



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ENFERMERÍA MATERNA**

**PARTICIPACIÓN E INCORPORACIÓN DE LOS HOMBRES EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ¿CUÁLES SON SUS
NECESIDADES?**

Tesis Presentada como parte de los
requisitos para optar al **GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA**

PATRICIA EMELISA ZUMELZU SÁNCHEZ

VALDIVIA – CHILE

2005

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis padres, Nieves y Patricio, a mis hermanos, y a Juan Carlos, por la confianza, compañía y apoyo.

A las Escuelas e Institutos, principalmente a sus secretarías que colaboraron atentamente con mi investigación.

Y también, a todos los estudiantes que accedieron a participar del estudio, pues sin su colaboración y buena disposición este trabajo no habría sido posible.

INDICE DE MATERIAS

CAPÍTULO	PÁG.
RESUMEN	
SUMMARY	
1 INTRODUCCIÓN	1
2 MARCO TEÓRICO	3
2.1 CONCEPTOS DE GÉNERO Y SISTEMA SEXO-GÉNERO	3
2.2 SEXUALIDADES Y MASCULINIDADES	4
2.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CONCEPTOS Y OBJETIVOS	6
2.4 VISIONES DE RESPONSABILIDAD MASCULINA	8
2.5 REPRODUCCIÓN, FECUNDIDAD Y ROLES DE GÉNERO	8
2.6 POLÍTICAS DE SALUD Y ROLES, SU EVOLUCIÓN EN CHILE	9
2.7 PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PERCEPCIONES Y MODELOS	10
2.8 INCORPORACIÓN MASCULINA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	12
2.9 RELACIÓN DE PAREJA, DIFERENCIAS GENERACIONALES Y SOCIALES	13
2.10 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MASCULINA EN CHILE	15
3 MATERIAL Y MÉTODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDIO	17
3.2 POBLACIÓN	17
3.3 MUESTREO	18
3.3.1 Tipos de muestreos	18
3.3.2 Tamaños de las muestras	18
3.3.3 Selección de las muestras	18
3.4 MÉTODOS	19
3.4.1 Técnicas de recolección	19
3.4.2 Instrumentos	20
3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	22
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
4.1 DATOS GENERALES	23
4.2 VIVENCIA DE LA PUBERTAD	26

4.3	FUENTES DE INFORMACIÓN	28
4.4	SEXUALIDAD, CONCEPTOS Y PROCESOS	32
4.5	ACTIVIDAD SEXUAL	38
4.6	MASCULINIDADES E IDENTIDADES	49
4.7	PATERNIDAD	52
4.8	CONOCIMIENTOS	56
4.9	SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN	59
5	CONCLUSIONES	64
6	BIBLIOGRAFÍA	68
7	ANEXOS	71
7.1	CUESTIONARIO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	71
7.2	ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	77
7.3	GUÍA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD	78
7.4	GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES	79
7.5	FICHA DE IDENTIFICACIÓN GENERAL	80
7.6	TABLAS Y GRÁFICOS	81

INDICE DE TABLAS

Nº		PÁG.
1	Medidas de tendencia central y de dispersión de la distribución de edades de los estudiantes.	23
2	Distribución de estudiantes por año de carrera, y de acuerdo a si tienen o no pareja.	24
3	Distribución de estudiantes por año de carrera y según fuentes de información sobre sexualidad.	28
4	Distribución de estudiantes según importancia asignada a fuentes de información en el desarrollo de su sexualidad.	29
5	Distribución de estudiantes por año de carrera, según la toma de iniciativa en una relación sexual.	37
6	Medidas de tendencia central y de variabilidad, en la distribución de las edades de inicio de actividad sexual, de los estudiantes en general, y de aquellos de religión católica.	39
7	Distribución de estudiantes por año de carrera y de acuerdo a la frecuencia de sus relaciones sexuales en los últimos seis meses.	42
8	Distribución de estudiantes por año de carrera y según uso de protección en sus relaciones sexuales.	43
9	Distribución de estudiantes por año de carrera y según método anticonceptivo que han usado.	43
10	Distribución de estudiantes, según las prácticas sexuales que realizan.	48
11	Distribución de métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conocidos por 72 estudiantes.	57

INDICE DE GRÁFICOS

Nº		PÁG.
1	Distribución de estudiantes por año de carrera y según edad.	24
2	Distribución de estudiantes de acuerdo a su opción religiosa.	25
3	Distribución de estudiantes de acuerdo a su identificación con algún origen étnico.	26
4	Distribución de estudiantes de acuerdo a la manifestación de inquietudes sobre su sexualidad.	27
5	Distribución de estudiantes según su percepción de la existencia de otras formas de expresar la sexualidad, además de las relaciones coitales.	34
6	Distribución de estudiantes por año de carrera, y de acuerdo al inicio de actividad sexual.	38
7	Distribución de estudiantes según edad de inicio de actividad sexual.	41
8	Distribución de estudiantes según diferencia de edad con su pareja en el inicio de su actividad sexual.	41
9	Distribución de estudiantes según decisión del método anticonceptivo usado.	44
10	Distribución de estudiantes por año de carrera, según han iniciado actividad sexual (CIAS) o no han tenido actividad sexual (SIAS), y su percepción acerca de la existencia de prácticas sexuales dañinas.	47
11	Distribución de estudiantes según existencia de comunicación con la pareja sobre sexualidad.	47
12	Distribución de estudiantes por año de carrera y según el conocimiento que tienen de los Derechos Sexuales y Reproductivos.	48

13	Distribución de estudiantes con pareja, según su aceptación de medios de estimulación sexual.	49
14	Distribución de estudiantes por año de carrera y según hayan vivido un proceso de aborto inducido.	54
15	Distribución de estudiantes por año de carrera y de acuerdo a su percepción de quién decide tener o no hijos.	55
16	Distribución de métodos anticonceptivos conocidos por 74 estudiantes.	56
17	Distribución de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conocidas por 72 estudiantes.	58
18	Distribución de estudiantes de acuerdo a su asistencia a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.	59

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es conocer las necesidades de los estudiantes varones de la Universidad Austral de Chile (UACH), en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva. Para el estudio se aplicaron 74 cuestionarios, y se llevaron a cabo 9 entrevistas en profundidad y 3 grupos focales, con estudiantes de primer, tercer y quinto año de distintas carreras dictadas por la UACH, en Valdivia. El análisis de datos cuantitativos se realizó por medio del programa Epi Info 2002, y los resultados fueron presentados a través de estadística descriptiva. La información cualitativa fue analizada con la técnica de análisis de componentes. En las tres técnicas utilizadas fueron asegurados el anonimato y la confidencialidad en el manejo de la información, a cada participante.

Con respecto al conocimiento que tienen los estudiantes, es evidente el déficit de contenidos referentes al cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva, y al ejercicio de la sexualidad con afectividad y respeto de sí mismos y de los demás. En cierta medida, la causa de la carencia de conocimientos, es que las principales fuentes de información son el sistema escolar y las familias, que no cuentan con recursos y herramientas suficientes para otorgar una educación pertinente y eficaz. Además, la prevalencia del modelo de masculinidad dominante, dificulta sus relaciones de pareja y aumentan la probabilidad de adquirir enfermedades que afectan el desarrollo de una vida sexual y reproductiva normal.

Para enfrentar estas necesidades, hay que crear e implementar programas de educación y programas de atención en Salud Sexual y Reproductiva, que visualicen a los hombres y promuevan acciones más sanas e igualitarias entre hombres y entre hombres y mujeres.

Palabras claves: hombres jóvenes, participación, sexualidad masculina, necesidades, salud sexual, salud reproductiva, masculinidades, servicios, educación, atención masculina.

SUMMARY

The aim of the research is to know the sexual and reproductive health's needs of the male students of the Universidad Austral de Chile (UACH). For the study were applied 74 questionnaires, and were carried out 9 interviews in-depth and 3 focus groups, with students of first, third and fifth year of different careers dictated by the UACH, in Valdivia. The analysis of quantitative data was carried out by means of the program Epi Info 2002, and the results were presented through descriptive statistic. The qualitative information was analyzed with the technique of analysis of components. In the three used techniques were assured the anonymity and the confidentiality in the handling of the information, to each participant.

With regard to the knowledge that the students have, is evident the deficit of the knowledge related with the care of the Sexual and Reproductive Health, and to the exercise of the sexuality with affectivity and respect of themselves and of the other ones. In certain measure, the cause of the lack of knowledge, is that the main sources of information are the school system and the families, they don't have resources and enough tools to grant a pertinent and effective education. Also, the persistence of the model of dominant masculinity, hinders its couple relationships and they increase the probability of acquiring illnesses that affect the development of a normal sexual and reproductive life.

A form of facing these needs, is to create and to implement programs of education and programs of attention in Sexual and Reproductive Health, for visualize the men and promote healthy and equitable actions among men and between men and women.

Key words: young men, participation, masculine sexuality, needs, sexual health, reproductive health, masculinities, services, education, and masculine attention.

1 INTRODUCCIÓN

Existe consenso que la participación de los hombres en actividades de Salud Sexual y Reproductiva en Chile es baja, aún cuando el PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER (PSM), desde 1997, incluye iniciativas y acciones para incorporarlos. No obstante, hasta la fecha los servicios de salud siguen centrando la reproducción y la sexualidad en la mujer. Esta situación no es ajena a lo que ocurre a nivel internacional, donde se ha puesto de manifiesto la importancia de la participación masculina en este ámbito.

En efecto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (CIDP, 1994), y sobre la Mujer en Beijing (1995), reiteraron el papel clave de los hombres en el acceso de las mujeres a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Puesto que ellos, en la mayoría de las sociedades, ejercen un papel preponderante en casi todas las esferas de la vida, desde las decisiones personales hasta las decisiones sobre políticas y programas públicos a todos los niveles.

Además, en ambas conferencias se plantearon como objetivos el promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo, en la violencia contra las mujeres, en el contagio de infecciones por transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, y en el logro de la equidad en las relaciones de género. Por lo tanto, se deberían hacer todos los esfuerzos necesarios por incorporar a los hombres en los programas de Salud Sexual y Reproductiva. Esto ayudaría a mejorar la comunicación de las parejas en materias de sexualidad, a tomar las decisiones en conjunto, a compartir responsabilidades y quehaceres domésticos, favoreciendo la expresión de las diversas identidades masculinas.

De lo anterior, emergen algunas interrogantes tales como: ¿Qué conocimientos tienen los hombres en relación a sexualidad y reproducción?, ¿Tienen los hombres interés por adquirir mayor conocimiento en este ámbito?, ¿Cuáles son sus necesidades? Estas necesidades, ¿están siendo resueltas por los programas de salud y por el sistema educacional actual?

Para dar respuesta a dichas interrogantes, se plantea esta investigación de tipo cualicuantitativo, con estudiantes varones de la Universidad Austral de Chile (UACH), cuyas carreras se dictan en Valdivia.

El eje principal del estudio es la sexualidad y la reproducción a partir de la visión masculina. Entonces, para la recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad y los

grupos focales, técnicas que se caracterizan por buscar que las personas expongan pensamientos, opiniones, juicios y significados que les son más privados, además se utilizó la encuesta, que recoge información cualitativa a través de preguntas semiestructuradas, e información cuantitativa, por medio de preguntas cerradas y otras dicotómicas. Por lo anterior y desde la perspectiva ética, a cada participante se le garantizó el anonimato y la confidencialidad en el manejo de la información.

Así, la investigación aporta información necesaria y relevante para el diseño de estrategias pertinentes para salud y educación. En salud, contribuirá a la formulación de programas que realicen acciones específicas que visibilicen a la población masculina, y que promuevan su participación activa y responsable en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, lo cual forma parte de los desafíos que debe enfrentar la Matrona y Matrón en la sociedad actual. En educación, la información obtenida permitirá llevar a cabo innovaciones metodológicas, que aborden la sexualidad en forma interdisciplinaria, creativa e integral, en donde también les cabe un importante rol a Matronas y Matrones.

En este contexto, la investigación tiene como objetivo general, conocer las necesidades de los estudiantes varones de la Universidad Austral de Chile, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva. Como objetivos específicos se plantea: identificar los conocimientos, describir las prácticas y detectar las necesidades de atención y educación, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTOS DE GÉNERO Y SISTEMA SEXO-GÉNERO

La ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO (2002), describe que hombres y mujeres se diferencian desde su nacimiento, incluso desde la gestación, debido a los avances tecnológicos que permiten diferenciar el sexo del feto. Esta diferencia es biológica y fisiológica. Ellas determinan ciertas actividades para hombres y mujeres, y a la vez son la base para que cada sociedad y cultura construya valores, normas, actitudes y comportamientos que conforman la identidad de género.

Las primeras conceptualizaciones sobre género fueron en la década del 50 cuando los psiquiatras y psicoanalistas Money y Stoller (1960), citados por GÜIDA Y LÓPEZ (2000), definen género como los comportamientos esperados para una persona en función de su sexo biológico. El género intenta explicar las diferencias entre hombres y mujeres, y las relaciones entre ambos. Hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignadas al hecho de ser hombre o ser mujer, constituyendo un proceso de aprendizaje socialmente construido, denominado socialización.

Desde la perspectiva de Scott (1990), en GÜIDA Y LÓPEZ (2000), el género

"Pasa a ser una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta teoría, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado".

Para la ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO (2002), el enfoque de género es específico en cada cultura y susceptible al cambio y la transformación. El género y sus relaciones pueden cambiar por motivaciones de origen personal, es decir, a medida que la persona vive distintas experiencias modifica su visión y forma de actuar, y como integrante de la sociedad incide en su cambio, pudiendo transformar normas, valores y maneras de juzgar hechos. Otra razón de cambio son las políticas públicas, las cuales pueden contribuir a mantener o aumentar las desigualdades, o a promover un desarrollo socio-económico más justo y equitativo con respecto al género. Las políticas sanitarias también pueden generar efectos negativos, a veces no previstos, sobre las oportunidades de acceso a determinadas colectividades. Por ejemplo, en el Programa de Salud de la Mujer en que uno de sus ejes, es el enfoque sexual y reproductivo, está esencialmente dirigido a mujeres.

Otra definición de género, es la desarrollada por Rubin (1986), citado por GÜIDA Y LÓPEZ (2000), define el sistema sexo-género como:

"Conjunto de disposiciones por el cual la materia prima del sexo y la procreación humanos es conformada por la intervención humana y social, y satisfecha en una forma convencional por extrañas que sean algunas de las convenciones."

Mientras que T. de Barbieri (1994), también mencionado en GÜIDA Y LÓPEZ (2000), define el sistema sexo-género como:

"conjunto de prácticas, símbolos y representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anátomo – fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a los relacionamientos entre personas"

En todas las sociedades hay diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones. Este tipo de desigualdades, tanto como otras dentro de la sociedad, establecen diferencias, en la forma en que hombres y mujeres viven el proceso de salud y enfermedad.

Es importante considerar que el género está ligado e interrelacionado a otros aspectos fundamentales de la identidad como la raza, edad, clase social, la religión o la orientación sexual. Hombres y mujeres están inmersos en realidades de vida diferentes, pero en circunstancias similares la forma de experimentar la situación o problema, y las oportunidades para enfrentarlos son distintas en función del género (ORGANIZACIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO, 2002).

2.2 SEXUALIDADES Y MASCULINIDADES

Con relación a la sexualidad masculina DÍAZ (2004), señala que es un tema no desarrollado completamente a la hora de asumir responsabilidades y de asignar derechos sexuales y reproductivos a los hombres, debido a que se les considera casi exclusivos detentadores de poder sobre la mujer, a consecuencia de su posición dominante en la sociedad. Esto hace que los hombres sean los grandes ausentes en la definición de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, porque su presencia es deficiente, su participación es precaria y sus derechos se confunden con el poder que detentan.

Es importante considerar a los hombres como sujetos capaces de ejercer Derechos Sexuales y Reproductivos, no considerarlos sólo como sinónimo de riesgo. Esto significa, considerarlos como personas capaces de entregar afecto, de amar, de sentir, también capaces de demandar del Estado las prestaciones y servicios que estimen necesarios para su protección (DÍAZ, 2004).

Con respecto a lo anterior, cabe mencionar que las formas de expresarse de los hombres en el ámbito sexual y reproductivo, así como en otras esferas de la vida, varía de uno a otro, es decir coexisten diversas masculinidades (OLAVARRÍA, 1999).

De acuerdo a la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), (Nicaragua, 2003), las masculinidades son las expresiones sociales de la imagen y expectativas que la sociedad tiene de los hombres en relación con las mujeres y otros hombres en un entorno dado. Enfatiza el plural (masculinidades), porque ellas varían de cultura en cultura; dentro de culturas o en entornos determinados es frecuente que existan varias formas reproducidas socialmente de los que significa ‘ser hombre’. La masculinidad está incorporada en la subjetividad de los hombres y forma, en alguna medida, parte de su identidad. Sin embargo, existe un modelo muy difundido de hombre como ser dominante, que separa a las sociedades en aquellas caracterizadas por el patriarcado, donde el hombre prototipo es más responsable, una figura de autoridad, pero con compromisos y deberes, y otras sociedades “machistas” que tiene una autoridad bien marcada, pero acompañada y limitada por la irresponsabilidad. (CALLIRGOS, 2003).

En el Simposio ‘PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: NUEVOS PARADIGMAS’, realizado en Oaxaca en 1998, apoyado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), con sede en Chile, señala que existe consenso en que el modelo de masculinidad patriarcal es hegemónico, o sea un modelo dominante que caracteriza a hombres y mujeres, señalando a modo de mandato lo que se espera de ellos/ as, constituyéndose como el referente con el que son comparados, y para todo aquel o aquella que quiera diferenciarse significa generación de tensión y conflicto.

Este modelo de masculinidad dominante, describe a los hombres como seres activos e importantes, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados, heterosexuales y proveedores; las mujeres son lo opuesto, el lado no importante de la sociedad. Implica que el hombre desde su infancia se somete al proceso de buscar poder para ejercerlo sobre las mujeres y también sobre sus congéneres. En relación con estos últimos, existen situaciones de subordinación hegemónica determinadas por etnia, clase social o la orientación sexual, entre otros.

Bajo el mismo modelo, los significados de las prácticas sexuales de los varones muestran un sujeto activo en la búsqueda del placer sexual y “descentrado” de las decisiones reproductivas. Al contrario, el modelo hegemónico femenino, centra a las mujeres en sus roles y funciones reproductivas, postergando la búsqueda del placer sexual.

Por otra parte, los estudios también asocian a la masculinidad hegemónica la violencia sobre las mujeres, las afecciones físicas y mentales, que en parte están generadas por la represión de sentimientos que generan frustraciones e incertidumbre. Para quienes estudian este ámbito, estos problemas son indicios de dolor y de la tensión que un modelo masculino tradicional impone a los hombres (Simposio PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: NUEVOS PARADIGMAS, 1998).

El modelo hegemónico marca diferencias en los significados que atribuyen hombres y mujeres a diversos procesos. En un estudio realizado en un pueblo rural de México central, Ocuituco, entre 1988 y 1992, cuyo objetivo fue analizar los significados de sexualidad, reproducción y anticonceptivos entre hombres y mujeres, se encontró sugerencias de que los hombres de esa comunidad conciben la sexualidad masculina como una fuerza natural que es difícil de controlar. Esta creencia hace que ellos permanentemente sospechen sobre la fidelidad de sus esposas y la paternidad de sus propios niños. Prevalece la idea o pensamiento de que la sexualidad masculina es un mandato natural y la sexualidad femenina es una fuerza controlada o controlable, y que el hombre tiene el constante deseo de perseguirla y castigarla (CASTRO, 2001).

Otra conceptualización importante es en el ámbito de la reproducción donde las mujeres han aprendido a sentir que son usadas, mientras que los hombres han aprendido a sentir que usan a las mujeres. Al concluir el estudio, su autor manifiesta la posibilidad de realizar este tipo de investigación, en otras poblaciones, por la utilidad que constituyen para la formulación de políticas públicas en salud reproductiva (CASTRO, 2001).

2.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CONCEPTOS Y OBJETIVOS

Otro concepto necesario para fundamentar la incorporación de los hombres en el ámbito sexual y reproductivo, es salud reproductiva que la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 2002) define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, abarca el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Ligado a lo anterior, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Otro concepto definido por la OMS y relacionado con el estudio, es la salud sexual, cuyo objetivo

es el desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

Relacionado a la Salud Reproductiva y sus Derechos, la CIPD (1994), señala los siguientes objetivos:

- Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductivos, incluida la planificación familiar, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios.
- Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre los métodos libremente elegidos de planificación de familia, y otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos.
- Atender las necesidades cambiantes de salud en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, respetando la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.
- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas

En cuanto a las medidas recomendadas para su logro se han llevado a cabo la mayoría, pero aún faltaría preparar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Estos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación familiar y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento.

Para OLAVARRÍA (2003) la problemática masculina en salud sexual y reproductiva es un campo de estudio en etapa inicial, en proceso de documentación de las formas que asume la participación de los hombres con respecto a las mujeres. No existen estudios demográficos ni de investigación de salud biomédica que permitan reconocer y determinar la realidad social de la reproducción de los hombres. Los estudios están abocados al género desde una perspectiva teórica y general, es decir, no tienen como objeto o sujeto de estudio al hombre.

2.4 VISIONES DE RESPONSABILIDAD MASCULINA

En este estudio resulta fundamental examinar el término responsabilidad utilizado frecuentemente en los organismos de Naciones Unidas, en el sentido que es el punto de partida para la elaboración de propuestas de políticas que buscan la equidad de género. El significado que se ha utilizado con mayor frecuencia es de no obrar equivocadamente, de no tener acciones reprobables, más bien un llamado de atención con un importante componente normativo que indica como ‘debe ser’.

Según OLAVARRÍA (2003), responsabilidad implica calificar las acciones de los hombres, y las asocia a posibles efectos negativos sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer. Al limitar la noción de responsabilidad a los efectos negativos, lleva a crear otras que indiquen las acciones positivas de ellos, como participación o involucramiento, sin pensar en el sentido real de cada una.

Las investigaciones con hombres en Chile (citadas en el Simposio PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: NUEVOS PARADIGMAS, 1998) y en diversos países de América Latina revelan que la noción de responsabilidad, bajo el modelo dominante de masculinidad, adquiere un sentido contradictorio, capaz de justificar el incumplimiento de obligaciones. Un ejemplo claro es el asumir o no la paternidad de un hijo/a, en algunos casos el sentido de responsabilidad los insta a asumirla e incluso si existe una relación amorosa a vivir junto a la pareja, en cambio si la niega puede justificarse con la duda de ser el verdadero progenitor, en ambos casos mantiene su honorabilidad. La responsabilidad de los hombres estaría basada, según esta visión, en su disposición para “flexibilizar sus roles” como hombres o padres.

2.5 REPRODUCCIÓN, FECUNDIDAD Y ROLES DE GÉNERO

Con relación a los conceptos reproducción y fecundidad, incluidos en el estudio, OLAVARRÍA (2003), describe que los varones entienden la reproducción y la fecundidad como cuestiones de mujeres, y no se confrontan con una realidad que les muestre su capacidad reproductiva y fecunda. La persistencia en su invisibilidad como reproductores y fecundos no permite que se reconozcan como tales, aunque gozan del poder que les ha otorgado esta situación. Subjetivamente no se sienten partícipes activos, salvo en momentos específicos, de la concepción, embarazo, parto y crianza de sus hijos. La responsabilidad se relativiza y no hay recursos sociales que los obliguen, en última instancia, a asumir las consecuencias de su actividad sexual.

El acuerdo invisible y subjetivo que asigna la vida pública a los hombres y la vida privada a las mujeres se rompe con la participación creciente de ellas en el campo laboral y su consecuente redefinición del rol materno y productivo. Ahora, las mujeres se están incorporando a otros ámbitos sociales, como la educación y la política, que no significa que hayan dejado su cargo en el espacio privado y, por lo general, tampoco que los hombres hayan asumido las actividades que ellas realizan.

2.6 POLÍTICAS DE SALUD Y ROLES, SU EVOLUCIÓN EN CHILE

En cuanto a las modificaciones en la distribución de los roles entre hombres y mujeres, y la incorporación de éstas en otros ámbitos, el sistema de salud y sus políticas, en Chile, ha tenido cambios a través del tiempo, según las necesidades emergentes, en la atención de salud para ellas. Desde el enfoque de la salud materno – infantil, centrado en la mujer madre, es decir, en el proceso reproductivo, al enfoque de la Salud Sexual y Reproductiva, que considera a la mujer en todas las etapas del ciclo vital.

