

# Cultura de prevención de enfermedades sexuales transmisibles y embarazo en adolescentes

SELENE ÁLVAREZ LARRAURI\*

Desde 1981 la humanidad se enfrenta a la pandemia más agresiva del siglo, el sida. Uno de los sectores de la población más expuestos que debe prepararse para resistir los efectos de esta enfermedad es el de los adolescentes. La mitad de los 14 millones de enfermos de sida que existen actualmente en el mundo se infectaron entre los 15 y 24 años.<sup>1</sup> De este grupo, en los países en desarrollo los hombres adquieren el virus a una edad menor que las mujeres.<sup>2</sup> Por otro lado, la precoz actividad sexual de los adolescentes provoca el aumento de distintas enfermedades sexuales transmisibles (EST), de embarazos tempranos y de abortos que ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres.

En México, 24% de las mujeres se encuentra en edad reproductiva y de aquéllas entre 14 y 19 años nacen aproximadamente 400 mil niños cada año (15% del total anual). En el Hospital de la Mujer, 35% de los partos proviene de madres solteras, 11% son menores

\* Centro INAH, Veracruz.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Press Release WHO/94 - 26 de noviembre de 1993.

<sup>2</sup> A. Meheus, A. de Schryver, "Planning for control of sexually transmitted diseases", en *Maternal and child care in developing countries: assessment, promotion, implementation*, Proceedings: Third International Congress for Maternal and Neonatal Health, 1987, Lahore / Pakistan, editado por Elton Kessel, Asghari K. Awan, Jean F. Martin, Abdel R. Omran, Dan Ullmann, Otto Verlag. Thun, Switzerland, 1989, pp. 281-294.

de 18 años.<sup>3</sup> En el país mueren diariamente 4 mujeres por problemas relacionados con el embarazo y el parto (una de ellas por aborto mal practicado). De los casi 3 millones de embarazos anuales en México se estima que entre 40 y 60% son no deseados y sólo dan a luz un 23%, y el 17% se practica un aborto. La tasa anual estimada de abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años es de 2.33. Las adolescentes habitantes de las zonas rurales y pobres se provocan el aborto ellas mismas o con la ayuda de personas sin capacitación, debido a que es ilegal. Se calcula que cerca del 50% tiene complicaciones y sólo un bajo porcentaje son hospitalizadas.<sup>4</sup>

En 1985, 19.4% de las mujeres que murieron tenía entre 15 y 24 años;<sup>5</sup> en este grupo el riesgo de morir es mayor, comparado con los otros grupos.<sup>6</sup> Además, entre la población adolescente, las repercusiones biológicas como toxemia, retraso del crecimiento intrauterino, aborto y sepsis, constituyen problemas crecientes que, incluso, ocupan los primeros lugares dentro de la morbilidad por causa de consulta.<sup>7</sup>

Las mujeres adolescentes se encuentran en una situación más delicada que los hombres pues la construcción social de género sistemáticamente tiende a colocarlas en una posición de desventaja y subordinación, misma que opera entre estructuras, prácticas y concepciones sobre el orden social, la subjetividad, los juicios de valor y las nociones interpretativas, integrando las relaciones de género y las de poder.<sup>8</sup>

La construcción de género se reproduce de manera importante en el ámbito familiar, el cual a su vez ejerce una influencia considerable al inicio de la actividad sexual. Por ejemplo, las adolescentes que pertenecen a familias encabezadas por mujeres, están más expuestas a iniciar la actividad sexual a temprana edad y quedar embarazadas, asimismo tienen más probabilidades de tener hijas

<sup>3</sup> P. Schenkel, N. Chávez, G. Egremy y L. Velasco, "Hospital-based education for adolescent mothers in Mexico", Ponencia presentada en el 120th Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C., noviembre 8-12, 1992.

<sup>4</sup> "Encuesta de opinión sobre la práctica del aborto en Brasil, México y Perú", AGI, 1992, citado por el Instituto Guttmacher, *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994.

<sup>5</sup> "Mortalidad materna", en *La salud de la mujer en México. Cifras concentradas*, México, Programa Nacional, Mujer, Salud y Desarrollo, *Sistema Nacional de Salud*, 1990.

<sup>6</sup> Julio García-Baltazar, Juan Figueroa-Perea, Hilda Reyes-Zapata, Claire Brindis, Gregorio Pérez-Palacios, "Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México", en *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6, noviembre-diciembre, 1993.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Perinatología, *Anuario Estadístico 1990*, México, 1990.

<sup>8</sup> Soledad González, *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México, 1993.

que a su vez empezarán relaciones sexuales y se embarazarán en la adolescencia.<sup>9</sup>

La aplicación de medidas preventivas entre los adolescentes, que podrían evitar muchos de estos problemas, es aún muy limitada, tanto para las ETS como para evitar el embarazo. La mayoría de adolescentes que practica la sexualidad no utiliza métodos de protección o de planificación familiar. Una encuesta aplicada en la ciudad de México, en 1985, señala que de las mujeres menores de 18 años que usaron algún método, sólo 38.5% declaró haber recurrido al ritmo y 20.5% al condón como medidas preventivas en la primera relación sexual; 26.2% de los hombres de la misma edad, recurrió al ritmo y 22.1% al condón.<sup>10</sup>

La falta de prevención por parte de los adolescentes sexualmente activos, el empleo ineficiente de los dispositivos, o la renuencia a su uso, configuran una situación compleja. Algunas investigaciones señalan como factores importantes la pobreza, la inestabilidad familiar, la incomunicación con los padres, la presión de los compañeros, las nulas oportunidades sociales y la desinformación (escaso conocimiento sobre reproducción, anticoncepción, métodos adecuados y la forma apropiada de utilizarlos).<sup>11</sup>

Para las mujeres, la posibilidad de tener una vida sexual más segura las enfrenta a poder negociar con la pareja las decisiones sobre su cuerpo y su salud —por ejemplo, la posible prevención de ETS o de embarazo—, a tener acceso a abortos seguros y a mejores métodos anticonceptivos.<sup>12</sup>

La educación sexual a los adolescentes, como medida preventiva, podría evitar el panorama aquí descrito. Sin embargo, muchos

<sup>9</sup> Newcomer S., Udry J., "Parental marital status effects on adolescent sexual behavior", en *Journal Marriage and Family*, núm. 49, 1987, pp. 235-240.

