padres de un padre adolescente, los padres de la madre del niño, la madre del niño y los proveedores de servicios a menudo mantienen bien arraigados los estereotipos sobre la paternidad adolescente. Existe la creencia muy difundida, por ejemplo, de que un padre adolescente que no se casa con la madre es un “irresponsable”, cuando, de hecho, sus motivaciones son a menudo complejas. Algunos padres adolescentes sí pueden estar evitando responsabilidades, mientras que otros pueden querer mantener relación con su hijo pero no se lo permite la madre del niño, o creen que



no tienen derecho a relacionarse con el niño si no pueden proporcionarle mantenimiento. Estos matices no se han estudiado correctamente y a menudo se pasan por alto cuando se habla de padres adolescentes (Lyra, 1998). Los padres adolescentes, aunque de maneras diferentes y en grados diferentes, se enfrentan a los mismos problemas que las madres adolescentes: una transición demasiado precoz del papel de adolescente al de padre; aislamiento social; relaciones inestables, y oposición social y familiar a comportarse como padres (Elster, 1986).

Pocos programas e investigadores de América latina y otros lugares llaman la atención sobre la necesidad de un planteamiento más positivo y menos orientado a los déficits de los padres adolescentes (Lyra, 1998). Los investigadores argumentan que, para algunos hombres jóvenes, el acto de ser padres puede ser un proceso de maduración fuerte, una fuente de identidad positiva fuerte y una oportunidad para organizar la propia vida y las prioridades. Estos investigadores han aconsejado, en consecuencia, que el papel de los programas, las familias y las escuelas apoye a los padres adolescentes para que se relacionen más con sus hijos y participen en su mantenimiento (Rhoden y Robinson, 1997).

Implicaciones

En resumen, la investigación sobre el comportamiento sexual de los muchachos adolescentes ofrece perspectivas sobre cómo se socializa y presiona a los muchachos para que sigan los guiones sexuales predominantes. Como se ha destacado aquí, los varones jóvenes describen presión de sus pares masculinos para que tengan relaciones sexuales a una edad relativamente temprana como una forma de coacción sexual. En algunos países, los hombres jóvenes describen cómo parientes masculinos les llevan con profesionales del sexo cuando estos parientes masculinos determinan que ha llegado el momento. Esta presión social sutil y no sutil de los pares sobre los muchachos para demostrar su competencia sexual tiene consecuencias importantes y a menudo negativas sobre cómo los jóvenes construyen su identidad sexual y sus estilos de interacción en las relaciones íntimas.

La investigación presentada en este capítulo también proporciona un fuerte argumento para involucrar a los muchachos adolescentes en estos temas como una forma de afectar el comportamiento de los hombres cuando sean adultos. Ver a las mujeres como objetos, ver el sexo como una competencia en lugar de una oportunidad de intimidad, sentir que las muchachas y mujeres les “deben” sexo, y descuidar su salud sexual son patrones que a menudo surgen en la adolescencia y siguen en la edad adulta. Los

muchachos adolescentes también es probable que interioricen los estilos de interacción hombre-mujer que ven alrededor. Los hombres jóvenes que son poco respetuosos en sus relaciones con mujeres jóvenes a menudo han experimentado relaciones similares en sus hogares o tenían experiencias de relaciones negativas en sus familias. Donde las relaciones hombre-mujer están caracterizadas por conflictos sobre los recursos, a muchos hombres jóvenes les faltan modelos interiorizados de relaciones hombre-mujer positivas y de mutuo apoyo. Estos ejemplos confirman que promocionar una mayor igualdad entre los sexos en las relaciones hombre-mujer puede incluir trabajar con muchachos adolescentes.

La revisión de la literatura presentada en este capítulo destaca una serie de áreas en que se requiere más información y programas, así como desarrollo de políticas, y revela importantes implicaciones para el trabajo actual y futuro.

Implicaciones para los programas:

- * Los programas necesitan ofrecer a los muchachos más información sobre sexualidad y salud reproductiva. Esta información debería tener en cuenta sus inquietudes y realidades y debería proporcionarse en escenarios abiertos y no sentenciosos.
- * Dados los puntos de vista predominantes sobre la actividad sexual como una competencia en lugar de una oportunidad de intimidad, existe una necesidad de programas que involucren a los muchachos adolescentes en discusiones de gran alcance sobre sexualidad, incluida la salud sexual y el sexo seguro, pero también incluyendo otras inquietudes de salud sexual de los muchachos (por ej.: miedo de no satisfacer a su compañera, tamaño del pene, etc.) y trabajar con muchachos para cuestionar algunos de los “mitos” sobre sexualidad masculina.
- * Es necesario que los programas dediquen más atención a los problemas de los muchachos adolescentes que se identifican a sí mismos como homosexuales, y enfrentarse a la difundida homofobia, que tiene repercusiones negativas en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en los muchachos heterosexuales y los varones jóvenes.
- * Dado el aumento de la incidencia del VIH en algunas regiones del mundo, y el importante rol de hombres y muchachos adolescentes en la difusión del VIH, existe una urgente necesidad de involucrar a los muchachos adolescentes en



discusiones sobre sexo seguro, particularmente uso de preservativos, y utilizar su participación en el diseño de programas de sexo seguro para los muchachos.

- * Es necesario aumentar las pruebas voluntarias y confidenciales y el asesoramiento sobre ITS, incluida la infección por el VIH, para muchachos adolescentes, dada la elevada incidencia de ITS, incluida la infección por el VIH, entre los muchachos adolescentes, y el carácter asintomático de muchas ITS.
- * Es necesario que los programas dediquen más atención a las realidades de los padres adolescentes, e involucrar a todos los muchachos adolescentes en discusiones sobre sus potenciales papeles como padres. Generalmente los muchachos no se socializan para alimentar y cuidar a niños; hacer participar a los muchachos en discusiones sobre estos temas mientras son adolescentes ofrece una importante oportunidad de fomentar la participación masculina en el cuidado de los niños.

Implicaciones para la investigación:

- * Es necesario investigar para considerar toda la gama de expresión sexual para los jóvenes y trabajar en varios frentes para ampliar nuestras definiciones de la expresión sexual y la intimidad en la investigación sobre sexualidad adolescente.
- * Es necesaria más investigación sobre los problemas y las necesidades no resueltas en la salud de los muchachos adolescentes que se autoidentifican como homosexuales o bisexuales, que tienen pocos espacios para discutir sus identidades y experiencias sexuales, y se enfrentan a un considerable perjuicio social y familiar en casi todas las partes del mundo.
- * Es necesaria más investigación sobre las realidades de los padres adolescentes, y las actitudes de los muchachos sobre la paternidad.
- * Es necesaria una mayor investigación sobre qué intervenciones son más efectivas para animar a los muchachos a la igualdad entre los sexos y a ser más sensibles con las necesidades de sus compañeras en lo que respecta al comportamiento sexual.



accidentes, lesiones y violencia

Accidentes, lesiones y violencia son las causas principales de muerte y morbilidad en los muchachos adolescentes de todo el mundo. El comportamiento y la socialización de los muchachos a menudo les pone en situación de riesgo de ser víctimas de violencia y sufrir lesiones, al mismo tiempo que los muchachos son responsables de violencia, lesiones y muertes relacionadas con el tráfico. Sin embargo, a pesar de estos dos hechos, la mayoría de informes sobre la violencia no han considerado la cuestión de género. Es muy necesario entender y redirigir la forma de socialización de género –cómo se socializa a los muchachos para que sean muchachos– que influye en que los muchachos sean víctimas de violencia, sufran lesiones y accidentes, y en que sean responsables de actos violentos.

Accidentes, lesiones y salud laboral

Accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son la causa principal de muerte de los muchachos en todo el mundo, y muchos de estos accidentes están relacionados con el consumo de drogas y alcohol (Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS, 1998). Por toda persona joven muerta en accidente de tráfico, otras 10 quedaron seriamente heridas o mutiladas de por vida. Las condiciones del tráfico son más precarias en los países en vías de desarrollo, donde también ha habido un aumento del número de vehículos. La mortalidad por accidentes de tráfico aumentó en más del 200% en África y el 150% en Asia entre 1968 y 1983. En Tailandia, casi dos veces más muchachos que muchachas han estado involucrados en un accidente de tráfico y el 48,5% de muchachos que viven en la ciudad manifiestan haber sufrido algún accidente en los últimos tres años (Podhisita y Pattaravanich, 1998). En los Emiratos Árabes Unidos, el 70% de visitas a urgencias eran de muchachos, y las causas más comunes de trauma eran los accidentes de tráfico, las lesiones por objetos cortantes, las peleas y los accidentes deportivos (Bener, Al-Salman y Pugh, 1998).

Los accidentes de tráfico son la causa principal de muerte para los jóvenes de todo el mundo y muchos de estos accidentes están relacionados con drogas y consumo de alcohol.

Los muchachos corren un riesgo más alto de sufrir algún accidente de tráfico que las muchachas por varias razones. Como se ha comentado anteriormente, los muchachos pasan a menudo una gran proporción del tiempo fuera de la casa, y pasan más tiempo en la calle y las carreteras. El consumo de alcohol u otras sustancias combinado con un descuidado uso de los vehículos a motor son comportamientos que el grupo de pares varones aprueba.