En las primeras décadas del siglo XX (1930 – 1940) se instauraron en Chile, políticas de salud que aseguraban un sistema sanitario focalizado en la atención prenatal, del parto propiamente tal y de los cuidados del recién nacido y la mujer, con el fin de disminuir las altas tasas de morbilidad neonatal-infantil y materna. Es decir, un modelo de salud centrado en la mujer en la etapa reproductiva. En la década del sesenta se introdujo en forma masiva de la píldora anticonceptiva, para disminuir los riesgos de las altas tasas de fecundidad, entre ellos el aborto provocado. Esto significó en cierta medida el empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos, pues de igual forma se institucionalizaron algunos procesos de la reproducción. En los setenta la reforma del sistema de salud, donde se crearon las ISAPRES, provocó un cambio en el enfoque de atención de la familia, a la atención individual, un ajuste en gran medida por acciones económicas que en términos de salud sexual y reproductiva significa que el foco de atención es la mujer, autónoma, y sin considerar el núcleo familiar.

Finalmente, la institucionalización e individualidad de atención en la reproducción establece costos mayores, específicamente a las mujeres que son las fecundas, sin importar la capacidad de fecundar de los hombres, ellas son las que tienen el riesgo de embarazo, y por tanto ellas deben cubrir los gastos y no los hombres que son responsables del otro 50 % de la fecundación (OLAVARRÍA, 2003).

2.7 PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PERCEPCIONES Y MODELOS

Con respecto a la planificación familiar, las encuestas realizadas a hombres, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) publicadas en 1998 en POPULATION REPORTS (1998), revelan que muchos conocen y la aprueban, contrario al estereotipo de hombres que no cooperan ni se interesan en la planificación familiar o salud reproductiva. Sin embargo, aunque los hombres conocen la anticoncepción, y la aprueban en general, no todos aquellos que la aprueban la practican. Las razones que esgrimen son: quieren tener otro hijo, él o ella es estéril, la religión, falta de comunicación con la pareja, falta de acceso a métodos anticonceptivos, la creencia de que la mujer es la responsable del control de la fecundidad y la necesidad de recibir más información sobre planificación familiar.

En muchos países en desarrollo los hombres tienen la primera palabra en las decisiones sobre sexualidad y reproducción, ya que ellos en sus diferentes funciones pueden controlar el acceso a la información y servicios sanitarios, finanzas, transportes y otros recursos. Estas diferencias de género producen una desigualdad de poder entre hombres y mujeres, y es uno de los numerosos factores que influye en las parejas y en las decisiones que tomen sobre reproducción. Los otros factores que influyen en las decisiones de pareja pueden ser el nivel de instrucción, expectativas sociales, condición socioeconómica y las presiones familiares. No obstante, este control de los hombres en la adopción de decisiones sobre la reproducción puede estar debilitándose, en especial entre las generaciones más jóvenes y en ciertas culturas;

“En muchas sociedades a medida que aumenten las oportunidades sociales, económicas y educativas de la mujer, los papeles tradicionales basados en el género están comenzando a cambiar. Como resultado de esto, el poder se está redistribuyendo entre hombres y mujeres. En varios países hay indicios de que cada vez más la pareja toma en forma conjunta las decisiones sobre la procreación, y no los hombres solos”. (POPULATION REPORTS, 1998).

La conciencia sobre la necesidad urgente de mayor participación de los hombres en la lucha por la equidad de género en salud sexual y reproductiva se fundamenta en: el papel preponderante de los hombres en la toma de decisiones de las mujeres, a diferencia de tomarlas en conjunto para favorecer las relaciones de género equitativas.

El Programa de acción de la CIPD impulsó un proceso de cambio del modelo convencional de planificación familiar a uno de equidad de género y salud reproductiva basado en los derechos humanos, que debe involucrar la completa incorporación y cooperación de los hombres. Para lograr la equidad de género, el modelo busca, por una parte, que los hombres apoyen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y por otra, que se otorgue la atención a las necesidades específicas de los hombres en ese ámbito. Este modelo interconecta la sexualidad, reproducción y género, y tiene la idea de que las relaciones dadas a este respecto están

altamente influidas por las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y las actuales inequidades de género.

Como el modelo propone un servicio más amplio, más integral, para los hombres significa trabajar en los procesos de construcción de las identidades masculinas que influyen en determinadas conductas sexuales y reproductivas así como en la promoción de modelos masculinos positivos que contribuyan a transformar las relaciones en pro de la equidad y del empoderamiento de las mujeres.

El Fondo de Naciones Unidas (FNUAP), citado por MORA (2001), promueve este modelo de incorporación de los hombres en salud reproductiva desde la perspectiva de la equidad y los derechos a través de esfuerzos realizados a nivel global, nacional y regional.

La FNUAP también ha apoyado las campañas de VIH-SIDA realizadas por la ONUSIDA, ya que en su plan de acción va más allá de entregar preservativos y de marcar a los hombres como victimarios de mujeres y niños, sino que los considera como complemento a los programas de prevención. Este plan de acción se basa en:

- Sensibilizar respecto al género para que comprendan como los estereotipos y expectativas tradicionales en función del género afectan a mujeres y hombres.
- Incentivar la comunicación y negociación sexual de los hombres con sus parejas, sobre el sexo, consumo de drogas, SIDA. Para ello es necesario aumentar la capacidad de decisión de las mujeres, mejorar el acceso de los hombres a fuentes de información, asesoramiento y apoyo.
- Apoyar todo tipo de acciones tendientes a la disminución de todo tipo de violencia masculina y sexual.
- Apoyar y asistir al hombre en sus roles de padre y cuidador tanto en la familia como en la comunidad.

Cada vez son más las mujeres que luchan para su propio empoderamiento, pero no pueden solas, necesitan el apoyo de los hombres. Ellos deben ser socios de estos cambios, deben cooperar en su promoción en el hogar, en la toma de decisiones reproductivas, en la educación, en el trabajo y en los ámbitos políticos, legislativos y de políticas públicas, porque los beneficios para las mujeres son beneficios para la sociedad, incluidos ellos.

Las estrategias que utiliza la FNUAP están dirigidas hacia la sensibilización y capacitación sobre las implicaciones de las masculinidades en la equidad entre los géneros, a ampliar la disponibilidad y el uso de servicios de salud sexual y reproductiva para hombres. Destaca que dicha estrategia se ha aplicado en instituciones tales como, Fuerzas Armadas y la Policía Nacional de países como Paraguay, Nicaragua, Ecuador y Perú.

Estas instituciones representan entidades nacionales permanentes que forman profesionales militares, desde tempranas edades y en etapas importantes de sus vidas y del desarrollo de sus identidades masculinas. Las temáticas que abarcan estos proyectos son equidad de género, masculinidad, derechos sexuales y reproductivos y salud, también paternidad responsable, prevención de violencia doméstica e intrafamiliar. Los objetivos de estos proyectos van desde aumentar la cobertura y calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, incorporar programas de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar en los servicios de salud militares (MORA, 2001).

2.8 INCORPORACIÓN MASCULINA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las razones por las que ha ganado interés la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva, luego de las conferencias del Cairo y Beijing, son las siguientes:

- La concientización de que las relaciones de género inequitativas afectan la salud reproductiva de ambos sexos de maneras múltiples
- La existencia de evidencias de los efectos negativos de ciertos comportamientos de riesgo de algunos hombres para la salud de las mujeres e hijos
- La solicitud por parte de las mujeres para que se incorpore a los hombres en los servicios de salud sexual y reproductiva
- La preocupación por las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y el VIH-SIDA
- El interés creciente por parte de los hombres para mejorar su propia salud y la de sus parejas sexuales y familias

La ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS, 2000) describe los obstáculos que se pueden presentar en la participación género sensitiva de los hombres son:

- La falta de conciencia de los hombres de sus propias necesidades sexuales y reproductivas
- El hecho de que los programas de salud reproductiva están dirigidos casi exclusivamente a mujeres
- La escasa información sobre las actitudes, percepciones, necesidades y prácticas de los hombres en salud reproductiva
- La falta de conocimiento de los hombres acerca de estos temas determina la toma de decisiones sin información y a imponer aquellas a sus parejas
- La falta de comunicación y toma de decisiones conjunta entre hombres y mujeres
- La falta de conciencia por parte de los encargados de las políticas de salud, sobre la repercusión de las desigualdades de género y del papel de los hombres en la toma de decisiones
- La falta de normas específicas, reglamentos y pautas para que los servicios incluyan y asistan a hombres en los servicios de salud reproductiva

Según la OPS (2000), las necesidades de los hombres frecuentemente no son atendidas, y algunos de los tópicos en los cuales requieren información y atención son:

- Promoción de actitudes y prácticas responsables y compartidas hacia la sexualidad, el embarazo, la paternidad y la crianza de los hijos
- Sexualidad y disfunción sexual
- Planificación familiar
- Prevención y tratamiento de ITS y VIH-SIDA
- Urología
- Atención de infertilidad
- Detección y atención de cáncer
- Salud mental
- Prevención de violencia de género y doméstica
- Abuso de sustancias.

El abordaje de ciclo de vida en salud reproductiva abre oportunidades para trabajar en cambios favorables desde la niñez. Las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva durante las etapas de la niñez y la adolescencia facilitarán el desarrollo de habilidades para la vida que permitirán una vida sexual y reproductiva sana y responsable.

2.9 RELACIÓN DE PAREJA, DIFERENCIAS GENERACIONALES Y SOCIALES

ABARCA (1999), dice: “El consenso individual y grupal apunta a identificar a la mujer como el polo dinámico del cambio cultural en curso; en contrapartida, el varón pareciera tomar conocimiento de los cambios desde una posición forzada, incómoda, anquilosada”.

Como las sociedades latinas, aún mantienen, una cultura basada en la masculinidad hegemónica, y la forma tradicional de valorizar los cambios sociales es con la visión masculina en el ámbito de la vida pública por sobre la vida privada, ellos le dan más valor a la incursión de la mujer. Sin embargo, a medida que la esfera pública se fragmenta y toma mayor relevancia la parte privada la implicancia de los hombres en los asuntos que ellos definen como feminizados irá tomando más importancia (ABARCA, 1999).

En Chile, influye un cambio político social en la formación de dos generaciones, la que precede al golpe militar de 1973 y la generación posterior, hombres de más o menos 30 años que dan cuenta del cambio de status de la mujer, que tienden a negociar con sus parejas a fin de no definir lo público y privado, como masculino y femenino, respectivamente. Según ABARCA (1999), se estaría ante el asomo de mujeres más integradas y en búsqueda de hombres más libres; de nuevas formas de familia.

Este mismo autor, señala que para los varones populares, los cambios en el status laboral de la mujer constituyen una nueva realidad que apunta hacia la nivelación de oportunidades, al menos desde el punto de vista de la capacidad para el desempeño de ciertos oficios. Para algunos hombres se debe hacer la diferencia de aquellas mujeres que trabajan, es decir que aportan a la casa y las que 'no trabajan', mujeres que ocupan sus ingresos en gastos personales y no para la familia.

En el ámbito de pareja, estas sensibilidades afirman que en lo fundamental se mantiene la organización jerárquica de roles complementarios, donde la mujer gestiona el conjunto de los asuntos domésticos y en virtud de ello ejerce un poder sobre el varón, que se muestra plenamente dependiente de la mujer. El proceso alternativo, que intenta compartir roles, no es fácil ni fluido, tiene contratiempos, regresiones.

Los hombres adultos tienen más asumido, que una relación, donde se compartan responsabilidades productivas, de administración de la vida de pareja, requiere un trabajo de reflexión, de des-sexualizar las responsabilidades y de romper el modelo de masculinidad hegemónico, en parte heredado por el padre, para poder construir roles dinámicos dentro de la relación de pareja y familiar.

Según ABARCA (1999), este discurso señala, en desmedro del modelo observado en los padres, que para tener una relación que potencie a sus integrantes debe existir un vínculo capaz de otorgar espacios de desarrollo individual y otros para proyectos conjuntos y de relación constructiva con el entorno.

En los hombres especialmente de sectores medios, hay una tendencia a romper con la exclusividad del rol de proveedor masculino, tiene la perspectiva del hogar como una tarea compartida equitativamente, incluso a aceptar que el aporte al ingreso familiar sea mayor de parte de la mujer.

En la representación de masculinidad heterosexual persiste un modelo tradicional, con la dicotomía de los mundos públicos y privados y el reparto desigual de los deberes y derechos entre hombres y mujeres, y junto a él una racionalidad moderna, con nociones de igualdad, libertad y reflexividad (ABARCA, 1999).

En particular, el surgimiento de nuevas formas no sexistas de construir la identidad genérica, la valoración de la paternidad y la expresión de los afectos, la demanda de satisfacción mutua en la sexualidad, la noción de persona, entre otras- construyen lentamente la base para definiciones menos deterministas sobre la condición masculina. Este movimiento presiona contra las bases del modelo y amplía los límites de la expresión de lo masculino procurando la

integración de los contenidos perdidos que, hasta el momento, se siguen llamando 'femeninos'.

Ante la interrogante de sí las diferencias de edad y nivel socioeconómico implican diferencias de capacidad en reconocer un modelo hegemónico de masculinidad, en general no hay distinción al momento de elaborar el discurso de patriarcado.

En jóvenes de sectores populares se desarrolla mejor el código de dominio, tal vez por la doble subordinación (clase socioeconómica y grupo étnico), y en aquellos con un marcado machismo teórico, son sólo palabras que se alejan de la práctica (ABARCA, 1999).

A pesar que, el conjunto de los sujetos reconoce los cambios en las relaciones de pareja, son los varones adultos de estrato medio quienes tienen el cambio en la piel, y se presentan a sí mismos como protagonistas o espectadores del cambio de actitud de sus mujeres. Hablan de antes y después, viven en medio de inconsistencias, renegando de sus legados paternos, tomando distancia de los patrones tradicionales y trabajando sobre sí mismos.

Sólo una mínima parte de los varones fueron capaces de distinguir el cambio en las relaciones de género como un espacio de ganancia. Sin duda, la percepción de sentirse al margen de la historia es un fuerte inhibidor de la disposición al cambio. (ABARCA, 1999)

2.10 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MASCULINA EN CHILE

Con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva, se puede señalar que el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), no tiene un programa específico para la atención en Salud Sexual y Reproductiva, no obstante este enfoque está incluido como uno de los ejes fundamentales del Programa de Salud de la Mujer. Este programa surge en la década del noventa, sustentado en los distintos foros internacionales (CIDP El Cairo, 1994; Beijing, 1995), con el fin ayudar a las mujeres a desarrollar sus distintos roles sociales, es decir, agregar aspectos de salud no reproductivos e incorporar el enfoque de género en la atención de salud.

Los principios rectores de las políticas de gestión ministerial actual, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, son: aspectos éticos personales y sociales; los derechos reproductivos; focalización en grupos marginales y vulnerables; la equidad de género; la calidad de atención y la calidad de vida; la integración de los diferentes servicios disponibles; la participación social y la sustentabilidad de las acciones en el nivel local.

Por ahora, el PSM es el encargado de velar por los aspectos sexuales y reproductivos, está claro que desde la perspectiva de la mujer, considerada como “la responsable de la reproducción biológica”. No obstante, se reconoce que dicho programa, tiende a integrar cada vez más al hombre, pero siempre como pareja o padre, como acompañante y no como sujeto de atención.

El PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO (PSA), no contempla actividades en el área de la Salud Sexual y Reproductiva de los hombres, evidenciando así la deficiencia de los programas de salud para los hombres, en materias de sexualidad y reproducción. Aún, así, se espera que los servicios otorguen una atención con enfoque integral como lo señalan los discursos gubernamentales acerca de la Reforma de Salud (GOBIERNO INTERIOR INTENDENCIA DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA, 2003).

En cuanto a la aplicación del enfoque de género en el PSM, se puede decir que apunta a diferenciar los requerimientos inmediatos de las mujeres, con relación a sus distintos roles sociales (reproductivo, doméstico y productivo), y a promover relaciones de género con mayor igualdad.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cualicuantitativa, que busca profundizar los conocimientos sobre el tema en estudio, pero sin aspirar a la generalización de la información obtenida. El objetivo de la combinación de metodologías apunta hacia su complementariedad y a la potenciación del análisis cualitativo.

Como la recolección de datos es en un tiempo único, para describir las variables, es un estudio transversal, y además exploratorio, ya que el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva masculina ha sido poco estudiada y quedan eventos y comportamientos por descubrir, lo cual implica que sea descriptivo de las situaciones encontradas.

3.2 POBLACIÓN

La población del estudio está constituida por estudiantes hombres de distintas carreras de las nueve facultades de la UACh, (Anexo 7.6.1), que en el segundo semestre de 2004 y primer semestre de 2005, cursan primer, tercer y quinto año.

La investigación se centra en estudiantes universitarios porque representan un grupo de hombres de distintas edades, que abarcan la etapa final de la adolescencia, la adultez joven e incluso adultez media. Por otra parte, la población en estudio es un grupo heterogéneo social, económica y culturalmente, que por lo descrito anteriormente, ha vivido casi completamente el proceso de la pubertad

La selección de los años de carrera se basó en los siguientes criterios: los estudiantes de primer año están incorporándose a un nuevo sistema, educacional y de socialización, como es la universidad. Los de tercer año están en una etapa de transición y los de quinto año, en general, corresponden al último año académico, que para muchos implica un cambio social y económico por el ingreso al mundo laboral.

De acuerdo a los criterios señalados anteriormente, el universo del estudio fue de 1168 estudiantes, 390 correspondieron a estudiantes de primer año, 287 a tercer año y 491 a

estudiantes de quinto año. Esta información se obtuvo del departamento de Registro Académico Estudiantil, específicamente del sistema de inscripción de asignaturas, con el fin de evitar la selección de estudiantes sin actividad académica.

3.3 MUESTREO

3.3.1 Tipos de muestreos

- Para la búsqueda de información cualicuantitativa el tipo de muestreo fue aleatorio estratificado proporcional. Cada estrato correspondió a los cursos señalados en los objetivos de la investigación.
- Para la recolección de información cualitativa se escogió el muestreo aleatorio intencionado.

3.3.2 Tamaños de las muestras

- El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa Epi Info 2002. Se trabajó con un varianza de 0,1875, precisión de 8% (margen de tolerancia de error) y un nivel de confianza de 95%. Primero se calculó una muestra del total de estudiantes (1168), que fue igual a 103, y luego por afijación proporcional se determinó el número correspondiente a cada estrato. El coeficiente que distribuyó la muestra equitativamente fue 0,088. Del número de estudiantes obtenido se aproximaron los valores a números enteros. El resultado para el estrato de primer año fue 34 estudiantes, de tercer año 25 y de quinto año 44 estudiantes.
- El tamaño de la muestra para la recolección cualitativa de datos fue fijado a criterio de la investigadora, apoyada en la asesoría de docentes del área social.

3.3.3 Selección de las muestras

- A objeto de incluir carreras de las nueve facultades de la UACH, en primer lugar se determinó el número de estudiantes de cada estrato por facultad. Es decir, el valor del estrato dividido por 9. Los resultados con decimales fueron aproximados, según normas convencionales. Finalmente, el número de estudiantes seleccionados aleatoriamente por carrera fue 4 estudiantes de los primeros años, 3 de terceros años y 5 estudiantes de los quintos años. Este procedimiento determinó la selección de 15 carreras (Anexo 7.6.1).

- Para obtener los datos cualitativos el número de carreras participantes para la selección de estudiantes se redujo a 3 (Administración de Empresas y Turismo, Periodismo, y Obstetricia y Puericultura), con el fin de facilitar el contacto con los sujetos. La selección de las escuelas fue de tres facultades diferentes y de manera aleatoria.

3.4 MÉTODOS

3.4.1 Técnicas de recolección

- La técnica indirecta utilizada fue una encuesta, a través de un cuestionario semiestructurado, que permitió recolectar información cuantitativa y cualitativa.
- Para recoger información, exclusivamente, cualitativa se utilizó técnica directa, la entrevista en profundidad, con el fin de explorar con mayor profundidad el conocimiento de los estudiantes sobre sexualidad y reproducción, las experiencias y comportamientos en esta área y los factores o agentes que influyen en su desarrollo. Además, se utilizó el trabajo de grupo focal, orientado a profundizar en los factores y agentes que intervienen en el proceso de socialización y educación en materias de salud sexual y reproductiva, con el fin de identificar las normas o patrones y las opiniones de ellos respecto a como debe ser la educación en este ámbito.

Para las entrevistas individuales en profundidad se seleccionaron aleatoriamente 9 estudiantes, de ellos, tres corresponden a primer año, tres a tercero y tres a quinto año. El objetivo de la entrevista era obtener información acerca de las experiencias, opiniones y conceptos de los estudiantes sobre sexualidad y reproducción.

Se realizaron tres grupos focales, cuyos participantes fueron contactados por los estudiantes entrevistados individualmente, quienes a modo de informantes ubicaron a dos o tres compañeros. Cada grupo focal correspondió a un año de carrera del estudio (primer, tercer y quinto año), y estaban integrados por estudiantes de las mismas tres escuelas seleccionadas para las entrevistas en profundidad. Para cada grupo se estableció un número máximo de ocho y mínimo de cinco participantes

3.4.2 Instrumentos

Se elaboraron tres instrumentos:

- Un cuestionario para ser aplicado sin entrevistador/ a. La estructura del formulario es original, los contenidos de las preguntas son acordes a los objetivos de la investigación, y se sustentan en los modelos de VALDÉS Y COL. (1999), y de GARITA (2001).

En términos generales, el formato del cuestionario consta de título, una breve introducción al tema y una declaración de que la participación es voluntaria y anónima. Luego, las instrucciones de completación y devolución. El cuestionario consta de dos items, el primero sobre los datos generales de los participantes, exceptuando el nombre, y el segundo contiene las 36 preguntas ordenadas de acuerdo al orden lógico de las temáticas tratadas. Se inicia con preguntas generales para después tratar asuntos más personales. El tipo de preguntas utilizada fue dicotómica, de opción múltiple y semiestructurada. (Anexo 7.1).

Para asegurar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el cuestionario a 8 personas, estudiantes hombres de los años indicados de la UACH, con el fin de evaluar la comprensión de las preguntas, el tiempo de completación y la disposición a responder. De acuerdo a la evaluación se realizaron las correcciones de redacción, y eliminación o agrupación preguntas.

Para obtener información relacionada con la expresión de significados y sentimientos personales con el cuestionario se diseñaron preguntas semiestructuradas, para triangular con la información obtenida en las entrevistas en profundidad y los grupos focales. Además, para aumentar la validez del instrumento, éste fue revisado por una docente, antropóloga, asesora del estudio.

La distribución de los cuestionarios se hizo a través de las secretarías de las escuelas seleccionadas. Para ello se envió una carta vía correo electrónico, de parte de la responsable de la investigación y la docente patrocinante del estudio, a cada director/ a de escuela, explicando el objetivo del trabajo, y para solicitar su cooperación en la selección aleatoria de estudiantes de las listas de curso, y entrega de los cuestionarios. Por lo tanto los cuestionarios se distribuyeron por medio de las escuelas, o por contacto directo de la investigadora con los estudiantes en sus horarios de clases.

La recolección de datos programada en el segundo semestre de 2004, debió extenderse hasta el primer semestre de 2005 dado el escaso número de cuestionarios contestados (de 60 cuestionarios entregados se recibieron 35). En el 2005, entre Abril y Mayo, se entregaron 75

cuestionarios, y se recolectaron 39 durante el mes de Junio, obteniendo un total de 74 formularios contestados. El resto no fue devuelto.

La dificultad de lograr que más estudiantes respondieran el cuestionario, se debió a que los dos últimos meses son de pruebas y exámenes finales, frente a esto ellos se muestran renuentes a contestar encuestas, de cualquier tipo, argumentando falta de tiempo.

- Dos guías temáticas, una para las entrevistas en profundidad y otra para los grupos focales. El diseño de estas guías se basó en los objetivos y propósitos del estudio, tomando como referencia los mismos modelos de estudios que en la elaboración del cuestionario. Y para los trabajos con los grupos focales además, se consideró la información obtenida de las entrevistas en profundidad (Anexos 7.3 y 7.4).