<sup>10</sup> Julio García-Baltazar *et al.*, *op. cit.*

<sup>11</sup> Patricia Gómez Duque, "Características personales y educación sexual recibida de adolescentes antes de la primera relación sexual", tesis presentada para obtener el grado de enfermera, la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá, febrero, 1988. Ramiro Molina, Sergio Araya, Guillermina Ibazeta, Patricio Jordán, Eduardo Lagos, "Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes", en *Revista chilena Obstetricia Ginecología*, 51(3), junio, 1986, pp. 293-302. Eduardo Ortigosa, Edith Cortez, Lucila Garnica, Alicia Martínez, "Sexualidad y reproducción: una encuesta en el nivel de educación media básica", en *Ginecología Obstétrica, México*, 59, octubre, 1991, pp. 293-298. J.S. Santelli y P. Beilenson, "Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases", en *Journal of School Health*, 62(7), 1992, pp. 271-279.

<sup>12</sup> C.S. Diniz, "Women, sexuality and AIDS in Brazil", en *Forum World Health*, mayo-junio, 47 (3), 1994, pp. 14-15.

padres, maestros y planificadores temen que la discusión abierta acerca de la sexualidad, la prevención de embarazos y el uso del condón, incidan en una sexualidad prematura,<sup>13</sup> creencia que se ha convertido en una barrera para proporcionar una educación sexual integral y de servicios adecuados a los adolescentes del mundo.

A partir de la gravedad del problema del sida y atendiendo a la barrera de oposición de diversas poblaciones en el mundo, la OMS ha expresado la necesidad imperiosa de que se imparta educación sexual en las escuelas, demostrando, con base en 35 investigaciones en varios países, que no existe evidencia de que la educación sexual o los servicios para adolescentes los conduzcan a una vida sexual activa temprana o a incrementarla. Por el contrario, esto los induce a adoptar prácticas sexuales seguras, a retrasar el comienzo y a evitar las relaciones con más de una persona.<sup>14, 15</sup>

En cuanto a la educación a los adolescentes en México, la formación escolarizada contempla la educación sexual, para el grupo de población de 10 a 19 años, mediante su inclusión en la currícula en los primeros años de la escuela secundaria y sexto de primaria.

Por otro lado, los programas educativos extraescolares<sup>16</sup> se llevan a cabo básicamente en los servicios de salud donde son necesarios, pero la población que acude sólo son madres adolescentes ya embarazadas, infectadas o con algún problema derivado del aborto.<sup>17</sup>

Los programas de los sectores educativos y de salud conciben a la sexualidad como un mero hecho biológico regido por instintos y necesidades fisiológicas. Se desconocen las situaciones estructurales y la trama de significaciones y prácticas en que viven los jóvenes. Por otro lado, parten de un enfoque teórico sobre la educación sexual, basado en la conceptualización de que los problemas de enfermedades sexuales transmisibles y de embarazos tempranos son

<sup>13</sup> S. R. Levy, K. Weeks, A. Handler, C. Perhats, J. A. Franck, D. Hedeker, C. G. Zhu, B. R. Flay, "A Longitudinal Comparison of the AIDS-Related Attitudes and Knowledge of Parents and Their Children", en *Family Planning Perspectives*, vol. 27, 1, 1995, pp. 4-8.

<sup>14</sup> World Health Organization Press Release WHO/94 - 26 noviembre, 1993.

<sup>15</sup> World Health Organization World AIDS Day (1 diciembre 1993), Press release.

<sup>16</sup> En México, la Iglesia católica ha tratado de llenar el vacío que el gobierno ha dejado en relación con la educación para los jóvenes, implementando un programa de educación sexual desde 1996. Esta educación, a decir del investigador José Alfredo Cruz Lugo, del Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población, A.C. se basa en el miedo, privilegiando la abstinencia sexual y retomando la educación de los padres, quienes en ocasiones carecen de información y preparación y a los cuales no se prepara.

<sup>17</sup> P. Shenkel, N. Chávez, G. Egremy y L. Velasco, *op. cit.*

por falta de información. Los programas educativos con esta concepción teórica no han obtenido los resultados esperados, ya que, aunque la falta de información es una realidad, no es sólo mediante información como debe inculcarse una sexualidad responsable y la habilidad para no exponerse y/o controlar situaciones de riesgo. Haber cursado la secundaria o el bachillerato no es sinónimo de haber sido informado acerca de la sexualidad<sup>18</sup> o de haber logrado una formación al respecto. En una investigación con alumnos de secundaria se notó que aunque el 81% recibió información en la escuela, los conocimientos eran mínimos, las actitudes no diferían en los distintos grados y no se habían inculcado actitudes preventivas ni prácticas.<sup>19</sup>

En otros países el modelo exclusivamente informativo ha sido suplantado por el de riesgo. La determinación estadística de factores de riesgo ligados a las ETS o al embarazo precoz, ha llevado a realizar programas que actúan sobre estos factores. Por ejemplo, la deserción escolar es un factor de riesgo significativo en el embarazo adolescente; ante esto surgió un programa para evitar la deserción. Los resultados fueron buenos, pues el problema disminuyó, mas no se previno el embarazo precoz.<sup>20</sup> Incluso, estos programas han demostrado que no existe relación directa entre los factores sociales de riesgo y las percepciones de éste por parte de las personas, y recomiendan separar con claridad las diferencias entre comportamiento y conocimientos.<sup>21</sup> Se sabe, por ejemplo, que entre las personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las no infectadas no existe diferencia entre el nivel de conocimiento, los valores y los factores de riesgo, sino sólo en su exposición a las prácticas de riesgo.<sup>22</sup> Se han desarrollado también distintos tipos de programas educativos basados en modelos psicológicos, por ejemplo, el de creencias en salud (Health Belief Model) de Becker, el

<sup>18</sup> Eduardo Ortigosa Corona, Edith Cortez Hernández *et al.*, "Características personales y educación sexual recibida, de adolescentes antes de la primera relación sexual", mimeógrafo, Bogotá, 1988.

<sup>19</sup> Patricia Gómez Duque, "Sexualidad y reproducción: una encuesta en el nivel de educación media básica", en *Ginecología y Obstétrica, México*, 59, octubre, 1991, pp. 293-298.

<sup>20</sup> S. L. Zabin *et al.*, "Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers", en *Family Planning Perspective*, 17 (4), 1993, pp. 137-144.

<sup>21</sup> A. M. Salinas-Martínez, C. Martínez-Sánchez, J. Pérez-Segura, "Percepción de factores de riesgo reproductivo", en *Ginecología y Obstétrica, México*, 61, enero de 1993, pp. 8-14.

