

2013

¿Qué quiero? ¿Qué me gusta? ¿Qué hago? Deseos, riesgos y cuidados en la sexualidad adolescente en contextos de pobreza

Gandolfo, Estefania

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/552>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social
Trabajo Final Año 2013



Directora: Mg. Alejandra García Morillo

Co-directora: Lic. Daniela Christansen

Autoras: Estefania Gandolfo - Ana Clara Vidal

AGRADECIMIENTOS

Hemos transitado juntas un largo proceso que ha llegado a su fin.

Esta es una etapa cuyo cierre recibimos con enorme alegría, el cual no hubiera sido igual sin tantas personas que incondicionalmente nos han acompañado, por eso deseamos agradecer:

A nuestras familias que han confiado en nosotras desde el primer momento y que han hecho posible que estudiemos esta hermosa carrera.

A nuestros novios, Lisandro y Javo, quienes nos acompañaron estando presente en cada momento (los buenos y los malos) y bancar nuestras ausencias durante tantos fines de semana.

A nuestras sobrinas, Juana y Josefina, que tantas veces nos han hecho quitar la atención de nuestra tarea, protagonistas de extensas charlas compartiendo anécdotas acerca de sus hazañas.

A nuestros amigos, en especial a Carolina, quien fue sostén y ha realizado aportes creativos a nuestra causa.

A Alejandra, nuestra directora de Trabajo Final, por haber hecho posible que formemos parte del Proyecto NIDOS que tantas satisfacciones nos ha dado. Por su generoso y permanente aporte al Trabajo Social, por su aliento, apoyo y orientación en el presente trabajo; y en especial por su amistad.

A todo el equipo de Ceremap, con quienes compartimos tantas jornadas de trabajo y siempre nos brindaron un gran apoyo para la realización de nuestra Tesis.

Gracias a todos los/as adolescentes que han participado del Proyecto NIDOS, quienes han hecho posible la realización de este trabajo, que permite cerrar formalmente este momento de nuestra carrera.

INDICE

Introducción.....	4
Fundamentación.....	6
Objetivos de la investigación.....	9

PARTE I: MARCO TEORICO

Capítulo 1: Adolescencia

1.1. Adolescencia.....	11
1.2. Adolescencia en situación de pobreza.....	14
1.3. Comportamiento sexual.....	18
1.4. Cambio de comportamiento y adquisición de conducta protectora.....	28

Capítulo 2. Trabajo Social

2.1. Origen del Trabajo Social.....	34
2.2. Objeto del Trabajo Social.....	38
2.3. Rol del Trabajo Social.....	44
2.4. Metodología de Intervención en Trabajo Social.....	49

Capítulo 3: Enfoques

3.1. Pensamiento Complejo.....	57
3.2. Enfoque de Riesgo.....	64
3.3. Redes sociales.....	71
3.4. Enfoque de Derecho.....	75
3.5. Políticas Públicas y Salud Sexual y Reproductiva.....	77

PARTE II: LA INVESTIGACIÓN

1. Encuadre institucional.....	81
2. Aspectos Metodológicos.....	85
3. Presentación y análisis de los resultados.....	87
3.1. Datos cuantitativos.....	87
3.2. Datos cualitativos.....	110
3.3. Análisis e identificación de Factores de Riesgo.....	118

PARTE III

1. Conclusiones.....	137
2. Propuesta.....	146
3. Revisión Bibliográfica.....	152

Anexos

INTRODUCCION

La presente Tesis, denominada *¿Qué quiero? ¿Qué me gusta? ¿Qué hago? “Deseos, riesgos y cuidados en la sexualidad adolescente en contextos de pobreza”* tuvo como finalidad conocer y comprender el comportamiento sexual de los/as adolescentes de la ciudad de Mar del Plata.

La participación de las autoras del presente trabajo en el Programa NIDOS: Inclusión social y desarrollo: embarazo/maternidad/paternidad adolescente, en el que durante dos años mantuvieron contacto diario con los y las adolescentes, dialogaron, escucharon sus palabras y compartieron experiencias, generó interés, como futuras trabajadoras sociales, de indagar con mayor profundidad el comportamiento sexual de dicha población.

A los fines de orientar al lector, se expone en la Primera Parte el Marco teórico que fundamenta el trabajo realizado. Esta primera parte, se ha dividido en tres capítulos. En el capítulo 1 se realiza una caracterización de la etapa de la adolescencia, su contexto y el comportamiento sexual de dicha población, objeto de estudio. Además, se plantean las diferentes teorías de cambio de comportamiento. En el capítulo 2 se aborda el Trabajo Social, desde su origen, al mismo tiempo que se plantea la metodología de intervención, su objeto propio y rol del trabajador social. Y por último, en el capítulo 3, se efectúa la presentación de los diferentes enfoques que han guiado la elaboración de este trabajo.