La fecha y hora de reunión de las entrevistas en profundidad se establecieron según la disponibilidad del participante, con el acuerdo de realizar una sesión de no más de una hora de duración, pues no tenían disponibilidad para otra(s) sesión/ es. Los lugares de entrevista fueron 3 salas dentro del recinto de la Universidad. La duración promedio de cada sesión fue de 1 hora, y los temas que no alcanzaron a ser tratados fueron incluidos en los grupos focales.

En todos los casos se aceptó las condiciones de la entrevista y las temáticas a tratar. La aprobación quedó explícita con la firma del acta del consentimiento (Anexo 7.2). Además se completó una ficha con sus datos generales (Anexo 7.5).

En el desarrollo del trabajo del grupo focal, asistieron seis personas al grupo de primer y quinto año, y al de tercer año cinco estudiantes, otros tres participantes no pudieron asistir por problemas personales de último momento. El número fue adecuado en cuanto a que permitió el clima de confianza y el desarrollo de la conversación fácil. La duración promedio de las sesiones fue de 2 horas, el lugar para las tres sesiones fue en una sala de la Escuela de Obstetricia y Puericultura.

Se contó con la colaboración de una antropóloga para apoyar el desarrollo de la técnica, quién además asesoró la confección de las guías temáticas, y se encargó de llevar el cuaderno de campo.

Al inicio de la sesión se realizaron las presentaciones y se explicaron los objetivos de la investigación. En cada reunión se firmaron las actas de consentimiento informado, y también cada uno de los participantes completó la ficha con sus datos generales, excepto el nombre, asignándose un código a cada uno.

3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

- Los datos cuantitativos se analizaron con el programa Epi Info 2002. La información se ingresó a una base de datos creada para su orden y clasificación, manteniendo la diferenciación según el año de carrera, como indican los objetivos del trabajo. Fue necesaria la determinación de los códigos para cada categoría de las variables, en algunos casos preestablecidos y en otros creada según los datos recolectados.

Para la presentación de datos de tipo cualitativo se utilizó la estadística descriptiva, o sea a través de tablas de distribuciones de frecuencia y de asociación, y medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y de dispersión (desviación estándar).

La información cualitativa del cuestionario se analizó con la técnica de análisis de componentes, que permite establecer el significado o interpretación dada por los participantes a términos asociados a sexualidad y reproducción. Esta técnica consiste en determinar cuáles son los componentes o atributos esenciales que para cada participante definen un concepto o palabra. Para lo cual, con cada variable identificada se elaboraron diagramas con los términos o concepciones que asociaba cada estudiante. Con los significados obtenidos se construyó una definición global representativa de las respuestas de los estudiantes.

- El material grabado obtenido de las 9 entrevistas en profundidad y los 3 grupos focales fue transcrito textualmente a un archivo de texto digital. Para ambos casos se realizó análisis de contenido, con el uso de la misma técnica con que se analizaron los datos cualitativos del cuestionario, el análisis de componentes

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En las sesiones de las entrevistas individuales y grupales se realizaron grabaciones de audio con autorización de los participantes. Tomando en cuenta los aspectos éticos implícitos en toda investigación, se solicitó a cada uno de los participantes su consentimiento informado, a través de la firma de un acta (Anexo 7.2). Asimismo, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados están presentados de acuerdo al material recolectado a través del cuestionario, de las entrevistas en profundidad y de los grupos focales realizados con estudiantes de primer, tercer y quinto año de quince carreras de la Universidad Austral de Chile (UACH) (Anexo 7.6.1), para triangular la información en los casos que corresponda.

Los datos cuantitativos obtenidos de los 74 estudiantes que respondieron el cuestionario están representados a través de tablas de distribuciones de frecuencias y de asociación, estadígrafos de posición y dispersión. Los datos cualitativos aportados por respuestas de los 74 cuestionarios contestados, por los estudiantes que participaron en las entrevistas en profundidad y en los grupos focales, en total 21 estudiantes, son apoyados por citas textuales, indicando edad, curso y un nombre ficticio.

El análisis de la información cualitativa y cuantitativa está integrado en la presentación de los resultados.

4.1 DATOS GENERALES

La edad de los estudiantes que contestaron la encuesta varió entre los 18 y 37 años, y la edad más frecuente fue de 24 años (Tabla 1). Distribuidas las edades por grupos, de acuerdo al año de carrera, muestra una diferencia de dos a tres años entre ellos (Gráfico1).

Tabla 1: Medidas de tendencia central y de dispersión de la distribución de edades de los estudiantes.

MEDIDA	VALOR (años)
Media	21,76
Moda	24
Mediana	22
Desviación Estándar	3,99

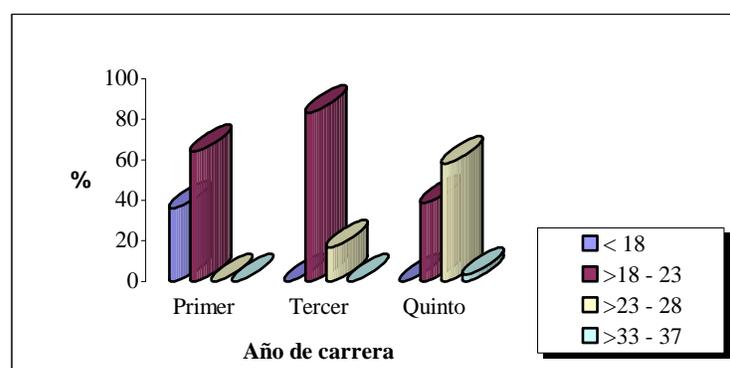


Gráfico 1: Distribución de estudiantes por año de carrera y según edad.

El total de los estudiantes que respondió el cuestionario era soltero, de ellos más de la mitad con pareja, y en todos los casos se indicó que era de sexo femenino (Tabla 2). El INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV) en su Encuesta Nacional de Juventud (2000), realizada por con jóvenes chilenos de 15 a 29 años encontró un valor similar de jóvenes con pareja, incluyendo la convivencia.

Los estudiantes que no han iniciado actividad sexual tienen en promedio 19 años, la mayoría son católicos, no tienen pareja, y la gran parte corresponden a estudiantes de primer año, que vienen de otros lugares. Las razones de no tener pareja, que estos estudiantes mencionan en sus respuestas del cuestionario, son que están incorporándose a un ambiente nuevo, y que le dan prioridad a sus estudios.

Tabla 2: Distribución de estudiantes por año de carrera, y de acuerdo a si tienen o no pareja.

PAREJA	Primer		Tercer		Quinto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin información	0	0	1	5,6	1	3,2	2	2,7
Sí	12	48,0	8	44,4	19	61,3	39	52,7
No	13	52,0	9	50,0	11	35,5	33	44,6
TOTAL	25	100,0	18	100,0	31	100,0	74	100,0

En cuanto al lugar de procedencia de los estudiantes, el 21.6% es de Valdivia (Anexo 7.6.2). Por lo tanto, un número importante de ellos vive, al menos durante el año académico, alejado de su familia, esto implica enfrentar cambios, como el vivir solos y manejar situaciones domésticas, tomar decisiones y asumir nuevas responsabilidades educativas. Los estudiantes expresan que al no estar presentes madres/ padres o familiares, que mantengan los límites en el

comportamiento de los jóvenes, pueden sentir mayor libertad de sus acciones, a veces mal entendida, que los lleva a cometer errores, en ocasiones por exceso en el consumo de alcohol en fiestas o por el inicio del consumo de drogas. No obstante, ellos reconocen que lo anterior no es absoluto, pero que constituye un factor de riesgo para aquellos que no cuenten con un respaldo familiar que les ayude a integrar en su formación valores con respecto al ejercicio saludable de su sexualidad, o un programa de salud que los oriente (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2000).

De acuerdo con la información recolectada por medio de las entrevistas en profundidad, se puede inferir que, la mayor responsabilidad, asignada por la familia, de estos jóvenes son los estudios, porque la mayoría no ha realizado otra actividad o trabajo (Anexo 7.6.3). Ellos tienen como meta lograr una profesión, y no ser padres antes de haber terminado su carrera y de tener un trabajo estable, que es lo mínimo para pensar en formar su propia familia. De esta manera, ellos sienten que cumplen con las metas familiares y con las exigencias sociales, en que cada vez es más importante aspirar a un mayor nivel socioeconómico.

En las opciones religiosas, de forma similar a lo señalado por el CENSO 2002 (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2002), donde alrededor del 65% de los hombres de 15 a 44 años es católico, la mayoría de los estudiantes declaró tener esta misma opción religiosa, con 54.1 % (Gráfico 2).

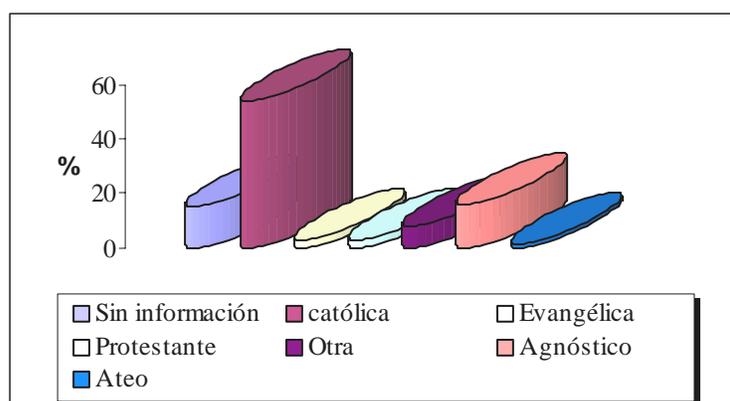


Gráfico2: Distribución de estudiantes de acuerdo a su opción religiosa.

Así como, una parte importante de los estudiantes no se identificó con una religión (17,6%), tampoco lo hizo con un origen étnico, y no respondieron a esta pregunta más de la mitad de los estudiantes encuestados (Gráfico 3).

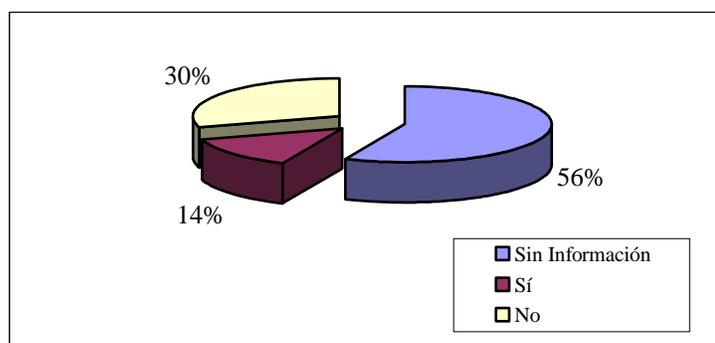


Gráfico 3: Distribución de estudiantes de acuerdo a su identificación con algún origen étnico.

4.2 VIVENCIA DE LA PUBERTAD

La pubertad un proceso tan evidente como importante en el desarrollo y crecimiento de los seres humanos, que abarca cambios corporales, psicológicos y sociales, fue vivida por este grupo de jóvenes con poca conciencia de sus cambios físicos, pero asumidos con tranquilidad. También notaron cambios en la forma de pensar, en que surgieron otros intereses, como el inicio de la atracción por la mujer. Diego (21 años, primer año), plantea: *“La forma de ver las cosas cambia, no sólo piensa en jugar, en no hacer nada, empiezas a pensar en pololear, en tener pareja, en tener relaciones sexuales. Sicológicamente empiezas a verte hacia el futuro, a madurar. Los cambios físicos no fueron sorpresa, ya nos habían hablado, sobretodo en el colegio. Lo tomé como un proceso normal que tenía que pasar”*. En este ámbito les preocupa que cada vez la edad en que ocurren esos cambios sea más temprana. Piensan que se debe a la mayor cantidad de estímulos visuales, como el uso de ropa más llamativa por la exposición del cuerpo, de las niñas o adolescentes, y la influencia de los medios de comunicación.

Ellos reconocen la pubertad como un proceso normal, aunque acompañado de presiones y temores, como el inicio de las relaciones sexuales y los embarazos imprevistos. Arturo (25 años, quinto año): *“Sentí, inseguridad, aunque no lo demostraba, mucha curiosidad, mucha presión de la gente que te rodea, que te hacen los amigos de tener mayor cantidad de ocasiones con minas, auto presión que uno se pone, porque si no te vas quedando atrás, era como alcanzar la meta”*.

La mitad de los estudiantes manifestó haber tenido alguna preocupación o inquietud en el ámbito sexual y/ o reproductivo (Gráfico 4). En general, las inquietudes que se presentan es la falta de preparación en el inicio de las relaciones sexuales, que no les permite saber cuales son los límites del placer y cómo satisfacer a sus parejas. Esto podría relacionarse a la temprana edad de inicio de sus relaciones sexuales, motivada mayoritariamente por experimentar al igual que sus pares una relación sexual que no siempre implica afectividad, como lo explica

Rodolfo (20 años, tercer año): *“que el hombre tenga relaciones a temprana edad puede ser por accidente, que se den las circunstancias y descubren su sexualidad, y después en un grupo de amigos al que le ocurrió le contó al resto, y ahí comienza una especie de competencia por quiñen se deshace primero de la virginidad”*. Otro tema que les provoca inquietud son las disfunciones sexuales, apuntando de igual manera al no poder responder en su rol masculino, sexual o reproductivamente. A José (27 años, primer año), le parece que: *“tienen que ver las relaciones sexuales con sentirse hombre, porque si no pudiera responderle a una pareja se me viene el mundo abajo, porque hay un cierto ego...”*

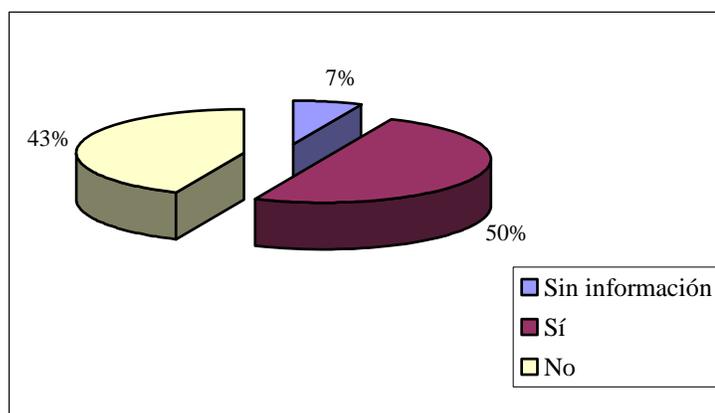


Gráfico 4: Distribución de estudiantes de acuerdo a la manifestación de inquietudes sobre su sexualidad.

Las inquietudes más frecuentes que señalaron los estudiantes en el cuestionario apuntan hacia la orientación sexual, y con tener que asumir responsabilidades sin las herramientas necesarias, como el ser padre sin haber terminado su carrera profesional, así lo dice Diego (21 años, primer año): *“no estoy en condiciones de ser padre, no porque biológicamente no lo esté, sino por la situación de estar estudiando; en cuanto a mi situación socioeconómica, porque yo no trabajo, no soy profesional”*. Por último, otras inquietudes que señalaron los estudiantes, con menor frecuencia, son los mitos que existen acerca de la sexualidad, y el temor de contagiarse de alguna infección de transmisión sexual (ITS), manifestado por un 9.5% de quienes respondieron el cuestionario.

4.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Los estudiantes reconocen que con la información recibida, aunque no es la óptima, han logrado disminuir algunas de sus inseguridades como por ejemplo, de los cambios físicos, y del riesgo de contagiarse de alguna enfermedad al tener relaciones sexuales.

Las fuentes de información más frecuentes, de acuerdo a lo contestado en los cuestionarios, son en primer lugar, el sistema de educación con alrededor del 77% del total de los estudiantes, luego los pares y la familia (Tabla 3). A pesar de que la mayoría reconoció la utilidad de la información recibida en el desarrollo normal de su sexualidad y en tener una conducta más responsable, existe una disconformidad un tanto oculta o como ellos dicen ‘asumida’, con respecto a la educación, no sólo como una manera de entregar información, sino también en la formación integral de cada persona. Es necesario destacar que una de las formas más frecuente en que ellos obtuvieron información por sí solos es a través de búsqueda de material en libros, revistas, diarios e internet.

Tabla 3: Distribución de estudiantes por año de carrera y según fuentes de información sobre sexualidad.

AÑO CARRERA FUENTE DE INFORMACIÓN	Primer Año		Tercer Año		Quinto Año	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Familia	15	60	12	66,7	20	64,5
Sist. Educación	21	84	14	77,8	22	71
Pares	14	56	9	50	25	74,2
Solo	8	32	10	55,6	16	51,6
Medios comunicación	12	48	3	16,7	14	45,2
Sist. Salud	1	4	0	0	0	0
Otros	0	0	1	5,6	1	3,2

De acuerdo a la importancia que estos estudiantes le asignaron a las fuentes de información en su formación sexual, en primer lugar está el sistema de educación y muy cercano la familia, por sobre los pares y los medios de comunicación (Tabla 4). Es decir, estas dos últimas fuentes pueden ser de más fácil acceso, sin embargo, ellos están concientes que no son las más fidedignas, Gustavo (20 años, tercer año), señala que: *“Hay mucha información, uno se mete en internet y busca una infinidad de artículos, y el que no sabe buscar se queda con cualquiera, y hay mucha información errada”*.

Tabla 4: Distribución de estudiantes según importancia asignada a fuentes de información en el desarrollo de su sexualidad.

FUENTE LUGAR	FAMILI A		SIST. EDUCA CIÓN		PARES		SOLO		MEDIOS		SIST. SALUD		OTRO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1º	21	28,4	24	32,4	10	13,5	16	21,6	2	2,7	0	0	1	1,4
2º	9	12,2	24	32,4	20	27,0	8	10,8	9	12,2	0	0	0	0
3º	12	16,2	8	10,8	15	20,3	6	8,1	13	17,6	1	1,4	1	1,4
4º	5	6,8	1	1,4	1	1,4	3	4,1	3	4,1	0	0	0	0
5º	0	0	0	0	0	0	1	1,4	3	4,1	0	0	0	0
Total	47	63,6	57	77	46	62,2	34	46	30	40,7	1	1,4	2	2,8

Los jóvenes plantean que el sistema escolar entrega información a través de las clases de ciencias naturales y biología, que está enfocada principalmente a los aparatos reproductores y su funcionamiento, y a la anticoncepción, sin tener la base formativa y valórica, que en primera instancia deberían dar madres y padres.

En general existe comunicación con madres y padres, pero no es temprana, ni detallada. En los casos de jóvenes en que no tuvieron conversaciones sobre sexualidad y reproducción con sus madres y/o padres fue por falta de confianza, porque sintieron vergüenza de acercarse a preguntarles. Ellos perciben que la vergüenza es recíproca, sus madres y padres también sienten pudor y eluden los temas relacionados con la sexualidad. En cuanto a reproducción puede existir algún tipo de consejo o ‘sermón’ de que deben cuidarse de un embarazo, pero no una conversación relacionada con la afectividad en una relación de pareja.

El rol de la familia, especialmente de madres y padres, lo consideran fundamental en la educación sexual, aunque en la realidad éstos no se encuentran liderando la educación de sus hijas/ os. A pesar de ello, los jóvenes de las entrevistas en profundidad, y de los grupos focales, reconocen a la familia como la institución socializadora, que debe velar por el cuidado de sus integrantes y su desarrollo armónico, bajo los principios y valores que les entreguen para su mejor comportamiento. La imagen que tienen de madres y padres es que entregan una educación represiva y sancionadora.

La visión que tienen los estudiantes, que participaron de las entrevistas en profundidad y los grupos focales, de la formación en sexualidad y reproducción de sus padres la atribuyen a las vivencias que tuvieron de la sexualidad como un tema oculto y prohibido, potenciado por el difícil acceso educacional y la influencia de la religión Católica, que imponía, y para algunos todavía lo hace, fuertes juicios morales que limitaban la sexualidad a la procreación, siendo el resto de las expresiones objeto de castigo. Estas circunstancias son comprendidas por los jóvenes, y esperan que su generación sea la que invierta esta situación con sus hijos.

Las familias están saliendo del tabú, por eso estos estudiantes hablan de un periodo de transición en la forma de educar a los hijos, pero ante la superación de este obstáculo, ellos plantean otra problemática que está relacionada con un factor importante que es el tiempo disponible de madres y padres, es decir, qué tan presentes están en el desarrollo de sus hijas/os, aunque no se puede generalizar como sinónimo de despreocupación o de extrema confianza en los demás. Lamentablemente es una realidad, los niños y adolescentes están más horas en el colegio que en su hogar (sin tomar en cuenta las horas de sueño), ya que ahora es cada vez más frecuente que madres y padres trabajen. Y así ellos desligan parcial o totalmente la responsabilidad de la educación al colegio.

Por esta razón, los estudiantes partícipes de los grupos focales, perciben que madres y padres no se sienten preparados para hablar con sus hijos, que cada vez logran un nivel educacional y profesional mayor, lo que genera que algunos sientan que con su nivel de instrucción no son los idóneos para enseñarles, Oscar (24 años, quinto año), comenta: *“Mi viejo 30 años paco, salió de 4º medio y me decía qué te puedo enseñar; con mi hermana fuimos los primeros en llegar a la U, qué pides tú para atrás...”*. Y existen otras madres y otros padres que asumen que los hijos ya saben lo necesario y no es preciso hablarles, o bien el hombre atribuye este rol a la madre. Porque él considera que no es su tarea, ya que por tradición el padre es el que da sustento económico y establece normas.

Actualmente, de acuerdo a la visión de los estudiantes de la investigación, las madres y padres jóvenes están comenzando a educar a los hijos desde pequeños, y consideran que es mejor que ambos estén presentes, porque si sólo está uno se exponen a que los hijos adquieran más conductas de riesgo.

Este gran trasfondo de cómo viven la sexualidad los hombres jóvenes, hace comprender sus requerimientos, expresados en que quieren ser informados y formados por sus padres o núcleo familiar. Es así, que no se puede culpar de irresponsabilidad a los jóvenes tan livianamente, porque con las herramientas que reciben es posible cometer errores, y peor aún no disfrutar de una sexualidad sana y de una reproducción informada y libre.

Uno de los factores que los estudiantes creen influye de manera negativa ya que mayoritariamente muestra modelos erróneos de cómo enfrentar y vivir la sexualidad, son los medios de comunicación, principalmente la televisión. Aunque, de acuerdo a los datos obtenidos de los cuestionarios, señalan a los medios de comunicación y a la familia con valores similares de importancia, en el segundo y tercer lugar, en su formación sexual y reproductiva (Tabla 4).

A juicio de los estudiantes que participaron en las entrevistas en profundidad y en los grupos focales, los medios de comunicación presentan un concepto superficial de la sexualidad, la televisión muestra modelos de hombres rudos, que tiene una vida fácil, y donde la mujer es vista como un objeto a conquistar, además de crear un prototipo de ellas. Para ellos, esta imagen es muy influyente en los jóvenes y niños, que imitan las características y conductas. Además, existe un fácil acceso a la pornografía, tanto de adultos, jóvenes y niños. Estos últimos muchas veces sin el conocimiento y supervisión de madres y padres.

A los estudiantes les parece que, los medios se manifiestan muy abiertos a estos temas, pero carecen de los conceptos y fundamentos para ser educativos, por lo que algunos la consideran perjudicial. Ellos tienen como objetivo vender, porque su propósito es económico y no educativo.

En definitiva, la información que ha recibido la mayoría (90.5%), considera que fue útil (Anexo 7.6.4). La forma en que les sirvió fue para conocer y comprender los cambios corporales, psicológicos y sociales de la adolescencia, para conocer como funciona el cuerpo de hombres y mujeres, y tomar conciencia de las relaciones sexuales de los riesgos que conlleva y la responsabilidad que se debe tener con la salud del propio cuerpo y el de los demás, como el prevenir enfermedades. Para Javier (18 años, primer año), la utilidad de la información se nota en que: “ *sé como cuidar mi salud sexual, no asustarme con los cambios que ocurren, evitar situaciones que no deseo y mantener conductas sanas*”. Formando así, carácter y principios que dan seguridad de la identidad sexual y de las decisiones que se tomen.