<sup>22</sup> F. Narring, P. A. Michaud, M. Koffiblanchar, F. Duboisarber, "Age at 1st Sexual Intercourse, AIDS Risk Behavior and Condom Use-How the Swiss AIDS-Prevention Programs Changed Adolescent Behavior", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 16, Iss 2, 1995, pp. 143-143.

de la motivación de Rogers y el de la teoría del comportamiento planeado de Ajzen. Estos modelos ponen el acento en la información, en los factores intra-inter personales, en la percepción y el aprendizaje del consumidor, en la planeación del comportamiento y en la emotividad en relación con comportamientos sexuales de riesgo.<sup>23</sup> Su eficacia se basa en el trabajo terapéutico y parten de una concepción de los individuos como sistemas autorreguladores que intentan alcanzar objetivos particulares.<sup>24</sup> Todos estos modelos tienen distintos niveles de eficacia, pero con la característica de que deben ser revisados y tratar de comprender y enfrentar las situaciones sociales y las circunstancias personales que conducen a un embarazo temprano o a adquirir una enfermedad sexual transmisible.<sup>25,26</sup>

Desde nuestra perspectiva es necesario desarrollar programas integrales que, partiendo de las situaciones y representaciones sociales que los adolescentes tienen sobre su sexualidad y la manera en que ésta debiera practicarse, se les involucre en un proceso de aprendizaje que les proporcione representaciones alternativas, los provea de conocimientos y los habilite para evitar situaciones y prácticas de riesgo.

En esta investigación se desarrolló y evaluó un programa cuyo objetivo general fue construir opciones educativas que coadyuvan en la formación de los adolescentes de las telesecundarias rurales, incidiendo principalmente en sus representaciones y prácticas sexuales. El estudio pone a prueba un modelo educativo con la capacidad para crear una nueva cultura de la salud, para orientar a los jóvenes al respecto. El modelo desarrolla un proceso educativo que parte de la cultura que tienen los jóvenes en cada lugar y de los significados que son importantes para ellos, y sobre éstos construye de manera participativa los nuevos significados, conocimientos y habilidades. En este sentido, lo que se evaluó fue la capacidad del modelo educativo en relación con el trabajo de construcción educativa sobre los referentes

<sup>23</sup> Genius-S, Genius-SK, "The Challenge of Sexually-Transmitted Diseases in Adolescents", en *Adolescent and Pediatric Gynecology*, vol. 8, 2, 1995, pp. 82-88.

<sup>24</sup> Existen también otros modelos que integran elementos del contexto al lado de teorías del aprendizaje, pero de una manera fragmentada; por ejemplo, el Modelo de Creencias en Salud, el de la Información al Consumidor, la Teoría del Aprendizaje Social, los Estados de Cambio, la Difusión de Innovaciones, el Cambio Organizacional, etcétera.

<sup>25</sup> N. Ehrenfeld-Lenkiewicz, "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada", en *Salud Pública de México*, 36, 1994, pp. 154-160.

<sup>26</sup> "Behavioral and Prevention Research Branch Centers for Disease. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases", en *Journal of School Health*, 62 (7), 1992, pp. 271-279.

culturales de los jóvenes y, por lo tanto, la validez de su utilización en otros contextos culturales, en los cuales proceda de la misma manera: trabajando a partir de los significados de los jóvenes en cada contexto específico. La representatividad de los resultados no está dada por el contexto cultural o por la selección de la muestra, sino por la validez del modelo educativo. La hipótesis de trabajo fue que un modelo educativo alternativo tendría mejores resultados que el que se utiliza actualmente.

### Marco teórico

La tarea de la investigación sociocultural dentro de la promoción de la salud es generar un nuevo conocimiento sobre las formas en que los sujetos sociales organizados recuperan, se apropian y producen culturas de la salud mediante la conceptualización y la transformación de sus condiciones de vida y el fomento de su salud. Se define cultura como la producción, apropiación, usufructo, reelaboración y resignificación de las representaciones simbólicas, mediante las cuales los sujetos sociales se instituyen a sí mismos y dan significado y sentido a su propia realidad, proceso por el cual los humanos interactúan entre sí, se organizan socialmente para su reproducción como colectividad y transforman las condiciones en las que viven.<sup>27</sup> El proceso cultural en este sentido tiene una doble dimensión: las representaciones simbólicas intangibles están íntimamente ligadas a los actos y prácticas tangibles —los reproducen y/o conforman lo intangible. No son nociones autónomas ni patrimonio de sujetos aislados, surgen por analogía con las representaciones de los miembros de la comunidad a la que pertenecen; se reproducen o cambian en relación con una experiencia con el mundo externo, es decir, se aprenden. Las estrategias de solución que los agentes producen para atender sus necesidades tienen su origen común en el *habitus*, que es producto de las estructuras que las reproduce. Se trata de estrategias para la reproducción biológica, cultural y social que cada grupo implementa para transmitir los poderes y privilegios a la siguiente generación. Esta reproducción implica una sumisión “espontánea” al orden establecido pero su

<sup>27</sup> Juan Samaja, “La reproducción social y la relación entre salud y condiciones de vida”, OPS, Documento de Trabajo, División de Salud y Desarrollo, Programa de Análisis de la Situación de Salud, Argentina, 1994, 38 p.

principio no es un cálculo razonado, ni una determinación económica. La lógica de las prácticas no sigue estrictamente una serie de axiomas como principio generativo —*opus operandum*—, sino que tienen su propio *modus operandi*. Las representaciones simbólicas detrás de las prácticas no son la determinación mecánica de la norma, sino una disposición inculcada por las condiciones de existencia, una especie de instinto construido socialmente. Las prácticas, al igual que los ritos, son metas en sí mismas que se justifican porque son lo que “hay que hacer”, “lo correcto”, pero también porque no se puede hacer de otra manera sin haber tenido que reflexionar por qué o para qué se hace.<sup>28</sup>

En esta investigación se considera a los adolescentes como un grupo social con sentido de identidad y permanencia y con sistemas de representaciones simbólicas comunes, que comparten valores y normas, ejercen influencia unos sobre otros, comparten necesidades y compromisos para satisfacerlas y coinciden emocionalmente en una historia, en experiencia, en prácticas y en el apoyo mutuo.<sup>29</sup>

El proceso culturalmente significativo es aquel que reflexiona acerca de las visiones del mundo, las creencias, los saberes, las técnicas, las tradiciones y los hábitos más íntimos. Es decir, se inserta en las estructuras de representación y en las prácticas que proporcionan identidad a las personas y a los grupos, al crear condiciones alternativas que originan nuevas percepciones y prácticas.