La Segunda Parte hace referencia a la investigación propiamente dicha, que incluye el encuadre institucional, los aspectos metodológicos de la investigación, la manera en que se arribaron al conocimiento y los instrumentos utilizados. Luego, se exponen los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, así como también su análisis y resultados alcanzados, identificándose, por último, los factores de riesgo presentes en el comportamiento de los/as jóvenes.

Finalmente, en la Tercera Parte, se desarrolla una etapa conclusiva para plantear a continuación una propuesta de intervención desde el Trabajo Social centrados en los/as adolescentes.

FUNDAMENTACIÓN

La adolescencia es una etapa importante en la vida de las personas, porque en este periodo se vivencian una serie de cambios interrelacionados en el cuerpo, la mente y las relaciones sociales en cuyo transcurso se completan procesos básicos del ser humano, es el momento en que se elabora la identidad, se completa la educación y se plantea un proyecto de vida. Asimismo, la dimensión sexual adquiere una gran proyección por los cambios hormonales, el surgimiento del deseo y los ensayos de nuevas formas de relación. Los pensamientos y sentimientos sexuales son cada vez más importantes.

La manera en que los/as jóvenes viven su sexualidad varía, porque en cada sociedad se construye un modelo de comportamiento sexual para sus miembros, y éste es el que va a determinar la manera en que los/as jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales.

En Argentina las diferencias en las condiciones de vida de los diversos grupos sociales dan lugar a que las características de la adolescencia entre los/as jóvenes de sectores medios urbanos, por ejemplo, tenga diferencias con la de sectores excluidos que, en muchos casos, asumen responsabilidades y tareas de adultos sin vivenciar aquello que denominamos adolescencia.

Particularmente en la ciudad de Mar del Plata, los sectores más desfavorecidos se encuentran aglomerados en la periferia. Frecuentemente, se tratan de hogares mono parentales con jefaturas femeninas o familias ensambladas, que presentan necesidades básicas insatisfechas y limitaciones en el acceso a bienes y servicios de calidad.

Por tratarse de una ciudad turística y costera, las familias suelen emplearse en el mundo de la industria pesquera y de turismo, caracterizado por el trabajo de más de 12 horas diarias, condiciones de empleabilidad sumamente precarias, trabajo temporario, venta ambulatoria, entre otros.

Inmersos en esta realidad los/as adolescentes son quienes se encuentran con mayores dificultades para lograr su inclusión en la sociedad, porque la mayoría de las

veces en la búsqueda de colaborar con la economía familiar terminan abandonando el sistema educativo, insertándose en empleos precarios, asumiendo las labores domésticas, la crianza de hermanos, y/o de sus propios hijos.

De esta manera, estos/as jóvenes se ubican en una posición de mayor vulnerabilidad, aumentando la posibilidad de desarrollar conductas riesgosas, en especial en lo que hace a su conducta sexual y reproductiva. De hecho, en estos sectores se evidencia un alto porcentaje de maternidad y paternidad adolescente. Según el OSL, al menos un 40% de las madres adolescentes que viven en los grandes aglomerados urbanos pertenecen al quintil más bajo de la sociedad.¹ También los/as adolescentes son afectados/as por las ITS, y según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “1 de cada 20 muchachas adolescentes contraen una infección bacteriana por contacto sexual, y se observan infecciones a edades cada vez más tempranas”².

La discusión y aprobación de la Ley Nº 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de la Ley Nº 26.150 Educación Sexual Integral ha implicado admitir que una proporción significativa de adolescentes tiene relaciones sexuales, y que es necesario que existan políticas públicas que promuevan conductas saludables para este grupo.

Es relevante mencionar que cuando hablamos de sexualidad, lo hacemos desde una perspectiva integral, ya que este término va más allá de la mera descripción del aparato reproductor con que nacemos, incluye también, el comportamiento sexual, la identidad genérica, el rol sexual, actitudes y valores, la orientación sexual, y la identidad sexual; es decir que abarca todo lo que somos y vamos construyendo a lo largo de la vida, física, psíquica y social.

¹ Observatorio Social Legislativo “La Adolescencia Mide en la Provincia de Buenos Aires” Municipio de General Pueyrredón. Programa de actividades descentralizadas, 2010. Pág. 7.

² Organización Mundial de la Salud 59ª asamblea mundial de la salud A59/11 Punto 11.6 del orden del día provisional 18 de mayo de 2006 “Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial”. [en línea] www.who.int

El abordaje de la sexualidad con adolescentes es una tarea difícil, y si bien progresivamente se han ido generando cambios, hay que continuar trabajando en post del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros jóvenes. Aún queda mucho por hacer. Los datos estadísticos provenientes de Censos e investigaciones sobre la temática dan cuenta que, si bien los/as jóvenes poseen información y conocen las consecuencias que para su vida implica mantener conductas de riesgo, éstas persisten.