Surge aquí, una discrepancia que sólo se hizo evidente al conversar con más detención y profundidad con los estudiantes, pues en primera instancia ellos reconocen, como se describió anteriormente, que la información recibida de las distintas fuentes fue útil en diversos ámbitos del desarrollo de su sexualidad. Pero, realmente la información no ha sido suficiente, esencialmente desde el punto de vista psicológico y social, porque se les hace difícil establecer relaciones satisfactorias con el sexo opuesto; hay sensaciones de inseguridad y de temor para enfrentar una relación de pareja, que a la vez fomenta la incomunicación y disfunciones sexuales (LOZOYA, 2002). Se hace evidente en lo que expone Nelson (22 años, quinto año): “*...muchas veces los hombres no conocen a las mujeres en su sensibilidad, y las mujeres no conocen a los hombres en su sensibilidad. Tal vez, si tuviéramos una mejor educación no se darían tantos problemas sexuales y lo pasaríamos mejor todos*”, y también Marcelo (34 años,

quinto año), que señala: *“hay tanto desconocimiento, que yo creo que no hay ningún hombre que no le tenga miedo a una mujer, cuando el hombre llega a ese momento está muy sobredimensionado, que tiene que rendir... que aguantar...”*

Respecto a conversar sobre sexualidad, los jóvenes señalaron que es frecuente que en la adolescencia sea un tema para la risa, con un sentido más morboso, y que en la adultez joven se comienza a hablar más seriamente. Se enfrenta con más responsabilidad cuando se conversa con amigos cercanos, y dentro de ellos prefieren a las mujeres, porque consideran que ellas son más prudentes y delicadas.

4.4 SEXUALIDAD, CONCEPTOS Y PROCESOS

Producto de que parte importante de la información sobre sexualidad que recibieron estos estudiantes fue a través de los amigos, y de lo que han escuchado o visto en revistas, videos, televisión e internet (Tabla 3), y no de la familia o del colegio, los conceptos de sexo y sexualidad, y también de género están distorsionados, confusos y hasta indiferenciados unos de otros. Los estudiantes, durante el trabajo en grupos focales, reconocieron la dificultad que tenían para definir y diferenciar estos conceptos.

Según la información obtenida, el concepto que los estudiantes tienen de sexo tiene dos acepciones, una que se refiere al acto sexual propiamente tal, y la otra es la diferencia entre hombres y mujeres de acuerdo a las diferencias físicas y fisiológicas. En ambas tienen implicancia los aparatos reproductores, porque ellos determinan el sexo femenino o masculino y porque el coito o ‘sexo’ como ellos se refieren, lo asocian casi siempre a la reproducción. Los estudiantes de cursos mayores asocian más el placer y la afectividad con las relaciones sexuales. Como Alberto (24 años, quinto año), que las entiende como: *“todo lo que envuelve a la situación de las relaciones sexuales entre dos parejas, desde la relación sexual propiamente tal hasta lo que significa enamorarse”*.

Los jóvenes hablan de tener sexo en vez de tener relaciones sexuales, porque se les hace más fácil y cómodo, pero tiene una connotación morbosa que los medios de comunicación han contribuido a darle. Algunos distinguen que relaciones sexuales no sólo se refieren al sexo como acto coital, sino que a toda interacción entre dos o más personas, como conversar, es una relación entre personas de distinto o igual sexo. Ángel (21 años, tercer año), explica que: *“una conversación entre nosotros vendría a ser un acto sexual, de sexo. cuando nosotros conversamos con otra persona en parte es un acto sexual, porque yo tengo un sexo independiente del sexo que tiene la persona con la que estoy compartiendo”*

Sobre sexualidad los jóvenes tienen conceptos que involucran a todos los seres humanos, pues la entienden como las características de una persona determinadas por el sexo, y que se forman desde la niñez, siendo influenciadas por la educación e información recibida. Estas características permiten establecer comportamientos, según la personalidad y orientación sexual, que por un lado se relacionan con la necesidad de satisfacción e instinto sexual, y por otro permiten establecer distintas relaciones interpersonales, que pueden ser con los pares, la familia, hasta la relación de pareja. En estas relaciones se pueden manifestar afectos, y en la relación de pareja además, sensualidad, erotismo e incluso relaciones coitales, donde también se asocia el proceso de la reproducción. Víctor (27 años, quinto año) entiende la sexualidad como: *“toda la persona, hombre o mujer, y su interacción, individualidad personal, socia y, cultural, además de la comunicación entre ellos a través de las relaciones y señales de afecto”*.

Algunos estudiantes piensan que las relaciones de pareja son una relación de poder entre el hombre y la mujer, en que él es quién somete, y muchas veces por un dominio de fuerza o violencia, como lo declara Pedro (23 años, quinto año): *“es una relación de poder, igual que la relación de pareja, porque conquistar es ganar, someter a otro, ser tan bueno en algo y lograr que mi pareja esté contenta, pero a la vez con eso domino. Antes se lograba a la fuerza, tal vez no la hacían feliz sexualmente. Hay muchos hombres que piensan como yo, tenerlas por placer y no por la fuerza. Las mujeres igual lo hacen, por eso se ven bonitas y sexys”*. Sin embargo, la mayoría de ellos considera que la sexualidad es tener la capacidad de conocerse a sí mismos y enfrentar la vida sexual, y poder expresar los sentimientos en una relación entre hombre y mujer.

En el Simposio PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ‘NUEVOS PARADIGMAS’ (1998), los autores citan la violencia que pueden ejercer los hombres sobre las mujeres, y OLAVARRÍA (1999), describe que el hombre aprende durante la adolescencia y juventud, a que es portador de ‘instintos’ que son irrefrenables, que en cierto modo justifican los comportamientos violentos, o de engaño para conseguir poseer una mujer.

El concepto de género no está claro, para algunos es la tendencia psicológica de una persona, o sea el comportamiento de acuerdo a valores y roles, y para otros es lo mismo que sexo.

En relación a cómo expresan la sexualidad, la mayoría de los estudiantes que respondieron el cuestionario, reconocen otras formas de manifestarla, además de las relaciones coitales (Gráfico 5). Las respuestas más frecuentes se refieren al contacto físico (caricias, besos, abrazos), lo que se puede entender desde el referente masculino, pues es la forma más nombrada para estimular en el preámbulo del coito. Otras formas que ellos describen para expresar la sexualidad, es a través del uso de palabras tiernas hacia la pareja, el buen trato, orientado al respeto, la afectividad y manifestar preocupación por ella.

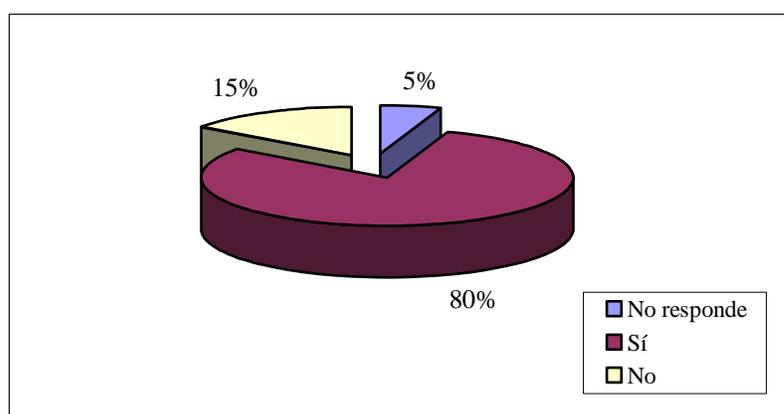


Gráfico 5: Distribución de estudiantes según su percepción de la existencia de otras formas de expresar la sexualidad, además de las relaciones coitales.

Los estudiantes que piensan que las relaciones sexuales, entendidas como relaciones genitales son la única forma de expresarse sexualmente, son menores al promedio de edad del total de jóvenes encuestados, y la mayoría no tiene pareja. Así, se puede entender que tal vez, existe una menor madurez y falta de experiencia en sus relaciones interpersonales, o que es una manera de pensar más apegada a la crianza que recibieron sus padres.

Un aspecto de la vida sexual, ligado a las creencias religiosas y al mandato del matrimonio impuesto por éstas, es el mantenerse virgen o casto hasta casarse, o sea, hasta decidir quien va a ser la pareja que los va a acompañar en su vida, y con la cual exista un compromiso sentimental, que debe pasar a ser formal y legal. Por lo tanto, para algunos significa inhibir la libre expresión y desarrollo de la sexualidad. En estas circunstancias consideran que la mujer es una víctima, pues vive la represión de los deseos y necesidades sexuales, en parte producto de un egoísmo machista, que prioriza su satisfacción por sobre la de ella.

Estos jóvenes consideran la virginidad una opción personal, respetable y que, en general, le otorgan mayor valor en las mujeres. Para ellos es gratificante tener relaciones con una mujer que no las ha tenido, aunque no es imperioso al momento de elegir pareja, pero sí que se haya cuidado en sus relaciones anteriores, que no sea promiscua, de lo contrario es una persona descartada como pareja.

En el significado que los estudiantes otorgan a la virginidad se evidencia un modelo masculino en que el valor de la virginidad es mayor en la mujer, lo cual puede resultar ventajoso para ellos, por cuanto se sienten con más libertad para iniciar su actividad sexual. Similares situaciones encontró GARITA (2001) en un grupo de jóvenes, también para Juan (19 años,

primer año), la virginidad: *“es importante para mí, pero es tal vez sólo una cosa de orgullo, porque tiendo a pensar que no es importante en el hombre pero sí en la mujer”*

En general, para los estudiantes de cursos menores el placer sexual se homologa al orgasmo de una relación coital y tiene que ver con el buen desempeño masculino. En cambio, para los estudiantes de cursos mayores (quinto año), que promedian los 24 años, el placer sexual involucra todas las sensaciones, tanto físicas como emocionales, que dan satisfacción al hombre y la mujer, cuyo punto máximo es el orgasmo. Para ellos el orgasmo debe, idealmente, ser alcanzado por ambos, como una sensación de disfrute y libertad total.

Los estudiantes expresaron distintas reacciones ante una eventual relación sexual que no sea placentera, que no les satisfaga sus expectativas, en sus palabras, ‘el no tener orgasmo’. Existen sentimientos negativos, de frustración o impotencia emocional, y otros que tratan de encontrar la explicación. Es claro en sus conversaciones, en los grupos focales, que reconocen como fin de una relación sexual la obtención de placer. Pues el modelo hegemónico masculino en la sexualidad, según LOZOYA (2002), tiene como propósito someter el deseo y limitar la búsqueda y la obtención de placer al mantenimiento y reproducción de relaciones de poder entre los sexos.

En cuanto al placer en la pareja, la mayoría lo reconoce como importante, pero con sentidos diferentes, porque para algunos es otra forma de obtener su propia satisfacción y una manera de medir su potencialidad, en otros términos, la hombría. Para otros, es prioridad el placer en la pareja, o tiene igual importancia que ambos lo logren, porque les ayuda a fortalecer la relación sentimental. De esta manera lo describe LOZOYA (2002), los hombres se ven obligados a garantizar un orgasmo durante el coito, y se sienten responsables del placer en la pareja.

En las conversaciones con los estudiantes, se reafirma la postura del autor nombrado anteriormente, que plantea que la sexualidad del hombre oscila entre el placer y el cumplir, entre el disfrutar o examinarse, porque ellos reconocen que les interesa el placer de su pareja, pero no tienen conocimientos sobre la sexualidad femenina, más allá de la anatomía y ciclos hormonales, tiene que ver con la sicología de la mujer, y el cómo satisfacerla.

Existe una paradoja, con respecto a la posición que debe tener la mujer frente al acto sexual, porque estos jóvenes que participaron en los grupos focales, reconocen por un lado, que la mujer lleva como un estigma que le dice debe ser pasiva y receptora, y muchas veces tener relaciones cuando no lo desea, sólo por satisfacer al hombre y mantener la relación de pareja. Contradictoriamente, ellos opinan que no debería ser así, y que ella debe tener iniciativa al igual que el hombre, pero ante la situación de enfrentarse a una mujer activa, que manifiesta sus deseos y busca su satisfacción, la reacción de la mayoría de los estudiantes es de discriminación.

Entonces, lo que realmente esperarían los hombres es que la mujer tenga iniciativa y capacidad de expresar sus deseos, pero que no sea evidente en el ámbito público, porque eso afectaría su imagen de hombre que está firmemente regida y normada por el modelo de dominio masculino (LOZOYA, 2002).

Para ellos la mujer vive su sexualidad más oculta que el hombre, recibe más información, y dedicación de parte de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, pero bajo el enfoque de prevenir, de protegerse de embarazos enfermedades, pero sus sentimientos, preferencias y formas de satisfacción los mantienen en lo íntimo. En cambio, los hombres mientras más alarde hacen de su comportamiento sexual, más “machos” van a ser. Es el reconocimiento de la sociedad, a diferencia que si es una mujer quien actúa así, a lo menos es llamada “puta”, y también por sus congéneres, como lo ejemplifica Gabriel (24 años, quinto año): *“en un carrete... una vez una mujer se me acercó, y todas las minas, las pololas de mis amigos decían, oye pero como tan puta. No permiten eso”*. Porque la sociedad aún es machista.

Según los alumnos que participaron en los grupos focales, todavía quedan casos de padres que inician a sus hijos con prostitutas, todavía para ser hombre hay que mantenerse activo sexualmente ojalá con más de una pareja, así lo dice José (27 años, primer año): *“La ley universal para el hombre es que si tu no tienes sexo no eres hombre, eso va desde que tienes tu primera erección, hasta que te mueres”*. Además, el hombre debe ser quién norma y sostiene su hogar, ser activo y tomar la iniciativa en las relaciones sexuales, donde la prioridad es el placer personal no el de la pareja. Aníbal (23 años, quinto año) así lo plantea: *“...tiene un rol social que cumplir, porque le exigen, las mismas mujeres, Te ves presionado por ganar plata, por ser exitoso, hay una carga que va más allá de tener un pene, ellas pueden ser profesionales exitosas, pero no le van a exigir que mantenga a su familia y su marido, nadie la va a juzgar porque está cesante”*.

Desde el punto de vista de los jóvenes de la investigación, al igual como lo describe GARITA (2001), para el hombre existen dos tipos de relaciones sexuales, y por ende, dos tipos de mujeres, las relaciones sexuales por placer, el llamado ‘sexo’, donde la satisfacción de la mujer no interesa, y con quien no hay lazos afectivos, ni proyecciones de pareja. Y las otras que se dan dentro de una relación formal con afectos involucrados, donde sí se preocupan de satisfacerlas, y el término usado es ‘hacer el amor’. Pero este tipo de relación les provoca miedo o inseguridad, porque se sienten vulnerables ante su pareja, que les puede medir y no quedar conforme con su desempeño sexual.

De acuerdo a la bibliografía (Simposio PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ‘NUEVOS PARADIGMAS’, 1998), se esperaba que el hombre siempre tome la iniciativa en la actividad sexual. Sin embargo, de acuerdo a lo contestado por los estudiantes (Tabla 5), el hombre toma la iniciativa para tener un encuentro sexual o coito, en un 43.1%, y con un valor levemente mayor está la opción de que ambos

toman la iniciativa, es decir, es de forma alternada, a veces el hombre y otras la mujer. Los estudiantes de primer año se diferencian de sus compañeros de los otros dos años, pues si bien la decisión más frecuente es tomada por ambos, el segundo lugar lo tienen las mujeres. Esto confirma que las mujeres están teniendo un cambio en la forma de vivir la sexualidad en pareja, aunque sea sólo en la intimidad.

Tabla 5: Distribución de estudiantes por año de carrera, según la toma de iniciativa en una relación sexual.

AÑO CARRERA INICIATIVA	Primer		Tercer		Quinto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin información	1	6,7	1	7,1	0	0	2	3,4
Mujer	4	26,7	0	0	0	0	4	6,9
Hombre	2	13,3	7	50,0	16	55,2	25	43,1
Ambos	8	53,3	6	42,9	13	44,8	27	46,6
TOTAL	15	100,0	14	100,0	29	100,0	58	100,0

Los jóvenes del estudio reconocen que tienen relaciones con mujeres sólo por placer, sin compromisos afectivos, y no le dan importancia a tener relaciones de este tipo de forma paralela, porque aunque sea un comportamiento incorrecto, de engaño, no creen que exista trasgresión de confianza, y sienten menos responsabilidad. En estas relaciones se daría lo que menciona OLAVARRÍA (1999), que el adolescente o joven para demostrar su masculinidad hace uso del engaño, y no le dan importancia porque aprenden a separar la mujer amada de las otras, que más bien son un objeto para su satisfacción, como plantea Gustavo (20 años, tercer año): *“el hombre siempre busca placer, y la mujer siempre está para satisfacerlo... por último fingen para que él no se sienta mal, entonces ella pasa a ser como un instrumento. La mujer está más pendiente de los sentimientos, y a veces el hombre se aprovecha de eso...”*, y Rodolfo (20 años, tercer año) cree que: *“tiene que ver con la valorización que uno le dé a la mujer, por ejemplo alguien dice hay mujeres para esto y mujeres para lo otro.”*

En el caso que sea la mujer quien tiene más de una relación de pareja, también lo consideran incorrecto, pero dicen que en ellas socialmente es visto de peor forma, y al igual que con las mujeres activas y con iniciativa, no son deseadas como parejas estables (GARITA, 2001).

Un tema importante, desde el punto de vista del autoconocimiento en la sexualidad, es la masturbación que puede iniciarse en edades muy tempranas, producto de la exploración que los niños y niñas hacen de su cuerpo, o en la adolescencia (GARITA, 2001). Cuando se inicia la masturbación durante la adolescencia, ellos señalan que su inicio se da por descubrimiento personal, o motivado por otros como los amigos o compañeros que cuentan sus experiencias.

Los sujetos de la investigación saben que la masturbación es un proceso normal, pero está acompañado de temores fundados en la falta de información, y en la gran cantidad de mitos que rodean la sexualidad, que son transmitidos por los mismos pares. De todas maneras es un proceso vivido con un poco de temor que se sustenta en la postura religiosa que fomenta el sentimiento de culpa (GARITA, 2001). A pesar de esto logran asimilarla como un proceso natural, como parte del crecimiento que ayuda a descubrir la sexualidad, que da satisfacción esencialmente en la adolescencia, o cuando no tienen pareja. Esteban (22 años, quinto año) dice: *“Está bien, aunque de chico me enseñaron que era malo, pienso que es una etapa necesaria para conocer cabalmente la sexualidad, es parte de ella”*, y para Joaquín (21 años, tercer año) la masturbación: *“ es saludable, cuando se practica de vez en cuando o en las etapas que debe ser. No tengo claro si en algún punto se puede convertir en algo malo o como para considerarlo enfermedad”*. Aquí yace un concepto errado de algunos, de que la masturbación es normal sólo en la adolescencia y después se convierte en enfermedad.

El inicio de la actividad sexual, para algunos significa dejar la masturbación de lado, puesto que el placer que buscan lo obtienen con sus parejas.

4.5 ACTIVIDAD SEXUAL

Del total de estudiantes encuestados, el 78.4% señaló haber iniciado su actividad sexual (Gráfico 6), valor semejante (76.1%) al encontrado por el INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV), en su Encuesta Nacional de Juventud (2000). Según los datos recogidos en las entrevistas en profundidad, los hombres a diferencia de las mujeres, para tener su primera relación sexual se guían más por el deseo y la necesidad de su satisfacción, que por los sentimientos. La mayoría, dice que se influencia por los amigos que presionan, y que es una manera de responder para no quedar mal con los pares, pues se transforma en una competencia dentro de los grupos por iniciar primero la actividad sexual y dejar de ser castos. Además, se agrega la curiosidad que siente cada uno de experimentar una relación sexual que han visto en una película o que otros les han contado.

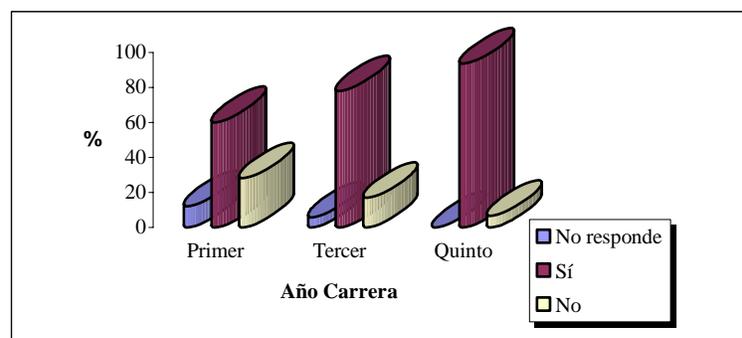


Gráfico 6: Distribución de estudiantes por año de carrera, y de acuerdo al inicio de actividad sexual.

Cuando los estudiantes, en las entrevistas en profundidad, hablan de formar o ser pareja, tiene que ver con un compromiso mayor con alguien que comparta ideales, metas, es una compañía a largo plazo, que implica cariño, confianza complementar las vidas. Estas son las relaciones serias, donde sí importa la mujer.

Las relaciones de pareja (tales como pololeo, noviazgo o convivencia), así como el inicio de la actividad sexual, aumentan en el último año de carrera estudiado. Esto se podría atribuir a que comienzan a sentir con más intensidad las exigencias sociales implícitas en el ‘ser hombre’, del modelo de masculinidad dominante, que influye en las prácticas sexuales de hombres y mujeres (OLAVARRÍA, 1999).

De acuerdo a las respuestas de los estudiantes en los cuestionarios, aquellos que declaran ser católicos tienen una proporción de inicio de actividad sexual (80%) similar a la general de la muestra estudiada (78.4%), y las edades promedio en que iniciaron su actividad sexual son prácticamente equivalentes (Tabla 6). La edad más frecuente para los estudiantes católicos son 18 años, en cambio la edad modal de los estudiantes en general es de 16 años.

Tabla 6: Medidas de tendencia central y de variabilidad, en la distribución de las edades de inicio de actividad sexual de los estudiantes en general, y de aquellos con religión católica.

MEDIDA	VALOR (años)	
	Total	Católicos
Media	16,8	16,7
Moda	16	18
Mediana	17	17
Desviación Estándar	3,05	3,6

En estos resultados se observó que no hay diferencias entre el total de los estudiantes y el grupo de aquellos que son católicos, lo cual se puede deber a que estos últimos posean una visión distinta de practicar la religión católica, que se apoya en que a nivel local la relación con la iglesia, y concretamente con los sacerdotes de las parroquias donde realizan actividades, es más cercana, con una visión más amplia de la sexualidad humana. Un ejemplo de esto es lo que dice Gabriel (24 años, quinto año): *“trabajo en actividades parroquiales con el curita a cargo en las Ánimas, y él es súper innovador en estos temas, dice: ‘chicos yo no les puedo decir que no tengan relaciones, por este motivo u otro, ustedes no me van a pescar, claramente, no me van a pescar, si lo quieren hacer, lo van a hacer. ¿¡Qué les puedo decir?, sean responsables...’”*.

De acuerdo a la información dada por los estudiantes en las entrevistas en profundidad, la experiencia de su primera relación sexual, fue agradable y sin preocupaciones para los casos que fue con personas conocidas, con una relación de cariño o afecto y con una diferencia de edad mínima, esto les dio confianza y seguridad. En circunstancias contrarias les significó temores y angustia. Según lo expresado por estos estudiantes, las relaciones sexuales se inician por cumplir con un requisito 'para ser hombre' y para ser aceptado por los pares. En definitiva, la primera relación sexual no es sinónimo de satisfacer y obtener placer mutuo, ni menos la expresión de sentimientos. A lo anterior, se debe sumar las condiciones en que se dan dichas relaciones sexuales, que son lugares improvisados y escondidos, que conlleva a que en la mayoría de los casos no usen un método anticonceptivo o de prevención de las ITS, exceptuando un apresurado coito interrumpido. Después de la primera relación sexual el único temor es que haya ocurrido un embarazo no deseado, que según la opinión de estos estudiantes, para los hombres no constituye suficiente razón para ser precavido la próxima vez que tengan actividad sexual.

Las circunstancias en que se dio la primera relación sexual, sólo un 31% acordó con su pareja tener relaciones, y alrededor del 60% tuvo su primera relación de forma inesperada o porque se dio la oportunidad (Anexo 7.6.5).