Lesiones y salud laboral

En los países en vías de desarrollo en particular, un número cada vez mayor de adolescentes trabaja fuera de casa para contribuir a su sustento y al de la familia. En esos países, los muchachos es más probable que trabajen fuera de la casa que las muchachas. Aunque se necesitan más datos, los datos limitados existentes ya sugieren que un gran número de muchachos en países con pocos recursos trabajan en empleos o tareas que representan un riesgo para su salud, trabajan en la calle donde están expuestos a peligros ambientales y accidentes relacionados con el tráfico, o trabajan con materiales peligrosos. Como se ha comentado antes, en algunas partes del mundo, los muchachos adolescentes y los jóvenes trabajan en lugares transitorios lejos de sus familias y pueden estar expuestos a un mayor riesgo de ITS, incluida infección por el VIH. El consumo de sustancias en el lugar de trabajo, o el consumo de sustancias para soportar condiciones de trabajo difíciles, es otro peligro para la salud relacionado con el empleo que afecta a los muchachos.

Aunque los datos separados por sexos sobre peligros sanitarios laborales son limitados, algunos estudios sugieren que los muchachos pueden tener más probabilidades de sufrir accidentes relacionados con el trabajo, lesiones o problemas sanitarios laborales. En Tailandia, cerca del doble de muchachos que muchachas manifestaba haber sufrido accidentes laborales: el 13,9% de los varones urbanos y el 17,5% de los varones rurales, en comparación con el 5,7% de las mujeres tanto urbanas como rurales (Podhisita y Pattaravanich, 1998). De igual modo, en Italia, el 90% de lesiones relacionadas con el trabajo de niños y jóvenes eran de varones (Pianosi y Zocchetti, 1995).



Violencia

Los muchachos como responsables de actos violentos

Es mucho más probable que los muchachos sean responsables de actos violentos que las muchachas según numerosos informes de varios países. Estudios sobre el comportamiento intimidatorio en el Reino Unido descubrieron que uno de cada ocho estudiantes de escuela primaria y uno de cada 14 estudiantes de escuela secundaria decía que había tomado parte en actividades intimidatorias; los muchachos están desproporcionadamente representados, como víctimas y como responsables (Utting, 1997). Un estudio de jóvenes en una comunidad de renta baja de Brasil descubrió que el 30% de ellos había participado en peleas, la gran mayoría varones (Ruzany et al., 1996). En Estados Unidos, el 14,9% de varones en comparación con el 5,8% de mujeres manifestó haber participado al menos en un acto delictivo en el último año, incluidas formas menos violentas, como vandalismo (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1997). El Estudio Nacional Longitudinal de la Salud en la Adolescencia de Estados Unidos descubrió que más del 10% de varones en comparación con el 5% de mujeres manifestaba haber cometido un acto violento en el último año (Resnick et al., 1997). Es cuatro veces más probable que los muchachos de Estados Unidos participen en peleas que las muchachas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1992).

Si bien hay algunas pruebas de que existe un vínculo biológico o innato con el comportamiento agresivo o arriesgado, la mayor parte de investigadores concluye que es más probable que el comportamiento violento de los muchachos se explique por factores sociales y ambientales durante la infancia y la adolescencia.

¿Cuáles son las razones de la más alta incidencia de comportamiento violento en los muchachos? Rasgos específicos del temperamento de los muchachos –índices más altos de falta de control de los impulsos, THDA y otros rasgos como búsqueda de sensaciones, susceptibilidad e irritabilidad– pueden ser precursores de la agresión (Miedzian, 1991; Earls, 1991). Ya a los cuatro meses de edad, pueden detectarse diferencias de carácter entre muchachos y muchachas. Los muchachos muestran niveles más elevados de irritabilidad y son más difíciles de manejar,

factores que se asocian a posterior hiperactividad y agresividad (Stormont-Spurgin y Zentall, 1995). Todos estos precursores pueden predisponer a algunos varones a ser agresivos, violentos y buscadores de sensaciones. No obstante, estos factores no son explicaciones concluyentes. Otros investigadores han observado el papel de la testosterona en la agresividad, pero las pruebas existentes sugieren que el efecto de las hormonas sexuales sobre los niveles de agresividad es limitado; el tema se complica más con el hecho de que el comportamiento violento y agresivo puede provocar que suban los niveles de testosterona en suero, y confundir así causa y efecto (Miedzian, 1991). Si bien hay algunas pruebas de que existe un vínculo biológico o innato con el comportamiento agresivo o arriesgado, la mayor parte de investigadores concluye que es más probable que el comportamiento violento de los muchachos se explique por factores sociales y ambientales durante la infancia y la adolescencia (Sampson y Laub, 1993).

Es importante advertir que la agresividad y la violencia no son dominios únicamente masculinos. Estudios comparativos con muchachos y muchachas de todo el mundo han descubierto que los muchachos tienen más tendencia a emplear la agresión física, mientras que las muchachas tienen tendencia a ser agresivas de forma indirecta –contando mentiras, ignorando a alguien o condenado al ostracismo del grupo social a otros–. Además, algunas de las bases supuestamente biológicas del comportamiento agresivo de los muchachos –THDA y trastorno de la personalidad, por ejemplo– puede estar también sometido a sesgos por sexo. Tanto el THDA, como el trastorno de la personalidad y el trastorno de la conducta se diagnostica basándose en valoraciones de comportamiento. Puede ser que algunas de las diferencias de sexo descubiertas en los índices estudiados de tales trastornos se deban a la tendencia de investigadores y clínicos a medir y anotar la agresión física de los muchachos pero no la agresión indirecta de las muchachas. Algunos investigadores han sugerido que la agresividad femenina en los Estados Unidos puede haberse incrementado a medida que los estereotipos sociales para los papeles sexuales han cambiado, permitiéndoles e incluso fomentando que las muchachas actúen de formas más “masculinas” y “violentas”, pero no al revés (Renfrew, 1997).

El consenso naciente es que la socialización de los muchachos en el hogar –por ejemplo, fomentando juegos más duros con muchachos que muchachas– interactúa con los factores genéticos para producir niveles más altos de comportamientos agresivos en los muchachos (Boulton, 1994). Para algunos muchachos, el comportamiento agresivo puede conducir a actos de violencia contra otros que dependen de factores



ambientales, como el tipo de relación de los padres u otros adultos importantes y la exposición a la violencia en casa o la comunidad. Haber sido víctima de un acto violento se asocia estrechamente con ser violento. Las investigaciones en una serie de países han descubierto que los muchachos es más probable que hayan sido víctimas de abusos físicos (no sexuales) que las muchachas en sus casas y de violencia física fuera de casa (Blum et al., 1997; UNICEF, 1998).

Aunque ser testigos de violencia es estresante tanto para muchachos como para muchachas, unos y otras pueden manifestar este estrés de diferentes formas. Para los muchachos, el trauma relacionado con ser testigo de violencia es más probable que se exteriorice como violencia (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1997). Algunos investigadores sugieren que la mayor parte de muchachos se socializan para que crean que no es adecuado que expresen miedo ni tristeza pero es correcto que expresen enfado y agresividad. En consecuencia, la depresión y el dolor psicológico son precursores comunes tanto de violencia cometida contra otros hombres jóvenes como de violencia cometida por hombres contra mujeres (Correspondencia personal, Benno de Keijzer, 1998).

En general, las tendencias antisociales precoces en la infancia, con base biológica (mal genio, agresividad e hiperactividad) son débiles predictores de un futuro comportamiento violento para la mayor parte de muchachos adolescentes. Aunque puede haber alguna evidencia de una propensión precoz con base biológica de comportamiento violento, los investigadores creen que la mayoría de comportamientos violentos se explican con factores sociales durante la adolescencia y la infancia. Por ejemplo, la pobreza y la desventaja estructural influyen en la delincuencia reduciendo la capacidad de las familias de lograr contropapeles sociales informales efectivos. Los padres angustiados es más probable que utilicen la disciplina coactiva contra los muchachos, contribuyendo aún más a un comportamiento antisocial cuando éstos se rebelan contra la autoridad paterna. Los trastornos de conducta precoces y el THDA o hiperactividad en algunos muchachos puede estar vinculada a un comportamiento violento posterior, pero no está claro que estos rasgos precoces “provoquen” el comportamiento violento per se. Los padres y profesores pueden etiquetar estos comportamientos como problemáticos, como hemos visto anteriormente, y reaccionar de formas autoritarias que crean una cadena de expectativas y reacciones que por supuesto conducen a la delincuencia (Sampson y Laub, 1993). Las tasas más altas de victimización de los muchachos por abuso físico en el hogar, y la conexión documentada entre haber sido

una víctima de abusos en el hogar y la consiguiente participación en actos de delincuencia y violencia, aporta más solidez al argumento.

La violencia tiene una función de supervivencia y estatus para los varones jóvenes en algunas comunidades de rentas bajas de algunas culturas. Para muchos varones con ingresos bajos, con la ausencia de papeles sociales claros, la violencia es la forma de mantener el estatus en el grupo de pares varones y de prevenir la violencia contra sí mismos (Majors y Billson, 1993; Anderson, 1990; Archer, 1994; Schwartz, 1987; Zaluar, 1994). Emler y Reicher (1995) concluyen que para algunos muchachos con ingresos bajos en el Reino Unido y Estados Unidos, la delincuencia y la violencia contra otros varones y contra las mujeres se convierte en una forma de afirmar su identidad.

