

Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes

Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes



Documento de la serie de jóvenes No. 1



Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes

Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes

Documento de la serie de jóvenes No. 1

Editado por Bill Finger, Maria Lapetina, y Maryanne Pribila

Autores del Informe de ENFOQUE: Tijuana James-Traore, Robert Magnani, Nancy Murray, Judith Senderowitz, Ilene Speizer, y Lindsay Stewart

Family Health International, Programa YouthNet

Agradecimientos

El presente documento es un resumen de partes seleccionadas del informe de fin del programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes, *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade* [Progreso de la Salud Reproductiva de los Adultos Jóvenes: Acciones para el próximo decenio], escrito (en orden alfabético) por: Tijuana James-Traore, Robert Magnani, Nancy Murray, Judith Senderowitz, Ilene Speizer y Lindsay Stewart. El programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes (1995-2001) estuvo dirigido por Pathfinder International, con The Futures Group International y la Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane como socios, y fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Este resumen del informe de ENFOQUE fue editado por los siguientes miembros del personal de YouthNet: Bill Finger, coordinador de difusión de información; María Lapetina, interna; y Maryanne Pribila, asistente de programas. Agradecemos especialmente a las siguientes personas que examinaron la totalidad o partes del presente documento: Shanti Conly, Suzanne Fischer, Sarah Harbison, Karen Katz, JoAnn Lewis, Holly McClain, Shawn Malarcher, Robert Magnani, Elizabeth Robinson, Judith Senderowitz, Lindsay Stewart y Nancy Williamson.

YouthNet es un programa de cinco años financiado por la USAID para mejorar la salud reproductiva y prevenir la infección por el VIH en los jóvenes. El equipo de YouthNet está dirigido por Family Health International (FHI) y está integrado por CARE USA, Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd., Margaret Sanger Center International y RTI International. Esta publicación está financiada mediante el Acuerdo de Cooperación de la USAID con FHI para YouthNet, No. GPH-A-00-01-00013-00. La información presentada en esta publicación no refleja necesariamente las políticas de FHI ni de la USAID.

© 2003 por Family Health International

ISBN: 0-939704-82-X

Family Health International, Programa de YouthNet

2101 Wilson Blvd, Suite 700

Arlington, VA 22201 EE.UU.

703-516-9779 (teléfono)

703-516-9781 (fax)

www.fhi.org/youthnet (sitio en la Web)

Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes estará disponible en inglés, francés y español en forma impresa y en el sitio en la Web de YouthNet en www.fhi.org/youthnet (presione en YouthNet Publications). El informe completo de fin del programa ENFOQUE y otras publicaciones de ENFOQUE pueden leerse en línea en www.fhi.org/youthnet o www.pathfind.org/focus/htm.

Índice

Introducción	2
Capítulo 1. Contexto de la vida de los jóvenes	3
Capítulo 2. Resumen del proceso de investigación	6
Capítulo 3. Establecimiento de un entorno de apoyo	8
Capítulo 4. Mejora en conocimientos, actitudes y comportamientos	10
Programas escolares	
Medios de información/mercadeo social	
Programas comunitarios y de pares	
Programas en el lugar de trabajo	
Capítulo 5. Aumento del uso de los servicios de salud reproductiva	18
Servicios que dan buena acogida a los jóvenes	
Centros para jóvenes	
Escuelas y establecimientos de salud vinculados	
Mercadeo social/medios de información	
Extensión comunitaria	
Sector privado	
Capítulo 6. Recomendaciones	23
Referencias	25

Cuadros

Cuadro 1. Estudios que tienen un diseño fuerte de investigación (1989-2001): Impacto en conocimientos, actitudes y comportamientos	7
Cuadro 2. Escuelas: Programas de educación sexual en VIH/SIDA que midieron el comportamiento	11
Cuadro 3. Escuelas: HIV/AIDS Programas de educación sexual en VIH/SIDA que no midieron el comportamiento	12
Cuadro 4. Escuelas: Programas de educación de salud reproductiva	13
Cuadro 5. Programas de medios de información	14
Cuadro 6. Programas comunitarios	15
Cuadro 7. Programas en el lugar de trabajo	16
Cuadro 8. Centros para jóvenes y servicios que dan buena acogida a los jóvenes	19

Introducción

¿Qué tipos de programas dan resultado en su labor para promover la salud reproductiva de los jóvenes y prevenir la infección por el VIH? ¿Cuáles factores hacen que algunos programas tengan éxito y otros no? Las respuestas a estas preguntas son esenciales, en particular teniendo en cuenta datos que indican que la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir 20 años de edad, que relativamente pocos jóvenes usan anticoncepción fiable y que hasta la mitad de los nuevos casos de infecciones por el VIH/SIDA ocurren en personas menores de 25 años en muchos lugares del mundo.

Estrategias de Intervención que dan Resultado para los Jóvenes es un informe relativo a programas que han ayudado a los jóvenes de los países en desarrollo a practicar comportamientos más sanos, por ejemplo postergar el inicio de la vida sexual, reducir el número de compañeros sexuales y aumentar el uso de métodos para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH/SIDA. Está dirigido a planificadores de programas, administradores, elaboradores de políticas y donantes interesados en elaborar estrategias basadas en pruebas y programas para promover una mejor salud para los jóvenes.

El Capítulo 1 describe algunas características del contexto de los jóvenes de todo mundo y el grado en que las normas culturales y de género influyen en su salud. El Capítulo 2 resume el proceso de investigación utilizado en el informe de ENFOQUE. Los Capítulos 3, 4 y 5 presentan los hallazgos clave de la investigación y la labor programática en tres tipos de intervenciones: crear un entorno de apoyo para los jóvenes; mejorar los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud reproductiva; y aumentar el uso de servicios de salud reproductiva por parte de los jóvenes. El Capítulo 6 presenta recomendaciones basadas en esta investigación.

El presente documento pone de relieve los resultados de 39 evaluaciones de intervenciones de programas para los jóvenes de los países en desarrollo. El programa ENFOQUE en Adultos Jóvenes consideró que dichas evaluaciones habían utilizado una metodología sólida y que habían tenido resultados importantes. Éstas puede considerarse como la primera generación de este tipo de estudios en el mundo en desarrollo. La nueva generación de programas y estudios hará relativamente más hincapié en promover la abstinencia sexual y la postergación del inicio de la vida sexual, reducir el número de compañeros sexuales, llegar a jóvenes de menor edad y hacer participar a los padres. ENFOQUE también resumió otros estudios y experiencias de proyectos que ofrecían hallazgos de apoyo pero que eran menos rigurosos y describían cuestiones operacionales clave, haciendo hincapié en el desarrollo de capacidades, ampliación y sostenibilidad, y participación de los jóvenes.

Este es el primer documento de una nueva serie de Documentos de Trabajo relativos a Cuestiones de los Jóvenes que YouthNet producirá acerca de varios temas. Parte del mandato de YouthNet consiste en hacer que la disponibilidad de los materiales de ENFOQUE sea lo más amplia posible, por ejemplo mediante la publicación en varios idiomas, y nos complace difundir más ampliamente la labor del programa ENFOQUE en este primer documento de trabajo. Esperamos que sea útil para su labor y que ayude a mejorar la salud reproductiva y a prevenir la infección por el VIH/SIDA en los jóvenes.

Capítulo 1. Contexto de la vida de los jóvenes

Más de la cuarta parte de la población mundial (es decir, 1.700 millones de personas) tiene entre 10 y 24 años de edad, y esta cifra está aumentando. La adolescencia es un período de cambio dinámico que representa la transición de la niñez a la edad adulta y se caracteriza por maduración emocional, física y sexual. Los hábitos que se adquieren en la adolescencia tienen efectos de gran importancia en la edad adulta.

A nivel mundial, la pubertad está ocurriendo a una edad más temprana en los niños y en las niñas, y la edad en que las personas contraen matrimonio está aumentando. Esto produce una brecha temporal cada vez mayor en la cual los adultos jóvenes pueden tener relaciones sexuales premaritales. La mayoría de los jóvenes de todo el mundo han tenido relaciones sexuales al cumplir 20 años de edad, ya sea que estén casados o solteros.

A pesar de que las tasas de natalidad en la adolescencia están disminuyendo en la mayoría de los países, más de 13 millones de adolescentes dan a luz cada año en los países en desarrollo, y muchos de esos nacimientos no han sido planificados. Las sociedades que hacen hincapié en la fertilidad animan a las mujeres a tener hijos a una edad temprana. La mayoría de los jóvenes que tienen una vida sexual activa no usan la anticoncepción, e incluso los que la usan experimentan más fracasos de los anticonceptivos y tienen más probabilidades de dejar de usar el método que los adultos mayores. Si bien es cierto que los condones son un método anticonceptivo clave para los jóvenes, muchos de ellos no los ven con buenos ojos porque a menudo los consideran como un símbolo de desconfianza y se cree que hacen disminuir la intimidad y el placer sexual.



Las jóvenes y sus hijos hacen frente a graves riesgos para la salud a causa del embarazo y el alumbramiento a una edad temprana. Las jóvenes solteras tienen más probabilidades que las mujeres de más edad de someterse a abortos clandestinos o ilegales por razones legales, sociales y financieras. La maternidad temprana puede poner fin a la educación de una niña y aumentar la pobreza.

Las normas de género influyen profundamente en la adolescencia. Para una minoría importante de mujeres jóvenes —y algunos hombres jóvenes— las relaciones sexuales tempranas no han sido deseadas o han sido producto de coacción. Algunas jóvenes tienen relaciones sexuales a cambio de dinero u otros regalos proporcionados por hombres de más edad, especialmente en África al sur del Sahara. A menudo se espera que las jóvenes sean vírgenes hasta que contraen matrimonio —y se casan a una edad temprana— mientras que, en muchos lugares, se anima a los hombres jóvenes a que tengan relaciones sexuales y obtengan experiencia sexual antes del matrimonio. Este comportamiento hace que los muchachos corran un riesgo considerable en cuanto a problemas relacionados con el desarrollo saludable. Las normas de la sociedad que esperan que los hombres sean dominantes y agresivos pueden ser perjudiciales, para los hombres y para las mujeres.