## Metodología

La investigación se llevó a cabo en la colonia El Seis, municipio de Coatepec, Veracruz, asentamiento rural entre las ciudades de Xalapa y Coatepec. Este lugar fue elegido por ubicarse en un área rural y contar con una telesecundaria representativa de las demás, pues emplea el mismo modelo informativo del cual se ha hablado anteriormente, con los problemas y escasos resultados que se han reportado. A esta secundaria acuden alumnos de la colonia, de comunidades alejadas (hasta dos horas de camino) o de la ciudad de Jalapa. Su característica, al igual que otras telesecundarias, consiste en congregar adolescentes de distintos lugares. Para comprobar la hipótesis de

<sup>28</sup> Pierre Bourdieu, *The Logic of Practice*, Stanford University Press, 1995.

<sup>29</sup> División de Promoción y Protección de la Salud, *Lineamientos metodológicos para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud*, Washington, OPS, 1994, p. 17.



trabajo (que un modelo educativo alternativo tendría mejores resultados que el que se utiliza actualmente) se efectuó un estudio exploratorio de la situación inicial —producto en parte del modelo educativo utilizado hasta ese momento— y se evaluaron los resultados del nuevo modelo, en contraste con éste. Debido a que lo evaluado fue el modelo educativo y su capacidad de crear nuevos significados en relación con el cuidado de la salud, el resultado de la investigación no es generalizable a los contextos culturales parecidos a esta colonia, sino a las telesecundarias que congregan jóvenes de distintas comunidades y que emplean un modelo educativo que no está creando una nueva cultura de la salud a partir de los referentes culturales.

El trabajo se realizó con 76 adolescentes de los tres grados de la telesecundaria rural de la colonia, con conocimiento y aceptación de los padres y maestros. En el desarrollo del programa participaron dos antropólogas, y se invitó a una pedagoga para que 6 meses después evaluara el proceso y determinara la permanencia de los resultados logrados. Se realizó una investigación cuasi experimental con diagnóstico exploratorio, seguimiento de proceso cualitativo de las representaciones sociales, y habilidades y medición cuantitativa de la adquisición de conocimientos. Los objetivos específicos fueron:

- 1) Realizar un diagnóstico participativo para estudiar las distintas representaciones sociales, conocimientos y prácticas sobre sexualidad y salud entre los adolescentes antes de desarrollar los procesos educativos.
- 2) Diseñar el programa con base en la información del diagnóstico participativo, incluyendo los temas considerados fundamentales en la creación de nuevas representaciones y la adquisición de conocimientos y habilidades de los adolescentes.
- 3) Desarrollar el programa educativo.
- 4) Seguir y evaluar el proceso de integración de nuevas representaciones sociales y prácticas de los distintos adolescentes y la permanencia de los cambios, 6 meses después de haber terminado el trabajo.

### **Objetivo 1**

Se llevó a cabo un diagnóstico participativo inicial de las representaciones sociales (percepciones, actitudes, valores), prácticas, co-

nocimientos y habilidades de los adolescentes en cuanto a la sexualidad, la relación con el cuerpo, las ETS y los embarazos no deseados. El diagnóstico se realizó a través de un taller de elaboración de pulseras de chaquira al que asistieron los alumnos 2 horas, dos veces a la semana durante 4 meses. La información se recopiló mediante la observación y entrevistas abiertas. Se procesó con codificación categorial basada en el marco teórico y levantamiento cuantitativo. Para cada alumno se registró el nivel socioeconómico, su entorno familiar, su representación física, la sexualidad, las diferencias de género, los roles reproductivos, los conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual, las formas de adquisición y transmisión del VIH y sida y los métodos de prevención y riesgos.

## Objetivo 2

Se determinaron los contenidos de las representaciones, conocimientos y habilidades sobre los siguientes temas: sexualidad, diferencias de género, prevención de enfermedades transmisibles, planificación familiar y cáncer. Se elaboró la estrategia de educación y comunicación y se escogieron las técnicas y los materiales. Se utilizaron: encuesta rápida, historias verdaderas y sociodrama. Para este trabajo recibimos apoyo del Conasida, quien proporcionó 5 videos y 7 distintos folletos, carteles e historietas. Asimismo, una organización no gubernamental (ONG) facilitó un paquete de 7 juegos de mesa acerca del sida.

Los objetivos del programa fueron:

a) Inculcar representaciones de la sexualidad que promovieran la responsabilidad en la práctica sexual entre los adolescentes.

b) Proporcionar información y conocimientos adecuados para corregir las desinformaciones y reafirmar las concepciones correctas sobre los temas.

c) Enseñar habilidades para posponer la actividad sexual en los adolescentes que aún no la tienen y no están seguros de quererla, reconociendo y evitando situaciones en las que puedan estar en riesgo, como la presión de los compañeros o de la pareja. Asimismo, instruirlos en el uso del condón y de los anticonceptivos, especialmente a los adolescentes con una vida sexual activa. En el caso de las mujeres enseñarles a negociar con la pareja, a revisarse los senos y a efectuarse el papanicolau.

### Objetivo 3

La intervención educativa se realizó durante 4 meses en el mismo horario en el que se había realizado el taller de pulseras.

### Objetivo 4

En la evaluación se comparó la información recabada al principio, durante el seguimiento y al final del proceso de cada uno de los participantes. Los resultados en adquisición de nuevas representaciones, habilidades y conocimientos se determinaron a través de: 1) un seguimiento de los cambios de cada alumno. Se registró la información de los diarios de campo en el programa computacional de análisis cualitativo Atlas Ti y se interpretaron los resultados; 2) un cuestionario cerrado donde los conocimientos fueron medidos al principio y después del trabajo, con los materiales y nuevamente al hacerlo con las técnicas y materiales juntos; 3) identificar situaciones familiares, personales u otras que pudieran estar incidiendo en el proceso para constatar que el aprendizaje fuese causado por el programa, y 4) para determinar el significado y permanencia de los resultados el trabajo se continuó en el siguiente año escolar y se realizaron entrevistas a los mismos alumnos.

## Resultados

La situación social de los adolescentes con los que trabajamos es muy parecida a la de otras investigaciones, tanto de zonas rurales como de urbanas: pobreza, inestabilidad familiar, incomunicación con los padres, falta de oportunidades sociales, diferencias de género y falta de información.<sup>30</sup> Encontramos también reticencia por

<sup>30</sup> Patricia Gómez Duque, "Características personales y educación sexual recibida de adolescentes antes de la primera relación sexual", tesis presentada para la obtención del grado de enfermera, la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá, febrero de 1988; Ramiro Molina, Sergio Araya, Guillermina Ibazeta, Patricio Jordán, Eduardo Lagos, "Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes", en *Revista chilena, Obstetricia Ginecología*, 51(3), junio, 1986, pp. 293-302. Eduardo Ortigosa, Edith Cortez, Lucila Garnica, Alicia Martínez, "Sexualidad y reproducción: una encuesta en el nivel de educación media básica", en *Ginecología Obstétrica, México*, 59, octubre, 1991, pp. 293-298. J.S. Santelli, P. Beilenson, "Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases", en *Journal of School Health*, 62(7), 1992, pp. 271-279.

parte de maestros y familiares a discutir abiertamente el tema de la sexualidad. En estas condiciones, el trabajo educativo tuvo los siguientes resultados.