El inicio de la actividad sexual se ajusta a la etapa de la pubertad, casi a manera de concluirla, porque para estos jóvenes tener la primera relación sexual es el paso a una nueva etapa, que los acerca más a la adultez, y los aleja de la niñez. La edad promedio en su inicio fue de 16,8 años, valor similar al encontrado por Morris (1994), citado en GARITA (2001), y a los resultados encontrados por el INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV) en su Encuesta Nacional de Juventud (2000), que encontraron como edad promedio de inicio de actividad sexual los 16,2 años, también en la Encuesta Nacional de Juventud de 1997 se observó una disminución de la frecuencia de inicio de actividad sexual en menores de 15 años y mayores de 20 años, que se repitió en los resultados de esta investigación. Sin embargo, en la encuesta del año 2000, que abarcó jóvenes de 15 a 29 años de diferentes condiciones socioeconómicas, el 20,8% de los jóvenes inició actividad sexual con menos de 15 años. En los sujetos de este estudio, el valor corresponde casi a un tercio de ese resultado (8,5%).

En los alumnos de esta investigación, más del 80% ha iniciado su actividad sexual a los 18 años. De acuerdo a los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad, las motivaciones para comenzar a tener relaciones sexuales son la presión de los amigos de "perder la virginidad", de "hacerse hombres", la curiosidad y deseo de experimentar algo desconocido (Gráfico 7). La actividad sexual aumenta en la medida que avanza el año de carrera, lo que se asocia a un incremento moderado en la edad. En el último año de las carreras, más del 90% ha tenido relaciones coitales.

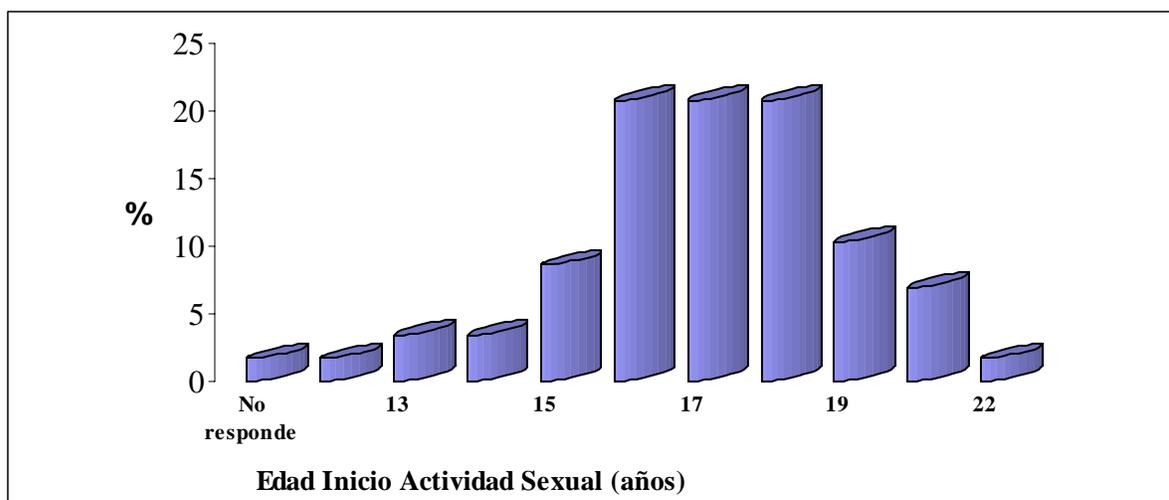


Gráfico 7: Distribución de estudiantes según edad de inicio de actividad sexual.

Con relación a la edad de la pareja, de su primera relación sexual, la diferencia de edad modal fue cero, es decir, lo más frecuente fue que tuvieran la misma edad, y con un 67.4% la diferencia de edad fue un año más o uno menos (Gráfico 8). Un número menor de estudiantes inició su actividad sexual con mujeres mayores, en su mayoría fue un encuentro inesperado, e incluso uno detalla que fue en estado de ebriedad con una prostituta 23 años mayor.

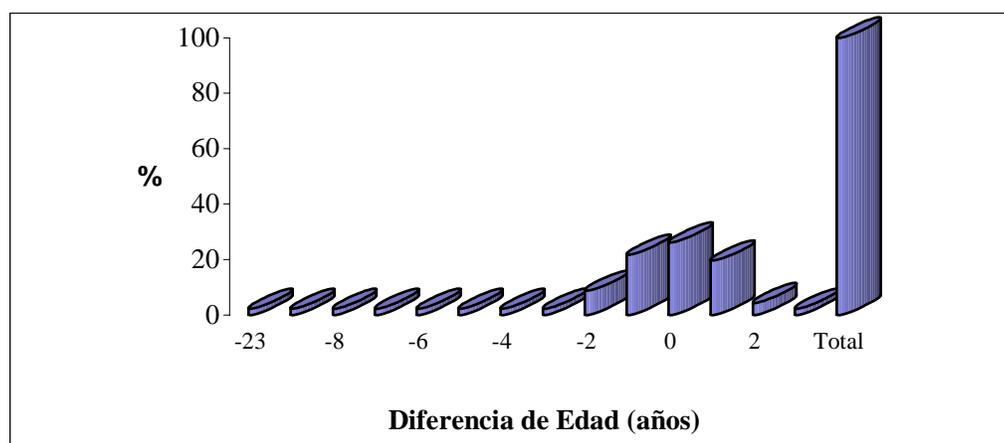


Gráfico 8: Distribución de estudiantes según diferencia de edad con su pareja en el inicio de su actividad sexual.

En cuanto a la frecuencia de su actividad sexual en los últimos seis meses, la frecuencia modal es más de una vez a la semana, seguido por una vez a la semana. De los restantes el 25.9% de los estudiantes no han tenido actividad sexual, (Tabla 7). Estos resultados se asemejan a los

datos de la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2000), en la cual un 50,4% de los jóvenes activos sexualmente señaló tener actividad al menos una vez a la semana, y con un poco más de diferencia, un 16.9% no había tenido relaciones en los últimos seis meses.

Tabla 7: Distribución de estudiantes por año de carrera y de acuerdo a la frecuencia de sus relaciones sexuales en los últimos seis meses.

FRECUENCIA ACTIVIDAD SEXUAL	Primer		Tercer		Quinto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una/ semana	4	26,7	1	7,1	4	13,8	9	15,5
Más una/ semana	5	33,3	3	21,4	12	41,4	20	34,5
Una/ mes	1	6,7	2	14,3	1	3,4	4	6,9
Más una/ mes	0	0	3	21,4	2	6,9	5	8,6
Sin actividad	4	26,7	3	21,4	8	27,6	15	25,9
Otra	1	6,7	2	14,3	2	6,9	5	8,6
TOTAL	15	100,0	14	100,0	29	100,0	58	100,0

Acerca del uso de protección en sus relaciones sexuales, ya sea para prevenir una ITS o un embarazo no planificado, un poco más de la mitad de los estudiantes señaló que era siempre (Tabla 8). El resto se protege en algunas oportunidades, o no lo hace simplemente. Al considerar el porcentaje acumulado de protección, desde los que siempre se cuidan hasta los que lo hacen rara vez, el 89.6% ha usado métodos anticonceptivos alguna vez, frente al 82% encontrado por la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 1997).

La tendencia de protegerse menos es mayor en los estudiantes de cursos superiores, que promedian los 23 años y la mayoría tiene pareja. No obstante, esta conducta de menor responsabilidad en su protección sucede, según los datos aportados por las respuestas de los cuestionarios y las conversaciones de los grupos focales, en las relaciones de pareja informales, pues de los que señalaron tener pareja, ellas estaban usando como método pastillas anticonceptivas. Al parecer, en las relaciones formales, que pueden tener más permanencia en el tiempo, existe conciencia de las consecuencias de tener actividad sexual, aunque claramente sólo de la prevención de un embarazo. Por ejemplo, Pablo (20 años, primer año), dice: “*Mi pareja toma pastillas, y como la conozco, no me preocupan las enfermedades*”, y Joaquín (23 años, quinto año), plantea: “*con mi pareja de no tener un bebé, si es extrapololeo, o cuando no pololeo, con condón para evitar ITS*”

Tabla 8: Distribución de estudiantes por año de carrera y según uso de protección en sus relaciones sexuales.

AÑO CARRERA PROTECCIÓN	Primer		Tercer		Quinto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin información	1	6,7	0	0	0	0	1	1,7
Siempre	3	20,0	10	71,4	17	58,6	30	51,7
A veces	9	60,0	2	14,3	5	17,2	16	27,6
Rara vez	1	6,7	1	7,1	4	13,8	6	10,3
Nunca	1	6,7	1	7,1	3	10,3	5	8,6
TOTAL	15	100,0	14	100,0	29	100,0	58	100,0

Los estudiantes que participaron en las entrevistas en profundidad dicen que es habitual que los jóvenes aunque saben que desde las primeras eyaculaciones son capaces de embarazar a una mujer, no tienen la conciencia, ni la responsabilidad de sus acciones, ni siquiera al iniciar su actividad sexual. La fertilidad la asumen en parte cuando realizan el primer test de embarazo. Aquí, prevalece la mayor responsabilidad de la mujer, que ellos atribuyen a que está mejor informada, y porque es quien lleva más la carga de un embarazo, tanto biológica, como socialmente, en tanto los hombres pueden pasar inadvertidos (GARITA, 2001).

Para los estudiantes las principales consecuencias de una relación sexual son el embarazo y el contagio de ITS. Sin embargo, el método utilizado más frecuentemente son las pastillas anticonceptivas (Tabla 9), es decir, aunque la mayoría sabe que existe el riesgo de contagio de una ITS toma sólo medidas de prevención de un embarazo. Algunos justifican esto con que conocen a sus parejas y aparentemente existe fidelidad. Luego, está el uso de preservativo junto con pastillas y en tercer lugar con un escaso porcentaje el uso exclusivo de preservativo.

Tabla 9: Distribución de estudiantes por año de carrera y según método anticonceptivo que han usado.

AÑO CARRERA	Primer		Tercer		Quinto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MÉT. USADO								
Sin información	1	6,7	0	0	1	3,4	2	3,4
Preservativo	1	6,7	1	7,1	3	10,3	5	8,6
Pastillas	11	73,3	9	64,3	18	62,1	38	65,5
Ambos (pastillas y preservativos)	1	6,7	3	21,4	3	10,3	7	12,1
DIU	0	0	0	0	2	6,9	2	3,4
Otro	1	6,7	1	7,1	0	0	2	3,4
Ninguno	0	0	0	0	2	6,9	2	3,4
TOTAL	15	100,0	14	100,0	29	100,0	58	100,0

Aproximadamente, la mitad de los jóvenes considera el preservativo como el método más seguro para prevenir embarazos e ITS (Anexo 7.6.6), cifra que es coincidente con poco más del 50% que dice protegerse siempre en sus relaciones sexuales (Tabla 8). Sin embargo, el preservativo tiene un bajo uso por parte de los estudiantes que contestaron el cuestionario, ya que el método más usado son las pastillas anticonceptivas. Entonces la responsabilidad de usar este forma de prevención recae más en las mujeres, pero la decisión de qué método usar es mayoritariamente tomada en pareja (Gráfico 9).

La dificultad que ocasiona que sean las mujeres quienes usan los métodos de prevención de embarazos y de ITS, es que los hombres pueden desvincularse de esta responsabilidad, y en el caso que exista un embarazo la culpa es sentida con más intensidad por la mujer. Los motivos que dan estos estudiantes de no usar el condón es porque incomoda, porque les da vergüenza comprarlo o pedirlo en un centro de salud. En el estudio de GARITA (2001), se agrega la falta de interés que manifiestan los jóvenes por usar preservativo.

Otras razones que los estudiantes de los grupos focales dan del bajo uso de los preservativos, es porque los hombres no se sienten preparados, porque les da vergüenza decirle a la pareja que lo usen, o no quieren reconocer que no saben usarlo correctamente, y prefieren dejarse llevar por ese impulso tan incontrolable, olvidando todo el riesgo, y cualquier otra forma de prevención. De acuerdo a los datos recolectados por el cuestionario, se puede inferir que estos estudiantes piensan en usar más el preservativo cuando se relacionan de forma esporádica con alguna pareja, pero en la práctica el uso es de alrededor de 20%. Este tipo de relación esporádica, es más frecuente cuando “carrean” y pueden estar bajo el efecto del alcohol o de drogas, circunstancias en que es más importante tener sexo y no perder la oportunidad (GARITA, 2001).

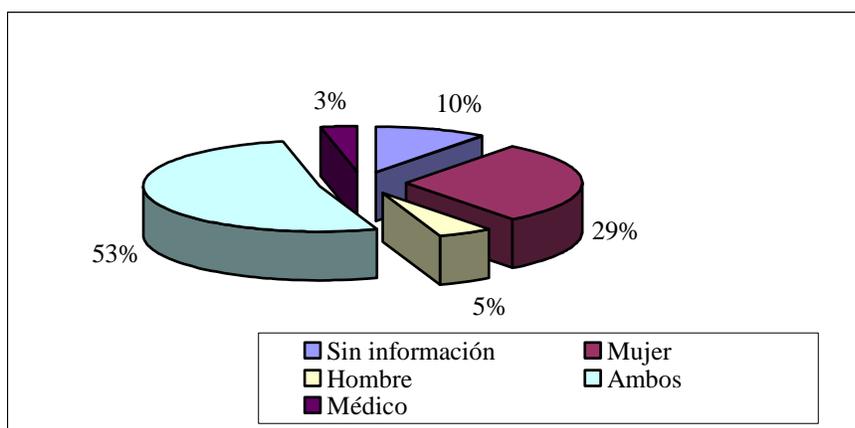


Gráfico 9: Distribución de estudiantes según decisión del método anticonceptivo usado.

Las respuestas dadas por los estudiantes en el cuestionario, acerca de la posibilidad de realizarse la vasectomía cuando hayan cumplido sus metas reproductivas, en lugar de que sea su pareja la que se someta a la esterilización, las respuestas afirmativas prevalecen por sobre una decisión opuesta, con 43.2% y 36.5%, respectivamente, y un quinto de ellos, no sabe qué decisión tomaría. Las justificaciones frente a las respuestas negativas son que existen otros métodos, el temor a realizarse una intervención quirúrgica y el reconocido machismo.

Los relatos de los estudiantes en los grupos focales señalan que, en las relaciones de sexo por placer no existe un compromiso de por medio, y aunque para ellos significa un engaño, pueden tener más de una relación simultánea, y al no darle importancia fomentan las conductas promiscuas. En sus respuestas sobre las relaciones de pareja paralelas las críticas principales que hacen es sobre el comportamiento moral y valórico, pero no hacen mención al enfoque preventivo, que promueven las políticas de salud.

Del total de estudiantes que respondió el cuestionario, sólo un 2,7% se refieren a las relaciones paralelas como una conducta de riesgo en el contagio de alguna ITS. Al contrastar este resultado, con que alrededor del 41% de ellos piensa que una manera de prevenir el contagio de las ITS es mantener pareja única y estable, es posible evidenciar la discordancia de sus discursos (Anexo 7.6.7).

Con respecto a la promiscuidad, según estos estudiantes tiene una acepción de hombría si no existe contagio de ITS, y si por el contrario alguien se contagia, principalmente del VIH hay una marginación y desprecio por el comportamiento de ese hombre, como lo indican Marcelo (34 años, quinto año): *“el SIDA te ata, se le tiene respeto, pero muy aparente, porque yo tengo susto de enfermarme y morirme de SIDA, por el riesgo social y todo lo que venga, pero si tengo la oportunidad y estoy así, olvídame, del SIDA nunca te acordaste”*, y Gabriel (24 años, quinto año): *“...el doble estándar, cuando tú no tienes SIDA eres el huevón cabrón que se mete con minas, pero si te contagias eres el huevón mugriento...”*. Frente al SIDA hay temor, pero es aparente, pues no se condice con las acciones instintivas y conductas irresponsables, como el bajo uso de preservativo, que expresan los hombres.

En sus conversaciones hacen hincapié en que no se ha aclarado completamente la idea de pareja única, puesto que se entiende el tener una pareja, pero puede ser un día, o una semana y luego ir cambiando, en todo momento se tiene pareja única, y no estable en el tiempo.

Con relación al riesgo de contagio de alguna ITS, en general los jóvenes, consideran que es alto, y creen que la forma más segura de traspasar la información para evitar esos riesgos, es a través de los testimonios, de las experiencias de vida cercanas, porque de esa manera ven que es real la posibilidad de contagio y no como los resultados de las encuestas de salud que sólo ven números y no personas con una cara y nombre específico, que los haga reflexionar

respecto de sus conductas. La postura de estos estudiantes de sentir ajena a su realidad la posibilidad de contagiarse es igual a la encontrada por GARITA (2001), en un grupo de sus sujetos de investigación.

Abordando específicamente el tema de las formas de prevención de las ITS, sin duda, la más conocida es el uso del condón. Los jóvenes del estudio sienten que las campañas dirigidas a masificar su uso, han caído en desvalorizar las relaciones humanas, desde lo afectivo, emocional y moral. Ahora, es más importante por enfoque epidemiológico, usar condón, y no importa con quién/ es se tenga relaciones sexuales.

De los 74 estudiantes un promedio de 12% se ha contagiado alguna vez (Anexo 7.6.8); en estos casos señalaron que fue micosis, y tricomoniasis. Es probable, que muchos no se hayan dado cuenta de que tuvieron alguna infección producto de las relaciones sexuales, porque en los hombres las ITS más comunes no dan o son muy leves los síntomas y signos.

A la interrogante si hay prácticas sexuales que puedan resultar nocivas, un 51.4% considera que no es así, ya que si hay acuerdo y se realizan con cuidado e higiene no deberían existir complicaciones. Un 39.2% las considera dañinas, la práctica que más se indicó como tal, fue el sexo anal, el fundamento es que no es una forma fisiológica de relación.

Ahora, al comparar los resultados entre los estudiantes que no han iniciado actividad sexual (SIAS) y los que ya han tenido (CIAS), se puede observar que cambia la percepción de prácticas sexuales dañinas (Gráfico 10), porque aquellos que ya han iniciado su actividad sexual sólo la quinta parte, aproximadamente, cree que hay prácticas que pueden ser perjudiciales, excepto, los estudiantes del grupo de primer año, probablemente porque son menos los que han iniciado su actividad sexual.

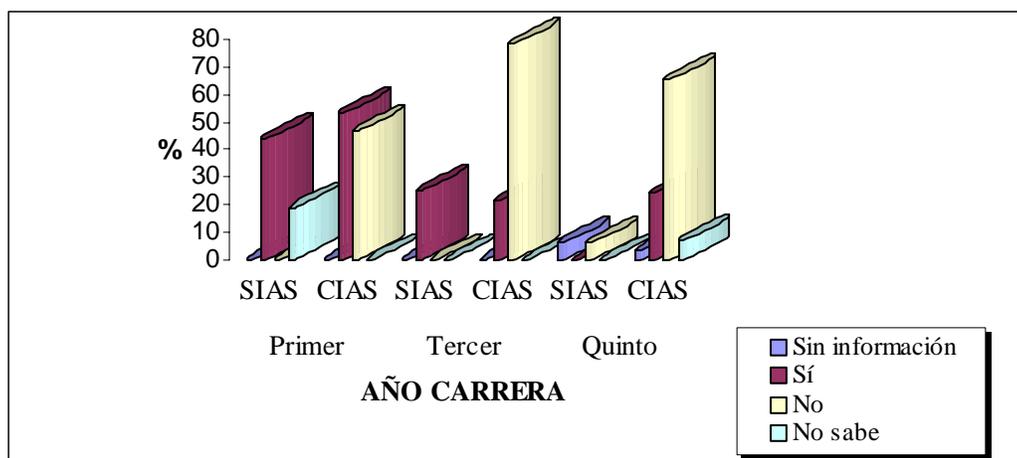


Gráfico 10: Distribución de estudiantes por año de carrera, según han iniciado actividad sexual (CIAS) o no han tenido actividad sexual (SIAS), y su percepción acerca de la existencia de prácticas sexuales dañinas.

Las forma tradicional de las relaciones coitales, con dominio masculino, está cambiando, ya que el 88% de los estudiantes declara tener mayor comunicación con sus parejas (Gráfico 11), sobre lo que les gusta y no en las relaciones sexuales, y sobre la toma de iniciativa para tener un encuentro sexual. Este último punto, que antes era de exclusiva decisión del hombre, ahora alrededor de dos quintos de los jóvenes lo hacen de mutuo acuerdo con su pareja, es decir, están concientes de que debe existir consentimiento del otro, aspecto muy importante en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y de que no se puede obligar o someter a prácticas que no sus parejas no deseen.

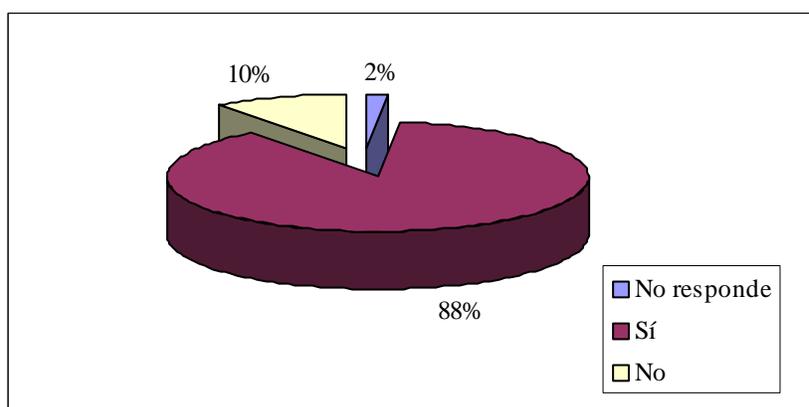


Gráfico 11: Distribución de estudiantes según existencia de comunicación con la pareja sobre sexualidad.

Los estudiantes creen que deben decidir libremente, tanto hombres como mujeres, con quién y cuándo tener relaciones. Para ellos no es necesario el matrimonio para iniciar una actividad sexual.

Como queda demostrado en la concepción que tienen de la virginidad, en la vivencia de la sexualidad y la reproducción los jóvenes reconocen las opciones libres y personales, pero no como derechos explícitos y reconocidos internacionalmente. Aproximadamente un quinto de los encuestados conoce como tal los Derechos Sexuales y Reproductivos (Gráfico 12).

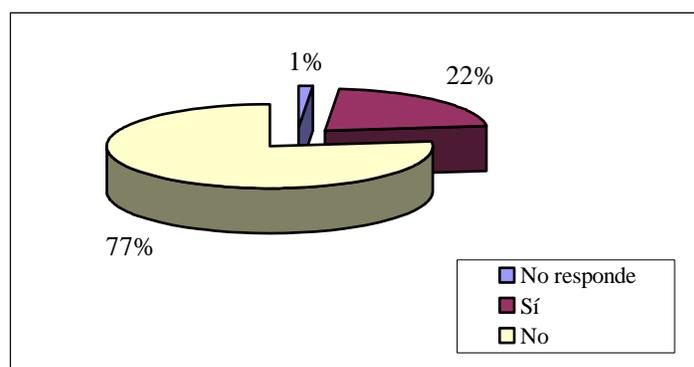


Gráfico 12: Distribución de estudiantes por año de carrera y según el conocimiento que tienen de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Conforme a los datos recogidos de los sujetos de la investigación, el sexo vaginal es la práctica más frecuente, pero cabe mencionar que las prácticas de sexo anal y oral también están presentes (Tabla 10). En el caso de la práctica del sexo oral, su frecuencia es parecida a la práctica del sexo vaginal, que su aumento está asociado conforme avanza el año de carrera.

Tabla 10: Distribución de estudiantes según las prácticas sexuales que realizan.

AÑO CARRERA PRÁCTICAS	Primer Año		Tercer Año		Quinto Año	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Juegos eróticos	10	40	7	38,9	20	64,5
Masturbación mutua	10	40	7	38,9	23	74,2
Masturbación	22	88	15	83,3	27	87,1
Sexo anal	8	32	4	22,2	9	29
Sexo oral	11	44	13	72,2	25	80,6
Sexo vaginal	13	52	14	77,8	29	93,5

Al considerar el bajo uso del preservativo, ya sea en relaciones esporádicas, como en relaciones estables, y la práctica del sexo anal, se evidencia el riesgo no contemplado por los jóvenes de contraer ITS u otras infecciones.

Los estudiantes opinan que dentro de las prácticas sexuales se puede incorporar el uso de medios para aumentar la excitación sexual, que en general ellos aceptan (Gráfico 13), tanto en pareja como individualmente. Las principales maneras que conocen para mejorar la excitación sexual son el contacto físico, los medios audiovisuales, como las revistas y películas, los juegos eróticos, la masturbación y el uso de objetos o juguetes sexuales (Anexo 7.6.9).