La educación, la familia y la cultura también influyen en la salud reproductiva de los jóvenes y en el riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA. En promedio, las jovencitas que han recibido más instrucción tienen menos probabilidades de infectarse con el VIH y tienen más probabilidades de posponer la procreación y más probabilidades de tener familias más pequeñas y más saludables. La urbanización y la modernización han tenido efectos mixtos en la salud de los

Las jovencitas que asisten a la escuela tienen considerablemente menos probabilidades de haber tenido relaciones sexuales que las que no asisten a la escuela.

jóvenes. Los jóvenes de las zonas urbanas se ven más influidos por factores exteriores a la familia y la comunidad, que pueden contribuir a más prácticas sexuales de riesgo. Sin embargo, algunas de esas influencias también han promovido un uso mejor de la atención protectora de la salud reproductiva y a un comportamiento de menor riesgo. A pesar de que algunas prácticas tradicionales pueden ser positivas, por ejemplo que los familiares de más edad den a los jóvenes educación sexual, otras pueden tener efectos negativos, como la escisión sexual femenina, que pone en peligro la salud de las niñas. Algunos adolescentes han perdido la comunicación con sus familias y viven al margen de la sociedad, a menudo en la calle, lo cual hace que sean especialmente vulnerables a la explotación sexual.

Los factores que se examinan aquí contribuyen a hacer que los jóvenes sean especialmente vulnerables a los embarazos involuntarios y las ITS, incluida la infección por el VIH/SIDA. En muchas regiones, hasta la mitad de los nuevos casos de infección por el VIH ocurre en las personas menores de 25 años de edad, y las jovencitas corren un riesgo particular de infección.

Riesgos y factores protectores

Nuevos datos de Estados Unidos y de países en desarrollo indican que varios factores influyen en el comportamiento sexual y de riesgo de los adolescentes. Estos factores pueden hacer aumentar el riesgo, ofrecer más protección a los jóvenes o dar ambos resultados. Los factores se clasifican en las siguientes categorías:

- Las características individuales de los jóvenes, incluidos los conocimientos, actitudes, creencias, valores, motivaciones y experiencias
- Otros jóvenes y compañeros sexuales con quienes interactúan
- Las familias y los adultos de la comunidad
- Instituciones como escuelas, lugares de trabajo y organizaciones religiosas que apoyan a los jóvenes
- Comunidades mediante las cuales se transmiten las expectativas sociales relativas a normas de género, comportamiento sexual, matrimonio y procreación

Para ampliar los conocimientos acerca de estos factores de riesgo y protectores, ENFOQUE llevó a cabo investigación mediante encuestas en los siguientes 10 países: Brasil, Chile, Ghana, Jamaica, Paraguay, Perú, Sudáfrica, Togo, Zambia y Zimbabwe. Basándose en esta investigación, ENFOQUE determinó influencias clave que tienen efectos en el inicio de la vida sexual y el uso de condones, y sugirió respuestas programáticas.

Efectos en el inicio de la vida sexual

Se sacaron siete conclusiones relativas a los factores que influyen en el inicio de la vida sexual:

- En la mayoría de los países, los varones adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales antes que las jovencitas. Los programas deben abordar normas y comportamientos sexuales de los muchachos a una edad más temprana y mediante normas sociales.
- Las jovencitas que asisten a la escuela tienen considerablemente menos probabilidades de haber tenido relaciones sexuales que las que no asisten a la escuela. Aunque son muchos los factores que influyen en el comportamiento sexual de las jovencitas, las políticas nacionales y las normas comunitarias que fomentan la educación para las niñas pueden contribuir a los factores que hacen que se postergue el inicio de la vida sexual.

Los términos *gente joven*, *adultos jóvenes*, *jóvenes* y *adolescentes* se usan indistintamente en este documento. Todos estos términos se refieren a las personas de 10 a 24 años de edad, a menos de que indique de otro modo.

- Un nivel más elevado de conocimientos acerca de la salud reproductiva no se asocia con niveles más elevados de actividad sexual en las encuestas realizadas en los dos países que examinaron esta cuestión. Cuatro de los estudios analizados en el Capítulo 4 revelaron que la educación de salud reproductiva o relativa a infecciones impartida en las escuelas producía la postergación del inicio de la vida sexual. Estos hallazgos indican que los programas de educación en salud reproductiva deben fortalecerse y que estos no hacen aumentar la actividad sexual.
- Las experiencias notificadas por los jóvenes con otros comportamientos de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol o uso de drogas ilegales se correlacionan fuertemente con haber tenido relaciones sexuales, incluso cuando se controla el factor de la edad. Los programas de salud reproductiva pueden ser más eficaces si se vinculan con programas que promueven otros comportamientos saludables en los jóvenes.
- La percepción de que los amigos tienen una vida sexual activa y que tienen experiencia sexual parece influir en el comportamiento de los jóvenes. Como se explica en el Capítulo 4, los promotores pares pueden ser más eficaces si tienen un perfil similar en experiencia sexual a la de la población beneficiaria.
- El nivel de pobreza de la familia se asocia fuertemente con el inicio temprano de la vida sexual en las jovencitas, pero se asocia menos fuertemente respecto a los muchachos. Los educadores de salud deben colaborar con los programas dirigidos a la reducción de la pobreza agregando componentes relativos a la salud reproductiva de los jóvenes.
- Los jóvenes que tienen una relación positiva y estable con una persona adulta, por ejemplo con un maestro, posiblemente tengan menos probabilidades de haber tenido relaciones sexuales. Las investigaciones acerca de este tema son escasas pero indican que los programas de mentores adultos pueden ser útiles. Sin embargo, el tipo de mentor adulto —maestro, líder de niños exploradores, líder religioso, etc.— puede influir en los resultados. Los programas deben monitorearse cuidadosamente para evaluar los efectos de la labor de mentores.



Efectos en el uso de condones

Se sacaron tres conclusiones relativas a los factores que influyen en el uso de condones:

- Casi invariablemente los muchachos tienen más probabilidades de notificar el uso de condones en su relación sexual más reciente que las jovencitas. Los programas deben animar a los muchachos a usar condones sistemáticamente y a ayudar a las jovencitas a obtener aptitudes de negociación para el uso de condones.
- Una influencia potencialmente fuerte en los jóvenes parece tener actitudes positivas respecto al uso de condones, aunque dichas actitudes se midieron en dos países solamente respecto a los muchachos y en un solo país respecto a las jovencitas. Los programas deben dirigir su labor a jóvenes que tienen una vida sexual activa para mejorar las actitudes relativas al uso del condón, la percepción del riesgo y los conocimientos acerca del uso correcto.
- La comunicación con otros jóvenes y con el compañero o la compañera sexual acerca de la sexualidad parece ser una influencia positiva importante en el uso del condón, particularmente respecto a los muchachos. A pesar de que el efecto causal no está claro —es decir, si la decisión de usar condones produce una mejor comunicación o viceversa— una comunicación mejor con el compañero sexual y otros jóvenes parece asociarse de manera positiva con el uso de condones.

Capítulo 2. Resumen del proceso de investigación

La evaluación de ENFOQUE de la eficacia de los programas para los jóvenes de salud reproductiva y de prevención de la infección por el VIH/SIDA determinó 39 estudios que tenían un diseño de investigación relativamente fuerte y que contaban con un grupo de intervención y un grupo control. El criterio de inclusión en el grupo fue el diseño de la evaluación, no la fuerza de toda la intervención en sí ni la calidad de la implementación del programa. El número de ese tipo de evaluaciones ha aumentado en años recientes, pero la base de pruebas en este campo sigue siendo reducida.

Al parecer, los programas son más eficaces para influir en los conocimientos y en las actitudes que para cambiar comportamientos.

La evaluación también incluyó pruebas de apoyo y anecdóticas. Los estudios de apoyo proporcionaban pruebas estadísticas relativas a los cambios de los resultados de salud reproductiva en programas particulares pero carecían de un grupo control. Dichos estudios no tenían en cuenta la posibilidad de que otro factor que no fuese el programa mismo podía causar el cambio en los indicadores de resultados. Las pruebas anecdóticas procedentes de observaciones, grupos de enfoque o estudios de casos pueden permitir comprender claramente el comportamiento de los jóvenes y las operaciones programáticas pero, si se tienen en cuenta solas, no pueden llevar a conclusiones válidas acerca de los resultados del programa. Todos los diseños de los estudios tienen algunas limitaciones: los que tienen grupo de intervención y grupo control, estudios cuantitativos sin un grupo control, y pruebas anecdóticas o cualitativas. Sin embargo, los tres tipos son útiles para la evaluación de programas y políticas.

Las conclusiones que se presentan en el informe de ENFOQUE (véase el Capítulo 6) conceden el mayor peso a los 39 estudios que tenían pruebas relativamente fuertes.



Cuadro 1. Estudios que tienen un diseño fuerte de investigación (1989-2001): Impacto en conocimientos, actitudes y comportamientos

Tipo de programa	Número de estudios	Mejora de los conocimientos y actitudes †	Mejora de por lo menos un comportamiento entre algunos participantes †
Todos los programas	39	32/35	22/29
Escuela	21	17/19	9/14
Educación VIH/SIDA	13	11/12	6/7
Educación general de SR*	8	6/7	3/7
Medios de información	6	5/6	5/5
Sólo medios	1	1/1	1/1
Medios con mercadeo social	5	4/5	4/4
Comunidad	4	4/4	4/4
Desarrollo de los jóvenes	1	1/1	1/1
Educación de pares	3	3/3	3/3
Lugar de trabajo	4	4/4	2/2
Establecimiento de salud	4	2/2	2/4
Servicios que dan buena acogida a los jóvenes	3	1/1	2/3
Centro para jóvenes	1	1/1	0/1

* SR significa salud reproductiva.

† El número indica impacto considerable/número total.

El Cuadro 1 resume los hallazgos de dichos estudios según el tipo de programa e impacto significativo en los conocimientos, actitudes y comportamientos clave. El análisis de esos estudios condujeron a tres hallazgos generales:

- Al parecer, los programas son más eficaces para influir en los conocimientos y en las actitudes que para cambiar comportamientos. Este resultado probablemente indica la dificultad de cambiar comportamientos que se ven influidos por un gran número de factores, muchos de los cuales van más allá de los conocimientos y las actitudes relacionadas con la salud reproductiva.
- No existen suficientes evaluaciones rigurosas para sacar conclusiones firmes acerca de estrategias programáticas. Algunos enfoques prometedores todavía no se han evaluado rigurosamente en países en desarrollo. De los estudios más fuertes, la mayoría han centrado la atención en intervenciones en escuelas; sólo unos cuantos han evaluado el uso de servicios de salud; y ninguno ha examinado los resultados que ha tenido en los comportamientos el establecimiento de un entorno de apoyo. Existen pocos datos acerca de los efectos a largo plazo en los comportamientos, o acerca de la ampliación y la evaluación de programas a largo plazo.
- A causa del número reducido de evaluaciones rigurosas llevadas a cabo, de las variaciones en el período de observación y en los comportamientos estudiados, y la falta de estudios reproducidos en entornos múltiples, no es posible tener la certeza de que ciertos modelos programáticos sean más eficaces que otros.