### *Representaciones prácticas*

Las representaciones más constantes que podrían calificarse como importantes para ser reflexionadas y transformadas junto con los adolescentes, fueron las prohibiciones con relación a su cuerpo, las diferencias de género y la comunicación con los padres, maestros, y entre ellos mismos y sus parejas. La representación que más llamó la atención fue que consideraban a la sexualidad como un verdadero tabú. Por otro lado, la relacionaban con una serie de representaciones ligadas a prohibiciones, como "tocarse el cuerpo es malo"; a prejuicios en torno a la conceptualización de la masculinidad, como "los hombres que usan condón son débiles"; desinformaciones como "sólo las prostitutas están en riesgo de que les dé sida" y "hay que alejarse de ellas y de las cantinas". Además de estas representaciones encontradas entre los adolescentes de la zona rural, también se observó una prohibición en la zona que se tomaba muy en serio, la cual consiste en que hay un animal llamado tlaconete (especie de lagartija) que puede introducirse en la vagina durante el sueño, por lo que las adolescentes tenían que dormir siempre con calzones. Estas representaciones fueron la base de la discusión y la cimentación del proceso educativo.

Hubo dificultad para reflexionar sobre el cuerpo en general y la recapitación de su propio cuerpo aparecía desdibujada, innecesaria y hasta molesta. La representación de que tocar el cuerpo es malo, predisponía a rechazar una relación estrecha con el mismo y causaba conflicto. Por ejemplo, se les pidió realizar un ejercicio en su casa, a solas, frente a un espejo y describieran la relación con su cuerpo. Para la mayoría fue difícil hacerlo, y sólo describían lo que consideraban sus defectos. Las mujeres presentaron aún más dificultad; dos alumnas terminaron llorando ante la incapacidad de hablar del tema, ya que les causaba angustia. Al preguntarles quién tomaba decisiones sobre su cuerpo, 90% de las mujeres dijeron que sus padres o sus novios.

Las mujeres eran catalogadas con distintas etiquetas, por ejemplo, a las que trabajaban en las cantinas las llamaban "las ligeras" o

“las calientes”. Era muy fuerte la visión de las “mujeres malas” o prostitutas como el único grupo que está en riesgo de adquirir ETS, tanto por parte de los hombres, como de las mujeres. Esta visión contrastaba con la de las mujeres que están ligadas exclusivamente a la imagen reproductiva. Esto conllevaba designaciones de roles excluyentes, como por ejemplo “no sirve si no se embaraza”. La función prioritaria de las mujeres era tener hijos porque consideraban que sólo de esta manera podían tener una seguridad en la vida, y que de la reproducción se derivan sus principales satisfacciones emocionales. El 76% de las mujeres expresó que lo que más deseaban era casarse; el resto privilegiaba más continuar estudiando. En este sentido, tener varios hijos, aunque implicara un trabajo arduo y prácticamente una ausencia o una disminución de la importancia de proyectos propios (si es que éstos existieran), se consideraba un proyecto de vida viable para las mujeres. De las que se han embarazado entre los 13 y 14 años, las adolescentes opinaron que muchas veces éstas tienen una situación familiar problemática, violenta y sin atención, lo que las conduce a irse con el novio como única alternativa de vida, “es un refugio”.

Por otro lado se determinaba que tener relaciones fuera del matrimonio era algo que “no debería ser”, pero se justificaba en ciertas situaciones de vida. Entre los hombres existía la creencia de que las mujeres los pueden atrapar haciéndose embarazadas, ya que de esta manera ellas buscan solucionar su vida. Las mujeres también relacionaban el embarazo temprano como una forma de “atrapar al novio”. De igual forma, consideraban que muchas mujeres tienen más hijos de los que desean porque el esposo las obliga y las amenaza con buscarse otra si ellas no acceden a embarazarse. Así, la representación de la relación de pareja de los alumnos oscilaba entre el engaño de la mujer para atraparlos y la imposición del hombre de sus deseos; todo esto en un escenario único de futuro para su vida, una estrategia única.

Las mujeres no concebían verse a sí mismas separadas de su rol de esposas o madres. Problematizaban el papel de los hombres en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, pero no veían cómo es que pueden oponerse o negociar, aunque sí consideraban que muchas veces hay irresponsabilidad por parte de la pareja. Fue significativo que la posibilidad de tomar decisiones conjuntas en las cuales ellas participaran activamente era sumamente escasa, “eso les toca a los hombres”.

No pensar en las circunstancias, la falta de comunicación con la pareja, la inmadurez, la inocencia, querer ir de su casa, ser hijas de madre soltera, la desatención de los padres y la irresponsabilidad, fueron algunas de las características que los alumnos describieron acerca de la situación de las mujeres que empiezan una relación amorosa, que deriva en un embarazo temprano. Opinaban que el embarazo no deseado era irresponsabilidad de la mujer, ya que no tomaba en cuenta las consecuencias de no tener trabajo y de no saber cómo educar al hijo. Curiosamente, las características de los hombres se limitaban a que eran engañados o que sucumbían a la curiosidad. La reacción de las mujeres ante la responsabilidad por parte de los hombres era la de disculparse (en lugar de oponerse a que se les responsabilizara de todo), "es que somos de rancho". Aparecía un desdibujamiento de las responsabilidades, ya que las mujeres decían que las decisiones sobre sus cuerpos las tomaban los hombres, y éstos suponían que la responsabilidad era de las mujeres.

Las creencias religiosas como prohibir la anticoncepción o el aborto, no parecían tan problemáticas para los adolescentes como la falta de información, la desubicación, la inseguridad y los temores que derivan de ese "deber ser" de no ejercer su sexualidad, en contradicción con sus necesidades y experiencias.