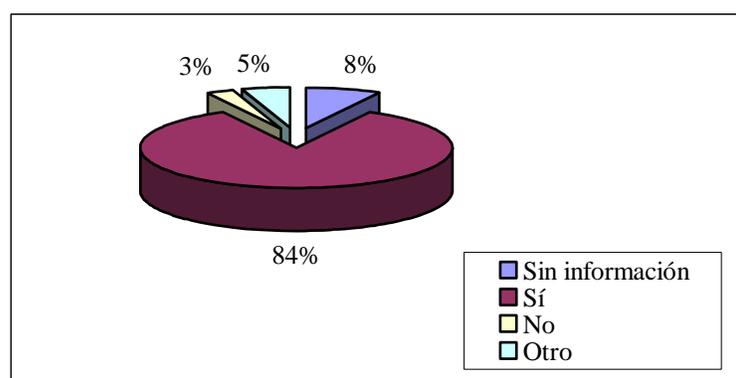


Gráfico 13: Distribución de estudiantes con pareja, según su aceptación de medios de estimulación sexual.

4.6 MASCULINIDADES E IDENTIDADES

En las entrevistas en profundidad, los estudiantes caracterizan a los hombres como seres competitivos, fuertes y valientes. Sin embargo, expresan que el lado que habitualmente esconden, son los sentimientos, el demostrar que necesitan de la compañía y afecto de una pareja. En el ámbito sexual, son toscos, consideran que se sienten con la obligación de satisfacer a la mujer, y dicen que entre ellos utilizan un lenguaje vulgar para referirse a temas de sexualidad. Ellos se consideran más inmaduros e irresponsables con respecto a las mujeres, tienen más libertades y que les cuesta asumir compromisos de pareja, porque su búsqueda en primera instancia es el placer genital del sexo (CALLIRGOS, 2003; OLAVARRÍA, 1999; SIMPOSIO PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ‘NUEVOS PARADIGMAS’, 1998)

Los alumnos del estudio señalan que los hombres están marcados por el patrón o estereotipo masculino que tradicionalmente ha impuesto la sociedad, el macho rudo, que no muestra

sentimientos y que domina, liderando el aspecto económico, social y sexual. No obstante, existen otros hombres que desaprueban lo anterior, pero lo hacen por presión, porque ellos reconocen que les exigen mostrarse así (LOZOYA, 2002; OLAVARRÍA 1999). Tanto es así, que los estudiantes dicen que un hombre sin pareja (mujer) a una edad determinada es “maricón”, o si no gana un sueldo determinado, o si realiza labores de la casa es “macabeo”. Ellos sienten que tienen igualdad de derecho con las mujeres a expresar emociones, y que es su deber respetar a sus parejas y no ocultar su necesidad de compañía.

En definitiva, las primeras características dichas siguen siendo las condiciones para reafirmar o fortalecer la imagen masculina, no obstante, hay una lucha por expresar otras masculinidades. Por ejemplo, Diego (21 años, primer año), se refiere a otro modelo masculino, *“he tomado cosas de mi hermano mayor, él ahora está casado, y es el hombre que yo veo, no es el hombre que manda en la casa, no es el que sólo aporta con la plata, es el que está criando a mi sobrina, él lava, cocina, hace todas las cosas de la casa, ya no existe de que sea trabajo de la mujer, para mí eso significa un gran paso”*.

A pesar de este modelo que modera el comportamiento de los hombres como ‘mandatos’, hay algunos estudiantes que no los siguen, aunque les significa una cuota de marginación de parte de sus pares. En investigaciones citadas por OLAVARRÍA (1999), muestran que estos atributos impuestos socialmente y que los hombres reconocen, en el momento que ellos enfrentan su intimidad y su vida, no rigen en sus vivencias, corroborando que existen otros tipos de hombres, otros significados de hombría igual o mayormente válidos.

De acuerdo a la información obtenida en los grupos focales, en los hombres jóvenes impera el machismo, porque admiran a aquellos que tienen relaciones con más mujeres en menos tiempo, lo que lleva a que a veces se inventen relaciones para no quedar mal con los pares. Cuando tienen problemas relacionados con su sexualidad no los cuentan por vergüenza, y aparentan ante sus pares que todo es perfecto, y se quedan con la percepción que sólo ellos tienen dificultades, que es similar a lo encontrado por LOZOYA (2002).

Los estudiantes manifiestan que hitos relacionados con hacerse hombre y lograr el reconocimiento de los demás y la propia reafirmación, se refieren a tener relaciones sexuales, acceder a alcohol, tabaco y pornografía. Como señala OLAVARRÍA (1999), los adolescentes y jóvenes en la búsqueda de demostrar su masculinidad dominante, los lleva a formar grupos y a ejercer violencia contra aquellos que vayan contra el modelo hegemónico, también se les permite ser agresivos con las mujeres. Sin embargo, en los relatos de sus vivencias durante los grupos focales, estos jóvenes no manifiestan situaciones ligadas a su sexualidad y masculinidad que evidencien el uso de la violencia entre pares o contra la mujer. Ellos reconocen que si en la generalidad, los hombres tienen ese tipo de comportamientos impulsivos, por ejemplo, en la violencia intrafamiliar.

Para estos estudiantes el reconocimiento de la masculinidad en la familia se nota cuando les entregan responsabilidades y le toman en cuenta sus opiniones. Con los pares, es mayor mérito de masculinidad ser sexualmente activo, con una o más parejas, manejar el propio dinero y adquirir bienes materiales, según José (27 años, primer año), *“se nota en la posesión de cosas caras, tener varias mujeres, cambiar frecuentemente; posición económica, eso marca en la sociedad, a modo general, de que es ser más hombre, yo lo viví cuando trabajé, si no cumples con estos, como requisitos, es que no te la puedes como hombre, que no eres capaz”*. En cuanto al propio reconocimiento de su masculinidad, ellos opinan que marca su inicio los cambios corporales de la pubertad, y después la toma de decisiones acertada.

De acuerdo a las respuestas del cuestionario, la homosexualidad es uno de los temores que les ronda desde la pubertad. Los jóvenes reconocen que existe la atracción por su mismo sexo en esta etapa, pero que se exponen a ser objeto de castigos y burlas si es evidente para los pares. La atracción por el mismo sexo lo toman como una forma de describir la tendencia sexual (orientación sexual), que para algunos va a confirmar su hetero u homosexualidad. Para otros sólo es producto de la admiración y cariño por un amigo, como Ramón (18 años, primer año), que cuenta: *“He sentido atracción, pero más por la amistad, por atracción física no, admiración y cariño sí. es parte de la preparación, pero personas que son adultas y les sucede eso ya es más inseguridad”*

Los jóvenes que participaron en los grupos focales, señalan que la homosexualidad se respeta en la medida que ellos respeten su orientación sexual y no afecten su espacio íntimo, ni el de sus familias, porque existen algunos que tratan, y a veces fuerzan, para convencer de que no son heterosexuales, así lo plantea, por ejemplo Roberto (22 años, quinto año): *“La homosexualidad no le veo mal, mientras respeten tu tendencia y no te presionen, está bien. Los comprendo, pero me molesta que no te comprendan a ti, que traten de que tu seas como ellos”*.

Si bien los estudiantes de la investigación aceptan la homosexualidad, lo ven como una situación lejana y penosa, al igual que las ITS, esta situación a veces no tan tolerable para ellos por la exagerada exposición en los medios de comunicación, por la exigencia de derechos y espacios, en materias de sexualidad y reproducción, que ni ellos como heterosexuales tienen. Al preguntarles acerca de su reacción frente a una persona homosexual, de su entorno familiar, creen que la primera reacción sería de agresividad tanto física como psicológica.

Para estos estudiantes la bisexualidad tiene una acepción de patología, o bien consideran que son homosexuales que no se asumen. Es una conducta que según ellos, no respeta los sentimientos de las personas que son sus parejas y que pueden desconocer su orientación sexual, piensan que sólo tienen estas conductas por obtener placer genital.

Según la información recogida en los grupos focales, en las prácticas homosexuales el riesgo de contagio de ITS puede ser mayor, porque ellos no tienen que preocuparse de un embarazo, lo cual puede significar un bajo uso de métodos de prevención, y como es frecuente la práctica del sexo anal, implica un mayor riesgo en la transmisión de infecciones, principalmente el VIH.

Los sujetos del estudio plantean que existe temor y una cierta repelencia de conocer personas homosexuales, e incluso de aquellos que tengan conductas catalogadas de femeninas, como el saludo de beso entre un padre y su hijo, se ve con malos ojos, según Gustavo (20 años, tercer año): *“La sociedad tiende a estigmatizar sin razón, por ejemplo, con mi papá y mi abuelo nos saludamos de beso en la cara, y algunos dicen que es rara la conducta”*.

En los grupos focales, los jóvenes plantean que es necesario conocer y comprender la sexualidad heterosexual para entender la homosexualidad que aún es un tema tabú, y por eso no todos lo entienden a cabalidad, ya que fisiológicamente está determinada como normal la relación entre hombre y mujer. Según ellos lo que más se conoce son las exposiciones masivas de grupos homosexuales lo que genera una cuota de rechazo porque consideran que hay un exhibicionismo innecesario. A Nelson (22 años, quinto año), le parece que: *“también la gente homosexual, de repente, se pasa, se desvirtúa y exige más derechos de los que debería tener y de los que nosotros mismos tenemos. Soy muy abierto y trato de entender, nosotros no pedimos derechos, más de lo que tenemos, pero ellos piden más, lo que deberían hacer es tratar de que la gente los entienda, toman actitudes que la misma gente les cierra las puertas, por ejemplo, los desfiles, en puros calzoncillo”*.

4.7 PATERNIDAD

Para estos jóvenes tener hijos es una etapa un tanto lejana, porque primero están otras metas personales y laborales, que en definitiva van a favorecer el momento en que sean padres para que sus hijos tengan mejor provenir, Roberto (22 años, quinto año), *“veo tener hijos súper lejos, quizás dejarlo de lado por otros sueños o metas que considero más importantes”*. Para ellos tener un hijo sin independencia económica significa limitar o postergar sueños, pero en la proyección la mayoría desea ser padre en un tiempo futuro.

Los estudiantes que participaron de la investigación, por medio de las entrevistas en profundidad, sostienen que ser padre es un proceso que se aprende, por una parte, viviendo la experiencia de tener los propios hijos, y por otra del aprendizaje que se obtiene a través de los modelos, casi siempre del padre, pero no es sólo imitar la imagen aprendida, sino tratar de evitar los defectos o errores. Distinta fue la información encontrada por OLAVARRÍA (2001), en que los varones de su estudio afirman que no hay referentes de la paternidad, que cada padre enfrenta su condición de tal, como cree conveniente.

También estos estudiantes, de manera similar a lo descrito por los sujetos del estudio realizado por OLAVARRÍA (2001), describen que, un buen padre debe estar desde el embarazo, hasta la adultez, y las responsabilidades van más allá de lo económico, comprende el afecto, la comprensión, y donde se reafirma la necesidad de que la familia los forme en su sexualidad, cuando es importante que el padre sea quien enseñe y explique los procesos de la vida, que muestre el mundo, según Roberto (22 años, quinto año), un buen padre debe: *“mostrarle a sus hijos como es el mundo, de una buena forma, darle bases para que sea una persona sólida por sí misma, enseñarle cosas, entregarle cariño y siempre estar ahí. Debe partir desde el embarazo”*.

De los estudiantes encuestados sólo un 4% es padre, ellos tienen entre 19 y 22 años y se encuentran en los distintos años de carrera estudiados. Con respecto a, la paternidad siendo estudiante, ellos opinan que esa condición origina una realidad distinta a la deseable, porque son ‘padres solteros’, aún estudiando, y como la mayoría proviene de otros lugares, puede significar estar lejos de sus hijos, y no les permite desarrollarse como buenos padres.

Las responsabilidades ante un embarazo no planificado, en su condición de estudiantes, son compartidas con la mujer, pero declaran que es evidente la mayor obligación que sienten ellas, y que es otra forma de victimizar a la mujer. Al ir más al fondo del problema, en particular de los tan publicitados embarazos adolescentes, consideran que la responsabilidad recae en el Estado.

Para estos estudiantes, el Estado debe velar por la educación de las familias, para que así puedan entregar una correcta formación a su descendencia. Así, se vuelve a repetir la discusión sobre las insuficiencias de las formas y medios utilizados en la educación sexual. Desde la visión de los estudiantes, los adolescentes o jóvenes que se enfrentan a embarazos imprevistos es porque, no tienen claras sus prioridades y metas de vida, que sumado a la información deficiente que manejan, no asumen con responsabilidad la satisfacción del deseo sexual, y no son capaces de manejar el ámbito reproductivo.

OLAVARRÍA (1999), atribuye que las dificultades que enfrentan los adolescentes y jóvenes en la vivencia de su sexualidad, Salud Reproductiva, maternidad/ paternidad, de manera armónica y con mayor calidad de vida, se debe a la necesidad de profundizar en cómo han afectado a los jóvenes los acontecimientos de los últimos 25 años en el país, y de conocer aspectos relacionados a su identidad masculina.

El aborto es otro punto tema de la Salud Sexual y Reproductiva que se abordó en el cuestionario aplicado y en las entrevistas en profundidad. De parte de los jóvenes del estudio hay un enjuiciamiento moral muy fuerte a quienes lo practiquen, casi sin importar los motivos, justifican, el aborto, en algunos casos como es la violación y frente al riesgo de muerte

materna. Además, creen que a largo o mediano plazo va a traer consecuencias peores. Los sujetos que participaron de las entrevistas en profundidad plantearon que existen otras soluciones que no son ampliamente conocidas, que ellos opinan deberían ser difundidas, como la posibilidad de adopción, y la administración de la píldora de emergencia.

Frente al aborto inducido, las posiciones de los estudiantes se dividen entre el rechazo absoluto, como la de Enrique (18 años, primer año) *“es un acto inmaduro y asesino, ya que se mató a un ser que no tiene por qué cargar con la culpa de sus padres, y otras de aceptación en casos específicos, como Bernardo (20 años primer año) que opinó *“es una opción que sólo se las daría a las mujeres violadas y en casos especiales (malformaciones)”*. Son minoría los que aceptan esta opción y que piensan que debería legalizarse, para dejar que la mujer tome su decisión libremente, sin presiones ni enjuiciamientos morales o religiosos. Juan (22 años, tercer año), cree que *“si ambos no desean ese hijo no creo que sea tan malo, peor es que ese niño nazca en un lugar, con padres que no lo van a querer y tal vez hasta lo maltraten”*.*

Las cifras recolectadas por medio del cuestionario indican que el 52% de los estudiantes rechazan por completo el aborto inducido, lo aceptan en ciertas circunstancias el 25.7%, y lo aceptan, independiente de las motivaciones de la mujer un 14.9%. En contraste, los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 1997), muestran porcentajes de 43%, 46%, y 9%, respectivamente. La diferencia más importante, no por el valor porcentual, sino por el sentido de aceptación y respeto de las decisiones personales, es que existe un aumento de quienes aceptan el aborto si la mujer lo desea, y en gran medida este valor lo aportan los estudiantes que cursan su último año de carrera (Anexo 7.6.10), además es este mismo grupo que manifiesta menos repudio ante el aborto, probablemente debido a que tienen una experiencia de vida, relativamente mayor que sus compañeros, lo que les permite ser más tolerantes. En los tres grupos de estudiantes existen jóvenes que tuvieron la vivencia de un aborto inducido con una pareja (Gráfico 14), y muestran un leve incremento hacia más edad y año de carrera avanzan.

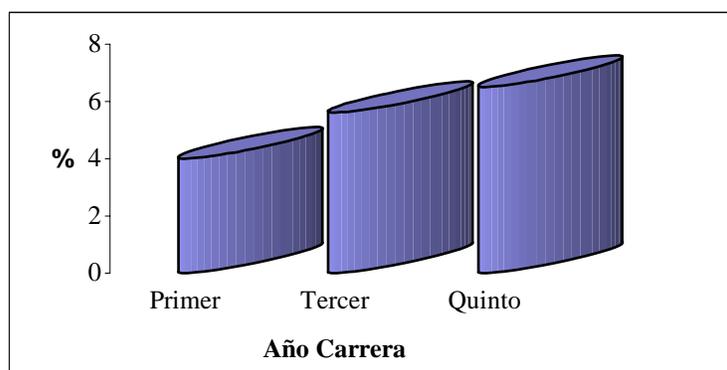


Gráfico 14: Distribución de estudiantes por año de carrera y según hayan vivido un proceso de aborto inducido.

Acerca de la decisión de tener hijos, y sobre el número de ellos, la mayoría considera que debe tomarla la pareja (Gráfico 15). Aún así, más del 90% ya ha pensado que quiere tener hijos; el número más frecuente y promedio que desean es dos (Anexo 7.6.11).

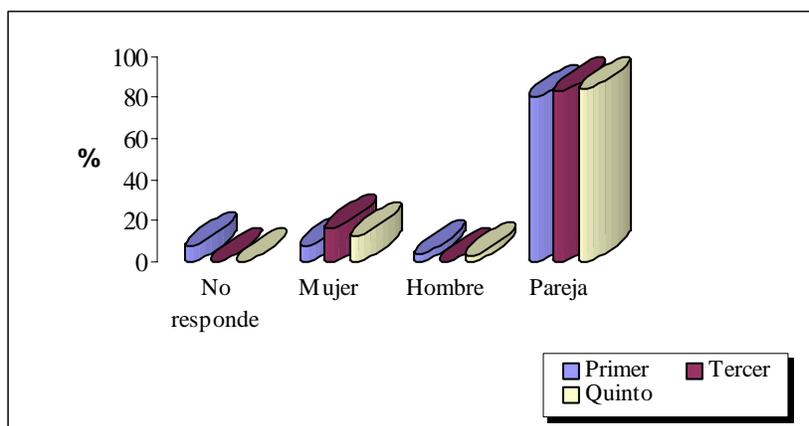


Gráfico 15: Distribución de estudiantes por año de carrera y de acuerdo a su percepción de quién decide tener o no hijos.

Para los jóvenes de la investigación, la participación del hombre es importante en la crianza y cuidados de los hijos, porque ellos también tienen la capacidad de entregar sentimientos y de realizar tareas domésticas que tradicionalmente son atribuidas a las madres. Esto se fundamenta en que, en una sociedad en un momento determinado coexisten múltiples significados de hombría (OLAVARRÍA, 1999). Conforme a las conversaciones de los estudiantes en las entrevistas en profundidad y en los grupos focales, opinan que no existe exclusividad en los roles, pero que sí son importantes ambos padres, ojalá con una buena relación entre ellos y de carácter formal, porque eso significa una familia bien constituida, que va a poder entregar valores y establecer normas claras. Para los padres que viven situaciones diferentes, como el no vivir juntos, puede resultar dificultosa la distribución de roles, y el establecer límites a sus hijas/os.

Otra situación que los estudiantes evalúan como compleja, que se da cada vez más como resultado de un cambio social, principalmente por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es que hijos de padres que viven en familia se encuentran desamparados, porque ambos están dentro de un sistema de trabajo extenso y rígido que los aleja gran parte del día. En estas circunstancias, les parece que algunos padres para compensar la ausencia, les dan más libertad, traducida en confianza que no todos los hijos son capaces de manejar.

Una reacción que se esperaría de los hombres, producto del modelo de masculinidad tradicional, es que desaprobaban el trabajo fuera del hogar de sus parejas, no obstante los

jóvenes del estudio, consideran que están en igualdad de condición y no pueden exigirle a la mujer que postergue su desarrollo individual, excepto por su propia decisión. De esta manera, se deben repartir las tareas y aprovechar al máximo el tiempo que les quede con su(s) hija/o(s).

4.8 CONOCIMIENTOS

El conocimiento de métodos anticonceptivos es variado, desde hormonales, químicos, quirúrgicos, hasta los naturales que son más infrecuentes (Gráfico 16). Cabe destacar que, el 100% de los estudiantes encuestados conoce al menos un método anticonceptivo, y los métodos que valoran como más seguros son los de uso más frecuente y más conocidos, las pastillas y el preservativo masculino. Para mayor seguridad algunos estudiantes (15%), usan en conjunto las pastillas anticonceptivas y el preservativos masculino (Anexo 7.6.12).

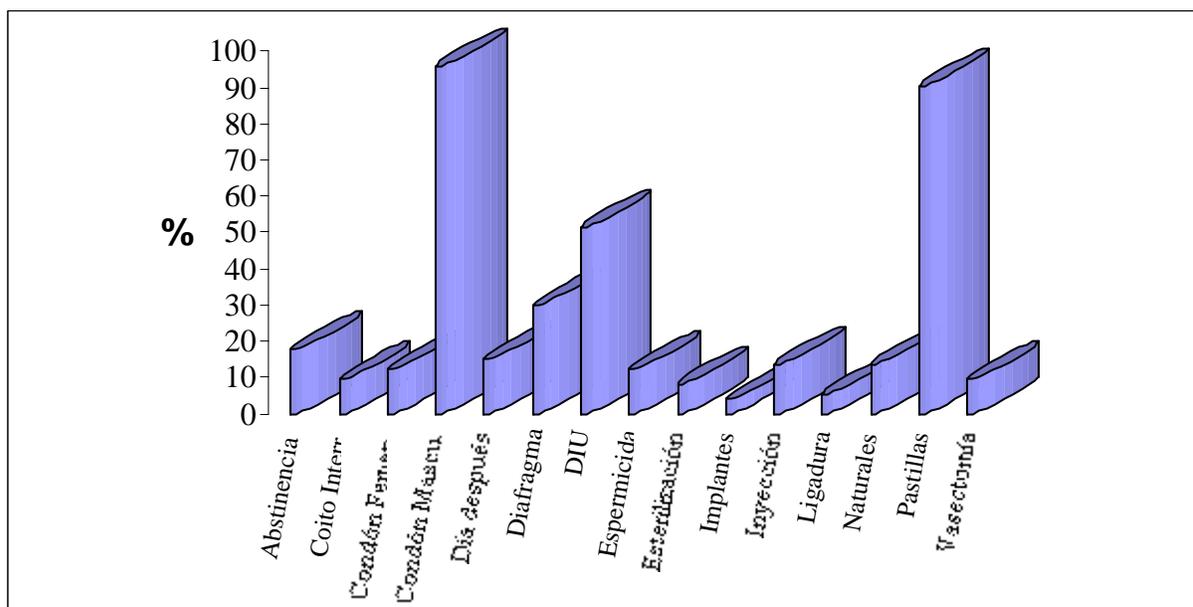


Gráfico 16: Distribución de métodos anticonceptivos conocidos por 74 estudiantes.

En los métodos quirúrgicos, algunos diferencian la esterilización femenina (ligadura), de la masculina (vasectomía), y otros lo hacen en términos generales que no permiten saber si sólo se refieren a ligadura tubaria o a ambas. En definitiva, el método quirúrgico lo conocen un quinto de los estudiantes.

Sobre las formas de prevenir las ITS los estudiantes tienen claro que la mejor forma de prevención es el uso del preservativo, aunque en la práctica sólo lo usa el 8,6%. En segundo lugar, señalan es la pareja única (Tabla 11).

Con relación a este tema, hay diferencias de opinión entre los estudiantes de cursos mayores y los de primer año. Para estos últimos, la abstinencia ocupa el segundo lugar, con alrededor del 40%, como medida de prevención, y que explicaría la congruencia con el porcentaje de ellos que no ha iniciado actividad sexual (Anexo 7.6.7).

Tabla 11: Distribución de métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conocidos por 72 estudiantes.

Prevención ITS	Nº	%
Abstinencia	13	17,6
Condón	67	90,5
Examen	2	2,7
Pareja única	30	40,5
Otras	4	5,4

Las fuentes de información acerca de las formas de prevenir el contagio de ITS son variadas, las más comunes el sistema de educación y los medios de comunicación masivos, y en ellos se incorporan las campañas que realizan organizaciones relacionadas con la prevención de VIH – SIDA, que los utilizan como medios de difusión, además de los folletos y afiches (Anexo 7.6.13).