El criterio para la inclusión en el grupo [de estudios] fue el diseño de la evaluación, no el fortalecimiento de la intervención en general o de la calidad de la implementación del programa.

Capítulo 3. Establecimiento de un entorno de apoyo

Las políticas, las normas sociales y las prácticas culturales configuran los factores de riesgo y protectores que influyen en la salud reproductiva de los adultos jóvenes.

Políticas

Las políticas incluyen directivas formales tales como disposiciones constitucionales, leyes o reglamentos, y también normas de práctica y directrices formales. Las políticas pueden superar barreras que obstaculizan la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes al autorizar la prestación de servicios necesarios y al mejorar el acceso que tienen los jóvenes a información y servicios de calidad.



Aproximadamente 100 países tienen políticas nacionales amplias para los jóvenes y mecanismos de coordinación de los jóvenes. De estos, unos cuantos abordan cuestiones de salud reproductiva de los jóvenes, como la incorporación de la educación sexual en las escuelas. Convenios y declaraciones internacionales patrocinados por las Naciones Unidas han apoyado tales políticas, pero la falta de voluntad política y las dificultades para coordinar políticas entre sectores gubernamentales con frecuencia han frenado el proceso de elaboración e implementación.

Se necesita más información relativa a la forma en que las políticas se implementan realmente y a si éstas tienen un impacto positivo en la salud reproductiva de los adultos jóvenes. Los programas que procuran mejorar las políticas no se han evaluado rigurosamente. No obstante, los hallazgos obtenidos mediante encuestas y experiencias programáticas relativas a políticas han permitido aprender varias lecciones importantes.

- Al elaborar e implementar políticas, los países han coordinado actividades para los jóvenes en todos los sectores, incluidos deportes y recreación, trabajo, justicia, salud y educación. La experiencia indica que los grupos multisectoriales nacionales y locales pueden coordinar eficazmente la labor si un sector tiene credibilidad y autoridad claras para dirigir. La asistencia técnica y la financiación pueden dar impulso para apoyar la implementación de políticas nacionales en etapas. En Bolivia, por ejemplo, la asistencia técnica proporcionada al Ministerio de Salud ayudó a elaborar e implementar políticas nacionales más fuertes de prestación de servicios para los jóvenes.
- Los líderes locales y grupos de promoción de la causa aprovechan los puntos fuertes culturales de un país en particular. Los líderes influyentes y las coaliciones de promoción de la causa que se centran en los jóvenes pueden ayudar a convencer a los encargados de tomar decisiones de alto nivel para que respalden políticas positivas de apoyo a los jóvenes y ayuden a abordar controversias. Las redes de jóvenes de Kenia, Sudáfrica, Bolivia y la República Dominicana han ayudado a centrar la atención en los jóvenes y en la infección por el VIH/SIDA al trabajar mediante comisiones nacionales, ministerios y coaliciones de cabildeo legislativo.

- Hacer participar a los jóvenes directamente en la planificación y la implementación de políticas es importante puesto que los jóvenes son los promotores más eficaces para realizar cambios. Gracias a presentaciones por los medios de información, reuniones con funcionarios del gobierno y otras estrategias, los jóvenes de Malí, Brasil y otros países han demostrado el valor que tiene el hecho de que los jóvenes expresen su opinión acerca de la infección por el VIH/SIDA y cuestiones de salud reproductiva.
- Se puede influir en los líderes al proporcionar previsiones demográficas de otras situaciones hipotéticas de políticas, datos relativos a costos y beneficios de los programas para los jóvenes, e información acerca del peligro que plantea la infección por el VIH/SIDA para los jóvenes.
- Aprovechar los recursos de los donantes internacionales puede ayudar a centrar la atención pública y privada en la necesidad de invertir en programas de salud reproductiva de los adolescentes.

Normas sociales y prácticas culturales

Normas son reglas que determinan el comportamiento esperado y apropiado, y sanciones positivas o negativas, costos y beneficios asociados con la observación o la violación de dichas reglas. El contexto social en el que los jóvenes crecen y llegan a la edad adulta influye en sus decisiones y en sus comportamientos de salud reproductiva.

Las normas que pueden tener resultados de salud reproductiva negativos son las siguientes: discriminación basada en el género, poco valor concedido a la educación, restricciones de la movilidad de las jovencitas, promoción de la vida sexual activa temprana, estigma relativo al uso de condones y expectativas culturales en cuanto a la edad de contraer matrimonio y de procrear. Las relaciones de los padres con sus hijos pueden influir en el impacto de las normas sociales.

Los programas han utilizado diversas estrategias para tratar de cambiar las normas sociales y las prácticas culturales. Las estrategias principales tienen que ver con los medios de información,

la comunicación de persona a persona, la influencia de los líderes tradicionales y religiosos, y el aprendizaje y la acción participativos — técnica de evaluación de necesidades que permite a la población beneficiaria ayudar a configurar planes de acción, con lo cual se aprovecha la creatividad de los jóvenes en el proceso.

Un estudio llevado a cabo en Paraguay y en el que participaron los medios de información hizo aumentar la proporción de jóvenes que creen que las jovencitas actúan de manera responsable cuando piden a sus compañeros sexuales que usen condones (véase Magnani, Cuadro 5).

La comunicación de persona a persona mediante campañas de movilización comunitaria ha sido eficaz, según la experiencia de un programa en Bangladesh que utilizó una serie de reuniones comunitarias para hablar de cuestiones de salud reproductiva de los jóvenes. La labor para eliminar la escisión sexual de las jovencitas en África ha tenido éxito cuando ésta ha incluido como socios activos a los que guardan esas tradiciones. Los proyectos realizados en Zambia y Camboya indican que un enfoque de aprendizaje y acción participativos en la evaluación de necesidades ayudó a los trabajadores de salud de adultos a superar estereotipos relacionados con los jóvenes y permitió obtener una variedad más amplia de respuestas a los programas.

Las intervenciones con los medios de información y las actividades de movilización comunitaria tienen potencial para influir en las normas sociales y cambiar algunas creencias individuales relacionadas con la salud reproductiva de los adultos jóvenes. Sin embargo, se debe prestar más atención a realizar cambios de las normas a nivel macro mediante campañas a nivel nacional de información, educación y comunicación.

Hacer participar a los jóvenes directamente en la planificación y la implementación de políticas es importante puesto que los jóvenes son los promotores más eficaces para realizar cambios.

Capítulo 4. Mejora en conocimientos, actitudes y comportamientos

Al hacer la transición de la infancia a la edad adulta, los adolescentes necesitan adquirir los conocimientos y desarrollar las actitudes y aptitudes que los ayuden a participar como miembros de un hogar, un barrio y la comunidad en general. Deben adquirir experiencia en la toma de decisiones basándose en la razón, en evaluar riesgos y consecuencias de las decisiones y acciones, y en interactuar y comunicarse con otros jóvenes como ellos, compañeros sexuales y adultos.



Al reconocer la gran variedad de factores de riesgo y protectores que influyen en la salud reproductiva de los jóvenes, los programas para adolescentes pueden centrar la atención directamente en la sexualidad y los comportamientos sexuales, como también en factores contextuales no sexuales. El análisis que se presenta a continuación de programas que tal vez sean eficaces para mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y comportamientos de los jóvenes se organiza según cuatro entornos de programas: escuelas (incluidas las vinculadas a clínicas), medios de información, comunidades y el lugar de trabajo.

Programas escolares

Los programas escolares pueden llegar a un gran número de adolescentes en países donde las tasas de matrícula escolar son elevadas. (La asistencia a la escuela en general está aumentando en todo el mundo.) El entorno escolar estructurado es propicio para enviar mensajes educativos a los jóvenes, con lo

cual ofrece un público potencial incondicional para los programas de sexualidad y salud reproductiva.

Veintiún programas escolares de países en desarrollo han sido objeto de evaluaciones relativamente fuertes, incluidas 13 centradas en la infección por el VIH/SIDA/ITS y ocho centradas en la salud reproductiva general. Casi todos los programas escolares estudiados tuvieron una influencia positiva en los conocimientos y las actitudes de salud reproductiva. De los 14 estudios que evaluaron cambios de comportamientos, nueve observaron mejoras en por lo menos un comportamiento (véase el Cuadro 1). Sin embargo, los cambios fueron generalmente a corto

Terminología usada en los cuadros 2 a 8

Diseño. Los diseños experimentales son aquellos en los que los sujetos del estudio son asignados aleatoriamente a los grupos de intervención y a los grupos control. Los diseños cuasi-experimentales son aquellos en los que no se elige un grupo control aleatoriamente.

En los estudios cuasi-experimentales, se seleccionan grupos control que sean lo más parecidos posible a los grupos de intervención, con frecuencia apareando características que se considera que son antecedentes importantes de los resultados que busca el programa.

Resultados. Los resultados indicados son significativos desde el punto de vista estadístico y se hallaron diferencias deseables al comparar los datos de referencia con los datos de post-intervención.

SIDA. La sigla "SIDA" se emplea al referirse a la infección por el VIH/SIDA.