Varios estudios ofrecen también un argumento de peso para trabajar con los muchachos a edades tempranas con vistas a prevenir la violencia. Algunos muchachos, después de cometer algunos actos delictivos en la primera adolescencia, son etiquetados como delincuentes y al final aceptan esta etiqueta y se identifican como tales. El comportamiento delictivo para muchos jóvenes varones empieza en la infancia y está estrechamente relacionada con el grupo de pares (Elliott, 1994). Además, cuanto antes empiece el comportamiento violento, más probabilidades hay de que éste continúe en la edad adulta.

Los muchachos como víctimas y testigos de actos violentos

Los hombres jóvenes se estudian más a menudo como responsables que como víctimas de actos violentos. Sin embargo, algunos investigadores y personal de los programas ha empezado a insistir en que los muchachos son también víctimas y que, cuando se les permite expresarlo, a menudo tienen miedo del potencial de violencia que llevan en su interior y de la violencia infligida por otros muchachos o de sus amenazas.

Las estadísticas sanitarias de muchas partes del mundo confirman que las lesiones que resultan de la violencia están entre las causas principales de mortalidad y morbilidad de los varones adolescentes. Las estadísticas disponibles indican que la región más violenta del mundo es la región de las Américas, con una tasa de homicidios regional de 20 por 100.000 habitantes (Banco Mundial, 1997). En algunos países de América latina, los costes públicos y privados asociados a la violencia representan hasta el 10% del producto nacional bruto (Fontes, May y Santos, 1999). Por toda la región, las tasas más elevadas de homicidios están entre los muchachos de 15 a 24 años (PAHO,



1993). En Colombia, entre 1991 y 1995, hubo 12.000 homicidios. Los jóvenes representaban 41.000 muertos –la inmensa mayoría varones– (Banco Mundial, 1997). El homicidio es la tercera causa más importante de muerte en los adolescentes de 10 a 19 años en los Estados Unidos y representaba el 42% de muertes entre muchachos de raza negra en los últimos años (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 1991). En Brasil, entre 1988 y 1990, la policía federal confirmó que 4.611 niños y jóvenes fueron víctimas de homicidios; la mayoría de ellos eran varones y el 70% tenía entre 15 y 17 años (CEAP, 1993; Rizzini, 1994).

Las lesiones como consecuencia de la violencia son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los muchachos adolescentes.

Como pasan más tiempo fuera de la casa en casi todas las culturas, los muchachos tienen más probabilidades de estar expuestos o de ser testigos de violencia física fuera de la casa. En una serie de regiones, los dirigentes de la sanidad pública están preocupados por el impacto psicológico de la exposición a la violencia, tanto en zonas urbanas de rentas bajas, como en países en que niños y jóvenes participan como combatientes en guerras civiles o están expuestos a conflictos armados en curso. En la franja de Gaza, por ejemplo, el 21,5% de niños y adolescentes (de 9 a 13 años) manifestaban ansiedad como resultado de ser testigos de violencia y experimentan estrés asociado a las condiciones socioeconómicas (Thabet y Vostanis, 1998). En Estados Unidos, el 27% de niños y jóvenes con ingresos bajos, un entorno urbano violento cumplían los criterios de diagnóstico para el trastorno del estrés postraumático (American Academy of Pediatrics, 1996). Naturalmente, no todos los niños o adolescentes expuestos a violencia manifiestan estas secuelas psicológicas, pero las investigaciones en varias zonas de guerra y con rentas bajas, así como zonas urbanas violentas ha descubierto que pueden asociarse a menudo varios trastornos a la exposición a la violencia, incluido el consumo de sustancias, los trastornos del sueño, el entumecimiento físico, la evitación de comportamientos, la depresión y el comportamiento suicida.

Más de 100 millones de jóvenes están afectados actualmente por un conflicto armado, ya sea como soldados, civiles o refugiados. Los hombres jóvenes es más probable que participen como combatientes que las mujeres jóvenes –algunos voluntariamente, otros en contra de su voluntad, a menudo animados

por los cabecillas políticos (Programa de Desarrollo y Salud en la Adolescencia de la OMS, 1998).

Los muchachos como responsables y víctimas de actos violentos en sus citas o noviazgos

Encuestas realizadas a estudiantes de instituto y universidad en Nueva Zelanda y Estados Unidos han descubierto que entre el 20 y el 59% tanto de muchachos como muchachas dice que han experimentado agresividad física cuando salían con alguien del otro sexo (Jezl, Molidor y Wright, 1996; Magdol et al., 1997). Si bien un número casi igual de muchachos que de muchachas manifiesta haber sido víctima de violencia cuando salía con alguien del otro sexo, la violencia de los varones contra las mujeres en estas salidas tiende a ser más grave y los varones tienden a iniciar esta violencia. La preocupación por la violencia en las citas y los noviazgos en Norteamérica, Europa occidental y Australia ha llevado a crear campañas educativas dirigidas sobre todo a los muchachos.

En respuesta a la violencia de los hombres contra las mujeres, incluida la violencia de muchachos contra muchachas, algunos investigadores y personal de programas ha empezado a preguntarse: ¿Qué estamos haciendo directamente con los hombres, incluidos los más jóvenes, para prevenir que sean violentos con las mujeres? Muchos países industrializados han empleado la obligación judicial de terapias para los hombres, incluidos adolescentes, acusados o condenados por violencia doméstica o agresión sexual. En Norteamérica, Australia y Europa occidental, y hasta cierto punto en algunos lugares de América latina, existen ahora grupos de discusión que trabajan en la concienciación contra la violación o violencia contra novias o esposas. Algunas de estas actividades de grupo se han llevado a cabo con soldados, en vestuarios de gimnasios o en la escuela con la intención de aumentar la conciencia de los hombres sobre estos temas, o con la idea de crear una presión positiva de los pares para que los muchachos convengan ellos mismos a sus compañeros de que tal comportamiento es inaceptable. En algunos países de América latina, las ONG han iniciado discusiones voluntarias de grupo con hombres, incluidos muchachos, que quieren trabajar con otros para hablar de sus actos de violencia pasados contra las mujeres y su deseo de prevenir esos actos en el futuro.

Pero, en general, las investigaciones no nos han informado correctamente sobre los lugares en que se produce la violencia de los muchachos contra las muchachas y las perspectivas de los muchachos sobre esta violencia, ni han ofrecido ideas para la prevención. La investigación limitada en África y América latina confirma que muchos hombres, adultos y adolescentes



ven la violencia doméstica o en el noviazgo como parte de un matrimonio informal o contrato de cohabitación (Ali, 1995; Brown et al., 1995; Barker y Loewenstein, 1997; Njovana y Watts, 1996). Otros jóvenes pueden aprobar esta violencia en el noviazgo o las salidas con el otro sexo, ofreciéndose apoyo mutuo. Faltan todavía modelos de intervención e investigación sobre cómo trabajar con muchachos para prevenir la violencia doméstica, en el noviazgo o las salidas con el otro sexo, así como la coacción sexual.

Los muchachos como víctimas de abuso sexual y físico y coacción sexual

Una serie de estudios ha ofrecido información sobre la extensión con que los muchachos adolescentes son víctimas de abusos físicos y sexuales. Muchos estudios confirman que las muchachas es más probable que sean víctimas de abuso sexual o coacción sexual que los muchachos, pero numerosos estudios confirman que un importante número de muchachos también sufre abusos sexuales. En Brasil, el 20% de jóvenes sexualmente activos dijeron que los habían obligado a tener relaciones sexuales contra su voluntad al menos una vez, y las muchachas el doble que los muchachos (Childhope, 1997). En Estados Unidos, el 3,4% de varones y el 13% de mujeres han sufrido ataques sexuales definidos como “contacto sexual real pero no deseado” (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1997). En el Caribe, el 16% de muchachos entre 16 y 18 años manifestaron haber sufrido abusos físicos y el 7,5% manifestaron haber sufrido abusos sexuales (Lundgren, 1999). En Canadá, un tercio de los hombres estudiados manifestó haber experimentado algún tipo de abuso sexual (Stewart, 1996, en Lundgren, 1999).

En Kenya, un estudio nacional de jóvenes descubrió que el 28% de muchachos y el 22% de muchachas manifestaba que habían intentado forzarlos a tener relaciones sexuales. Además de esto, el 31% de muchachos y el 27% de muchachas manifestaba haber sido intimidado para tener relaciones. Tanto para muchachos como para muchachas, esta intimidación procede mayoritariamente de varones adolescentes y adultos. En este estudio, los autores sostienen que es probable que muchachos y muchachas experimenten de formas diferentes la idea de ser “forzados” a tener relaciones sexuales. En este mismo estudio, cuando se les pregunta sobre su actividad sexual más reciente, el 66% de muchachos y el 51% de muchachas manifestaba que deseaban tener relaciones sexuales, sugiriendo que el “deseo” y el consenso para la actividad sexual son temas complejos para los muchachos y las muchachas (Erulkar et al., 1998).