Según las respuestas del cuestionario, las principales ITS que ellos conocen a través de los medios nombrados, son el VIH – SIDA, la gonorrea y la sífilis (Gráfico 17). En las conversaciones de los grupos focales, los jóvenes de la investigación señalan que el problema de las fuentes de información es que dan a conocer ciertas enfermedades y formas de prevención, pero no ayudan a tomar conciencia en los jóvenes de las consecuencias, sólo del VIH-SIDA está claro que es una enfermedad incurable y que finalmente llega a la muerte de quien porta el virus, pero de las otras infecciones parece que fueran simples, y que con medicamentos desaparecen sin dejar secuelas. No hay difusión de las consecuencias serias que traen en algunos casos, como los problemas de fertilidad y el aumento del riesgo de cáncer.

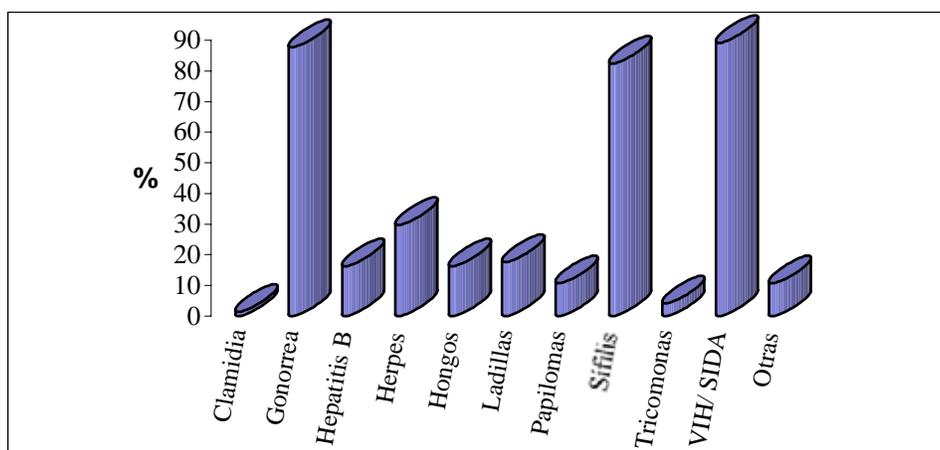


Gráfico 17: Distribución de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conocidas por 72 estudiantes.

El tema de las disfunciones sexuales fue abordado a través del cuestionario, y sus respuestas permiten inferir que el conocimiento sobre esto es insuficiente. Existe necesidad de conocer y profundizar sobre las sexualidades femeninas y masculinas. Las disfunciones sexuales más conocidas son la impotencia sexual, la eyaculación precoz y la frigidez (Anexo 7.6.14). No hacen distinción de a quién/es afecta más, y pocos saben qué hacer para solucionarlas. Los medios nombrados van desde la consulta a médicos, especialistas y/ o terapeutas, hasta la autoayuda, el apoyo y comunicación con la pareja.

Si se considera la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes del estudio, las circunstancias en que se han dado estos encuentros y la falta de formación, que ellos reconocen, en aspectos más psicológicos y emocionales de las relaciones de pareja, es muy probable que no sepan reconocer sus disfunciones sexuales y menos aún en sus parejas. Además, tomando en cuenta el comportamiento machista que tienen al iniciar la vida sexual o al tener relaciones casuales, en que sólo les interesa su complacencia, el interés por conocer la respuesta sexual de sus parejas es bajo o no existe.

En relación a la pregunta, sobre enfermedades, aparte de las ITS, que afecten el aparato reproductor masculino, el 33,8% de los encuestados, dice que no sabe, y un 13,5% no responde, es decir, casi la mitad de estos estudiantes (47,5%), no conoce enfermedades que es posible prevenir o detectar precozmente, como el cáncer de próstata y de testículos, que se expresan en los hombres principalmente después de los 40 años (Anexo 7.6.15).

4.9 SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Sólo un 8% de estudiantes encuestados han asistido alguna vez a consultar a un servicio que oriente en sexualidad y reproducción o como acompañante de sus parejas a la atención con matrona (Gráfico 18). La razón principal de no asistir es que creen no necesitar este tipo de atención, o bien desconocen donde pueden recibirla.

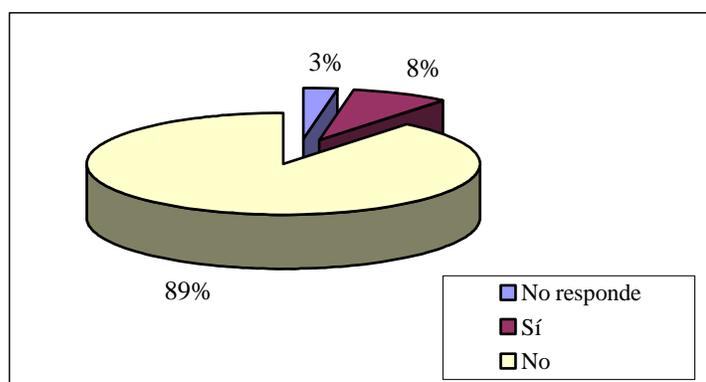


Gráfico18: Distribución de estudiantes de acuerdo a su asistencia a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Los alumnos del estudio, no se identifican con los servicios que dan atención en Salud Sexual y Reproductiva, algunos desconocen su existencia por desinformación, por falta de interés, porque creen que no es para ellos, sino sólo para mujeres.

Mediante la recolección de datos en los grupos focales, los estudiantes manifiestan que no tienen la posibilidad de acudir a un profesional en Salud Sexual y Reproductiva, que se sienten aislados de la educación sexual. En cambio, expresan que las mujeres tienen la cercanía de las madres, y también el acceso a profesionales de salud específicos como el ginecólogo. Por lo anterior, consideran que es gratificante el que se les haya considerado en este estudio.

Que exista un programa para la atención de los hombres, creen que es una buena vía para informarse, más en el caso de los estudiantes universitarios que tienen que salir de su hogar, vivir solos, y que muchas veces en estas circunstancias inician sus relaciones de pareja. Además, consideran que es una buena instancia para aprender cómo enfrentar y hablar de sexualidad con las/ os hijas/ os que proyectan a futuro.

Aunque tienen esta visión positiva y constructiva de un programa dirigido a ellos, reconocen la dificultad que tendrían para asistir, algunos apelando a que ya no pueden modificar sus

conductas y que es poco lo que les falta por conocer. Como Marcelo (34 años, quinto año), que dice: *“Tendría que ver que traería. Para un nivel de edad sí, pero ya sobre los 20 ya no te cuentan cuentos, habría que hacer una discriminación por edad. Si tuviera un problema sexual, pongamos la impotencia, iría a un urólogo, así de simple, trataría de buscar información”*, y Gabriel (24 años, quinto año): *“Yo igual iría para saber de qué se trata, me costaría”*.

A los estudiantes les gustaría que un programa que de atención masculina debería abarcar hombres con distintas realidades socioeconómicas, con distinto nivel de información, y que no sea exclusivo de ellos, que también estén integradas las mujeres. El reconocimiento de que existen diferencias entre sus congéneres, por los factores señalados, los pone en una noción errada de que ellos tienen menos riesgos, pues los problemas de la sexualidad si bien mejoran con el acceso a la educación, no se evitan con un mejor nivel socioeconómico, existe un exceso de confianza en el manejo de la sexualidad de estos jóvenes.

Del lugar de atención, ellos indican que lo principal es que cuente con personal capacitado, que brinde una buena atención, expedita, discreta y con horarios flexibles. A la infraestructura del lugar de atención, le dan menor relevancia, puede ser como cualquier consulta de un centro de salud, pero ojalá con una ubicación central, y no muy llamativa.

De igual forma a lo expuesto por los jóvenes en el estudio de GARITA (2001), los participantes de esta investigación esperan que los profesionales que den atención en un servicio de Salud Sexual y Reproductiva sean parte de un equipo multidisciplinario. O sea, existe reconocimiento de que la sexualidad y la reproducción están constituidas por factores biosociales. En cuanto a las características personales de los profesionales, prevalece la importancia del conocimiento asociado a la sencillez, tanto de palabra como de comportamiento, la confiabilidad, empatía, y que no emita juicios de valor.

Los estudiantes de esta investigación opinan que la educación sexual entregada en el sistema escolar está orientada a disminuir la natalidad y a prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), que tiene carácter biologicista, como indica GARITA (2001), y preventivo, igual que las políticas de salud. Señalan además, que la educación sexual no es eficiente debido a la falta de financiamiento y a la necesidad de capacitación de quienes la entregan; surge la necesidad de perfeccionamiento de los profesores, ya que los medios que usan no llaman la atención de los estudiantes.

La formación que tengan los profesores o las personas que entreguen la educación sexual en el sistema escolar, a juicio de los participantes de los grupos focales, es importante, porque los alumnos confían en lo que ellos les enseñan, y si la información es errada los lleva a cometer equivocaciones. Según Gustavo (20 años, tercer año), hay que: *“capacitar a los profesores,*

porque muchos dicen que no se encuentran preparados, y a veces quedan descolocados con las preguntas que les hacen, se ven en un nivel más bajo”.

Los sujetos del estudio plantean que es responsabilidad del Estado asignar más financiamiento tanto para mejorar la calidad de la información y educación entregada. También, consideran importante que se realicen inversiones para realizar más investigaciones locales que cambien las orientaciones de las políticas en salud sexual y reproductiva, que logren ver la sexualidad desde un punto de vista holístico, y no como un mero riesgo, es decir, ser capaz de adaptarse a las características sociales culturales, económicas y psicológicas, y según estos patrones discriminar por problemáticas, riesgos y necesidades.

Los participantes de esta investigación manifiestan que, además de la cantidad y calidad de la información, es importante poder erradicar la vergüenza que sienten los padres para enfrentar la sexualidad con sus hijos. Piensan que los padres deben contar con herramientas sólidas para traspasarles la información y los valores necesarios a sus hijas/ os, que no se transforme en una transmisión de inseguridades y miedos que llevan a una mala vivencia de la sexualidad. Ellos piensan que la sociedad actual está en un periodo de transición entre lo conservador y lo liberal. Las parejas jóvenes están comenzando a educar a los hijos desde más pequeños y con una mirada más natural de la sexualidad, porque el acceso a la educación influye en tener amplitud de mente y hablar más fácilmente del tema.

Los jóvenes del estudio en los grupos focales, atribuyen que en cierta medida los embarazos adolescentes, que para muchos significa limitar las posibilidades de estudio y obligan a tener un trabajo a veces mal remunerado, ocurren porque la familia no educa y el sistema escolar tampoco lo hace eficazmente.

Lo anterior, según la opinión de los estudiantes, se refleja en los programas de educación sexual que abarcan contenidos mínimos, y a que los docentes no han sido capacitados para enfrentar las distintas temáticas de la sexualidad y para utilizar metodologías dinámicas. Expresan que las formas de trabajo deberían ser talleres y foros de discusión, son técnicas que atraen e interesan, para que los adolescentes y jóvenes no vivan la manera en ellos fueron educados, con una metodología que describen con predominio del temor y la opresión.

Uno de los puntos que critican estos estudiantes es que la educación sexual tenga exigencias de evaluación, mediante el sistema de notas de 1 a 7, como cualquier otra asignatura, lo cual a ellos les provoca una desmotivación y pérdida del sentido de la educación sexual. La segunda crítica, es que la educación sexual va unida a la drogadicción y alcoholismo en los programas de educación, es decir, el enfoque de la sexualidad y la reproducción entienden que es asimilado como ‘riesgo’ al igual que las otras conductas ilícitas, eso les produce malestar,

porque favorece la continua distorsión y desvalorización de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes.

Lo anterior, para los estudiantes no significa que la educación sexual en los colegios deje de ser constante, y dispuesta por una política de educación que la guíe y respalde. Lo que sí es enfatizado por los estudiantes es que en la educación sexual debe participar un equipo multidisciplinario, tanto profesores, como sicólogos, matronas/es, asistentes sociales, entre otros. Además, consideran que deben incorporar educación para los padres de parte de los mismos profesionales, porque ellos son vistos con más autoridad y pueden tener mayor influencia en la forma de pensar de los progenitores.

Conforme a la información recolectada en los grupos focales, los estudiantes plantean que persiste el conflicto entre grupos de la sociedad, porque para algunos la manera de entregar la educación sexual está cambiando positivamente, pero por otro lado, aún se cancelan campañas, por ejemplo, de repartir condones, o en las familias todavía se entrega una educación machistas que marca diferencias entre los roles y responsabilidades de hombres y mujeres.

Para estos estudiantes, existe un desacuerdo social sobre la manera en que enfrentan la sexualidad, porque para el Gobierno la preocupación son los indicadores, en este caso por disminuir los embarazos adolescentes y el número de enfermos de SIDA, y como una solución a corto plazo promueve el preservativo. Otros grupos trabajan por eliminar el método de enseñanza basado en la opresión y el temor, pero hay otros, como la iglesia católica y grupos ultra- conservadores, que tienen una gran influencia en las políticas de Salud Sexual y Reproductiva, manifestada en que no permiten cambios radicales en la forma de enseñanza de la sexualidad, y continúan considerando el sexo sólo como acto de procrear, como lo señala LOZOYA (2002).

Dentro de la información que surgió en los grupos focales, los estudiantes plantearon que hay temas muy sensibles como los casos de pedofilia y de incesto, que atentan contra niños que no tienen la voluntad para elegir, ni la conciencia de los actos de violación que ejercen contra ellos, que la sociedad no está preparada para enfrentar, pues aunque han existido siempre, recién han comenzado a salir a la luz. Estos jóvenes piensan que si los padres no están preparados para hablarles a sus hijos de procesos normales de la sexualidad, menos se atreven a educarlos para prevenir que sean víctimas de estos agresores patológicos. Para ellos, debería ser una de las prioridades en la enseñanza de los niños, el aprender a conocer, respetar y cuidar su propio cuerpo, no sólo como un todo, sino que enfocado a lo particular, a que valoren cada parte del cuerpo claramente identificada.

Otros temas en que ellos sienten carencias de información, y que en la pubertad constituyeron inquietudes, son los mitos de la sexualidad, la sexualidad de las mujeres y sus formas de satisfacción, la actividad coital, la homosexualidad. Estas temáticas que los estudiantes de la investigación plantearon son comparables a las encontradas por GARITA (2001).

5 CONCLUSIONES

Conforme al propósito y objetivos de la investigación, se identifican conocimientos, prácticas y necesidades de los estudiantes (varones), en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva. Del mismo modo, se identifica su percepción acerca de la pertinencia de los programas de salud y educación, con las necesidades de este grupo de hombres.

Los conocimientos de los estudiantes en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, son deficientes, y sus opiniones demuestran que la educación sexual del sistema escolar se orienta prácticamente a la biología y fisiología de los aparatos reproductores. La información recibida, superficial y carente de aspectos psicológicos, va en desmedro de la promoción de medidas de auto-cuidado, y del conocimiento de las consecuencias y real trascendencia que podrían acarrear conductas de riesgo, que pueden aumentar el riesgo de contagio de infecciones, y de enfermedades que afectan el desarrollo normal de la sexualidad y reproducción en distintas etapas de la vida.

Se evidencia, por un lado, el déficit de conocimiento en el grupo de estudiantes de la investigación, sobre afectividad, desarrollo de relaciones humanas, y más específicamente de relaciones de pareja, cuyo mejoramiento favorece la equidad en la distribución de roles y de poder. Por otra parte, aunque la educación que reciben se dirige principalmente a aspectos biológicos, existe desconocimiento acerca de problemas, como enfermedades y disfunciones sexuales, que pueden afectar su vida sexual y reproductiva.

Los resultados obtenidos demuestran que se está iniciando un cambio de parte de los hombres jóvenes por mostrar otras masculinidades, y con ello una transformación en la distribución tradicional de los roles que deben cumplir socialmente hombres y mujeres; este cambio va en definitiva, en beneficio de ambos, pues al hombre le permite ampliar su llamado lado “femenino”, y a la mujer le permite vivir y expresar su sexualidad sin temores, ni represiones.

Con respecto a las prácticas sexuales y reproductivas, los jóvenes logran asimilar los cambios de la pubertad, la masturbación y la actividad sexual como hechos y procesos normales, pero cargados de juicios morales, que muchas veces le agregan una connotación morbosa.

En relación a la actividad sexual, propiamente tal, se evidencia que las motivaciones del inicio y mantención de las relaciones coitales están marcadas por el modelo hegemónico de masculinidad, el cual genera en los jóvenes, presión de tener relaciones sexuales y les exige un

rendimiento o desempeño sexual asociado a la capacidad de obtener y dar placer, mediante relaciones primordialmente genitales.

Unido a lo anterior, el valor de la virginidad, desde el punto de vista masculino, es diferente para hombres y mujeres. Los jóvenes del estudio no le asignan mayor importancia a la virginidad en los hombres, pues ella va contra los patrones de comportamiento sexual masculino. De igual manera, esta visión hace que los hombres aumenten sus conductas de riesgo, y considerando el valor positivo que le dan a la promiscuidad, genera mayor permisividad de relaciones ocasionales.

De acuerdo a los resultados, los hombres consideran que existen dos tipos de mujeres, aquellas vistas sólo como objetos o medios de satisfacción sexual, que tienen un comportamiento más liberal y activo en las relaciones sexuales, con las cuales pueden entablar relaciones pasajeras y sin compromiso sentimental, e incluso mantener más de una pareja. En cambio, en el otro grupo, están las mujeres que pueden ser parejas estables, formales, y con las cuales son capaces de proyectarse hacia el futuro.

El inicio de la actividad sexual es a temprana edad, mayoritariamente en la etapa de adolescencia, no se vincula al matrimonio, y no tiene propósitos reproductivos. Al contrario, de acuerdo a las metas y prioridades de vida que describen, su idea es postergar la paternidad hasta lograr una estabilidad económica, social y afectiva. Sin embargo, sus prácticas no se condicen con esto último, porque en términos de anticoncepción, su uso no es constante y se ha desligado la responsabilidad a la mujer.

La alta frecuencia de actividad sexual que al menos la mitad de los jóvenes del estudio tiene, y el bajo porcentaje de uso del preservativo, aumentan las probabilidades de embarazos e infecciones durante la adolescencia y juventud. Es necesario incorporar temas valóricos en el ejercicio de la sexualidad y reproducción, que ayuden a asumir con responsabilidad y conciencia las prácticas sexuales, y así disminuir la exposición a los riesgos.

Las opiniones de los estudiantes que participaron de la investigación, son críticas en relación a las herramientas y recursos que maneja el sistema de educación escolar en Salud Sexual y Reproductiva, y estiman que el Estado debe destinar mayor financiamiento a la educación de los niños y jóvenes, en estas materias. De tal manera, incentivar y acercarlos al ejercicio de la sexualidad de forma sana, sin prejuicios, ni conceptos erróneos que les generan inseguridades y temores.

Los jóvenes del estudio expresan que es preciso en primer lugar, apoyar e incorporar a los padres o familia más directa en la formación sexual y reproductiva, también reforzar con

capacitaciones a los docentes, e integrar a otros profesionales de áreas sociales, psicológicas y médicas a la labor del sistema escolar básico y medio. Por último, ampliar los servicios de educación que realicen los programas de salud, que contienen actividades relacionadas con la sexualidad y reproducción de hombres y de mujeres.

La sexualidad y la reproducción están consideradas, por el sistema escolar, junto a otros riesgos que se presentan durante la niñez y adolescencia, como es la drogadicción y alcoholismo. Por lo tanto, es importante cambiar el enfoque con que se entrega la educación sexual, pues el carácter prohibitivo y sancionador con que se enseña no favorece la integración de conceptos adecuados, ni de prácticas saludables, en su vida sexual y reproductiva. Además, la educación sexual debería mantener su propósito formativo, y evitar los sistemas de evaluación tradicional en otras asignaturas, pues significa para los estudiantes mayor desinterés.

En general, las necesidades que tienen los jóvenes, de acuerdo a lo planteado por los sujetos de la investigación, se dirigen a cambiar el enfoque de la educación sexual, lograr un acercamiento con los padres, a través de mayores instancias de conversación que favorezcan la confianza mutua. Otros aspectos que destacan es la necesidad de un programa de orientación y apoyo en materias de sexualidad y reproducción para adolescentes y jóvenes estudiantes universitarios, que provienen de otras localidades alejándose de sus familias.

En cuanto a los servicios que dan atención de salud Sexual y Reproductiva, existe una baja asistencia de los jóvenes, fundamentalmente porque no sienten que se dirija a ellos o porque, consideran que no es necesario. Debido a esto, la participación en un programa de salud orientado a la atención masculina en salud Sexual y Reproductiva lo consideran difícil. No obstante, creen que es una buena manera de apoyar y orientar a los jóvenes.

Los jóvenes esperan que la atención en Salud Sexual y Reproductiva sea entregada por un personal capacitado y eficiente. Acerca de los profesionales, estiman que deben ser del área médica, social y psicológica, que deben incluir al hombre y a la mujer en sus distintas realidades de vida, manteniendo el respeto de sus opiniones y/ o prácticas.

Es ineludible la responsabilidad y participación de los equipos de salud, donde es importante la labor que desempeñan matronas y matrones en estas situaciones de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes.

Entonces, para poder implementar actividades que involucren a los hombres en sus diferentes contextos de vida, a los programas de salud, es imperioso continuar las investigaciones acerca de la Salud Sexual y Reproductiva masculina. Así, las proyecciones de esta área inexplorada

para la matrona/ón son amplias, porque abre la posibilidad de trabajar en el campo clínico, ya que se cuenta con una base en un tema que permite mayor dominio que otras profesiones, y constituye una importante oportunidad de crecer y llegar a conseguir especializarse en este ámbito, y/ o continuar con labores investigativas en otros grupos de la población.

6 BIBLIOGRAFÍA

ABARCA, H. 1999. Hombres por la Igualdad. Discontinuidades en el Modelo Hegemónico de Masculinidad.
 <habarca@abello.dic.uchile.cl><<http://www.hombresigualdad.com/default.htm>> (18 Mayo 2004).

CALLIRGOS, J. 2003. Balance de los estudios sobre masculinidad; Escuela para el desarrollo Lima. <http://www.escuela.org.pe/balance%20sobre%20estudios%20masculinidad.pdf>. (18 Mayo 2004).

CHILE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Síntesis de Resultados Censo 2002. 'Características Sociales y Culturales: Religión'. <<http://www.ine.cl>> (9 Septiembre 2005)

CHILE, INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD (INJUV). Segunda Encuesta Nacional de Juventud 1997. <<http://www.injuv.gob>> (9 Septiembre 2005).

-----, Tercera Encuesta Nacional de Juventud 2000.
 <http://www.mideplan.cl/admin/docdescargas/centrdoc/centrodoc_94.pdf> (9 Septiembre 2005).

CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Programa de Salud del Adulto <<http://www.minsal.cl/>> (18 Mayo 2004)

-----, 1997. Programa de Salud de la Mujer. Santiago, Chile.

CASTRO, R. 2001. When a man is with a woman, it feels like electricity: subjectivity, sexuality and contraception among men in Central Mexico. Culture, Health & Sexuality (México) 3 (2):149 – 165.
 <rcaastro@servidor.unam.mx> <<http://www.tandf.co.uk/journals>> (22 Abril 2004).

DÍAZ, M. 2004. Masculinidad y Derechos Sexuales, una ecuación por completar. <<http://www.utexas.edu/cola/llilas/centres/clapso/DiazMasculinidadyderechossexuales.pdf>> (22 Abril 2004).

GOBIERNO INTERIOR INTENDENCIA DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA. 2003. Reformar La Salud: Prioridad Del Gobierno Del Presidente Lagos. <<http://www.intendenciamagallanes.cl/index>> (22 Abril 2004).

GARITA, C. 2001. La Construcción de las Masculinidades, un reto para la salud de los adolescentes. San José, Costa Rica. 197 p.

GÜIDA, C Y LÓPEZ, A. 2000 In Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad: <cdguida@adinet.com.uy><<http://www.psico.edu.uy/academic/aportes.htm#>> (18 Mayo 2004)

LOZOYA, J. 2002. Hombres por la Igualdad. Género y Sexualidad Masculina. 'Jornadas de Género y Sexualidad, La Laguna'. <<http://www.hombresigualdad.com/ponencias.htm>> (20 Septiembre 2005).

MORA, L. 2001. Masculinidades en América Latina y el Caribe: el Aporte del UNFPA. (México) (25) <www.colombiajoven.gov.co/documentos/saludsy/WORKINGPAPERSCSTLAC25.pdf> (22 Abril 2004).