Cuadro 2. Escuelas: Programas de educación sexual en VIH/SIDA que midieron el comportamiento

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño (% perdido para el seguimiento, si está disponible)	Intervención (Duración e intensidad, si están disponibles)	Resultados
2000 Harvey Sudáfrica	N=1,080 M/F, 13-29 años	Experimental, longitudinal, 14 escuelas, pre/post prueba (35%)	Escenificación en educación de tres fases para maestros, enfermeras y estudiantes	Mayor uso del condón, mejores actitudes hacia la gente con SIDA
1999 Fawole Nigeria	N=433 M/F, edades medias: intervención 17,6 años, control 17,8 años	Experimental, longitudinal, 4 escuelas, selección aleatoria de estudiantes, pre/post prueba (4%)	Conferencia, película, escenificación, canciones, debate, cuentos, ensayos (6 sesiones semanales, 2 a 6 horas cada una)	Reducción del número de compañeros sexuales y del porcentaje con vida sexual activa; mayor conocimiento del SIDA; mejores actitudes hacia las personas con SIDA
1999/1998 Fitzgerald/Stanton Namibia	N=515 M/F, 15-18 años	Experimental, longitudinal, 10 escuelas, selección aleatoria de estudiantes, pre/3 post pruebas 30%)	Adaptación del programa estadounidense "Focus on Kids" (capacitación de 40 hrs para facilitadores, 14 sesiones para estudiantes 2 hr/7semanas)	Mayor postergación del inicio de la vida sexual activa, mayor uso del condón por parte de los hombres, mayor intención de las mujeres de usar condones y mayor creencia de poderse poner un condón.
1997 Antunes Brasil	N=394 M/F, 18-25 años (Trabajan tiempo com- pleto y asisten a escuela)	Experimental, longitudinal, 4 escuelas, pre/2 post pruebas (50%)	Contenido basado en el modelo del cambio de comportamiento para reducir los riesgos de SIDA (cuatro sesiones de 3-hrs)	Las mujeres adoptan comportamientos de menos riesgo y establecen mejor comunicación con los compañeros
1994 Thongkrajai Tailandia	N=2,909 M/F, edad. No se notificaron edades	Cuasi-experimental, longitudinal, 3 escuelas, pre/post prueba (19%)	Consejeros de IEC* de pares capacitados para hacer remisiones y brindar ambiente de aprendizaje	No hubo ningún cambio
1991 Wilson Zimbabwe	N=84 M/F, edad media 23,1 años (maestros y alumnos)	Experimental, longitudinal, pre/post prueba (0%)	Demostración de condones, video, escenificaciones y psicodrama (una sesión de 90 minutos en la escuela)	Menor número de compañeros y actos sexuales; sin protección el mes pasado; mayor autoeficacia, conocimientos, y uso correcto de los condones
(Inédito) Coplan Nigeria	No se informó	Cuasi-experimental 12 escuelas, pre/post prueba	Proveedores clínicos vinculados a educadores de pares, detección de ITS, divulgación y contenido relativo a la prevención	Mayor uso del condón, conocimiento y tratamiento de las ITS, autonotificación de síntomas de ITS y más visitas a los proveedores

*IEC significa información, educación, y comunicación.

plazo, y los efectos a largo plazo en el comportamiento son menos seguros.

Todavía quedan sin resolver muchas cuestiones relacionadas con la educación sexual. Los programas varían considerablemente en cuanto a lo que se enseña, al entorno, a quien enseña y a la forma en que se enseña. A menudo, los fondos son mínimos, los maestros carecen de capacitación, la participación de los padres y de

los jóvenes es baja y los programas se ofrecen sólo en la escuela secundaria, cuando los jóvenes ya tienen una vida sexual activa. A pesar de estos problemas, los programas escolares ofrecen la oportunidad de llegar a un gran número de jóvenes y maestros, y también la oportunidad institucionalizar la educación sexual y ampliar su impacto cuando los ministerios de educación hacen que ésta sea política oficial.

Al parecer, en general los programas relacionados con la infección por el VIH/ITS tuvieron más impacto en el comportamiento que los programas de salud reproductiva general. El Cuadro 2 presenta un resumen de los siete programas relacionados con la infección por el VIH/ITS que midieron el cambio de comportamiento. Los jóvenes de más edad fueron el centro de atención de la mayoría de estos programas, incluida una escuela nocturna en Brasil para los que trabajan en el día y una escuela para maestros estudiantes en Zimbabwe. Sin embargo, un programa basado en escenificaciones en Sudáfrica llegó a jóvenes de hasta 13 años de edad. Un programa en Namibia

adaptó un currículo estadounidense llamado Focus on Kids [Enfoque en los muchachos]. Los cambios de comportamiento observados en esos estudios incluyeron menos actos sexuales sin protección en las adolescentes, postergación del primer acto sexual en las mujeres, mayor uso del condón y reducción del número de compañeros sexuales.

El Cuadro 3 describe los seis programas relacionados con la infección por el VIH/ITS que no midieron el cambio de comportamiento. Muchos de ellos observaron cambios de conocimientos y actitudes. La mayoría determinaron formas en que los programas necesitaban mejorar, por

Cuadro 3. Escuelas: Programas de educación sexual en VIH/SIDA que no midieron el comportamiento

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño (% perdido para el seguimiento, si está disponible)	Intervención (Duración e intensidad)	Resultados
1997/1994 Klepp/Klepp Tanzania	N=1,063 M/F, edad media 13,5 años	Experimental, longitudinal, aleatorio, ensayo comunitario, pre/posttest (23%)	Educación <i>ngao</i> (escudo) basada en teoría (20 hrs a lo largo de 2-3 meses)	Mayor conocimiento y comunicación respecto al SIDA; mejores actitudes hacia las personas con SIDA; menor intención de tener relaciones sexuales
1995 Abolfotouch Arabia Saudita	N=838 Sólo sexo masc., 14-19 años	Cuasi-experimental, 3 escuelas de intervención/3 de control elegidas aleatoriamente, sólo postprueba	Una charla acerca del SIDA impartida durante el Día Mundial del SIDA en 1992	Mayor temor de contraer el SIDA
1995 Aplasca Filipinas	N=845 M/F, edad media 14 años	Cuasi-experimental, longitudinal, aleatorio en conglomerados, 1 clase por grado, pre/2 post pruebas (5%)	Aprendizaje cognitivo basado en teoría (capacitación de 2 días para maestros; 12 clases bisemanales para estudiantes, c/u 40 min. al VIH)	Mayor conocimiento del SIDA; acuerdo en que se deben postergar las relaciones sexuales; mejores actitudes relativas al VIH
1995 Munodawafa Zimbabwe	N=285 M/F, grados 9-10	Cuasi-experimental, 3 escuelas de intervención/2 control no equivalentes, vinculadas pre/post prueba (0%)	Personal de enfermería capacitado como instructores (capacitación de enfermeras, 5 hrs/sem por 6 semanas; sesiones para estudiantes de 80 min/sem por 7 semanas)	Mayor conocimiento de 14 puntos de un total de 24 relacionados con las ITS, el SIDA, las drogas y el alcohol
1994 Cáceres Perú	N=1,213 M/F, 11-12 años (principalmente Católicos)	Cuasi-experimental, longitudinal, jóvenes seleccionados aleatoriamente en 14 escuelas, post prueba (33%)	Currículo basado en teoría (capacitación de 15 hrs para maestros; sesiones para estudiantes de 2 hrs/sem por 7 semanas)	Mejores actitudes (condones, sexualidad anticoncepción), conocimientos del SIDA y sexualidad; autoeficacia de las mujeres; menor discriminación y <i>machismo</i>
1994 Kuhn Sudáfrica	N=567 (bajo SES*) M/F, 12-30 años	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, pre/post prueba (15%)	Métodos participatorios para el diseño e implementación (2 semanas de enfoque intenso en el SIDA)	Mayor comunicación y conocimientos relativos al SIDA; mejores actitudes hacia las personas con SIDA

*SES significa bajo nivel socioeconómico.

ejemplo dar más capacitación a los maestros y prestar atención a las cuestiones de género.

De los ocho programas de salud reproductiva general evaluados rigurosamente, cuatro demostraron tener impactos positivos en el comportamiento (véase el Cuadro 4). Un programa cuidadosamente monitoreado que se llevó a cabo con muchachos y jovencitas de 11 a 14 años de edad en Jamaica, por ejemplo, observó en los

jóvenes que tenían una vida sexual activa un aumento del uso de condones a corto pero no a largo plazo. Los programas de Chile, México y Uganda también incluyeron a adolescentes más jóvenes y observaron una disminución de la actividad sexual y un aumento del uso de anticonceptivos en los que tenían una vida sexual activa. Los otros cuatro programas emplearon diversas estrategias, como por ejemplo un currículo formal en Nigeria y vínculos entre

Cuadro 4. Escuelas: Programas de educación en salud reproductiva

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño (% perdido para el seguimiento)	Intervención (Duración e intensidad, si están disponibles)	Resultados
2000/1998 Eggleston/Jackson Jamaica	N=945 M/F, 11-14 año	Cuasi-experimental, longitudinal, 10 escuelas, pre/2 post pruebas (24%)	Currículo acerca de la vida familiar (una sesión por semana durante 1 año)	Mayor uso del condón; mejores actitudes relativas al sexo, paternidad, y prevención del embarazo (sólo 9 meses)
2000 Gaffikin Brasil	N=4,777 M/F (no se notificaron edades)	Pre/post prueba grupo control apareado, 12 escuelas (72%)	Programa educativo sobre sexua- lidad y SR vinculado a clínicas y prestación de servicios para jóvenes en establecimientos públicos	Mayor número de jóvenes que reciben información acerca de la SR dada por la escuela o profesionales de salud
2000 Murray Chile	N=4,238 M/F, grados 7-12	Cuasi-experimental, 5 escuelas, pre/3 post pruebas (3%)	Currículo vinculado a la escuela y clínicas de salud (para implemen- tarse en dos años)	Mayor conocimiento de la reproducción y las ITS, uso de la anticoncepción por las mujeres
1999 Shuey Uganda	N=400 M/F, 13-14 años	Cuasi-experimental, 38 escuelas escogidas aleatoriamente con 10 estudiantes, pre/post prueba (0%)	Toma de decisiones saludables y currículo de comunicación con la participación de la comunidad	Vida sexual menos activa; mayor comunicación acerca del sexo; acuerdo en que la abstinencia es buena
1997/1997 Mbizvo/Rusakaniko Zimbabwe	N=1,689 M/F, edad media 14,5 años	Experimental, aleatorio, 8 escuelas, pre/2 post pruebas (6%)	Educación en salud que consiste en distribuir materiales de IEC* y dar charlas	Mayor conocimiento de los sueños, húmedos, la menstruación, el embarazo y la planificación familiar
1995 Seidman Chile	N=532 M/F, edad media: Control 15,6 años Intervención 16,1 años	Cuasi-experimental, longitudinal, pre/post prueba (0%)	Currículo "Teen Star", educación de sexualidad/concienciación respecto a la fertilidad basándose en valores (18 clases, las primeras 8 divididas por sexo)	Mayor concienciación acerca de la fertilidad; mayor postergación del inicio de la vida sexual activa
1993 CEDPA, JHU/PCS Nigeria	N=3,194 M/F, edad media: 14,3 año (primero de secundaria) 17,2 años (último de secundaria)	Cuasi-experimental, longitudinal, 18 escuelas, pre/post prueba (31%)	Currículo de población/vida familiar (462 maestros capaci- tados en métodos participatorios)	Mejores actitudes hacia la monogamia y mejores actitudes de los hombres respecto al tamaño de la familia
1989 Pick de Weiss México	N=491 M/F intervalo medio 13,4-14,9 años	Cuasi-experimental, longitudinal, 3 escuelas, pre/2 post pruebas (15%)	Currículo "Planificación de tu Vida" (capac. de 2 días para maestros; 12 sesiones para estudiantes, 2 hrs por 6 sem)	Mayores conocimientos generales, autoeficacia, percepción respecto a los condones y acceso a los mismos

* IEC significa información, educación y comunicación.

escuelas y clínicas en Brasil. Los resultados incluyeron aumentos de los conocimientos pero sólo un uso limitado de los servicios de clínicas por parte de los jóvenes de menos edad.