Organizaciones de la sociedad civil, han comenzado a trabajar en respuesta a las necesidades de la comunidad, a través de la implementación de Programas como lo fue ***NIDOS Inclusión social y desarrollo: embarazo/maternidad/paternidad adolescente.***

Como parte del equipo de ejecución de NIDOS, durante dos años estuvimos en contacto diario con los y las adolescentes de los sectores periféricos de la ciudad de Mar del Plata, lo que generó nuestro interés, como futuras trabajadoras sociales de indagar con mayor profundidad el comportamiento sexual de dicha población. Nuestro objetivo final es generar un aporte teórico metodológico, que contribuya en la búsqueda de estrategias de intervención asertivas, en la implementación de las Políticas Públicas ya existentes.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Identificar factores de riesgo en el comportamiento sexual de adolescentes en situación de pobreza de la ciudad de Mar del Plata, en el marco del Proyecto NIDOS 2010-2011.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar la población adolescente en situación de pobreza de la ciudad de Mar del Plata.
- 2- Identificar y analizar los factores de riesgo en el comportamiento sexual de la población estudiada.
- 3- Generar una propuesta de intervención asertiva de Trabajo Social.

PARTE I

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: ADOLESCENCIA

1.1. Adolescencia

Cuando hablamos de adolescencia nos referimos al continuo de la existencia del individuo, en donde se realiza la transición entre el niño y el adulto. Etimológicamente la palabra deriva del verbo latino *adolescere* que no significa adolecer o carecer de algo, sino crecer.

La adolescencia, es un período marcado por cambios interrelacionados en el cuerpo, la mente y las relaciones sociales en cuyo transcurso se completan procesos básicos del ser humano.

Como lo sostiene Suárez Ojeda (2007) las transformaciones biológicas de la pubertad, los cambios que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con la familia y los pares, la habilidad creciente de los jóvenes para pensar en forma abstracta, para considerar diferentes dimensiones de los problemas y para reflexionar sobre sí mismos y los demás representan una etapa crítica del desarrollo humano. Es el momento en que elaboran su propia identidad, completan su educación y se plantean un proyecto de vida³.

Para algunos investigadores, el comienzo de este período se identifica con el inicio de la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, mientras que se reconoce que el final de la adolescencia es más difícil de definir, aunque se asume estar vinculado a la independencia de la vida adulta.

Aquí es importante destacar que en Argentina las diferencias en las condiciones de vida de los diversos grupos sociales dan lugar a que las características de la adolescencia entre los y las jóvenes de sectores medios urbanos, por ejemplo, tenga diferencias con la de sectores excluidos que, en muchos casos, asumen responsabilidades y tareas de adultos sin vivenciar aquello que denominamos adolescencia.

³ Suárez Ojeda, E. y otros, 2007. "Trabajo comunitario y Resiliencia social", en Munist, M. y otros (comp.), "Adolescencia y Resiliencia", Ed. Paidós, Bs. As.

Con esto, queda señalado que no hay una forma determinada de transitar de la infancia a la vida adulta, sino que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales particulares, las cuales se entienden en el marco de un determinado contexto social.

En este sentido, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, definiremos a la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 20 años.⁴ En ese período se completa la maduración sexual, la independencia psicológica y se transita desde la dependencia a una independencia económica, al menos relativa.

En términos generales, podemos identificar tres etapas:

La adolescencia temprana (de 10 a 13 años) corresponde biológicamente con el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el/la adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas, vocacionales irreales. Personalmente, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física, relacionado con la velocidad con que éstos suceden, la comparación con sus pares y con la imagen que obtienen del espejo.

La adolescencia media (de 14 a 16 años) es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y emergen los conflictos con sus padres. Sus inquietudes se relacionan con la apariencia física, con "ser atractivos" y "lucir" con determinadas modas o grupos. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales no seguras, etc.

⁴ Organización Mundial de la Salud, 2006. 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A59/11 Punto 11.6 del orden del día provisional "Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial" 18 de mayo de 2006 [en línea] www.who.int/

La adolescencia tardía (de 17 a 19 años) se caracteriza por no presentar cambios físicos, y en general aceptan la imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres, con quienes mantienen un diálogo fluido, y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es una etapa de preparación para los roles a desempeñar en la adultez.

Consideramos importante conocer las características de estas etapas por las que todos los/as adolescentes pasan con sus variaciones individuales y culturales, para lograr interpretar sus actitudes y comprenderlos/as, especialmente durante el inicio de la vida sexual activa.