MÉDICOS DEL MUNDO. 2002. Salud y Género: Guía práctica para profesionales de la cooperación. Paso Zebra. España. <<http://www.medicosdelmundo.org>> (22 Abril 2004).

NACIONES UNIDAS. Cumbres Mundiales y Conferencias Internacionales. Síntesis de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Septiembre, 1994. <<http://www.pnud.org.ve/cumbres/cumbres05.htm>> (18 Mayo 2004).

----- Cumbres Mundiales y Conferencias Internacionales. Síntesis de la Conferencia Internacional sobre la Mujer. Beijing, 1995. <<http://www.pnud.org.ve/cumbres/cumbres07.htm>> (18 Mayo 2004).

OLAVARRÍA, J. 1999. Adolescentes/ Jóvenes: qué poco sabemos de ellos. <<http://www.flacso.cl/flacso/biblios.php?code=616>> (20 Septiembre 2005).

OLAVARRÍA, J. 2001. Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto. Santiago, Chile. FLACSO – Chile. 158 p.

OLAVARRÍA, J. 2003. Diálogo Nacional: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud. Chile. <<http://www.flacso.cl>> (18 Mayo 2004).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Nicaragua, 2003. Hombres y Salud Sexual y Reproductiva. <<http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/masculinidad.htm>> (22 Abril 2004)

------. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. 2000. 18. Hombres y Equidad de Género en Salud Sexual y Reproductiva <<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdwmuje.htm>> (22 Abril 2004).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).2002. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Género y Derechos Reproductivos <<http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>> (22 Abril 2004).

POPULATION REPORTS. Estados Unidos. 1998. Resultados de las nuevas encuestas sobre los hombres. 21 (2). <<http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj46>> (22 Abril 2004).

RESUMEN FINAL DEL SIMPOSIO PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Nuevos Paradigmas. Oaxaca, México, 1998 <<http://www.eurosur.org/FLACSO/masculinidad.html>> (22 Abril 2004).

VALDÉS, T, BENAVENTE, M Y CYSLING, J. 1999. El Poder en la Pareja, la Sexualidad y la Reproducción. Mujeres de Santiago. Santiago, Chile. FLACSO – Chile. 178 p.

7 ANEXOS

7.1 CUESTIONARIO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El siguiente cuestionario forma parte del desarrollo de trabajo de tesis, cuyo objetivo es conocer las necesidades de atención en Salud Sexual y Reproductiva, de los estudiantes del sexo masculino, de la Universidad Austral de Chile.

La participación es voluntaria y anónima y la información recolectada será utilizada sólo con fines de investigación.

INSTRUCCIONES

El cuestionario consta de dos partes:

- *Primera:* identificación y datos generales del participante.
- *Segunda:* 36 preguntas, combinadas entre abiertas y cerradas. Para responder las preguntas cerradas, marca el recuadro o la letra de la alternativa con una X, las preguntas abiertas desarróllalas en el espacio dado.

El cuestionario debe ser devuelto a la brevedad posible, para esto, utiliza el sobre adjunto al cuestionario y entrégalo sellado en la secretaría de tu escuela, o bien en la secretaría de la Escuela de Obstetricia y Puericultura.

I IDENTIFICACIÓN GENERAL

Edad:

Carrera:

Semestre que estás cursando:

Estado civil:

Procedencia de origen:

Otra actividad o trabajo:

Origen étnico (Ej. Aymara, rapa nui; mapuche u otro):

Religión:

II PREGUNTAS

1. ¿Qué entiendes por sexualidad?

2. ¿Cómo te has informado sobre tus cambios corporales y acerca de sexualidad? (ordena las fuentes de información de mayor a menor importancia)

3. ¿En qué o de qué forma te ha sido útil la información que has recibido?

4. ¿Qué inquietudes o temores has tenido acerca de tu sexualidad?

5. Además de las relaciones sexuales, ¿hay otras formas de expresar la sexualidad?

a. Sí ¿Cuál/ es? _____

b. No

6. ¿Conoces tus Derechos Sexuales y Reproductivos?

a. Sí ¿Cuál/ es _____

b. No

7. ¿De quién es la decisión de tener o no tener hijos, y de decidir el número de ellos?

8. ¿Tienes hijos?

a. Sí N° _____

b. No ¿Piensas tener?

i. Sí ¿cuántos? N° _____

ii. No ¿Por qué? _____

iii otros _____

9. ¿Qué opinas de la virginidad en las mujeres, y en los hombres?

10. Actualmente, ¿tienes pareja?

a. Sí ¿cuántas? _____ ¿sexo y edad/ es? _____

b. No ¿Por qué? _____

11. ¿Qué piensas de mantener una o más relaciones de pareja paralelas? ¿te ha sucedido?

12. En relación a la pregunta anterior, ¿opinas lo mismo con respecto a las mujeres? ¿por qué?

13. ¿Has tenido o tienes, actualmente, relaciones sexuales?

a. Sí

b. No

14. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? ¿con quién? (sexo y edad)

Este encuentro fue:

- a. acordado mutuamente
- b. inesperado
- c. obligado
- d. “porque se dio la situación”
- e. “para hacerte hombre”
- f. otras: _____

15. Tu actividad sexual en los últimos 6 meses es:

- a. una vez al mes
- b. más de una vez y menos de 4 veces al mes
- c. una vez a la semana
- d. más de una vez a la semana
- e. sin actividad
- f. otra: _____

¿Qué consecuencias pueden derivar de una relación sexual?, señálalas:

16. ¿Te proteges en tus relaciones sexuales?

- a. Siempre
- b. a veces
- c. rara vez
- d. nunca

¿De qué te proteges? Y ¿cómo?

17. ¿Qué formas o métodos conoces para prevenir embarazos no previstos?

18. ¿Tú (s) pareja (s) han usado alguna forma o métodos para prevenir el embarazo?. Si la respuesta es sí: ¿Qué forma o qué método? ¿quién tomo la decisión? (ella, tú, ambos u otra/ o)

19. ¿Qué opinión tienes con respecto al aborto provocado? ¿lo has vivido con alguna pareja?

20. ¿Conoces si existen formas o métodos para prevenir enfermedades de Transmisión sexual? ¿cuál/ es? ¿cómo te informaste?

21. ¿Cuál de los métodos que conoces, consideras que es más seguro para proteger del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual? ¿Por qué?

22. Llegado el momento, ¿Estarías dispuesto a ser tu quién se esterilice (vasectomía), en vez de tu compañera? ¿Por qué?

23. Cuando estás en pareja, ¿quién habitualmente toma la iniciativa para tener un encuentro sexual?

24. ¿Qué es para ti el placer sexual? ¿siempre lo debes alcanzar? ¿Qué te sucede si no logras?

¿Qué importancia tiene para ti que tu pareja logre el placer sexual?

25. ¿Qué medios conoces para estimularse sexualmente y que logre aumentar la excitación? ¿Estás de acuerdo con ellos?

26. ¿Conversas con tu pareja de los que les gusta o no en las relaciones sexuales?

27. ¿Qué opinas sobre la masturbación?

28. Marca con una X las prácticas que conoces y las que has practicado alguna vez:

	conozco	He practicado
a. Sexo vaginal		
b. Sexo anal		
c. Sexo oral		
d. Masturbación		
e. Masturbación mutua		
f. Juegos eróticos		
g. otras: _____		

¿Alguna de estas prácticas puede dificultar o ser dañinas para el encuentro sexual?

29. ¿Qué enfermedades o infecciones de transmisión sexual conoces?

30. ¿Te has contagiado alguna vez? ¿con cuál/ es? ¿cómo te recuperaste?

31. En cuanto a las disfunciones sexuales, ¿cuáles conoces? ¿a quién /es afecta más?

32. ¿Cómo solucionarías un problema de disfunción sexual?

33. Además de las enfermedades de transmisión sexual, ¿qué otras enfermedades, que afecten el aparato reproductor masculino conoces? ¿cómo la solucionarías?

34. ¿Has acudido a servicios que dan orientación en Salud Sexual y Reproductiva?
¿Por qué?

35. ¿Cómo te gustaría que fuera el lugar (ubicación, horario, estructura), dónde se de atención sobre sexualidad y reproducción?

36. ¿Qué características debería tener el o la profesional que atienda?

7.2 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Investigadora Responsable: Patricia Zumelzu Sánchez

Título del Proyecto: Participación e Incorporación de los Hombres en Salud Sexual y Reproductiva, ¿Cuáles son sus necesidades?

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito determinar cuáles son las necesidades de atención, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, de los hombres estudiantes universitarios

Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento de los objetivos de la investigación. Y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines de investigación.

Yo _____ entiendo que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora y / o colaboradoras del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.

E-mail: patriciazumelzu@hotmail.com

3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelado.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Investigador responsable

Estudiante

Valdivia, Junio de 2005

7.3 GUÍA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. **Historia de vida actual**

- a. Procedencia
- b. Familia
- c. Trabajo
- d. Pareja
- e. Hijos

2. **Vivencia de la Sexualidad**

- a. Significado de sexo y sexualidad
- b. Fuentes de información
- c. Participación de la familia
- d. Cambios de la pubertad
- e. Necesidades, preocupaciones
- f. Primera relación sexual

3. **Masculinidad**

- a. Significado de ser hombre
- b. Modelo (s)
- c. Confirmación de la masculinidad
- d. Reconocimiento propio y social
- e. Atracción, orientación sexual

4. **Salud Reproductiva**

- a. Conciencia de reproducción
- b. Anticoncepción
- c. Planificación de hijos
- d. Consecuencias no deseadas: embarazos, infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos
- e. Significado de formar pareja
- f. Idea de ser padre

7.4 GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES

- ❖ **Introducción**
- ❖ **Presentaciones**
- ❖ **Acuerdo de anonimato y confidencialidad**

1. Sexo y Sexualidad

1. ¿Qué es para Uds. Sexo y qué es Sexualidad?, ¿conversan de este tema?, ¿con quién?, ¿por qué?, ¿qué temas son los tratan?, ¿cómo se sienten hablando de sexualidad?, ¿por qué?

2. Información en la Pubertad

2. Ustedes recuerdan con quién o dónde aprendieron sobre los cambios de su cuerpo y de sexualidad?, ¿qué edad tenían?
3. ¿cuál ha sido la participación de su familia en el proceso de sus cambios en la pubertad, y en la forma de enfrentar la sexualidad y la reproducción?, ¿qué opinión tienen ellos de la educación sexual?, ¿por qué creen que ellos piensan así? ¿qué les parece la postura de su familia?
4. ¿cómo es la comunicación con su familia en temas de sexualidad, del cuerpo y de reproducción?,
5. ¿cómo se sienten con la información, con la educación que han recibido?

3. Vivencia de la Pubertad

6. ¿cómo vivieron sus cambios en la pubertad? (físicos y emocionales), ¿cómo se sentían al notar que estaban cambiando?

4. Ser Hombre

7. Ahora, ustedes cómo pueden explicar con sus palabras ¿qué es ser hombre?, o ¿cómo son los hombres?, ¿de qué manera se llega a ser hombre?, ¿hay modelos?, ¿cuál o cuáles han sido los modelos que han tenido?
8. ¿cómo se dan cuenta de que ya son hombres? ¿de qué manera los hombres confirman su masculinidad, el ser 'hombres de verdad'?
9. ¿cómo se sienten siendo hombres?, ¿existen ventajas o desventajas?, ¿cómo creen que los ven las mujeres? ¿significa algo para ustedes que los vean de esa así? ¿por qué?
10. ¿existe diferencia entre cómo son los jóvenes de su generación y cómo fue la de sus padres?

5. Inicio de actividad sexual, motivaciones

11. ¿qué otras inquietudes o motivaciones tienen los jóvenes para tener relaciones sexuales?

6. Educación sexual

12. ¿cómo sienten ustedes que es repartida la educación de sexualidad y reproducción entre hombres y mujeres?, ¿por qué?

13. ¿qué piensan de que las mujeres sepan utilizar correctamente el preservativo masculino?. Con sus parejas, ¿conversan de estos temas?, ¿qué conversan de los métodos anticonceptivos?

7. Tener hijos

14. ¿qué significa tener hijos para ustedes?
15. En el caso que a ustedes les ocurriera que su pareja queda embarazada, ¿cuál sería su reacción?, ¿por qué creen que suceden estos embarazos no planificados?, ¿cuál es la responsabilidad de cada uno?, ¿se sienten preparados para ser padres?
16. Cuáles son las capacidades y responsabilidades que tiene los hombres y las mujeres para el cuidado de los hijos? ¿existe diferencia entre ambos?

8. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

17. Del comportamiento que observan en los jóvenes, ¿qué riesgo de contagio tienen?, y si analizan sus conductas, objetivamente, ¿cuál es su riesgo de contagiarse?

9. Los programas de Salud

18. ¿qué les parece que exista un área dedicada a la sexualidad y reproducción?
19. ¿qué opinión tienen de que existan servicios de salud en estos temas? ¿les interesa que se preocupen de lo que le sucede a los jóvenes (hombre)? ¿por qué?
20. Ustedes, ¿irían a consultar, si tuvieran algún motivo?, ¿por qué?

7.5 FICHA IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nº: _____
 FECHA: ___/___/___
 LUGAR: _____
 HORA INICIO: _____
 HORA TÉRMINO: _____

APODO : _____
 EDAD : _____
 CARRERA : _____
 AÑO QUE CURSA : _____
 ESTADO CIVIL : _____
 PROCEDENCIA : _____
 RELIGIÓN : _____
 ACTIVIDAD : _____
 HIJOS : _____
 PAREJA : _____

7.6 TABLAS Y GRÁFICOS

Todos los resultados presentados en las siguientes tablas y gráficos corresponden a datos obtenidos de estudiantes varones de la Universidad Austral de Chile (UACH), que cursaban primer, tercer y quinto año de sus respectivas carreras, durante el segundo semestre de 2004 y primer semestre de 2005.

Tabla 7.6.1: Distribución de estudiantes según carrera que cursan.

CARRERA	Nº	%
Antropología	4	5,4
Arquitectura	1	1,4
Derecho	4	5,4
Ing. Alimentos	8	10,8
Ing. Comercial	8	10,8
Ing. Construcción	10	13,5
Ing. Forestal	2	2,7
Ing. Maderas	1	1,4
Lic. En Ciencias	4	5,4
Medicina	3	4,1
Obstetricia	5	6,8
Periodismo	5	6,8
Quím. y Farmacia	9	12,2
Téc. Médica	2	2,7
Veterinaria	8	10,8
TOTAL	74	100,0

Tabla 7.6.2: Distribución de estudiantes según región de procedencia

REGIÓN	Nº	%
Sin información	4	5,4
Décima	38	51,4
Undécima	4	5,4
Duodécima	3	4,1
Metropolitana	2	2,7
Extranjero	1	1,4
Segunda	1	1,4
Quinta	1	1,4
Sexta	6	8,1
Séptima	3	4,1
Octava	1	1,4
Novena	10	13,5
Total	74	100,0

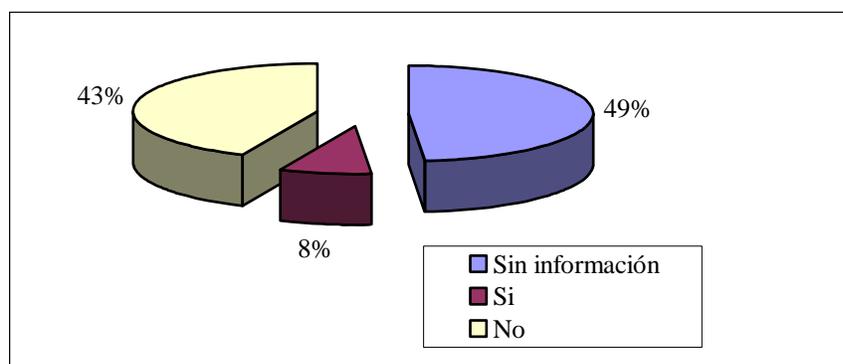


Gráfico 7.6.3: Distribución de estudiantes según realización de algún trabajo o actividad extra académica.

Tabla 7.6.4: Distribución de estudiantes por año de carrera y según su percepción sobre la utilidad de información de sexualidad y reproducción.

AÑO CARRERA UTILIDAD	PRIMER		TERCER		QUINTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin información	0	0	1	5,6	0	0	1	1,4
Sí	24	96,0	15	83,3	28	90,3	67	90,5
No	1	4,0	2	11,1	3	9,7	6	8,1

Tabla 7.6.5: Distribución de estudiantes según tipo de encuentro en el inicio de actividad sexual.

ENCUENTRO	Nº	%
Acordado	18	31,0
Inesperado	16	27,6
Se dio	19	32,8
Otra	5	8,6
TOTAL	58	100,0

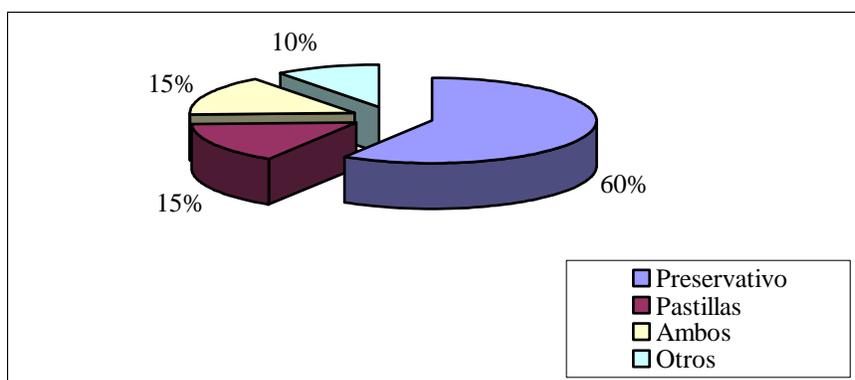


Gráfico 7.6.6: Distribución de estudiantes con pareja, por año de carrera, según percepción de método más seguro en prevención de embarazo y ITS.

Tabla 7.6.7: Distribución, por año de carrera, de métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), conocidos por 72 estudiantes.

AÑO CARRERA PREVENCIÓN ETS	PRIMER		TERCER		QUINTO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abstinencia	10	40	1	5,6	2	6,5
Condón	23	92	17	94,4	27	87,1
Examen	1	4	0	0	1	3,2
Pareja única	8	32	9	50	13	41,9
Otras	0	0	1	5,6	3	9,7

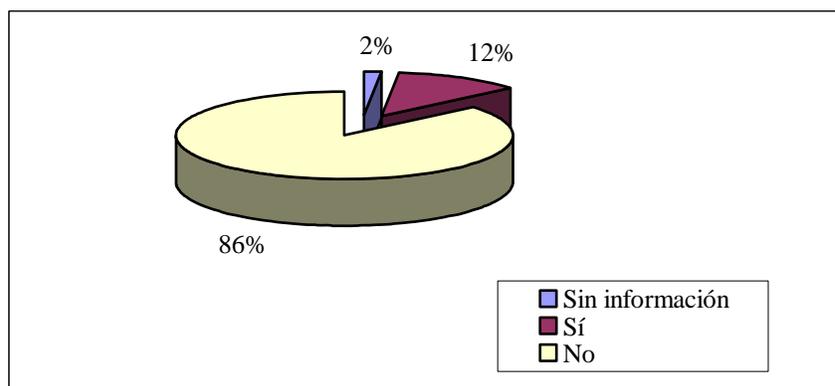


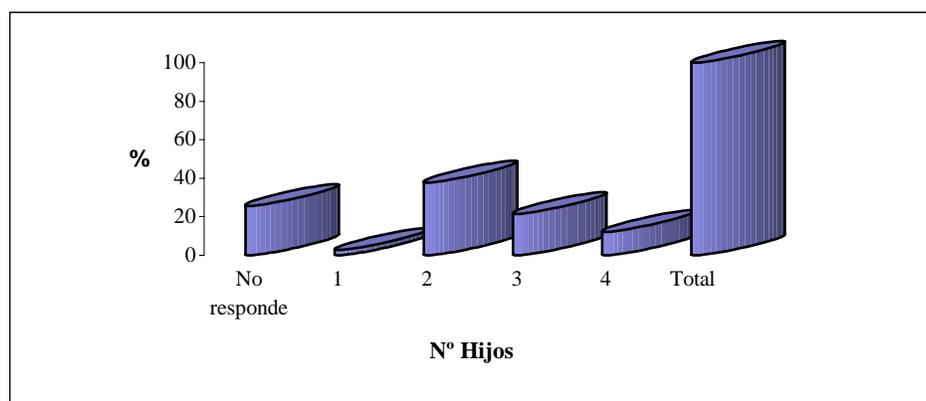
Gráfico 7.6.8: Distribución de estudiantes según se hayan contagiado de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS).

Tabla 7.6.9: Distribución de medios de estimulación sexual conocidos por 67 estudiantes

MEDIOS	Nº	%
Alimento	3	4,1
Audiovisual	27	36,5
Contacto	28	37,8
Fantasías	2	2,7
Juegos	22	29,7
Masturbación	15	20,3
Objetos/ juguetes	14	18,9
Palabras	5	6,8
Ropa	4	5,4
Sentimientos	4	5,4
Sexo oral	4	5,4
Otros	9	12,2
No conozco	3	4,1

Tabla 7.6.10: Distribución de estudiantes según año de carrera y posición frente al aborto inducido.

AÑO CARRERA	PRIMER		TERCER		QUINTO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo	16	64	13	72	10	32,2
Aceptación relativa	6	24	4	22,2	9	29
Aceptación total	1	4	1	5,6	9	29
Otras	2	8	0	0	3	9,7
TOTAL	25	100	18	100	31	100

**Gráfico 7.6.11:** Distribución de estudiantes según número de hijos que desea tener.

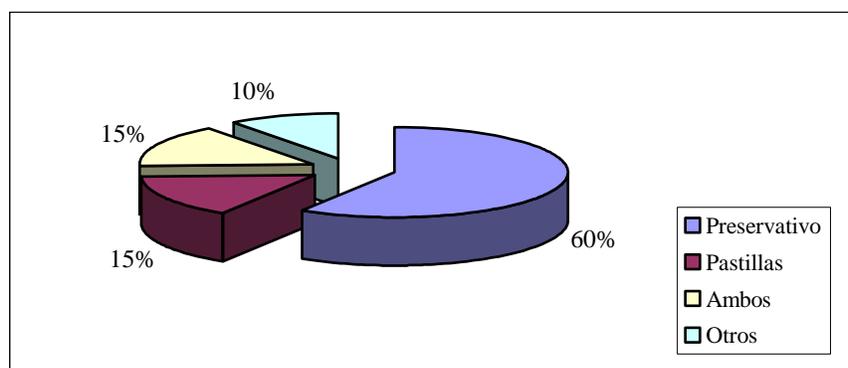


Gráfico 7.6.12: Distribución de estudiantes con pareja, según percepción de método más seguro en la prevención de embarazo y ITS.

Tabla 7.6.13: Distribución de estudiantes según las fuentes de información que han tenido sobre prevención de ITS.

INFORMACIÓN	Nº	%
No responde	22	29,7
Textos	3	4,1
Charlas de sexualidad	4	5,4
Sist. Educación	12	16,2
Medios Comunicación	14	18,9
Familia/ padres	5	6,8
Afiches/ folletos	3	4,1
Campañas de SIDA	4	5,4
Otras	7	9,5
TOTAL	74	100,0

Tabla 7.6.14: Distribución de los tipos de disfunciones sexuales conocidas por 66 estudiantes.

DISFUNCIÓN SEXUAL	Nº	%
Anorgasmia	11	14,9
Frigidez	27	36,5
Impotencia	57	77
Eyacuación Precoz	33	44,6
Disminución deseo	4	5,4
Problemas psicológicos	1	1,4
Otras	12	16,2
No sé	4	5,4

Tabla 7.6.15: Distribución, por año de carrera de 64 estudiantes, de tipos de enfermedades que afecten el aparato reproductor.

AÑO CARRERA ENFERMEDADES	PRIMER		TERCER		QUINTO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cáncer Próstata	2	8	5	27,8	8	25,8
Cáncer Testículos	1	4	0	0	2	6,5
Disfunciones sexuales	3	12	2	11,1	2	6,5
Infertilidad	2	8	0	0	2	6,5
Infecciones urinarias	1	4	3	16,7	3	9,7
Otras	7	28	5	27,8	9	29
No conozco	9	36	4	22,2	12	38,7