Medios de información/mercadeo social

Los medios de información son cada vez más importantes en la vida de la mayoría de los jóvenes.

Estos canales influyentes pueden informar a los jóvenes y a la comunidad en general acerca de la sexualidad y la salud reproductiva, y pueden configurar sus actitudes, creencias y comportamientos.

El análisis de seis estudios diseñados rigurosamente y otros estudios de apoyo concluyó que los medios de información son más eficaces

Cuadro 5. Programas de medios de información

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño (% perdido para el seguimiento, si está disponible)	Intervención (Duración, si está disponible)	Resultados
2001/1998 Kim/Kim Zimbabue	N=1,426 M/F, 10-24 años	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, 7 sitios, pre/post prueba (2%)	Radio, escenificación, consultorio telefónico, proveedores y educadores de pares capacitados (6 meses)	Aumento del uso de establecimientos de SR, anticoncepción y condones, rechazo de las relaciones sexuales, conocimientos y charlas acerca de temas de SR; relaciones sexuales con un sólo compañero
2000 Magnani Paraguay	N=947 inicialmente N=1,575 seguimiento M/F, 15-19 años	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, pre/post prueba	Campaña de medios de información, incluidos educadores de pares	Aumento del uso de condones en la primera relación sexual, conocimientos y actitudes acerca de temas de SR
Mercadeo social para la salud sexual de los adolescentes (SMASH), cuatro países				
1999 Van Rossem Camerún	N= 1,606 inicialmente N=1,633 seguimiento M/F, 12-22 años	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, pre/post prueba	Educación de pares, clubes de jóvenes en escuelas, medios de información y mercadeo social de condones (13 meses)	Reducción del número de compañeros, inicio sexual, inicio sexual temprano; aumento del uso por parte de las mujeres de condones en algún acto sexual, comportamientos preventivos, charlas sobre SR, percepción de riesgo por parte de los hombres
1999 Van Rossem Guinea	N=2,016 inicialmente N=2,005 seguimiento M/F, 12-19 años	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, pre/post prueba	Educación de pares, medios de información, mercadeo social dirigido, eventos recreativos, proveedores (8 meses)	Mayor uso de condones por parte de los hombres con vida sexual activa y en el acto sexual más reciente (no hubo cambios respecto a las mujeres)
1998 Meekers Sudáfrica	N=430 F, 17-20 años (muestra estratificada, sólo se notificó sexo femenino)	Cuasi-experimental, 2 muestras transversales, pre/post prueba (10%)	Elaboración de medios de infor- mación participatoria, medios de información, 70 educadores de pares capacitaron y patrocinaron 300 puntos previstos de distribución de condones (34 meses)	Mayor concienciación acerca de riesgos de embarazo, creencia de que los condones son la mejor forma de protegerse contra el SIDA; uso de condones alguna vez, mejores percepciones acerca de las barreras
1997 Meekers Botswana	N=1,002 inicialmente N=2,396 seguimiento M/F, 13-18 años	Cuasi-experimental, pre/post prueba	Puntos de distribución de SR, que dan buena acogida a los jóvenes, radio, medios impresos, sesiones educacionales, mercadeo social, extensión comunitaria y ventas por pares (8 meses)	Mayor autoeficacia de los hombres, creencia de las mujeres de que los condones reducen el riesgo de SIDA, el SIDA es incurable, las relaciones sexuales llevan al matrimonio y la abstinencia protege

cuando se combinan con otras actividades complementarias como materiales educativos, diversión y servicios de salud reproductiva. Las intervenciones con los medios de información influyen claramente en los conocimientos y las actitudes de los adolescentes, pero hay menos pruebas de que tales programas influyan sistemática y directamente en los comportamientos sexuales y de anticoncepción.

El Cuadro 5 resume los estudios rigurosos disponibles acerca de los medios de información. Cuatro de ellos tuvieron que ver con un proyecto titulado Mercadeo Social para la Salud Sexual de los Adolescentes (por sus siglas en inglés SMASH) en Botswana, Camerún, Guinea y Sudáfrica. En general, estos estudios observaron cambios en los conocimientos pero menos cambios en el comportamiento (Agha 2002). El programa Arte y Parte (Paraguay) y el proyecto de Promoción de la Responsabilidad

de los Jóvenes (Zimbabwe) llegaron a conclusiones similares. A pesar de esos hallazgos ambiguos, los programas de mercadeo social tienen el potencial de llegar a un gran número de personas. (Para obtener más información acerca del mercadeo social, véase la página 20).

Programas comunitarios y de pares

Los programas comunitarios comprenden desde actividades de concienciación de pequeña escala hasta la labor mucho más amplia de movilización comunitaria en la que grandes segmentos de la comunidad, incluidos los jóvenes, participan en la determinación de las necesidades y en el diseño de los programas para satisfacer dichas necesidades. Los programas comunitarios abordan muchos de los factores que influyen en el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes porque promueven la participación de los jóvenes, padres, líderes comunitarios y otras personas. Los dos tipos

Cuadro 6. Programas comunitarios

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño	Intervención (Duración, si está disponible)	Resultados
2001 Speizer Camerún	N=818 M/F, 10-25 años	Cuasi-experimental, pre/post prueba, 1 miembro por hogar elegible	Educadores de pares capacitados, dirigieron grupos de charla, remittieron a jóvenes a servicios, distribuyeron materiales de promoción (18 meses)	Mayor uso de métodos modernos, uso del condón en el acto sexual más reciente, conocimientos espontáneos acerca de la anticoncepción y los síntomas de ITS
2001/2000 Brieger/Speizer Nigeria	N=1,714 inicialmente N=1,801 seguimiento M/F, 12-24 años	Cuasi-experimental, longitudinal, pre/post prueba, muestras aleatorias de 100 en 20 sitios	Elaboración de actividades que incluyen educación de pares en la escuela y fuera de ella, con organizaciones que asisten a los jóvenes (8 meses)	Aumento del uso de métodos que protegen contra las ITS (en jóvenes que asisten a la escuela solamente), conocimientos acerca de la SR y autoeficacia (en hombres que asisten a la escuela), deseo de comprar condones
2000 Levitt-Dayal India	N=1,693 F, 15-26 años	Cuasi-experimental, post prueba solamente, 1 sitio de intervención/ 1 sitio control	Programa Mejores Opciones en la Vida: Generación de ingresos de empoderamiento, educación para la vida familiar (3 años)	Mayor uso de la anticoncepción, edad al contraer matrimonio, finalización de la escuela secundaria, uso de hospitales para el parto, capacidad para tomar decisiones independientemente
2000 Magnani Perú	N=6,962 M/F, 14-15 años	Diseño de grupo de panel de pre/post prueba	Proyecto piloto de promoción de pares en la escuela, capacitación de líderes	Reducción del inicio sexual de los hombres; aumento del uso por parte de los hombres en el acto sexual más reciente, conocimientos acerca de la ovulación y el embarazo

principales de intervenciones comunitarias analizados son los programas de desarrollo de los jóvenes y los programas de pares. Estos varían ampliamente en cuanto a diseño y metas.

Los programas de desarrollo de los jóvenes se centran en las opciones y las aptitudes para la vida, aspiraciones educacionales, oportunidades vocacionales y necesidades de desarrollo psico-social. Es posible que los programas aborden o no la salud reproductiva específicamente, pero los múltiples componentes de los programas pueden actuar juntos para promover un estilo de vida saludable. Un programa de ese tipo, el proyecto Mejores Opciones en la Vida, en la India (véase Levitt-Dayal, Cuadro 6), apoya la alfabetización, la capacitación vocacional y otras actividades por varios años y parece tener un impacto considerable en múltiples resultados de la salud reproductiva. Sin embargo, es posible que en el estudio haya habido un sesgo de selección al comparar a los jóvenes que decidieron

participar con los que decidieron no participar; por consiguiente, los resultados positivos podrían atribuirse ya fuese al programa o a un sesgo de selección. Además, se necesita más investigación para determinar cuáles componentes de tales programas podrían influir en los resultados de salud reproductiva y de la infección por el VIH/ITS.

Los programas de pares reclutan y capacitan a un grupo básico de jóvenes para que sirvan de modelo y para proporcionar información, remisiones a servicios y anticonceptivos otros jóvenes. Generalmente, los programas de pares constan de varios elementos importantes para la promoción y el desarrollo de la salud: identificación fuerte con el entorno social y cultural del grupo beneficiario, promoción de normas y valores sociales que apoyan actitudes positivas y comportamiento de salud, y participación de los jóvenes en programas diseñados para ellos. Esos programas aprovechan el hecho de que muchos

Cuadro 7. Programas en el lugar de trabajo

Año Autor principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño (% perdido para el seguimiento, si está disponible)	Intervención (Duración, si está disponible)	Resultados
2000 FOCUS, CARE Camboya	N=1,072 F, edad media 20 años (obreras de fábrica urbana)	Cuasi-experimental, diseño de panel de grupo control apareado pre/post prueba	Educación de SR mediante aprendizaje participatorio y enfoque de acción	Aumento de las charlas acerca de condones con amigos, conocimientos acerca de la anticoncepción, riesgos embarazo
1998 Celentano Tailandia	N=2,417 (1991) N=1,669 (1993) M, 19-23 años (reclutas tailandesas)	Cohortes prospectivos: 1991, 1993	Promoción de 100% condones: programa de distribución en burdeles, entrevistas, pruebas serológicas cada 6 meses (2 años)	Mayor uso sistemático del condón; menor comportamiento de riesgo, (1993), incidencia de ITS y VIH número de visitas a burdeles
1995 Bhave India	N=514 F, 15-25 años (trabajadoras sexuales)	Cuasi-experimental, longitudinal, pre/post prueba (0%)	Educación a propietarios de burdeles y trabajadores sexuales, mediante video, charlas y medios visuales (6 meses)	Aumento de los conocimientos acerca del VIH/SIDA, probabilidades de insistir en el uso de condones
1995 Cash Tailandia	N=252 F, 15-24 años (obreras de fábrica solteras)	Cuasi-experimental, longitudinal, 4 sitios, pre/post prueba (18%)	Materiales de prevención del SIDA; educación por promotores de salud; educación por educadores de pares	Todas las intervenciones hicieron aumentar las actitudes, los conoci- mientos y la intención de adoptar comportamientos de protección

jóvenes prefieren interactuar con otras personas similares a ellos y por lo común identifican a otros jóvenes como ellos como una de sus fuentes principales de información de salud reproductiva.