En Nicaragua, el 27% de mujeres y el 19% de hombres manifestaban haber sufrido abusos sexuales en la infancia o la adolescencia. En Sri Lanka, el 7,4% de muchachos estudiados manifestaron haber sido coaccionados para tener relaciones sexuales por un varón más mayor cuando eran niños. En Zimbabwe, el 30% de estudiantes de secundaria entrevistados manifestó que habían abusado sexualmente de ellos; la mitad eran varones de los que habían abusado mujeres (FOCUS, 1998).

Un estudio nacional en los Estados Unidos descubrió que el 13% de los muchachos en edad de instituto manifestaban haber sufrido abusos físicos o sexuales (incluidos abusos en su casa y en relaciones íntimas), en comparación con el 21% de las muchachas de instituto. Los muchachos que habían sufrido abusos tenían tres veces más probabilidades de manifestar problemas de salud mental que los muchachos que no habían sufrido abusos; menos de la mitad de los muchachos que habían sufrido abusos manifestaban casi el doble de ideas suicidas que las muchachas que habían sufrido abusos. Además, en varias partes del mundo, existen evidencias de clínicas de salud mental de que los muchachos de los que han abusado física o sexualmente en la primera infancia tienen dificultades para hablar sobre estos abusos posteriormente. Mientras que las muchachas normalmente se enfrentan a similares dificultades hablando de su pasada experiencia como víctimas, hay pruebas de que en Australia y Norteamérica los muchachos tienen más dificultades para expresar esta victimización y para encontrar personas en quien confiar estos abusos, o incluso encontrar adultos que se crean que han sufrido abusos (Keys Young, 1997).

Otras consecuencias sanitarias del abuso sexual incluyen lesiones físicas, ITS y embarazos no deseados para las muchachas. Algunos estudios también concluyen que el abuso sexual está vinculado a una posterior actividad sexual de alto riesgo para muchachos y muchachas. Es más probable que las víctimas de abuso sexual tengan un comportamiento autoprotector y menos probable que sientan que tienen poder en las relaciones sexuales. En un estudio comparativo en curso sobre violencia sexual durante la adolescencia en África del sur, Brasil y Estados Unidos ha descubierto que la coacción sexual y la violencia en las relaciones íntimas en la adolescencia se asocia con un bajo uso de preservativos (Correspondencia personal, María Helena Ruzany).

Mientras las muchachas tienen más probabilidades que los muchachos de ser víctimas de abuso sexual, una serie de estudios sugiere que los muchachos tienen más probabilidades que las muchachas de ser víctimas de otras formas de abuso



Mientras las muchachas tienen más probabilidades que los muchachos de ser víctimas de abuso sexual, una serie de estudios sugiere que los muchachos tienen más probabilidades que las muchachas de ser víctimas de otras formas de abuso físico en sus casas.

físico en sus casas. En Jordania, los muchachos tenían más probabilidades de sufrir abusos físicos en la casa y más probabilidades de ser víctimas de violencia que termine en lesiones, mientras que las muchachas tenían más probabilidades de ser víctimas de abuso verbal (UNICEF, 1998). De casos de abuso infantil denunciados oficialmente en Jordania, los varones de 19 años tenían siete veces más probabilidades de ser víctimas de abuso físico que acaben en lesiones que las muchachas (UNICEF, 1997). En el Brasil, el 61% de muchachos de 11 a 17 años manifestó haber sido víctima de violencia física por sus padres, en comparación con el 47% de muchachas (Goncalves de Assis, 1997).

Los muchachos como responsables de coacción sexual

Un estudio nacional de 1992 de los adolescentes de Estados Unidos de 15 a 18 años descubrió que el 4,8% de varones, en comparación con el 1,3% de mujeres, manifestaba haber sido obligado por alguien a mantener el acto sexual al menos una vez. Los adolescentes sexualmente agresivos eran los que tenían más probabilidades de haber sufrido abusos sexuales, haber sido testigos de abusos de un miembro de la familia, y haber consumido drogas o alcohol (American Academy of Pediatrics, 1997). Varios estudios de Europa occidental y Norteamérica han encontrado un fuerte vínculo entre el hombre joven que ha sido víctima de abusos en casa, incluido el abuso sexual, y el que posteriormente comete agresiones sexuales o violencia en el noviazgo. Esto apoya la necesidad de servicios para muchachos que han sido víctimas de abuso físico y sexual como forma de tratamiento, pero también como un elemento importante para prevenir el potencial de violencia sexual o en las citas contra otros.

Resulta difícil probar documentalmente los actos de agresión sexual y violencia de los muchachos contra sus novias. Debido a las normas sociales en algunas regiones, la coacción sexual puede considerarse parte del guión sexual "normal" de los muchachos. Por ejemplo, después de un hecho ampliamente publicitado en Kenia en 1991 en que 71 muchachas fueron violadas y 19 murieron a manos de un grupo de compañeros de clase que las atacó,

los dirigentes escolares trataron el caso como un comportamiento del tipo "los chicos siempre serán chicos" (Sendereowitz, 1995). Unos pocos estudios han considerado el ambiente social en que se producen la violencia doméstica, la violencia en el noviazgo o la coacción sexual, intentando comprender cómo puede reforzar el grupo de pares varones la violencia en el noviazgo y la coacción sexual (Katz, 1995; Barker y Loewenstein, 1997). Esta investigación limitada sugiere que existe una fuerte conexión entre la socialización de los muchachos y el comportamiento coaccionador o agresivo de algunos muchachos hacia las muchachas. En muchos ambientes, algunos muchachos se consideran con derecho a los favores sexuales de las muchachas, se definan como se definan, y en consecuencia se sienten con derecho a utilizar presión, coacción y violencia directa e indirecta para obtener estos favores sexuales. En muchos lugares, este comportamiento es tolerado por parte de los muchachos, como se ha mencionado antes, mientras que las muchachas que se atreven a protestar por la violencia sexual son a menudo acusadas de haber provocado a los muchachos.

Implicaciones

En resumen, en muchas regiones del mundo, la violencia y las lesiones causadas por accidentes de tráfico son responsables de la mayor parte de la mortalidad en los muchachos adolescentes. La investigación y las intervenciones relacionadas con la violencia a menudo se centran en los muchachos como responsables de la violencia. Sin embargo, los muchachos también son víctimas de violencia. Haber sido víctima o testigo de violencia, en casa o fuera de ella, es un factor asociado con cometer actos violentos. La investigación presentada en este capítulo también ofrece un argumento convincente de que las causas de la más alta incidencia de los muchachos de formas de comportamiento violento se encuentran en los modos y condiciones como se socializan los muchachos. Examinar y considerar las formas cómo está arraigada la violencia de los muchachos en la socialización de géneros es un punto de partida importante para diseñar estrategias más efectivas de prevención de la violencia.

La investigación que se presenta aquí también sugiere que no podemos perder de vista que la violencia no se asocia sólo con muchachos adolescentes con ingresos bajos, aunque gran parte de la investigación sobre la violencia se ha centrado en estos muchachos. La pobreza es en sí misma una forma de violencia social, pero la pobreza no debería considerarse una causa de violencia. Los muchachos adolescentes de clase media también participan en actos violentos, y son socializados para utilizar la violencia para expresar emociones y resolver conflictos, igual que un gran número de



muchachos en zonas de rentas bajas no comenten actos violentos. Al estudiar y responder a la violencia, es imperativo no estigmatizar o etiquetar a los muchachos con ingresos bajos, o muchachos en general, como inherentemente violentos, y reconocer que la mayor parte de muchachos no comenten actos de violencia. A continuación se enumeran otras implicaciones de la investigación existente sobre violencia y muchachos adolescentes:

Implicaciones para los programas:

- * Son necesarios programas para la juventud que ofrezcan a los muchachos formas alternativas de resolver los conflictos, desarrollar sus identidades y expresar sus emociones. Intervenciones limitadas en esta línea han confirmado que los muchachos responden bien cuando se les ofrecen oportunidades de discutir su victimización por la violencia y su miedo a la violencia y reflejen las formas cómo esta violencia es a menudo parte de la socialización masculina.
- * Es necesario que los programas presten más atención al tema de la violencia en las relaciones o noviazgos. Unas pocas experiencias de programas citados aquí han procurado implicar a los muchachos en discusiones sobre estos temas, pero se necesita crear más programas en este ámbito.
- * Se necesita dedicar más atención programática a los muchachos como víctimas y testigos de violencia ofreciendo oportunidades formales e informales de discutir la violencia de la que son testigos los muchachos y reducir el estrés asociado a la victimización.
- * Es necesario crear programas en lugares donde el comportamiento violento y delictivo de los muchachos es predominante y éstos deberían dirigirse a los muchachos a una edad temprana. Las intervenciones que trabajan con muchachos en la prevención de la violencia no deberían asumir que los muchachos son potencialmente violentos o etiquetarlos como delincuentes, sino que deberían implicarlos en formas positivas hacia su comunidad, familia, pares prosociales y modelos de rol masculinos no violentos.

- * Son necesarios programas que sensibilicen y eduquen a los padres, profesores, personal sanitario y otros profesionales dedicados a los jóvenes sobre las posibles raíces del comportamiento violento, ayudándolos a implicar a los muchachos de forma efectiva en lugar de responder de formas simplemente punitivas.
- * Se necesitan campañas adicionales y de amplia difusión para despertar la conciencia sobre los accidentes de tráfico, peligros sanitarios laborales y lesiones entre los muchachos adolescentes.