1.2. Adolescentes: creciendo en situación de pobreza

La situación de los y las jóvenes en nuestro tiempo se ha visto fuertemente afectada por la emergencia del nuevo contexto mundial que se fue delineando hacia los años '80. Las transformaciones que comenzó a transitar el sistema capitalista por aquellos años, tuvieron especiales derivaciones entre los/as jóvenes de los hogares más desfavorecidos. El agravamiento de las situaciones de pobreza y desempleo impactaron de manera muy particular en las condiciones de vida, en la inserción social y en las expectativas hacia el futuro de los mismos. Especialmente problemática se tornó la relación con respecto al mundo de la educación y del trabajo, dado las dificultades para adquirir las nuevas calificaciones exigidas, la drástica eliminación de puestos de empleo y la precarización de las condiciones laborales.⁵

De acuerdo a estudios realizados por el Observatorio Social Legislativo (OSL)⁶ durante el año 2011 en la Provincia de Buenos Aires, la pobreza impactó significativamente en los/as jóvenes de entre 15 y 24 años, alcanzando valores que superan el 30%, lo que equivale a 834.177 de un total de 2.682.242 de jóvenes.

En el Partido de Gral. Pueyrredón la población total asciende a 618.989 habitantes - censo 2010- correspondiendo un 15,15% de la misma a la población adolescente, del cual un 7,38 % pertenece al grupo de edad comprendido entre los 10 y los 14 años y, el 7,77 % al grupo que abarca de los 15 a los 19 años.⁷

⁵ Silvana Claudia Sánchez, 2004. "JUVENTUD POBRE". Revista de Temas Sociales Universidad Nacional de San Luis Año 8 – Nº 14 KAIRÓS. [en línea] <http://www.revistakairos.org>

⁶ Observatorio Social Legislativo "La Adolescencia Mide en la Provincia de Buenos Aires" 6° Sección Electoral, 2011. Pág. Fuente: Consultora EQUIS: estudio en base a mediciones propias sobre canasta básica, y proyecciones de EPH 2010 Y CNPV 2010. Tabla 2 Indicadores Sociales sobre jóvenes de 15 a 24 años Provincia de Buenos Aires. Año 2010.

⁷ INDEC, 2010. Censo nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010. [en línea] <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

Respecto a la ciudad de Mar del Plata-Batán, durante el primer semestre del año 2012, los hogares que se encontraban en situación de pobreza alcanzaron un 3,5% y las personas en dicha situación, un 4,9%.⁸

En esta ciudad, los hogares más desfavorecidos plantean distintos grados de carencias y principalmente el grueso de habitantes en esas condiciones se aglomera en la periferia, también viven en zonas no tan alejadas. Con frecuencia, presentan necesidades básicas insatisfechas, limitaciones en el acceso a bienes y servicios de calidad, tratándose en muchos casos de hogares mono parentales con jefaturas femeninas o familias ensambladas.

Por tratarse de una ciudad turística y costera, las familias suelen emplearse en el mundo de la industria pesquera y de turismo, caracterizado por el trabajo de más de 12 horas diarias, condiciones de empleabilidad sumamente precarias, trabajo temporario, venta ambulatoria, entre otros.

Ante esta realidad, los/as adolescentes son quienes se encuentran con mayores dificultades para lograr su inclusión en la sociedad, porque la mayoría de las veces en la búsqueda de colaborar con la economía familiar terminan abandonando el sistema educativo, insertándose en empleos precarios, asumiendo las labores domésticas, la crianza de hermanos, y/o de sus propios hijos.

En estos sectores se evidencia un alto porcentaje de maternidad y paternidad adolescente. De hecho según el OSL, al menos un 40% de las madres adolescentes que viven en los grandes aglomerados urbanos pertenecen al quintil más bajo de la sociedad.⁹ En cuanto a la paternidad adolescente, en Gral. Pueyrredón, se registran alrededor de

⁸ Observatorio Social Legislativo "Datos Nacionales y Provinciales Económicos- sociales de interés Legislativo", enero 2013. P Mar del Plata- Batán, 2013. Estadísticas. Fuente: Elaboración propia sobre datos del INDEC. Encuesta Permanente de Hogares - EPH. Pág.12.

⁹ Observatorio Social Legislativo "La Adolescencia Midde en la Provincia de Buenos Aires" Municipio de General Pueyrredón. Programa de actividades descentralizadas, 2010. Pág. 7.

18.000 padres de entre 14 y 20 años, de los cuales el 29% pertenece al quintil más pobre, y el 45% al segundo quintil.¹⁰

Es evidente que bajo estas condiciones los/as jóvenes corren riesgo de exclusión permanente, viéndose potenciada la posibilidad de continuar dentro del círculo reproductor de la pobreza.

Por otro lado, es relevante mencionar las representaciones sociales vigentes que ubican a este grupo en un lugar caracterizado por la sospecha de peligro y amenaza.

De acuerdo con Szulik y Kuasñosky (1996), conjugando delincuencia, violencia, drogadicción y SIDA se fue consolidando un imaginario social negativo referido a los y las jóvenes en situación de pobreza, que los presenta como una amenaza para sí mismos y para el resto de la sociedad.

Percibimos que estas representaciones van impregnando crecientemente el sentido común de la sociedad, adoptando una forma estereotipada, simplificadora y homogeneizante, que parece perder de vista la diversidad de formas en que se expresa la vida juvenil en la pobreza. Tales imágenes suelen traducirse en una predisposición a desconfiar, rechazar, despreciar a los integrantes de este grupo social estigmatizado, e incluso se tiende a culpabilizarlos por sus comportamientos y su situación.