Se detectó una ausencia casi absoluta de comunicación con los padres. En esta comunidad se notó que los padres no platican con sus hijas para que no pierdan la inocencia, en cambio "a los hombres sí" les dan información. Se reproduce en el ambiente social, a decir de los jóvenes, la certeza de que no hay que decirles nada a las jóvenes para que no vayan a andar de "locas" o "pecadoras". A los hombres no se les dice tanto para que no les "pique la curiosidad". Se trata no sólo de una falta de información, sino de una negación de los padres a proporcionarla, ante la creencia de que hablar de esto provoca un ejercicio temprano de su sexualidad. Se habló de que muchas mujeres no tienen amigas y de que si las tienen, éstas están igualmente desinformadas. Al no tener una educación sobre la sexualidad ni en la casa ni en la escuela y no poder depender de amigos y/o servicios, los adolescentes están en una situación que describieron como "entramos al noviazgo sin saber nada"; dicen que no hablan con sus padres sobre estas cuestiones, ni con los maestros, la comunicación con ellos se suscribe a las clases.

En contraste con las representaciones rígidas en torno a la sexualidad, existe la costumbre de robarse a la novia, o de casarse porque ya está embarazada. Aunque supuestamente las familias no están de acuerdo, es una práctica generalizada en el caso de los adolescentes e incluso de mujeres mayores de 20 años. El grupo en general no consideraba que tener un hijo fuera sinónimo de perder oportunidades cuando se vive en condiciones de pobreza, aunque sí lo pensaban como algo que puede ser frustrante. La posibilidad de recurrir a un aborto aparecía ampliamente aceptada, pero era una situación que implica un gran sufrimiento, sobre todo por el riesgo físico. Para la mayoría, la mejor opción era quedarse como madre soltera, ya que “igual los papás al final ayudan”, ya sea quedándose con el niño o apoyando a la pareja para que viva con alguna de las dos familias.

Existía efectivamente una no-correlación entre la normatividad social rígida en torno a la sexualidad y las estrategias y prácticas de formación de pareja; entre las prohibiciones y el silencio alrededor del tabú, por un lado, y el robarse a la novia, con la aceptación paterna a manera de sanción, por el otro. Aquí se ve con claridad cómo la fórmula generativa de las prácticas como *opus operandum* no es el principio generativo de las prácticas el *opus operandi*. Los axiomas coherentes de las representaciones no producen prácticas de manera mecánica, sino que estas últimas están más bien relacionadas con esquemas prácticos y situaciones específicas, más que reglas conscientes y constantes.

### *Conocimientos*

En cuanto a los conocimientos sobre sexualidad existían dudas, desconocimiento, temores y creencias respecto al cuerpo, su funcionamiento, los cambios en la adolescencia y los métodos de planificación familiar y protección contra las ETS y el cáncer. Por ejemplo, no se sabía si el orificio de la vagina es el mismo por el cual se orina, y respecto a la menstruación había también desinformación, tanto en hombres como en mujeres. Respecto a la planificación familiar pensaban que las pastillas anticonceptivas provocan cáncer y que hay que desintoxicarse para poder embarazarse; creían que por eso algunas parejas prefieren el método natural del ritmo. No desaprobaban el uso de los métodos anticonceptivos, ya que para todos los

adolescentes era evidente que tener más hijos implicaba mayor responsabilidad y mayor gasto: "son necesarios ya que actualmente la crisis está muy dura y sale caro mantener a los hijos". Sin embargo, la relación —sobre todo por parte de las mujeres— con los métodos anticonceptivos era contradictoria, por un lado criticaban a las madres que piensan que hay que tener "los hijos que Dios les mande", pero por el otro, no habían pensado qué harían ellas, como no fuera dejarse llevar por las circunstancias. En relación con las medidas preventivas para las ETS, hubo incluso un alumno que dijo, al empezar, que el sida se prevenía lavando frutas y verduras. No tenían mucha información sobre otras ETS; conocían una que le llaman *ojo de gallo*, la cual "provoca dolor a los 2 o 3 días y sale pus, además, es cara para curar".

### *Habilidades*

En cuanto a las habilidades, al principio se desconocían las prácticas de riesgo. También ignoraban la importancia de la presión de los compañeros o parejas, y no sabían cómo negociar con la pareja y tampoco cómo utilizar el condón. Todo esto lo consideraban innecesario, pues decían: "a mí no me va a pasar".

### *Proceso educativo*

Hubo diferencias importantes en la capacidad de crear nuevas representaciones, conocimientos y habilidades de los diferentes grados, entre mujeres y hombres y/o entre las distintas edades. Se obtuvieron mejores resultados con los alumnos de tercer año, quienes se interesaron y participaron en todo el proceso más que los de primer año y sufrieron mayores cambios. Dentro de estas diferencias, además, a las mujeres se les dificultaba más cambiar sus representaciones, aunque en conocimientos y habilidades no hubo diferencias. Mediante el trabajo personalizado se logró que adquirieran confianza y, sobre todo, fueran capaces de reflexionar los temas sin dejarse llevar por la inseguridad de que se está hablando de algo prohibido que ellos no pueden controlar.

Varias de las representaciones originaron cambios importantes, por ejemplo, la sexualidad ya no se consideraba como un tema tabú



y la percepción y relación con el propio cuerpo se consideró muy importante y necesaria para poder tomar decisiones responsables sobre su salud, y que otros no las tomen por ellos. Los alumnos asimilaron que la relación con la pareja puede y debe incluir la participación de la mujer, y que la estrategia de relación puede ser otra que "atrapar al hombre" o "dejarse llevar por las circunstancias"; la mayoría hablaba ya de la necesidad de platicar con la pareja y reconocer y expresar sus necesidades. Hubo dificultad para aceptar que las mujeres pueden tener otras opciones de vida que no sean exclusivamente las de la maternidad; pero al final, esto era más referido a la falta real de opciones sociales para ellas y no necesariamente a que éste fuera su destino, inclinación o única capacidad.

Por otro lado, no hubo progresos en fomentar la comunicación con padres y maestros, ya que los alumnos sentían que esto presentaba para ellos más problemas que opciones. De hecho, durante el desarrollo del trabajo tuvimos la sensación de que los maestros no estaban convencidos de que la educación sexual tuviera que ser "tan abierta". Esto se notó claramente cuando la directora, una mujer joven, prohibió que se presentara uno de los videos de Conasida por considerarlo inmoral. El tipo de relación y permanencia con la escuela permitió sobrepasar este escollo y utilizar otros materiales, pero esta actitud ilustra la falta de tolerancia en general. Otra manifestación fue el silencio de los padres, o incluso la negativa de muchos de ellos de contestar un cuestionario que sus hijos les hicieron como pretexto para iniciar una plática padres-hijo/a. La comunicación entre ellos sí mejoró, ya que antes no tenían mucha confianza en la veracidad de la información que compartían al hablar de estos temas. Los hombres que antes consideraban que hablar con sus amigos era más bien "para echar relajo", instituyeron también una comunicación de apoyo. Entre las mujeres existía una comunicación pobre al respecto y desconfianza, que no se revirtió del todo. Hubo que atender, por otro lado, algunas contradicciones que surgieron con las parejas ajenas a la escuela, especialmente con los novios. Hubo un caso de un adolescente con problemas graves que se mantuvo siempre al margen y nunca participó, sólo con su presencia. Éste era un muchacho con problemas familiares y de aprendizaje.