Tres programas de pares tenían diseños de investigación fuertes (véase el Cuadro 6). En el Perú, un programa de pares dio como resultado mejores conocimientos y actitudes, reducciones de la proporción de hombres que tenían una vida sexual activa y un aumento del uso de anticonceptivos en el acto sexual más reciente. La Iniciativa para los Jóvenes de Nigeria y Ghana produjo una reducción de los comportamientos sexuales de riesgo en el área de intervención, y el mayor impacto ocurrió en los jóvenes que asistían a la escuela y no en los que no lo hacían. El Programa Entre Nous Jeunes en Camerún produjo un aumento del uso de condones. En general, los estudios observaron impacto principalmente en los jóvenes que asistían a la escuela y hallazgos más débiles en los jóvenes que no asistían a la escuela.

Aunque estos programas en efecto demostraron resultados positivos, el análisis más amplio de los datos indicó que no se ha demostrado que los programas de pares sean sostenibles, eficaces en función de los costos o capaces de evitar el sesgo de selección. El impacto principal de los programas de educación de pares tal vez ocurra en los propios educadores pares y no en sus contactos pares. Del mismo modo, es posible que los pares tiendan a contactar principalmente a jóvenes como ellos mismos, lo cual significa que es necesario reclutar a diversos tipos de jóvenes para llegar a un variedad amplia de grupos.

Programas en el lugar de trabajo

Los programas en el lugar de trabajo proporcionan a los jóvenes información y servicios en o mediante los lugares donde están empleados, a menudo usando una estrategia de educación de pares. Se han implementado programas en fábricas, el ejército, hoteles, plantaciones, buques mercantes y burdeles. A medida que las condiciones producidas por la pobreza y el SIDA obligan a un número mayor de jóvenes a trabajar y a medida que los empleadores se preocupan más por la salud de sus empleados y

clientes, los programas en el lugar de trabajo han adquirido una importancia cada vez mayor. Este tipo de programas pueden llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela, quienes han recibido menos instrucción y tienen más probabilidades de tener comportamientos sexuales de riesgo que los jóvenes que asisten a la escuela. Se considera que algunos trabajadores jóvenes corren un riesgo elevado de transmisión del VIH porque desempeñan trabajos que requieren viajar lejos del hogar o porque tienen comportamientos de riesgo como parte de su trabajo.

Cuatro programas indican varios niveles de impacto en los conocimientos, actitudes y comportamiento (véase el Cuadro 7). Por ejemplo, un programa realizado con trabajadoras de la confección en Camboya produjo mejores conocimientos en cuestiones de salud reproductiva. Debido a niveles elevados de ausencia de respuestas en las encuestas, el estudio no pudo evaluar el impacto en los comportamientos. En Tailandia, como parte de un programa nacional de “100 por ciento condones” implementado en burdeles, un proyecto realizado con soldados durante 4 años produjo cambios de comportamiento considerables y una fuerte disminución de las ITS (diez veces menos). Una campaña de prevención de ITS para trabajadores jóvenes del sexo comercial en India logró reducir las tasas de infección por el VIH. Salvo en el caso de Tailandia, los datos de dichos estudios eran insuficientes para sacar conclusiones importantes. En todos los estudios, incluida Tailandia, no fue posible determinar el impacto de la intervención en el lugar de trabajo en relación con otros factores simultáneos.

Se necesita más investigación relativa a intervenciones en el lugar de trabajo para determinar la mejor manera de llegar a jóvenes que trabajan y que no asisten a la escuela. Los programas en el lugar de trabajo son prometedores en la regiones donde proporciones considerables de trabajadores jóvenes están en el sector laboral formal, como en partes de América Latina y Asia, y en poblaciones especializadas, como reclutas y trabajadores del sexo comercial. Sin embargo, ningún estudio ha demostrado impacto en poblaciones generales de jóvenes.

Capítulo 5. Aumento del uso de los servicios de salud reproductiva

En general, ha sido difícil lograr que los adolescentes usen clínicas en países en desarrollo, especialmente en África y Asia. En la mayoría de los casos, los jóvenes gozan de muy buena salud y tienen poca necesidad de servicios clínicos. Asimismo, una gran variedad de barreras que dificultan a los jóvenes, particularmente los que no son casados, acudir a clínicas disponibles. Tales barreras incluyen preocupación acerca de la privacidad y confidencialidad, temor y vergüenza, actitudes y acciones del personal (por ejemplo regaños y lecciones de moral), costo de los servicios, leyes y políticas que hacen que sea difícil atender a los jóvenes, horas no convenientes de servicios, largos trayectos para llegar al lugar de prestación de servicios y medios de transporte deficientes.

Sin embargo, los jóvenes tienen muchas necesidades de salud reproductiva y a menudo recurren a otras soluciones como por ejemplo farmacias, remedios caseros, métodos tradicionales de anticoncepción y abortifacientes, amigos y familiares, aborto clandestino y fármacos para las ITS sin receta médica.

De los tipos principales de programas que procuran aumentar el uso de servicios y productos de salud reproductiva por parte de los jóvenes, tres tienen que ver con establecimientos de salud: servicios que dan buena acogida a los jóvenes, centros para jóvenes y programas de escuelas y establecimientos de salud vinculados. Otros tienen que ver con mercadeo social y medios de información, e iniciativas del sector privado.

Servicios que dan buena acogida a los jóvenes

La expresión “servicios que dan buena acogida a los jóvenes” generalmente se refiere a programas que procuran mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva existentes y la calidad de estos, particularmente al hacerlos más aceptables para los adolescentes. Al mejorar los servicios, los programas esperan atraer a los jóvenes a los establecimientos.



La evaluación de la eficacia de los servicios que dan buena acogida a los jóvenes es limitada. Tres estudios tuvieron diseños rigurosos y clínicas de intervención y clínicas de control (véase el Cuadro 8). Dichos estudios observaron que la labor para hacer que los servicios den buena acogida a los jóvenes en general no hicieron que aumentara el uso por parte de los jóvenes, aunque parece que los clientes satisfechos regresan a esas clínicas para recibir asistencia continua. No obstante, informes anecdóticos indican que programas no gubernamentales amplios bien establecidos

pueden atraer a los jóvenes a las clínicas mediante actividades importantes de extensión. Del mismo modo, cuando los programas incluyen actividades comunitarias dirigidas al cambio de percepción de los establecimientos y los proveedores de servicios, parece que las clínicas han tenido cierto éxito en llegar a los jóvenes.

Sin embargo, ENFOQUE concluyó que es importante seguir mejorando los servicios clínicos para los jóvenes pero los servicios más prometedores que dan buena acogida a los jóvenes pueden en realidad ofrecerse mediante distribuidores del sector privado como por ejemplo farmacias. El impacto de los servicios no clínicos necesita evaluarse más.

Centros para jóvenes

Con frecuencia, los centros para jóvenes prestan atención de salud reproductiva como parte de muchos de sus servicios. En general tienen componentes recreativos, educacionales y a

veces vocacionales como también información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva en un entorno que da buena acogida a los jóvenes. Lo ideal es que los centros para jóvenes proporcionen un entorno de apoyo y amistoso en el que los jóvenes tengan acceso a asesoramiento, anticonceptivos, servicios clínicos de prevención y tratamiento. Además, pueden poner a los jóvenes en contacto con otros jóvenes influyentes, facilitar comunicación con una institución y permitir la labor de mentores.

Un estudio que tenía un diseño riguroso de investigación analizó el impacto de un centro para jóvenes en Lomé, Togo (véase el Cuadro 8). Observó que el centro había tenido poco impacto en los conocimientos o las prácticas de salud reproductiva. Hallazgos recientes de análisis de la situación de centros para jóvenes que obtuvo el Population Council en Ghana, Kenia y Zimbabwe indican que son hombres quienes

Cuadro 8. Centros para jóvenes y servicios que dan buena acogida a los jóvenes

Año Autor Principal País	Tamaño de la muestra Población	Diseño	Intervenciones (Duración, si está disponible)	Resultados
Servicios que dan buena acogida a los jóvenes (SBA)				
2001 Instituto para Salud Reproductiva Ecuador	Clientes adolescentes (no se notificó el tamaño de la muestra)	diseño de pre/post prueba en 4 clínicas de intervención y 4 clínicas control	Educación, asesoramiento y servicios clínicos (1 año)	Mayor número de clientes que regresaban
2000 Moyo Zimbabwe	N=250 inicialmente N=606 seguimiento M/F, 12-24 años (solteros)	pre/post prueba, 2 encuestas transversales, otras evaluaciones	Reuniones comunitarias, protocolo de SBA en clínicas, capacitación de enfermeras, educación y renovación de un centro para jóvenes	Aumento de la comunicación relativa al sexo, actitudes de las mujeres respecto al uso de condones tabaquismo y drogas
2000 Nelson Zambia	N=10 establecimientos públicos urbanos y peri-urbanos	Series temporales, 8 intervención/2 control clínicas	Protocolo de SBA en clínicas servicios, capacitación aptitudes para proveedores y educadores de pares	Mayor uso de los servicios
Centros para jóvenes				
2001 Kouwonou Togo	N=2,083 M/F, 10-24 años	Panel con controles reflexivos, pre/2 post pruebas	Servicios clínicos para los jóvenes, asesoramiento, IEC*, clases vocacionales y de alfabetización	Aumento de los conocimientos acerca de los condones

*IEC significa información, educación y comunicación.

usan los centros para fines recreativos principalmente, y que los hombres y las mujeres que usan los servicios de salud reproductiva tienden a ser de más edad que los del grupo beneficiario. Uno de los estudios también observó que los centros para jóvenes parecen ser una forma relativamente costosa de prestar atención de salud reproductiva puesto que se utilizan principalmente para recreación. La experiencia en México también indicó que los centros para jóvenes son demasiado costosos para llegar a grandes números de jóvenes. En algunos casos, los programas han adoptado medidas para abordar esas cuestiones.