El aislamiento de estos/as jóvenes se ve reforzado por restricciones de tipo económico y social como la falta de dinero, que limita sus posibilidades de inserción en la vida urbana, por las dificultades para trasladarse, y para acceder a espacios de recreación, diversión, formación o capacitación, como así también los actos de discriminación en diferentes ámbitos de interacción urbana. Estas experiencias en la mayoría de los casos, los llevan hacia una suerte de "reclusión" en sus barrios de la periferia, por el miedo a dichos actos de desconfianza o a las actitudes de desvalorización de que son objeto.

¹⁰ Observatorio Social Legislativo "La Adolescencia Mide en la Provincia de Buenos Aires" 6° Sección Electoral, 2011. Pág. 24 Fuente: Informe N° 351. Instituto para el Desarrollo Social Argentino-IDES. Publicado el 22/8/2010.

De esta manera, las cuestiones mencionadas dan muestra de un profundo debilitamiento de la protección y/o pertenencia que la familia, la escuela y el trabajo que supieron ofrecer en otro tiempo. Esta ausencia de vínculos sólidos los va configurando como el grupo social más cercano a la exclusión y a la desafiliación, lo que torna dramáticamente inciertas sus búsquedas y su mirada hacia el futuro.

2.3. Comportamiento sexual

La sexualidad en la adolescencia:

La manera cómo cada uno de nosotros expresa lo que siente, piensa y actúa se va aprendiendo desde el comienzo de nuestra existencia. Es algo inseparable de nuestros modos de ser varones o mujeres, en el lugar y la época en que cada uno le toca vivir.

La sexualidad abarca todo lo que somos y vamos construyendo a lo largo de la vida, física, psíquica y social. Hablar de la misma, significa mucho más que describir el aparato reproductor con que nacimos, incluye también, el comportamiento sexual, la identidad genérica, el rol sexual, actitudes y valores, la orientación sexual, y la identidad sexual.

En la etapa de la adolescencia, la dimensión sexual adquiere una gran proyección por los cambios hormonales, el surgimiento del deseo y los ensayos de nuevas formas de relación. Los pensamientos y sentimientos sexuales son cada vez más importantes.

Ser adolescente en tiempos modernos:

En cada sociedad se construye un modelo de comportamiento sexual para sus miembros, y éste es el que va a determinar la manera en que los y las jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales.

Este modelo se asienta sobre la base de un conjunto de símbolos, discursos, ideologías, creencias, conocimientos, mitos y valores que prescriben sobre cómo la población adolescente debe manejar su sexualidad. También, va a estar definido por los aspectos relacionados con las condiciones de vida en que estas personas se desarrollan, es decir, con las maneras en que cotidianamente se enfrentan con su medio social (educación, salud, vivienda, trabajo, ambientes saludables, ambiente familiar, comunal, vínculos con pares, recreación, entre otros).

Actualmente, los/as jóvenes se desarrollan en un marco caracterizado por la expansión de imágenes y mensajes sexuales a través de los medios de comunicación,

especialmente en la televisión y el uso regular de internet, la música de moda, los programas televisivos periodísticos y de ficción (como las tiras juveniles), que abordan las relaciones sexuales de manera cada vez más explícita, presentándolas como una práctica habitual en la adolescencia y un tema de conversación recurrente entre pares. Además, de una mayor difusión y aceptación social de las relaciones sexuales prematrimoniales, aumento de relaciones esporádicas y el inicio de la actividad sexual a edades cada vez más temprana.

Por otro lado, desde mediados de los noventa, la discusión y aprobación de proyectos de Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Educación Sexual ha implicado admitir que una proporción significativa de adolescentes tiene relaciones sexuales, y que es necesario que existan políticas públicas que promuevan conductas saludables para este grupo.

Tiempos de descubrimientos, juegos compartidos y algo más...

Los primeros comportamientos sexuales generalmente son autoeróticos. La masturbación es una actividad que permite conocer el cuerpo y la propia respuesta sexual descubriendo todos sus matices.¹¹ Llegado un determinado momento, el autoerotismo da paso a la experiencia sexual compartida. Pero este paso, no se da de manera abrupta sino que la primera relación sexual se inscribe en un proceso gradual de exploración relacional con otra persona, que incluyen besos, caricias por encima y luego por debajo de la ropa, estimulación genital o contacto intergenital, y finalmente, el coito; mediante el que los/as adolescentes aprenden a interactuar sexualmente y moldean sus deseos y placeres.¹²

Esto se refleja en el relato de una joven entrevistada en Trelew (Jones, 2010) al referirse a su primera relación sexual:

¹¹ Gómez Zapiain Javier. El desarrollo sexual en la adolescencia.[En línea]
<http://www.svnp.es/documen/captulof.htm>