Al final del trabajo las preocupaciones de los alumnos viraron más hacia los problemas de accesibilidad de servicios y hacia quién les puede ayudar a tomar decisiones sobre su sexualidad y su salud. Todos consideraron al final del proceso que los doctores eran los ade-

cuados para ayudarlos, lo que es un indicador más de la falta de confianza en los padres y los maestros e, incluso, en los compañeros.

En cuanto a los conocimientos adquiridos no tuvimos buenos resultados en la primera evaluación surgida de la primera aplicación del cuestionario, después de haber expuesto a los adolescentes a los videos e historietas, debido a que los materiales están hechos para adolescentes urbanos. El aumento de conocimiento a través de los materiales fue de entre el 31 al 73.5%. En el segundo cuestionario, al final de la intervención y después de un reforzamiento con técnicas participativas, hubo un aumento de conocimiento sobre sexualidad, sida, prevención de ETS, embarazos no deseados y cáncer, que osciló entre 65 y 100%. Este porcentaje, sin embargo, disminuyó en la evaluación realizada seis meses después de 50 a 80%.

En relación con las habilidades, apareció clara la intención de no realizar prácticas de riesgo y la conciencia de lo importante que es utilizar el condón. Aprendieron a ubicar las distintas situaciones de riesgo, a decir que no y a pedir ayuda ante la presión de compañeros o parejas. Se pensaba ya que el "a mí no me va a pasar" es una manera ilusa de ejercer la sexualidad. Aprendieron a usar el condón, a planificar la familia y a reconocer las ETS. A decir de varios de ellos, retrasaron el comienzo de su actividad sexual. En los pocos adolescentes que ya tenían una vida sexual activa (11%) hubo una reducción de las relaciones sin protección a través de la utilización del condón, y los que no lo usaron, fue por problemas de accesibilidad: "están caros", "nos daba pena ir a la farmacia a comprarlos", "la auxiliar de salud es una persona de la comunidad y esto podría saberse".

Es importante destacar que esta intervención sí logró permanencia en las nuevas representaciones y en las actitudes y habilidades, a diferencia de otras donde éstas han disminuido en el tiempo.<sup>31</sup> El modelo educativo proporcionó información y trabajó sobre percepción de riesgos al igual que otros modelos, además, problematizó su concepción de la sexualidad y su práctica en las situaciones concretas de los educandos, para promover cambios en las representaciones del cuerpo, de la sexualidad y de las diferencias de género; así como en las relaciones de pareja y en la participación de la mujer en las decisiones. El ejercicio logró la adquisición de

<sup>31</sup> Sunwood-J, Brenman-A, Escobedo-J, Philpott-T, Allman-K, Mueller-J, Jaeger-J, Brown-LK, Cole-FS, "School-Based AIDS Education for Adolescents", en *Journal of Adolescent Health*, 16 (4), 1995, pp. 309-315.

conocimientos, actitudes responsables y habilidades específicas para prevenir situaciones y prácticas de riesgo, coincidiendo con los resultados de los programas en otros países revisados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).<sup>32</sup>

Los alumnos terminaron con nuevo *set* de disposiciones (percepciones, conocimientos, habilidades y comportamientos) que les permitirá tener una práctica sexual más responsable y cuidar su salud. Se trata de un "instinto social" aprendido formalmente. Por otro lado, posponer el inicio de la actividad sexual, no exponerse a los riesgos, poder rechazar prácticas de riesgo y utilizar el condón, seguirá estando sometido a situaciones específicas que en determinados momentos puedan rebasarlos.

## Discusión

El principal problema de la intervención fue la comunicación con los adolescentes, sobre todo al principio. Durante el taller se pudieron establecer relaciones más o menos estrechas con pocos alumnos (menos del 50%). Es muy importante establecer una comunicación más estrecha con los alumnos, y sobre todo con las mujeres, para realizar este tipo de formación. Debiera continuarse el estudio con un seguimiento cualitativo para conocer las repercusiones en el mediano plazo y observar cómo se van relacionando las nuevas representaciones con las prácticas. El hecho de que los conocimientos sufrieran deterioro en los meses subsiguientes, hace necesario que el programa refuerce la adquisición de éstos mediante materiales didácticos adecuados y culturalmente significativos.<sup>33</sup>

Por otro lado, al no incidir sobre las circunstancias estructurales en las que se desarrollan las prácticas y se reproducen las representaciones, el programa no tuvo efecto en los padres y maestros. Sin embargo, es importante reconocer que las normas no son tan rígidas como parecieran, y que sería posible diseñar el trabajo con padres y maestros e, incluso, incluir la preparación de los mismos; de manera que no sólo no obstaculicen los esfuerzos, sino que participen en la formación de los jóvenes. Tampoco se tuvo la posibilidad

<sup>32</sup> Citas 14 y 15.

<sup>33</sup> H. C. Stevenson, K. M. Gay, L. Josar, "Culturally Sensitive AIDS Education and Perceived AIDS Risk Knowledge-Reaching the Know-It-All Teenager", en *AIDS Education and Prevention*, 7(2), 1995, pp. 134-144.

de proveer a los adolescentes con un servicio de atención para evitar los problemas de accesibilidad al uso del condón y los métodos de planificación. Es muy necesaria una política pública que proporcione servicios de salud específicos para los adolescentes.

Por otro lado, es sumamente importante desarrollar las opciones sociales para las mujeres, pues la dificultad de percibir otras posibilidades que no sea la función reproductiva, coincide plenamente con la falta real de oportunidades y de participación en mejores condiciones de salud.<sup>34</sup> Sin estos cambios será más difícil que los programas educativos tengan resultados trascendentes en la salud de los estudiantes de telesecundarias rurales.

<sup>34</sup> Eduardo L. Menéndez, "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", en *Dimensión Antropológica*, año 2, vol. 5, septiembre/diciembre, 1995.