Implicaciones para la investigación:

- * Son necesarias más investigaciones para descubrir cómo se vincula la socialización de los muchachos con la coacción sexual y otras formas de violencia contra las mujeres, y sobre los factores que pueden prevenir la violencia.
- * Es necesario examinar más explícitamente el papel de la socialización de géneros al reforzar la violencia masculina. Los muchachos son a menudo socializados para considerar el enfado y la agresividad como la única emoción “masculina” correcta. En otros casos, los muchachos se socializan para que consideren la violencia como una forma de definir sus identidades. Los muchachos se enfrentan a una clase de violencia por culpa de la prohibición social de expresar emociones. Estos temas no se han explorado de forma adecuada en la investigación.
- * Es necesaria más investigación sobre cómo influyen los medios de comunicación en el comportamiento violento de los muchachos. Esto podría ofrecer ideas de cómo trabajar con jóvenes para desarrollar actitudes críticas hacia los medios de comunicación.
- * Se necesita más investigación sobre enfoques alternativos, no punitivos, en la prevención de la violencia, incluyendo metodologías de entrenamiento de resolución de conflictos efectivos. La literatura revisada aquí es un sólido argumento para enfocar el desarrollo y la ecología humana para la prevención de la violencia, explorar las fuentes de apoyo social y familia, las experiencias subjetivas de la juventud y el papel de la socialización de género en la violencia.





consideraciones finales

La investigación sobre los muchachos adolescentes, así como los adolescentes de ambos sexos, tiende a centrarse en problemas y riesgos. Al examinar la investigación revisada aquí, podríamos quedarnos con la impresión de que los muchachos adolescentes son “problemas con patas”. El desafío es reconocer y entender los problemas y riesgos que afectan a los muchachos –y el daño que a veces se infligen a sí mismos, así como a otros– sin limitarse a considerarlos en términos de déficits. También tenemos que considerar las formas positivas que tienen los muchachos de contribuir a sus familias y sociedades, e identificar el potencial que esto representa.

El desafío es reconocer y entender los problemas y riesgos que afectan a los muchachos –y el daño que a veces se infligen a sí mismos y a otros– sin limitarse a considerarlos en términos de déficits. También tenemos que mirar las formas positivas que tienen los muchachos de contribuir a sus familias y sociedades, e identificar el potencial que representan.

El campo del desarrollo infantil nos ofrece algunas ideas sobre cómo hacerlo. Por ejemplo, algunas teorías sobre desarrollo infantil sugieren que todos los adolescentes –muchachos y muchachas– tienen la habilidad de educar y cuidar a otro ser humano si a ellos mismos los han cuidado correctamente. Al estudiar a los muchachos adolescentes y los hombres, a veces damos por descontado que a los muchachos y hombres les falta la capacidad de cuidar a los demás. Las teorías de desarrollo infantil sugieren que en lugar de ver a los muchachos como inherentemente carentes de la capacidad de ser cuidadores, es más correcto pensar que han sido socializados para reprimir sus capacidades inherentes de unirse emocionalmente a otros seres humanos. Desde esta perspectiva, el objetivo es ayudar a los muchachos a recuperar o reapropiarse de la capacidad de cuidar y educar que, en efecto, “se les ha arrancado con la socialización” (Pollack, 1998).

La investigación presentada aquí argumenta que la forma cómo se socializa a los muchachos influye de forma importante en su comportamiento y determina sus riesgos de salud. Cambiar la forma cómo las sociedades y las familias educan a los muchachos no será fácil, pero es posible, necesario y en algunos

lugares ya se está haciendo. Tenemos muchas pruebas de cambios de comportamientos y papeles relacionados con los puntos de vista sobre los papeles de las mujeres en la sociedad en los últimos 20 o 30 años. También hay pruebas de que las actitudes de muchachos y hombres están cambiando, y que los muchachos son más flexibles que la generación anterior con respecto a los papeles sexuales. Incluso en zonas del mundo caracterizadas por los valores tradicionales patriarcales, existen evidencias de algunos cambios en los papeles sexuales y en las actitudes de los hombres, obligados quizá por los cambios en el papel de las mujeres en la sociedad. Las muchachas han tenido algunos espacios y oportunidades para construir nuevos papeles para sí mismas, pero los muchachos y los jóvenes tienen pocos espacios en donde reaccionar a las expectativas cambiantes y en que discutir nuevas identidades y formas de ser muchachos, aunque necesitan estas oportunidades urgentemente.

Experiencias orientadas a interesar a los muchachos

Lejos de sonar utópico, es importante destacar que ya existen experiencias de programas en todo el mundo que han interesado a los muchachos en estos debates. Como se ha mencionado al principio de este documento, una de las presunciones que se hacen a menudo sobre los muchachos adolescentes es que son “difíciles de manejar” y difíciles de interesar en la promoción de la salud. Sin embargo, las experiencias de trabajo con adolescentes varones ya ofrecen alguna lección sobre cómo interesar y atraer a muchachos adolescentes a los servicios sanitarios existentes y en las actividades de promoción de la salud:

- * Es más probable que los muchachos utilicen los servicios sanitarios cuando estos servicios se hacen atractivos para ellos. Algunos programas concluyen que tener a personal masculino trabajando con muchachos es importante, mientras otros dicen que el sexo del personal no es importante si son sensibles a las necesidades de los muchachos. Algunas clínicas han utilizado las actividades deportivas y a asistentes sociales entre sus pares para invitar a los muchachos a las instalaciones sanitarias.



- * El personal del programa también informa de que los muchachos, igual que las muchachas, prefieren servicios integrados y actividades que tengan en cuenta toda su gama de intereses y necesidades, como la necesidad de formación vocacional o respuestas a la violencia comunitaria.
- * Los muchachos a menudo piden o aprecian que se les dé la oportunidad de discutir sus inquietudes en grupos sólo masculinos, pero la mayor parte de programas también considera importante tener a muchachos y muchachas discutiendo a continuación sus preocupaciones en grupo. Los muchachos generalmente informan de falta de espacio donde discutir – de forma no sentenciosa– temas de masculinidad, temas personales o cuestiones relacionadas con la salud.
- * En partes del mundo en que el hogar es dirigido por las mujeres, o donde los hombres adultos y los padres pueden estar físicamente distantes, a menudo los muchachos manifiestan la importancia de interactuar con modelos de rol masculinos positivos, como profesores, miembros masculinos de la familia más mayores, educadores de la salud o promotores entre sus pares.
- * Los muchachos pueden necesitar asesoramiento y servicios sanitarios mentales, pero son reticentes a estos servicios. A menudo, los profesores y otro personal de los servicios sociales puede no reconocer los signos y síntomas de las necesidades de los muchachos de esta atención. Cuando el personal es correctamente sensible a las formas de los muchachos de expresar el estrés, el trauma y el dolor psicológico, y el personal trata a los muchachos de forma que respete sus silencios, los resultados han demostrado que los muchachos utilizarán más los servicios de salud mental y asesoramiento.
- * Cuando tienen padres, hombres adultos o modelos de rol importantes que son afectuosos, flexibles y participan en el cuidado de los niños, los muchachos es más probable que crezcan siendo afectuosos, negocien en sus relaciones íntimas y sean padres más responsables, si tienen hijos. Del mismo modo, programas que trabajan en la prevención de la violencia han descubierto la importancia de exponer a los muchachos adolescentes a formas no violentas de expresar emociones, incluyendo frustración y enfado.
- * Algunas experiencias en resolución de conflictos, prevención de violencia, educación sexual y educación familiar han descubierto que la escuela es un escenario importante para realizar estas actividades porque grandes números de jóvenes asisten a la escuela. Sin embargo, como algunos muchachos adolescentes con las necesidades más urgentes pueden estar fuera del escenario escolar, pueden ser abordados en los lugares donde “pasan el tiempo”, la calle, las instalaciones deportivas, la comunidad, en barracones militares, en centros de transporte y en algunos casos, en instalaciones para jóvenes delincuentes.
- * Existe un sólido argumento para abordar a los muchachos adolescentes a una edad precoz y mantener el contacto. Se ha descubierto que los muchachos tienen altos niveles de participación en deportes organizados en grupos de jóvenes. Esto ofrece una oportunidad de llegar a estos muchachos con mensajes preventivos relacionados con la salud sexual antes de que empiecen su actividad sexual. Los muchachos cambian de actitud con el tiempo, y los comportamientos varían con las situaciones, compañeros y grupo de amigos. En consecuencia, los programas no pueden dar por descontado que un muchacho que ya ha participado en un programa no necesita participar en otro. Además, las experiencias de los programas sugieren que las intervenciones deberían ser flexibles con los límites de edad. Algunos programas terminan cuando un joven cumple los 18 años. La experiencia sugiere que los programas tienen que satisfacer las varias y cambiantes necesidades de los muchachos en el tiempo, y no utiliza límites obligatorios de edad que pueden no estar de acuerdo con las necesidades de desarrollo de las personas jóvenes.