¹² Jones, Daniel. 2010. Capítulo 3 El debut sexual. En Sexualidades adolescentes: amor, placer y control en la Argentina contemporánea. - 1a ed. - Buenos Aires : Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad – CICCUS (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) - CLACSO

- Estábamos solos y al tema ya lo habíamos hablado un montón de veces y nunca había pasado nada. Él me pregunto si no me molestaba que me empezara a tocar así. Yo le dije que no, y lo seguí yo porque él no me buscaba porque hasta que yo no me decidiera y estuviera segura no iba a hacer nada. Y bueno, paso..."estuvimos" [tuvimos relaciones sexuales]. [...] Entrevistadora: ¿y cómo fue? Mariela: -nos habíamos quedado solos cuidando la casa [...] Estábamos viendo una película y nos empezamos a besar. Él me pregunto si no me molestaba y no, empezamos a besarnos...bueno, cuando nos quisimos acordar estábamos los dos casi desnudos dentro de la cama y de a poquito, tranquilo... (Mariela, 17 años se inició sexualmente a los 15 años con su novio).

Aquí se observa claramente como antes de llegar a la penetración, la pareja comparte un recorrido erótico consensuado y gradual, precedido por otros contactos sexuales y charlas sobre tener relaciones. Esta serie progresiva de actividades es parte fundamental de un proceso de exploración física y relacional, donde aprenden un saber erótico y corporal que les posibilita coordinar y disfrutar la interacción sexual.

En el contexto latinoamericano, el recorrido erótico entre los/as adolescentes heterosexuales que enmarca su primera vez viene a romper con las experiencias de iniciación más tradicionales. Nos referimos al debut de los varones con una trabajadora sexual, a modo de rito de pasaje hacia la adultez y confirmación de la virilidad, y de las mujeres con el marido, entregando la virginidad, -símbolo de pureza y moral- en la esperada noche de bodas. En Argentina, este modelo dicotómico de iniciación sexual fue monolítico al menos hasta fines de la década del 50, pues la glorificación de la pureza sexual femenina (de las chicas "respetables" y potenciales esposas) suponía la prohibición de los contactos corporales intensos y prolongados antes del matrimonio, ósea lo opuesto al recorrido erótico que identificamos actualmente.¹³

¹³ *Ibíd*em

El momento esperado...cuándo, dónde y por qué

La edad de la primera experiencia sexual se está adelantando tanto en chicos como en chicas, no obstante, esta es más temprana en ellos, aunque las diferencias son menores que en décadas pasadas.

Según una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires, la edad media de inicio sexual es de 15 años tanto para varones como mujeres (Kornblit et al., 2005:31) y a nivel nacional la edad media de inicio en los varones es 14,7 años y de las mujeres 15, 4 años (kornblit.,2006:46).¹⁴ Estos datos coinciden con los aportados por una investigación realizada por Fundación Huésped, durante el año 2003 sobre jóvenes de bajos recursos residentes en el conurbano.

En cuanto a la relación con el compañero de inicio en la sexualidad, generalmente se trata de un noviazgo o de una “transa”, sin importar exclusivamente el grado de compromiso, el tiempo que hace que se conocen o la existencia de un componente afectivo, sólo basta que ambos deseen hacerlo.

La mayor disposición de las chicas a tener relaciones generó que la forma tradicional de debut con trabajadoras sexuales de los chicos, sea menor que en décadas pasadas.

Respecto a donde tener relaciones sexuales, los/as adolescentes suelen no disponer de un lugar íntimo, por lo que los encuentros se dan en la casa cuando los padres no están o a altas horas de la noche cuando la familia duerme, en la casa de un amigo o en lugares públicos como baños de boliches, plazas, etc.; siendo esto último, lo más recurrente.

Por ejemplo, Karen de 13 años al momento de relatar su primera vez cuenta: [...] Él siempre me decía de tener relaciones y yo no quería todavía, hasta que el otro día estábamos en el “campito” con Lucia y un amigo de él, jodiendo y nos fuimos detrás de unos árboles y ahí estuvimos [...].¹⁵

¹⁴ Ibídem

¹⁵ Participante del Proyecto Nidos. Sede: Barrio Libertad, Mar del Plata (año 2011)

Los chicos y chicas se encuentran en desventaja porque no puede elegir un lugar seguro, cómodo y adecuado que les permita disfrutar de su sexualidad de manera responsable.

Por otro lado, se pueden identificar como algunas de las causas que motivan a los/as adolescentes a iniciarse y mantener relaciones sexuales¹⁶:

- La Curiosidad;
- El deseo;
- La sensación de estar preparadas/os para el sexo;
- La excitación;
- La expresión natural de afecto o amor;
- Demostración de confianza, como un acto de entrega hacia la pareja con el fin de completar la relación de noviazgo;
- Búsqueda de aprobación de compañeros/as y amigos/as (“porque todos lo hacen”);
- Por temor a ser abandonadas por su pareja;
- Simplemente les nace hacerlo sin importarles lo que los demás piensen ni las consecuencias de ello, o sencillamente porque se sienten bien.