## Bibliografía

- Agencia del Instituto Guttmacher, "Encuesta de opinión sobre la práctica del aborto en Brasil, México, Perú y República Mexicana en 1992", citado por el Instituto Guttmacher, *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994.
- Behavioral and Prevention Research Branch Centers for Disease, "Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases", en *Journal of School Health*, 62 (7), Nueva York, 1992, pp. 271-279.
- Berbaum, Jean, *Aprendizaje y formación. Una pedagogía por objetivos*, México, FCE, 1988, p. 109.
- Bourdieu, Pierre, *The Logic of Practice*, Stanford University Press, 1995.
- , "On the family as a Realized Category", en *Theory, Culture and Society*, vol. 13 (13), 1996.
- Díaz Barriga, Frida, "El aprendizaje significativo desde una perspectiva constructivista", en *Educación* 1 (4), 1993, pp. 23-36.
- Diniz, C.S., "Women, sexuality and AIDS in Brazil", en *Forum World Health Organization*, mayo-junio, 47 (3), Washington, 1994, pp. 14-15.
- División de Promoción y Protección de la Salud, *Lineamientos metodológicos para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud*, Washington, OPS, 1994, p. 17.
- Ehrenfeld-Lenkiewicz, N., "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada", en *Salud Pública de México*, 36, 1994, pp. 154-160.
- García-Baltazar, Julio, Juan Figueroa-Perea, Hilda Reyes Zapata, Claire Brindis, Gregorio Pérez-Palacios, "Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México", en *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6, noviembre-diciembre, México, 1993.

- Genius-S., Genius-S.K., "The Challenge of Sexually-Transmitted Diseases in Adolescents", en *Adolescent and Pediatric Gynecology*, vol. 8, 2, Texas, USA, 1995, pp. 82-88.
- Gómez Duque, Patricia, "Características personales y educación sexual recibida de adolescentes antes de la primera relación sexual", tesis presentada a la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá, febrero, 1988.
- , "Sexualidad y reproducción: una encuesta en el nivel de educación media básica", en *Ginecología y obstetricia*, 51, México, octubre de 1991, pp. 293-298.
- González, Soledad, *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México, 1993.
- Instituto Nacional de Perinatología, *Anuario Estadístico 1990*, México, 1990.
- Levy, S.R., K. Weeks, A. Handler, C. Perhats, J.A. Franck, D. Hedeker, C.G. Zhu y B.R. Flay, "A Longitudinal Comparison of the AIDS-Related Attitudes and Knowledge of Parents and Their Children", en *Family Planning Perspectives*, vol. 27, 1, Maine, USA, 1995, pp. 4-8.
- Mèlich, Joan-Charles, *Del extraño al cómplice*, Barcelona, Anthropos, 1994, 195 pp.
- Meheus, A. y A. de Schryver, "Planning for control of sexually transmitted diseases", en Elton Kessel, Asghar K. Awan, Jean F. Martin, Abdel R. Omram, Dan Ullman, Otto Verlag (eds.), *Maternal and child care in developing countries, assessment, promotion, implementation. Memorias del tercer congreso de Salud materno infantil, Lahore, Pakistan, 1987*, Thun, Switzerland, 1989, pp. 281-294.
- Menéndez, Eduardo L., "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", en *Dimensión Antropológica*, año 2, vol. 5, septiembre/diciembre, México, INAH, 1995.
- Molina, Ramiro, Sergio Araya, Guillermina Ibazeta, Patricio Jordán, Eduardo Lagos, "Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes", en *Obstetricia Ginecología*, 51 (3), junio, Chile, 1986, pp. 293-302.
- , "Mortalidad materna", en *La salud de la mujer en México. Cifras concentradas*, México, Programa Nacional, Mujer, Salud y Desarrollo, Sistema Nacional de Salud, 1990.
- Narring, F., P.A. Michaud, M. Koffiblanchar y F. Duboisarber, "Age at 1st Sexual Intercourse, AIDS Risk Behavior and Condom Use-Have the Swiss AIDS-Prevention Programs Changed Adolescent Behavior", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 16, Iss 2, Elsevier Science, Published Nueva York, 1995, p. 143.
- Newcomer, S. y J. Udry, "Parental marital status effects on adolescent sexual behavior", en *Journal Marriage and Family*, núm. 49, 1987, pp. 235-240.
- Organización Mundial de la Salud, "Comunicado de prensa del 26 de noviembre de 1993", en *World Health Organization*, 1994, p. 21.
- Ortigosa C., Eduardo, Edith Cortez H., Lucila Garnica y Alicia Martínez, "Sexualidad y reproducción: una encuesta en el nivel de educación media básica", en *Ginecología y Obstétrica*, México, 59, octubre de 1991, pp. 293-298.

- Ortigosa C., Eduardo, Edith Cortez H., Lucila Garnica y Alicia Martínez, "Características personales y educación sexual recibida, de adolescentes antes de la primera relación sexual", mimeógrafo, Bogotá, 1998.
- Salinas-Martínez, A.M., C. Martínez-Sánchez y J. Pérez-Segura, "Percepción de factores de riesgo reproductivo", en *Ginecología y Obstétrica, México*, 61, enero de 1993, pp. 8-14.
- Samaja, Juan, "La reproducción social y la relación entre salud y condiciones de vida", OPS, Documento de trabajo, División de Salud y Desarrollo, Programa de Análisis de la Situación de Salud, Argentina, 1994, 38 p.
- Santelli, J.S. y P. Beilenson, "Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility and sexually transmitted diseases", en *Journal of School Health*, 62 (7), Nueva York, 1992, pp. 271-279.
- Schenkel, P., N. Chávez, G. Egremy y L. Velasco, "Hospital-based education for adolescent mothers in Mexico", Ponencia presentada en la 120th Reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Washington, D.C., noviembre 8-12, 1992 (Prensa mecanoscrita).
- Stevenson, H.C., K.M. Gay y L. Josar, "Culturally Sensitive AIDS Education and Perceived AIDS Risk Knowledge-Reaching the Know-It-All Teenager", en *AIDS Education and Prevention*, 7 (2), Guilford Published, Nueva York, 1995, pp. 134-144.
- Sunwood, J., A. Brenman, J. Escobedo, T. Philpott, K. Allman, J. Mueller, J. Jaeger, L.K. Brown y F.S. Cole, "School-Based AIDS Education for Adolescents", en *Journal of Adolescent Health*, 16 (4), Elsevier Science, Published Nueva York, 1995, pp. 309-315.
- Usher, R. y I. Bryant, *La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo*, Barcelona, Morata, 1992, p. 186.
- Zabin, S.L. et al., "Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers", en *Family Planning Perspective*, 17 (4), Naciones Unidas, Nueva, 1993, pp. 137-144.