Comentarios finales

En resumen, hay experiencias importantes de programas que arrojan ideas sobre cómo interesar a los muchachos en formas que promuevan su salud y desarrollo. Igualmente, el cuerpo de literatura analizada aquí proporciona una sólida base para designar políticas y programas más efectivos en relación con los muchachos adolescentes. El examen de esta información en conjunto hace que confrontemos e invalidemos algunas de las presunciones sobre los muchachos. Primero, los muchachos pueden interesarse cuando escuchamos sus necesidades y preocupaciones si se les aborda de forma positiva. En segundo lugar, en vez de asumir que los muchachos no tienen



Los estudios mencionados aquí confirman que los muchachos adolescentes tienen potenciales y riesgos específicos de género, igual que las muchachas adolescentes. En prácticamente todas las culturas que estudiamos, ser un muchacho tiene ventajas y desventajas.

problemas, los estudios citados aquí confirman que los muchachos adolescentes tienen potenciales y riesgos específicos de género, como las muchachas adolescentes. En prácticamente cada cultura que

examinamos, ser un muchacho aporta ventajas y desventajas. Incluso en regiones del mundo en que los sesgos estructurales contra las mujeres siguen siendo importantes y donde los hombres, como grupo, se benefician de desigualdades de sexo, la masculinidad sin embargo implica tanto beneficios como costes para los muchachos adolescentes y los hombres adultos. El desafío que nos planteamos es ofrecer a los jóvenes oportunidades para explorar sus papeles pasados y actuales y las expectativas como hombres, e interesarlos de forma que se promueva su desarrollo sanitario y su bienestar, sus compañeros y sus comunidades.





referencias

- Academia Americana de Pediatría. *Homosexuality and adolescence*. Washington, DC, Academia Americana de Pediatría, 1993.
- Academia Americana de Pediatría. *Adolescent assault victim needs: a review of issues and a model protocol*. Washington, DC, Academia Americana de Pediatría, 1996.
- Academia Americana de Pediatría. *Study reveals factors that prevent teens from sexually aggressive behavior*. Chicago, Academia Americana de Pediatría, 1997.
- Ali KA. Notes on rethinking masculinities. En: *Learning about sexuality: a practical beginning*. Nueva York, Consejo de Población, 1995.
- Amazigo U et al. Sexual activity and contraceptive knowledge and use among in-school adolescents in Nigeria. *International family planning perspectives*, 1997, 23(1), 28-33.
- Anderson E. *Streetwise: race, class and change in an urban community*. Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- Aramburu R, Rodríguez M. Un puro valor mexicano: connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media en la Ciudad de México. Trabajo presentado en el *Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción*. Zacatecas, México, 17-18 de noviembre de 1995.
- Archer J. Gender roles as developmental pathways. *British journal of social psychology*, 1984, 23:245-256.
- Archer J, ed. *Male violence*. Londres, Routledge, 1994.
- Arilha M. Homens: entre a "zoeira" e a "responsabilidade." En: Arilha M, Ridenti S, Medrado B, eds. *Homens e masculinidades: outras palavras*. Sao Paulo, Brasil, ECOS y Editora 34, 1998.
- Armstrong B. Lessons learned: the Young Men's Clinic (Nueva York City). Trabajo presentado en *Male roles in adolescent reproductive health*. Washington, DC, Banco Mundial, 10 de junio de 1998.
- Atkin L, Alatorre-Rico A. The psychological meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City. Trabajo presentado en la *Biennial meeting of the Society for Research in Child Development*. Seattle, Washington, 18-20 de abril de 1991.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*. Nueva York, Oxford University Press, 1993.
- Banco Mundial. Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean. Documento presentado en la conferencia *Crimen y violencia urbanas*, Rio de Janeiro, Brasil, 2-4 de marzo de 1997.
- Bang A et al. *Reproductive health problems in males: high prevalence and wide spectrum of morbidities in Gadchiroli, India*. 1997 (Documento inédito).
- Bang A, Bang R, Phirke K. *Reproductive health problems in males: do rural males see these as a priority and need care?* 1997 (Documento inédito).
- Barker G. Non-violent males in violent settings: an exploratory qualitative study of pro-social low-income adolescent males in two Chicago neighborhoods. *Childhood: a global journal of child research*. 1998, 5(4):437-461.
- Barker G, Loewenstein I. Where the boys are: attitudes related to masculinity, fatherhood and violence toward women among low-income adolescent and young adult males in Rio de Janeiro, Brazil. *Youth and society*, 1997, 29(2):166-196.
- Barker G, Rich S. Influences on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: findings from recent focus-group discussions. *Studies in family planning*, 1992, 23(3):199-210.
- Barret RL, Robinson BE. Teenage fathers: neglected too long. *Social work*, 1982, 27:484-488.
- Barroso C. *Policy strategies to encourage greater involvement of fathers with their children in southern countries*. Chicago, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, 1996 (Documento inédito).
- Bener A, Al-Salman KM, Pugh RN. Injury mortality and morbidity among children in the United Arab Emirates. *European journal of epidemiology*, 1998, 14(2):175-178.
- Bledsoe C, Cohen B, eds. *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, National Academy Press, 1993.
- Blum R, Rinehart P. *Reducing the risk: connections that make a difference in the lives of youth*. Bethesda, MD, Add Health, 1997.
- Boulton M. The relationship between playful and aggressive fighting in children, adolescents and adults. En: Archer J, ed. *Male violence*. Londres, Routledge, 1994:23-41.
- Brindis C et al. A profile of the adolescent male family planning client. *Family planning perspectives*, 1998.
- Brown J et al. *Caribbean fatherhood: under-researched, misunderstood*. Kingston, Jamaica, Caribbean Child Development Centre and Department of Sociology and Social Work, University of the West Indies, 1995.
- Bruce J, Lloyd C, y Leonard A. *Families in focus: new perspectives on mothers, fathers and children*. Nueva York, Consejo de Población, 1995.
- Burke K et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*, 1990, 47:511-518.
- Bursik R, Grasmick H. Defining gangs and gang behavior. En: Klein M, Maxson C, Miller J, eds. *The modern gang reader*. Los Angeles, Roxbury Publishing Company, 1995.
- Caceres C et al. Young people and the structure of sexual risks in Lima. *AIDS*, 1997, 11(1):s67-77.
- Cairns R, Cairns B. *Lifelines and risks: pathways of youth in our time*. Nueva York, Cambridge University Press, 1994.



CEAP (Centro para la Defensa de las Poblaciones Marginadas). *O exterminio no Brasil e no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, CEAP, 1993.

Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Documento presentado por el Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud del Adolescente, OMS, FNUAP, UNICEF, 28 de noviembre- 4 de diciembre de 1995.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *Physical fighting among high school students — United States, 1990*. Atlanta, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1992.

Childhope y NESA. *Gender, sexuality and attitudes related to AIDS among low-income youth and street youth in Rio de Janeiro, Brazil*. Nueva York, Childhope, 1997 (Working paper no. 6).

Chodorow N. *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley, University of California Press, 1978.

Christie K et al. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American journal of psychiatry*, 1998, 145(8):971-975.

Cohler B. Adversity, resilience, and the study of lives. En: Anthony EJ, Cohler B, eds. *The invincible child*. Nueva York, Guilford, 1987.

Connell RW. *Masculinities*. Berkeley, University of California Press, 1994.

Connell RW. Teaching the boys: new research on masculinity, and gender strategies for schools. *Teachers college record*, 1996, 2:206-235.

Consejo de Población. *Men as supportive partners in reproductive and sexual health: narrating experiences*. Documento de trabajo de un taller. Kathmandú, Nepal, Consejo de Población, 23-26 de junio de 1998.

Consejo de Población. *Transitions to adulthood: a national survey of adolescents in Egypt*. Cairo, Consejo de Población, 1999.

Courtenay WH. *Better to die than cry? A longitudinal and constructionist study of masculinity and the health risk behavior of young American men* [Tesis doctoral]. Universidad de California en Berkeley, Dissertation Abstracts International, 1998 (Publication no. 9902042).

Davis SS, Davis DA. *Adolescence in a Moroccan town: making social sense*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1989.

Departamento de Justicia de los Estados Unidos. The prevalence and consequences of child victimization. En: *NJ Research Preview*. Washington, DC, Insitutos Nacionales de Justicia, 1997.

Departamento de Salud y Servicios de la Familia del Commonwealth. *Youth suicide in Australia: a background monograph*, 2a ed. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.

Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. *Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, 1991.

Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Death rates for 72 selected causes by 5-year age groups, race and sex, U.S. 1988 [Part A mortality tables 1-9]. Washington, DC, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, 1991(2):51.

Earls F. A developmental approach to understanding and controlling violence. En: Fitzgerald H et al., eds. *Theory and research in behavioral pediatrics*. Vol. 5. Nueva York, Plenum Press, 1991.

Elliott D. Serious violent offenders: onset, developmental course and termination — The American Society of Criminology 1993 presidential address. *Criminology*, 1994, 32(1):1-21.

Elster A. Adolescent fathers from a clinical perspective. En: Lamb M, ed. *The father's role: applied perspectives*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1986:325-338.

Emler N, Reicher S. *Adolescence and delinquency: the collective management of reputation*. Oxford, U.K., Blackwell Publishers, 1995.

Engle P. *Men in families: report of a consultation on the role of males and fathers in achieving gender equality*. Nueva York, UNICEF, 1994.