Escuelas y establecimientos de salud vinculados

Los servicios de salud reproductiva a veces están vinculados con escuelas, ya sea mediante un sistema de remisión de las escuelas a establecimientos de salud existentes y otros sitios de prestación de servicios, o mediante unidades de salud en las escuelas. La introducción de currículos de salud reproductiva puede ayudar a superar algunas de las barreras psicosociales y administrativas que se asocian con las clínicas. Del mismo modo, el vínculo entre escuelas y clínicas significa que los estudiantes podrían tener acceso a un paquete más completo de servicios, incluidos el diagnóstico y el tratamiento

de ITS, que el que obtendrían mediante farmacéuticos y distribuidores comunitarios.

Tres programas vinculados tuvieron diseños rigurosos de investigación (véase Coplan, Cuadro 2; Gaffikin, Cuadro 4; Murray, Cuadro 4). Estos tres estudios indican que los programas vinculados pueden tener un impacto positivo. Un proyecto realizado en Nigeria (véase Coplan) capacitó a médicos del sector privado que trabajaban en el barrio cercano a las escuelas para que informaran a los estudiantes acerca de las ITS y los animaran a acudir a médicos para recibir tratamiento. Sin embargo, en general no hubo un gran número de jóvenes que usaran las clínicas vinculadas. Se necesita más investigación relativa a vínculos entre escuelas y sistemas de prestación de servicios, incluidos vínculos con clínicas, practicantes del sector privado y fuentes comerciales; distribución de anti-conceptivos por otros jóvenes; y otros tipos de puntos de distribución dentro de las escuelas.

Mercadeo social/medios de información

El mercadeo social se refiere a intervenciones de promoción de la salud que usan técnicas sacadas de la publicidad comercial, la investigación de mercado y las ciencias sociales. Las técnicas de mercadeo social están diseñadas para promover y aumentar el uso de productos de



salud beneficiosos para la sociedad, como por ejemplo condones; aumentar el acceso a los servicios de salud y realizar cambios del comportamiento y las prácticas de salud. Los medios de información, canal importante de comunicación en la mayoría de las intervenciones de mercadeo social, influyen considerablemente en las normas y los valores de los jóvenes. Las campañas de mercadeo social que utilizan medios de información pueden promover servicios y productos para los jóvenes mediante farmacias, clínicas y otros puntos de distribución comunitarios —y también aumentar la disponibilidad de dichos productos en esos puntos de distribución. Para llevar a cabo intervenciones de comunicación y mercadeo, el mercadeo social determina a cuáles grupos de público se va a dirigir (por edad, género, etc.) y cuáles tipos de mensajes pueden cambiar sus comportamientos.

Dos estudios de programas de mercadeo social tuvieron diseños relativamente rigurosos. Las conclusiones del proyecto SMASH se basaron en hallazgos de estudios de Botswana, Camerún, Guinea y Sudáfrica (véase el Cuadro 5). Aunque este proyecto produjo cambios en algunos resultados de salud reproductiva, sólo influyó en el uso del condón en los hombres y las mujeres jóvenes de Guinea. Es posible que varios factores hayan contribuido a este resultado: la evaluación tuvo lugar sólo después de un período breve de intervención; algunos países proporcionaron datos limitados; y a los adolescentes les preocupaba más la prevención del embarazo que la prevención de ITS.

El otro estudio riguroso (véase Kim, Cuadro 5) apoya la noción de que vincular los servicios que dan buena acogida a los jóvenes con los medios de información y actividades comunitarias puede ser una estrategia mejor para aumentar el uso de servicios que simplemente prestar servicios que dan buena acogida a los jóvenes sin actividades de extensión.

Estos y otros estudios que revelaron resultados menos rigurosos ofrecieron pruebas limitadas en cuanto a que los programas de mercadeo social que incluyen a los medios de información puedan hacer aumentar el uso de servicios de salud por parte de los jóvenes.

Extensión comunitaria

Algunos programas han tratado de llevar los servicios de salud reproductiva y relacionados con la infección por el VIH a los jóvenes en la comunidad en vez de hacer que los jóvenes vayan a los programas. Las actividades de extensión pueden incluir la distribución de trabajadores de establecimientos de salud, la vinculación con programas en la comunidad que atienden a los jóvenes y la prestación de servicios en entornos no clínicos. La extensión comunitaria es una forma de canalizar información mediante una miríada de influencias y estímulos que influyen en los jóvenes.

Los programas de extensión comunitaria tienen el potencial de llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela, no están casados, han sido marginados o a quienes es difícil llegar por otras razones. Esos programas también eliminan la barrera que constituye la distancia para el uso de servicios y pueden disipar mejor la desconfianza y la alienación que sienten muchos jóvenes a quienes es difícil llegar.

Las campañas de mercadeo social que utilizan medios de información pueden promover servicios y productos para los jóvenes mediante farmacias, clínicas y otros puntos de distribución comunitarios.



El análisis de ENFOQUE encontró sólo un estudio de extensión comunitaria con una buena evaluación, el proyecto Mejores Opciones en la Vida, en la India (véase Levitt-Dayal, Cuadro 6, y análisis en la página 15). Otras pruebas de apoyo indicaron que las actividades de extensión para los recién casados y los estudiantes universitarios pueden hacer aumentar el uso de servicios. Las estrategias de extensión comunitaria pueden tener potencial para aumentar el uso de servicios de salud, pero se requiere más investigación.

Sector privado

Estas iniciativas tienen que ver con médicos, enfermeras, enfermeras-parteras, parteras, farmacéuticos y otros trabajadores del sector privado que ofrecen información y servicios de salud reproductiva para los jóvenes. El sector privado ofrece a los jóvenes la oportunidad de solicitar información y servicios en una forma relativamente anónima. Un análisis de datos de Encuestas Demográficas y de Salud realizado por ENFOQUE confirmó que una proporción elevada de jóvenes de todo el mundo usa el sector privado para obtener servicios de salud reproductiva (Murray 2003).

El análisis encontró poca investigación relativa al impacto de los programas que animan a los

proveedores del sector privado a ofrecer a los jóvenes servicios de salud reproductiva y relacionados con la infección por el VIH, y no se encontraron evaluaciones rigurosas. El análisis halló ejemplos de labor en el sector privado, como por ejemplo una asociación que Procter and Gamble tuvo en Rusia y en la que capacitó a maestros para que introdujeran información básica de salud reproductiva, tras la cual las niñas recibieron muestras de toallas sanitarias y tampones. Otras iniciativas incluyen la labor con enfermeras y parteras en Zambia, una red de clínicas en Madagascar, un proyecto de vales en Kenia y un programa de parteras en Ghana.

La privacidad y la confidencialidad son dos de los aspectos que los jóvenes más valoran y desean en los servicios de salud reproductiva. También quieren ir a los lugares donde pueden obtener productos fácilmente y afirman que están dispuestos a pagar dichos productos. Muchos jóvenes ya dependen del sector privado para satisfacer sus necesidades de salud. La aplicación de nuevas iniciativas en este campo es importante porque éstas pueden ofrecer la posibilidad de ampliar el acceso que tienen los jóvenes a servicios de salud reproductiva en lugares adicionales.

Capítulo 6. Recomendaciones

En un mundo ideal, los países habrían establecido políticas fuertes de apoyo, canales eficaces de comunicación para informar e instruir a los jóvenes acerca de la salud reproductiva y la prevención de la infección por el VIH/SIDA, y una completa variedad de servicios de salud reproductiva apropiados desde el punto de vista cultural. Sin embargo, en un mundo de recursos escasos, los países tienen que depender de la base creciente de conocimientos, aunque todavía insuficiente, de políticas y programas eficaces.

El análisis de investigación resumido en los Capítulos 3, 4 y 5 conduce a las seis recomendaciones siguientes acerca de los tipos de programas de salud reproductiva que son eficaces y que deben ponerse en práctica, dados los recursos limitados disponibles:

- *Llevar a cabo actividades continuas y amplias de promoción de la causa para apoyar la labor de salud reproductiva de los jóvenes.* Se necesitan más fondos y asistencia técnica para evaluar la labor de políticas y para dar a conocer las políticas al público. Junto con dicha labor, la promoción de la causa también puede ayudar con la coordinación multisectorial, lo cual es una estrategia que se observó que era útil para llegar a políticas de más apoyo (véase el Capítulo 3).
- *Impartir educación bien diseñada de salud reproductiva en las escuelas.* Aunque la investigación demuestra el valor de las intervenciones en las escuelas, se necesitan más estudios para determinar los mejores diseños para esta labor (véase el Capítulo 4).
- *Promover el uso del condón mediante programas de mercadeo social y los medios de información.* Los programas de mercadeo social tienen un gran potencial para llegar hasta los jóvenes, influyen claramente en sus conocimientos y parece que influyen en los comportamientos en algunos casos (véanse los Capítulos 4 y 5).

Principios para investigación, intervenciones y políticas

- Hacer participar a los adultos jóvenes de manera significativa en el diálogo y la programación en políticas de salud reproductiva de los jóvenes.
- Hacer hincapié en la abstinencia, la reducción del número de compañeros sexuales, el uso de condones y la protección doble para prevenir la infección por el VIH/SIDA y el embarazo.
- Abordar explícitamente la desigualdad entre los géneros.
- Determinar la combinación de políticas y programas que se adapta mejor a la población beneficiaria.
- Diseñar programas amplios que aborden necesidades múltiples de los jóvenes.
- Diseñar proyectos teniendo en mente la ampliación.
- Incorporar el monitoreo y la evaluación desde el comienzo.

- *Llevar a cabo iniciativas comunitarias amplias.* La promoción por pares, la distribución comunitaria de anticonceptivos y otros tipos de iniciativas comunitarias son prometedoras en cuanto a llegar a los jóvenes, pero se necesita más investigación relativa a la eficacia en función de los costos, el impacto y los diseños de programas (véanse los Capítulos 4 y 5).
- *Confiar en la promesa de los servicios que dan buena acogida a los jóvenes.* Es necesario ampliar el concepto de servicios que dan buena acogida a los jóvenes, de modo que incluya servicios del sector privado como las farmacias, donde parece que los jóvenes se sienten más cómodos al recibir servicios. Otros programas comunitarios existentes deberían atraer a los jóvenes a los servicios de salud reproductiva. Los resultados de las investigaciones son mixtos en cuanto al impacto de atraer a los jóvenes a las clínicas, pero la labor para hacer que las clínicas den mejor acogida a los jóvenes es útil cuando programas bien establecidos tienen buenas actividades de extensión (véase el Capítulo 5).
- *Aumentar los programas de pares.* Los programas de pares, estrategia preferida en muchos proyectos para jóvenes, tal vez no sean eficaces en función de los costos ni sostenibles, pero los jóvenes confían en otros jóvenes como ellos. Se necesita más investigación para comprender cómo hacer que los programas de pares sean más eficaces y sostenibles (véase el Capítulo 5).