Como se cuidan nuestros jóvenes ¿Uso de métodos anticonceptivos o la suerte está echada?

Los/as jóvenes reciben continuamente información sobre métodos anticonceptivos, en la escuela, en publicidades, revistas, etc., por lo que en la mayoría de los casos el hecho de que se cuiden o no, no se relaciona exclusivamente con el conocimiento sobre los mismos, la forma de acceso y la importancia de su uso. Pero entonces, ¿a qué se debe?

¹⁶ La función sexual en los adolescentes. Valores, creencias y prácticas, 2010. [En línea]
<http://www.yosoymadresoltera.com/la-funcion-sexual-en-los-adolescentes-valores-creencias-y-practicas/>

Diversas pueden ser las razones:

Vergüenza: Los/as jóvenes, especialmente cuando hace poco tiempo que se iniciaron en la sexualidad, sienten vergüenza de ir a comprar o pedir preservativos y/o pastillas, tienen temor de los efectos adversos y dudas sobre la edad adecuada para empezar a tomarlas.¹⁷

Falsas creencias: En el caso de los chicos, la creencia errónea de que el uso del preservativo disminuye el placer sexual, y en las chicas, el miedo a ser rechazadas por su pareja si plantean su utilización, éstos son los principales motivos para incorporar o no el preservativo durante una relación sexual, según expresan varios autores.

Sentimiento de invulnerabilidad: Es característico de los/as adolescentes el sentimiento de omnipotencia, lo cual los hace pensar que a ellos/as nada les sucederá y tienden a tener comportamientos más riesgosos como el uso irregular de métodos anticonceptivos o abuso de alcohol o drogas¹⁸

Ellos y ellas piensan que no pueden ser afectados ni por un embarazo ni por una ITS y recurren a explicaciones como que el VIH se asocia al trabajo sexual, relaciones homosexuales o por ejemplo, que sólo les ocurre a personas promiscuas. La información sobre las ITS y especialmente sobre el VIH no es de interés de los/as jóvenes ya que se sienten impunes. Esto, resulta paradójico ya que es en esta etapa que un gran porcentaje de personas en el mundo contrae el virus, pero como el VIH/SIDA tiene un largo período de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas.

Jóvenes costumbres: El coito anal son prácticas que conllevan mayor riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Los/as adolescentes suelen emplearlo como posibilidad de

¹⁷ Baez Jesica y Díaz Villa Gabriela. Solemnidad- irreverencia frente al sexo en el vínculo intergeneracional docente-estudiante: un problema de justicia [En línea]http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores

¹⁸ Nuñez Rivas Hilda y Rojas Chavarría Ana, 1999. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. En Revista costarricense de Salud Pública [En línea] http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14291999000100003&script=sci_arttext

tener relaciones, evitando el riesgo de un embarazo pero no reconocen la posibilidad de infectarse de una ITS.

Otra de las formas poco convencionales y saludables de cuidarse para evitar un embarazo no deseado, es el uso de la píldora de emergencia en forma regular, práctica que va en aumento. Durante el último año, en América Latina se intensificó su uso en un cincuenta por ciento¹⁹, lo que se torna preocupante.

La píldora del “día después” como también se la conoce, ha sido aprobada por la OMS, y fue diseñada para prevenir embarazos no deseados y abortos, pero debe utilizarse únicamente en casos de emergencia, como por ejemplo ante la rotura del preservativo. Pero muchas mujeres, especialmente adolescentes, utilizan la píldora de emergencia como un método anticonceptivo más. No se cuidan habitualmente y si tienen una relación sexual desprotegida, recurren a la contracepción de emergencia

Quienes abusan del consumo de esta píldora, pueden sufrir consecuencias en su salud, debido a que están sometiendo su organismo a dosis hormonales muy fuertes causando alteraciones hormonales.

Finalmente una práctica a la cual lamentablemente los/as jóvenes tienen cada vez más acceso, es el aborto.

Según un trabajo del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), los/as jóvenes en comparación con los adultos, muestran más interés por acceder a información sobre aborto y están más expuestos a usar métodos inseguros cuando tratan de inducir un aborto por su cuenta. Las adolescentes quedan embarazadas y abortan. Y a pesar de haber pasado por esa desagradable experiencia vuelven a quedar embarazadas y vuelven a abortar.