Erikson E. *Identity: youth and crisis*. Nueva York, W.W. Norton, 1968.

Erulkar A et al. *Adolescent experiences and lifestyles in Central Province Kenya*. Nairobi, Consejo de Población y Asociación de Planificación Familiar de Kenya, 1998.

Evans J. Both halves of the sky: gender socialization in the early years. *Coordinator's notebook: an international resource for early childhood development*, 1997(20):1-27.

Figuroa J. Some reflections on the social interpretation of male participation in reproductive health processes. Documento presentado en el *Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción*. Zacatecas, México, 17-18 de noviembre de 1995.

Figuroa M. Gender privileging and socio-economic outcomes: the case of health and education in Jamaica. Trabajo presentado en el *Workshop on family and the quality of gender relations*, Mona, Jamaica, Fundación Ford, 5-6 de marzo de 1997.

FOCUS on Young Adults. Sexual abuse and young adult reproductive health. En: *In focus*. Washington, DC, FOCUS, 1998:1-4.

Fontes M, May R, Santos S. *Construindo o ciclo da paz*. Brasilia, Coleção Promundo, Instituto Promundo, 1999.

Frydenberg E. *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. Londres, Routledge, 1997.

Fundación Gulbenkian. *Children and violence: report of the commission on children and violence convened by the Gulbenkian Foundation*. Londres, Fundación Gulbenkian, 1995.

Gibson JT et al. Gender and culture: reported problems, coping strategies and selected helpers of male and female adolescents in 17 countries. *International journal for the advancement of counseling*, 1992, 15(3):137-149.

Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge, Massachusetts y Londres, Harvard University Press, 1982.

Gilmore D. *Manhood in the making: cultural concepts of masculinity*. Yale University Press, New Haven y Londres, 1990.

Gissler M et al. Boys have more health problems in childhood than girls: follow-up of the 1987 Finish birth cohort. *Acta Paediatr*, 1999, 88(3):310-314.



- Givaudan M, Pick S, Proctor L. *Strengthening parent-child communication: an AIDS prevention strategy for adolescents in Mexico City*. Washington, DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Programa de Investigación sobre el SIDA y la Mujer, 1997.
- Gloel R, Stumpe H. We are different? Trabajo presentado en la *1st Specialist Conference on Sex Education Work with Boys*, Colonia, Alemania, 27-29 de febrero de 1996.
- Glover E, Erulkar A, Nerquaye-Teteh, J. *Youth centres in Ghana*. Accra, Ghana, Consejo de Población y Asociación de la Paternidad Planificada de Ghana, 1998.
- Gohel M, Diamond J, Chambers C. Attitudes toward sexual responsibility and parenting: an exploratory study of young urban males. *Family planning perspectives*, 1997, 29(6):280-83.
- Goldberg C. After girls get the attention, focus shifts to boys' woes. *New York Times*, 23 de abril de 1998:1, 12.
- Gonçalves de Assis S. *Creecer sem violencia: um desafio para educadores*. Brasilia, Fundação Oswaldo Cruz/Escuela Nacional de Salud Pública, 1997.
- Gorgen R et al. Sexual behaviors and attitudes among unmarried youths in Guinea. *International family planning perspectives*, 1998, 24(2):65-71.
- Green C. *Young men: the forgotten factor in reproductive health*. Washington, DC, FOCUS on Young Adults, 1997 (Occasional paper no. 1). (Borrador inédito).
- Greene M, Biddlecom A. Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. Trabajo presentado en el seminario *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, 13-15 de mayo de 1998.
- Groopman J. 1999. Contagion. *The New Yorker*. 13 de septiembre de 1999. 34-49.
- Im-em W. Sexual contact of Thai men before and after marriage. Trabajo presentado en el seminario *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, 13-15 de mayo de 1998.
- Instituto Alan Guttmacher. *Facts in brief: teen sex and pregnancy*. Nueva York, Instituto Alan Guttmacher, 1998.
- Instituto Panos (1998). Panos HIV/AIDS Briefing No. 6, diciembre de 1998. AIDS and men: Old problem, new angle. Londres.
- Instituto Promundo, Nucleo de Estudos da Saude do Adolescente (NESA). *Condom study: comparing satisfaction between 49mm and 52mm condoms among adolescent males*. Rio de Janeiro, NESA, 1999 (Informe preliminar inédito).
- Jejeebhoy S. *Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of evidence from India*. Washington, DC, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 1996 (Working paper no. 3).
- Jezl D, Molitor C, Wright T. Physical, sexual and psychological abuse in high school dating relationships: Prevalence rates and self-esteem issues. *Child and adolescent social work journal*, 1996, 13(1):69-87.
- Kantrowitz B, Kalb C. Boys will be boys. *Newsweek*, 11 de mayo de 1998:54-61.
- Katz J. Reconstructing masculinity in the locker room: the mentors in violence prevention project. *Harvard educational review*, 1995, 65(2):163-174.
- Keijzer B. Masculinity as a risk factor. Trabajo presentado en el *Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción*. Zacatecas, México, 17-18 de noviembre de 1995.
- Keys Young. *Research and consultation among young people on mental health issues: final report for Commonwealth Department of Health and Family Services*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997.
- Khan ME, Khan I, Mukerjee N. Men's attitude towards sexuality and their sexual behavior: observations from rural Gujarat. Trabajo presentado en el seminario *Men, Family Formation and Reproduction*, Buenos Aires, Argentina, 13-15 de mayo de 1998.
- Kindler H. Developmental-psychology aspects of work with boys and men. Trabajo presentado en la primera conferencia europea "Educación sexual para los adolescentes", del Centro Federal para la Educación sobre la Salud (Alemania), 1995.
- Knodel J, Jones GW. Post-Cairo population policy: does promoting girls' schooling miss the mark? *Population and development review*, 1996, 22(4):683-702.
- Koster A. *Participation and utilisation patterns of adolescent boys in reproductive health in the eastern region of Ghana* [Tesis de licenciatura]. Liverpool, Universidad de Liverpool, 1998.
- Kurz K, Johnson-Welch C. *The nutrition and lives of adolescents in developing countries: findings from the Nutrition of Adolescent Girls Research Program*. Washington, DC, ICRW, 1995.
- Kushuk RS. *The relationship between parental upbringing, self concept and locus of control among adolescents* [Tesis de licenciatura]. Amman, Jordania, Escuela de Estudios Superiores, Universidad de Jordania, 1991.
- Larvie P. *A construção cultural dos 'meninos de rua' no Rio de Janeiro: implicações para a prevenção de HIV/AIDS*. Washington, DC, Academia para el Desarrollo Educativo, 1992.
- Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. Nueva York, Basic Books, 1995.
- Lindau-Bank D. Cool boys have no role models. Ponencia presentada en la *Primera conferencia sobre el trabajo en materia de educación sexual con los muchachos*, Colonia, Alemania, 27-29 de febrero de 1996.
- Lundgren R. *Research protocols to study sexual and reproductive health of male adolescents and young adults in Latin America*. Washington, DC, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 1999.
- Lyra J. Paternidade adolescente: da investigação a intervenção. En: Arilha M, Ridenti S, Medrado B, eds. *Homens e masculinidades: outras palavras*, Sao Paulo, Brasil, ECOS y Editora 34, 1998.
- Magdol L et al. Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1997, 65(1):68-78.
- Majali S, Salem-Pickartz J. *Review of literature on Arab adolescent boys*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (Documento inédito).



Majors R, Billson JM. *Cool pose: the dilemmas of black manhood in America*. Nueva York, Touchstone, 1993.

Manstead A. Gender differences in emotion. En: Clinchy B, Norem, eds. *The gender and psychology reader*. Nueva York, New York University Press, 1998:236-264.

Mariani P. Law-and-order science. En: Berger M, Wallis B, Watson S, eds. *Constructing masculinity*. Nueva York, Routledge, 1995.

Marsiglio W. Adolescent male sexuality and heterosexual masculinity: a conceptual model and review. *Journal of adolescent research*, 1988, 3(3/4):285-303.

Marsiglio W, Hutchinson S, Cohan M. *Young men's proactive identity: becoming aware, being aware and being responsible*. Gainesville, Universidad de Florida, 1999 (Documento inédito).

Mborogi E, Barker G. *AIDS awareness and prevention with Kenyan street youth*. Nueva York, Childhope y Sociedad Undugu de Kenya, 1993 (Childhope working paper no. 4).

Meekers D, Wekwete N. *The socioeconomic and demographic situation of adolescents and young adults in Zimbabwe*. Calverton, MD, Demographic and Health Surveys, 1997, lii:38.

Meijueiro J. ¿Qué va a decir papá? Trabajo presentado en el Coloquio Latinoamericano sobre "Varones, Sexualidad y Reproducción". Zacatecas, México, 17-18 de noviembre de 1995.

Menzel M, Schmauch U. Boys between drive and dreams. Ponencia presentada en la Primera conferencia sobre el trabajo en materia de educación sexual con los muchachos, Colonia, Alemania, 27-29 de febrero de 1996.

Messerschmidt J. *Masculinities and crime: critique and reconceptualization of theory*. Lanham, MD, Rowman and Littlefield, 1993.

Miedzian M. *Boys will be boys: breaking the link between masculinity and violence*. Nueva York, Anchor Books, 1991.