ENFOQUE ha sugerido otros campos para realizar más investigación e intervenciones. En todos los campos de los programas, se necesita hacer más hincapié en el costo y la sostenibilidad, en pasar los proyectos de pequeña escala a los niveles regional y nacional, y hacer que las organizaciones desarrollen la capacidad de prestar servicios continuos. Entre otras recomendaciones para proyectos futuros figuran las siguientes: hacer más hincapié en vínculos entre políticas, normas sociales, factores contextuales, programación con los jóvenes y salud reproductiva de los jóvenes (véase el Capítulo 3); establecer conexiones entre programas de salud reproductiva para los jóvenes y otras actividades de los jóvenes (véase el Capítulo 5); y aprovechar los sectores privado y comercial para una mayor participación y contribución en la programación en la salud reproductiva de los jóvenes, incluidos los programas en el lugar de trabajo y la prestación de asistencia privada de salud (véase el Capítulo 5).



Referencias

Abolfotouh MA. The impact of a lecture on AIDS on knowledge, attitudes, and beliefs of male school-age adolescents in the Asir region of southwestern Saudi Arabia. *J Community Health* 1995;20(3):271-81.

Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-Saharan Africa. *Int Fam Plann Perspect* 2002;28(2):67-70, 113-18.

Antunes MC, Stall RD, Paiva V, et al. Evaluating an AIDS risk reduction program for young adults in public night schools in Sao Paulo, Brazil. *AIDS* 1997;11(Suppl 1):S121-27.

Aplasca MR, Siegel D, Mandel JS, et al. Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. *AIDS* 1995;9(Suppl 1):S7-13.

Bhave G, Lindan CP, Hudes ES, et al. Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS* 1995;9(Suppl 1):S21-30.

Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health program. *J Adolesc Health* 2001;29(6):436-46.

Caceres F, Rosasco AM, Mandel JS, et al. Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. *J Adolesc Health* 1994;15(7):582-91.

Cash K, Anasuchatkul B, Busayawong W. *Experimental Educational Interventions for AIDS Prevention Among Northern Thai Single Migratory Factory Workers. Women and AIDS Research Program Research Report Series No. 9.* Washington, DC: International Center for Research on Women, 1995.

Celentano DD, Nelson KE, Lyles CM, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the HIV/AIDS Control and Prevention Program. *AIDS* 1998;12(5):F29-36.

Centre for Developmental and Population Activities, John Hopkins University/Population Communications Services, Nigerian Educational Research and Developmental Council. *Evaluation of Population/Family Life Education Programme in Secondary Schools in Nigeria.* Washington, DC: Centre for Developmental and Population Activities, 1993.

Coplan P, Okonofua EE, Temin, JT. Sexual behavior and health care-seeking behavior for sexually transmitted diseases among Nigerian youth. Unpublished paper.

Eggleston E, Jackson J, Rountree W, et al. Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. *Pan Am J Public Health* 2000;7(2):102-12.

Fawole IO, Asuzu MC, Oduntan SO, et al. A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: a review of effectiveness. *Health Educ Res* 1999;14(5):675-83.

Fitzgerald A, Stantan B, Terrieri N, et al. Use of Western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *J Adolesc Health* 1999;25(1):52-61.

FOCUS on Young Adults, CARE International-Cambodia. *Impact of an Adolescent Reproductive Health Education Intervention Undertaken in Garment Factories in Phnom Penh, Cambodia.* Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.

Gaffikin L, Magnani R, Aquino EML, et al. *Evaluation of an Integrated Adolescent Sexuality Education/Health Service Provider Training Pilot Project in Salvador, Bahia, Brazil.* Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.

Harvey B, Stuart J, Swan T. Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *Int J STD AIDS* 2000;11(8):105-11.

Institute for Reproductive Health. *Reaching Adolescents at Family Planning Clinics: Applying the Reproductive Health Awareness Model. The Awareness Project Research Update.* Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University Medical Center, 2001.

Jackson J, Leitch J, Lee A, et al. *The Jamaica Adolescent Study: Final Report.* Kingston, Jamaica and Research Triangle Park, NC: University of West Indies and Family Health International, 1998.

Kim YM, Kols A, Nyakauru R, et al. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *Int Fam Plann Perspect* 2001;27(1):11-19.

Kim YM, Marangwanda C, Nyakauru R, et al. *Impact of the Promotion of Youth Responsibility Project Campaign on Reproductive Health in Zimbabwe.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University/Center for Communication Programs, 1998.

Klepp K-I, Ndeki SS, Leshabari MT, et al. AIDS education in Tanzania: promoting risk education among primary school children. *Am J Public Health* 1997;87(12):1931-36.

- Klepp K-I, Ndeki SS, Seha AM, et al. AIDS education for primary school children in Tanzania: an evaluation study. *AIDS* 1194;8(8):1157-62.
- Kouwonou K, Amegee K. *Evaluation de la Connaissance de l'Attitude et de la Pratique Sexuelle des Jeunes de Lomé: Enquête Evaluation de Centre des Jeunes de l'ATBEF à Lomé, EVACJEUNE2*. New Orleans, LA: FOCUS on Young Adults/Tulane University School of Public Health, 2001.
- Kuhn L, Steinberg M, Mathews C. Participation of the school community in AIDS education: an evaluation of a high school programme in South Africa. *AIDS Care* 1994;6(2):161-71.
- Levitt-Dayal M, Motihar R. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington, DC: Centre for Developmental and Population Activities, 2000.
- Magnani R, Gaffikin L, Espinoza V, et al. *Evaluation of 'Juventud Es Salud': An Adolescent and Sexual Health Peer Education Program Implemented in Six Departments in Peru*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Magnani R, Robinson A, Seiber E, et al. *Evaluation of 'Arte y Parte': An Adolescent Reproductive Health Communications Project Implemented in Asunción, San Lorenzo and Fernando de la Mora, Paraguay*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Mbizvo MT, Kasule J, Gupta V, et al. Effects of a randomized health education intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behaviour among adolescents in Zimbabwe. *Social Sci Med* 1997;44(5):573-77.
- Meekers D. *The Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health: The Case of Soweto, South Africa. Working Paper No. 16*. Washington, DC: Population Services International, 1998.
- Meekers D, Stallworthy G, Harris J. *Changing Adolescents' Beliefs About Protective Sexual Behavior: The Botswana Tsa Banana Program. Working Paper No. 3*. Washington, DC: Population Services International, 1997.
- Moyo I, Bond K, Williams T, et al. *Reproductive Health Antecedents, Attitudes, and Practices among Youth in Gweru, Zimbabwe*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Munodawafa D, Marty PJ, Gwede C. Effectiveness of health instruction provided by student nurses in rural secondary schools of Zimbabwe: a feasibility study. *Int J Nursing Stud* 1995;32(1):27-38.
- Murray N, Toledo V, Luengo X, et al. *An Evaluation of an Integrated Adolescent Development Program for Urban Teenagers in Santiago, Chile*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Murray NJ, Chatterji M, Dougherty L, et al. *Are Adolescents and Young Adults More Likely than Older Women to Choose Commercial and Private Sector Providers of Modern Contraception?* Washington, DC: Futures Group International/Policy Project, 2003.
- Nelson K, Magnani R. *The Effects of Youth Friendly Service Projects on Service Utilization among Youth in Lusaka, Zambia*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Pick de Weiss S, Palos PA. Development and longitudinal evaluation of comparative sex education courses. Unpublished paper. U.S. Agency for International Development and Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, 1989.
- Rusakaniko S, Mbizvo MT, Kasule J, et al. Trends in reproductive health knowledge following a health education intervention among adolescents in Zimbabwe. *Central African J Med* 1997;43(1):1-6.
- Seidman M, Vigil P, Klaus H, et al. Fertility awareness education in the schools: a pilot program in Santiago, Chile. *American Public Health Association Annual Meeting*, San Diego, CA, October 31, 1995.
- Shuey DA, Babishangire BB, Omiat S, et al. Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti District, Uganda. *Health Educ Res* 1999;14(3):411-19.
- Speizer I, Heller G, Brieger W. *Survey Findings from the West African Youth Initiative Project: Final Evaluation of Peer Educator Intervention*. New York, NY: Rockefeller Foundation, 2000.
- Speizer I, Tambashe B, Tegang P. *Evaluation of the 'Entre Nous Jeunes' Peer Education Program for Adolescents in Cameroon*. Family Health and AIDS in West and Central African Project, 2001.
- Stanton B, Li X, Kahihuata J, et al. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: a randomized, longitudinal study. *AIDS* 1998;12(18):2473-80.
- Thongkrajai E, Stoeckel J, Kievjing M, et al. *AIDS Prevention among Adolescents: An Intervention Study in Northeast Thailand. Women and AIDS Research Program Report Series No 1*. Washington, DC: International Center for Research on Women, 1994.
- Van Rossem R, Meekers D. *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent and Young Adult Reproductive Health in Cameroon. Working Paper No. 19*. Washington, DC: Population Services International, 1999.
- Van Rossem R, Meekers D. *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent and Young Adult Reproductive Health in Guinea. Working Paper No. 23*. Washington, DC: Population Services International, 1999.
- Wilson D, Mparadzi A, Lavelle S. An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *J Soc Psychol* 1991;132(3):415-17.

Coordinación editorial: Suzanne Fischer

Editora: Marina McCune

Diseño: Erica King

Coordinación fotográfica: Karen Dickerson

Traductora: Patricia de Calderón

Impresión: Graphics Ink

Fotografía:

cover	Richard Lord
page 3	Beryl Goldberg
page 5	Beryl Goldberg
page 6	David Mangurian/Banco Interamericano de Desarrollo
page 8	Richard Lord
page 10	Matthew Tiedemann/FHI
page 17	Beryl Goldberg
page 18	Irina Yacobson/FHI
page 20	Bill Finger/FHI
page 21	Bill Finger/FHI
page 24	Carlos D. Conde/Banco Interamericano de Desarrollo

Para obtener mayor información,
por favor comuníquese con:

YouthNet

2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201 EE.UU.

teléfono
(703) 516-9779

fax
(703) 516-9781

correo electrónico
youthnet@fhi.org

sitio en la Web
www.fhi.org/youthnet



**Deloitte
Touche
Tohmatsu**



IRTI
INTERNATIONAL