Moffitt T. Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child development*, 1990, 61:893-910.

Morris L. Determining male fertility through surveys: young adult reproductive health surveys in Latin America. Trabajo presentado en la Conferencia general de la IUSSP, Montreal, Canadá, 24 de agosto-1 de septiembre de 1993.

Mosher D, Tomkins S. Scripting the macho man: hypermasculine socialization and enculturation. *The journal of sex research*, 1988, 25(1):60-84.

Naciones Unidas. Too young to die: genes or gender? Nueva York, Naciones Unidas, 1998.

National Center for Injury Prevention and Control. *Suicide in the United States*. Atlanta, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998.

National Family Planning Board. *Reproductive health survey: Jamaica 1997. Young adult report*. Kingston, Jamaica, National Family Planning Board, 1999.

Necchi S, Schufer M. *Adolescente varón: iniciación sexual y conducta reproductiva*. Buenos Aires, Argentina, Programa de Adolescencia, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, OMS y CONICET, 1998.

Nicholas J, Howard J. Better dead than gay? Depression, suicide ideation and attempt among a sample of gay and straight-identified males ages 18 to 24. *Youth studies Australia*, 1998, 17(4):28-33.

Nightingale CH. *On the edge: a history of poor black children and their American dreams*. Nueva York, Basic Books, 1993.

Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive health matters*, 1996, 7.

NSW Health. *Strategic directions in men's health: a discussion paper*. North Sydney, Australia, NSW Health Department, 1998.

O'Neil J, Good G, Holmes S. Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict: new paradigms for empirical research. En: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. Nueva York, Basic Books, 1995:164-206.

Organización Mundial de la Salud. *Sexual behavior of young people: data from recent studies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 1998*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.

Organización Mundial de la Salud, Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente. *The second decade: improving adolescent health and development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente, 1998.

Organización Mundial de la Salud. *HRP Annual Technical Report 1995: Executive summary*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.

Organización Panamericana de la Salud. *Resolución XIX: violencia y salud*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Parker R. Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. En: Valdés T, Olavarría J, eds. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, Chile, FLACSO, 1998:106-129.

Parker RG. *Bodies, pleasures and passions: sexual culture in contemporary Brazil*. Boston, Beacon Press, 1991.

Paterson J, Field J, Pryor J. Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of youth and adolescence*, 1994, 23(5):579-600.

Pederson W. Working-class boys at the margins: ethnic prejudice, cultural capital, and gender. *Acta sociologica*, 1996, 39:257-279.

Pianosi G, Zocchetti C. Work-related accidents among minors in Lombardy. *Medicina del lavoro*, 1995, 86(4):332-340.

Pleck J. The gender role strain paradigm: an update. En: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. Nueva York, Basic Books, 1995:11-32.

PNUFID y CONSEP. *Evaluación rápida sobre el abuso de drogas en las áreas urbanas del Ecuador: Quito, Guayaquil y Machala. Informe final investigación*. Quito, Ecuador, PNUFID, 1996.

Podhisita C, Pattaravanich U. *Youth in contemporary Thailand: results from the family and youth survey*. Bangkok, Universidad de Mahidol, 1998.



- Pollack W. No man is an island: toward a new psychoanalytic psychology of men. En: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. Nueva York, Basic Books, 1995.
- Pollack W. *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. Nueva York, Random House, 1998.
- Ravitch D. The gender bias myth. *Forbes*, 20 de mayo de 1996:168.
- Real T. *I don't want to talk about it: overcoming the secret of male depression*. Nueva York, Fireside, 1997.
- Renfrew J. *Aggression and its causes: a biopsychosocial approach*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American medical association*, 1997, 278(10):823-832.
- Rhoden JL, Robinson BE. Teen dads: a generative fathering perspective versus the deficit myth. En: Hawkins AJ, Doolalite DC, eds. *Generative fathering: beyond deficit perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:105-117.
- Rivers, K. & Aggleton, P. (1998). Men and the HIV epidemic, Gender and the HIV epidemic. Nueva York: Programa de Desarrollo y VIH, PNUFID.
- Rix A. Sex education with a male perspective. *Planned parenthood challenges*, 1996(2).
- Rizzini I, ed. *Children in Brazil today: a challenge for the third millenium*. Rio de Janeiro, Editora Universitaria Santa Ursula, 1994.
- Rogow D. Trabajo presentado en la conferencia *Participación de los varones en la salud reproductiva*, Oaxaca, México, AVSC International y Federación Internacional de Planificación de la Familia, octubre de 1998.
- Ross JM. *What men want: mothers, fathers and manhood*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1994.
- Ruzany M et al. *Urban violence and social participation: a profile of adolescents in Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Unidad de Salud del Adolescente, Universidad del Estado de Rio de Janeiro, 1996 (Informe preliminar, inédito).
- Saboia A. Situação educacional dos jovens. En: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), ed. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CNPD, 1998:507-517.
- Saif FM. *Feeling of security among adolescents and its relationship with self concept* [Tesis de licenciatura]. Amman, Jordania, Escuela de Estudios Superiores, Universidad de Jordania, 1993.
- Sampson RJ, Laub JH. *Crime in the making: pathways and turning points through life*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1993.
- Schoen C et al. *The health of adolescent boys: findings from a Commonwealth Fund survey*. Nueva York, Fondo del Commonwealth, 1998.
- Schwartz G. *Beyond conformity or rebellion: youth and authority in America*. Chicago, University of Chicago Press, 1987.
- Senderowitz J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington, DC, Banco Mundial, 1995 (Discussion paper 272).
- Sharma V, Sharma A. Adolescent boys in Gujarat, India: their sexual behavior and their knowledge of acquired immunodeficiency syndrome and other sexually transmitted diseases. *Journal of developmental and behavior pediatrics*. 1997, 18(67):399-404.
- Shepard B. Masculinity and the male role in sexual health. *Planned parenthood challenges*, 1996(2).
- Sielert U. Boys and sexual identity: first approaches to a contradictory topic. En: *Learning about love: sex education for adolescents. Nov. 29-30, 1994, Cologne, Colonia, Alemania*, Centro Federal para la Educación sobre la Salud, 1994:78-85.
- Silvern L, Katz P. Gender roles and adjustment in elementary-school children: a multidimensional approach. *Sex roles*, 1986, 14(3-4):181-201.
- Simonetti C, Simonetti V, Arruda S. Listening to boys: a talk with ECOS staff. En: *Learning about sexuality: a practical beginning*. Nueva York, Consejo de Población, 1995.
- Singh S. Men, misinformation, and HIV/AIDS in India. *Toward a new partnership: encouraging the positive involvement of men as supportive partners in reproductive health*. Nueva York, Consejo de Población, 1997(3).
- Sonenstein F et al. *Involving males in preventing teen pregnancy: a guide for program planners*. Washington, DC, InstitutoUrban y Fundación Wellness de California, 1997.
- Sonenstein F, Pleck J, Ku L. *Why young men don't use condoms: factors related to the consistency of utilization*. Washington, DC, InstitutoUrban, 1995.
- Stormont-Spurgin M, Zentall S. Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1995, 36(3):491-509.
- Taylor R. Poverty and adolescent black males: the subculture of disengagement. En: Edelman P, Ladner J, eds. *Adolescence and poverty: challenge for the 1990s*. Washington, DC, Center for National Policy Press, 1991:139-163.
- Thabet A, Vostanis P. Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of the disturbed child*, 1998, 78(5):439-42.
- Thompson E, Pleck J. Masculinity ideologies: a review of research instrumentation on men and masculinities. En: Levant R, Pollack W, eds. *A new psychology of men*. Nueva York, Basic Books, 1995.
- UNICEF. *The situation of Jordanian children and women: a rights-based analysis*. Amman, Jordania, UNICEF, 1997.
- UNICEF. *Knowledge, attitudes and practices of basic life skills among Jordanian parents and youth: a national study*. Amman, Jordania, UNICEF, 1998 (borrador).
- Utting D. *Reducing criminality among young people: a sample of relevant programmes in the United Kingdom*. Londres, Home Office, Research and Statistics Directorate, 1997.
- Wallace J, Reid K. Country drug abuse profile: 1994. Jamaica. Trabajo presentado en el *Expert forum on demand reduction*, Nassau, Bahamas, 4-7 de octubre de 1994.
- Webb D. *Adolescence, sex and fear: reproductive health services and young people in urban Zambia*. Lusaka, Zambia, Junta Central de Salud y UNICEF, 1997.



Wilson W. *When work disappears: the world of the urban poor*. Nueva York, Vintage Books, 1997.

Yon C, Jiménez O, Valverde R. Representations of sexual and preventive practices in relation to STDs and HIV/AIDS among adolescents in two poor neighborhoods in Lima (Peru): relationships between sexual partners and gender representations. Trabajo presentado en el seminario *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires, Argentina, 13-15 de mayo de 1998.

Yunes J, Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas. *Caderno de saude publica*, Rio de Janeiro, 1994, 10(1):88-125.

Zaluar A. Gangsters and remote-control juvenile delinquents: youth and crime. En: Rizzini I, ed. *Children in Brazil today: a challenge for the third millennium*, Rio de Janeiro, Brasil, Editora Universitaria Santa Ursula, 1994:195-217.