Al ser esta una práctica clandestina en nuestro país, hace que las mujeres enfrenten algunos riesgos, que no necesariamente corresponden a la interrupción en sí misma, sino

¹⁹ Vanguardia, 2009. Mal uso de píldora de emergencia trae consecuencias.[En línea]
<http://www.vanguardia.com.mx/malusodelapildoradeemergenciaatraeseriasconsecuencias-439946.html>

a las condiciones en las cuales se realiza. El dato más importante para la salud pública son los abortos inseguros, que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres y que en la mayoría de los casos, son provistos por personal no calificado o por ellas mismas. Este tipo de aborto por lo general, se realiza en condiciones poco higiénicas y con métodos no adecuados, tales como la introducción vaginal de medicamentos, sustancias y/u objetos. También se señala el uso de medicamentos con contenido de antiprostalándinas, cuyo uso inadecuado puede generar complicaciones. Muchos de estos métodos no siempre resultan efectivos, por lo que las mujeres tienden a usar más de un método, incrementando su grado de peligrosidad y de complicación.

Consumo de drogas y alcohol: Diversos estudios afirman la existencia de una relación directa entre el consumo de estas sustancias y una práctica sexual poco segura.

Los efectos de estas sustancias generan disminución de la capacidad de alerta necesaria para adoptar medidas de protección. Asimismo, el uso compartido de agujas es una de las vías más frecuentes de transmisión del HIV.

Mitos verdaderos

Entre los/as jóvenes suelen circular mensajes e información que se van transmitiendo de boca en boca y que se instalan como verdad, a pesar de que son ideas que muchas veces derivan de fuentes poco confiables como revistas, internet, televisión o experiencias vividas por los/as mismos/as adolescentes. Estos mensajes convertidos en mitos y creencias moldean su comportamiento y manera de vivir la sexualidad, por eso es importante conocerlos, para así comprender como actúan y por qué.

Los/as adolescentes, en su participación en los talleres de prevención primaria en el marco del Programa NIDOS (2010-2011), afirmaban cuestiones como, “si tenés relaciones sexuales de pie no podes quedar embarazada” o “si te higienizas inmediatamente después de tener relaciones evitas el ingreso de espermatozoides”.

Asimismo, circulan otros mitos respecto al uso de métodos anticonceptivos, por ejemplo, muchas chicas creen que la utilización de pastillas anticonceptivas les producirá

aumento de peso, aparición de granos y/o de pelos o que impedirá en un futuro quedar embarazada; mientras que algunos chicos piensan que el uso de preservativo reduce el placer.

Cuestión de género

Otro de los aspectos que influyen en la conducta sexual son los roles de género preestablecidos que definen las creencias, expectativas, actitudes y sentimientos que deben desarrollar las mujeres y los varones.

Para los y las adolescentes la iniciación sexual es significada como el ritmo de pasaje hacia otro estado, de mayor madurez o prestigio. Particularmente para las chicas parece representar la confirmación de su femineidad mientras que para los varones, debutar es la imposición en la construcción de su masculinidad.²⁰

Los principales vectores que legitiman la actividad sexual de mujeres y varones son el amor y la edad respectivamente. Ambos criterios permiten jerarquizar a ciertos sujetos y desvalorizar otros.

Entre las chicas, el amor justifica una experiencia sexual siendo el noviazgo el escenario ideal de iniciación; aquellas que no lo hacen con un novio se esfuerzan en enfatizar que se sienten “enamoradas”. Es decir, que la prescripción para las mujeres es “hacerlo por o con amor”, un imperativo que no enfrentan los varones.

Entre los chicos, en cambio, la edad socialmente deseable de iniciación es la que distingue situaciones legítimas e ilegítimas. La prescripción para ellos es “hacerlo para los 14 años”, un imperativo que no enfrentan las mujeres, cuyo calendario social de iniciación no es tan estricto.

²⁰ Morgade Graciela y Díaz Gaby, 2010. Toda educación es sexual en cap. 5 “El amor romántico...o del sexo, el amor, el dolor y sus combinaciones temporales. ED.lcrj. Pág. 130.

Estos mandatos de género contrapuestos permiten entender que los varones deban argumentar por qué no tuvieron relaciones sexuales, mientras que, por el contrario, las mujeres deban justificar por qué si las tuvieron²¹.

Por otro lado, para un mismo comportamiento se observa una valorización diferente, según sea realizado por una mujer o por un hombre. Aparecen aquí dos figuras: por un lado, el varón calificado como “ganador” por cambiar constantemente de compañera sexual o por transar con más de una chica en poco tiempo, y por otro, la mujer señalada como “puta” por un comportamiento similar. Es decir, que mientras para el varón, esa denominación posee un carácter elogioso, para la mujer, reviste un tono moralmente condenatorio.

El mandato social para el varón dice que él debería saberlo todo en cuestiones de sexo y por ende, en la práctica se encuentra más inhabilitado para preguntar que la mujer. Al varón le es más difícil expresar su intimidad, pero sus dudas y miedos no son menores que los de las mujeres²². Esta construcción social de la sexualidad masculina, conduce a patrones de conducta tales como el inicio sexual temprano, muchas veces riesgoso, tener múltiples parejas o actividad sexual coercitiva y abusiva.

Ante lo expuesto podemos afirmar que los roles de género se refuerzan mutuamente y que algunas veces, tienen consecuencias especialmente negativas para las prácticas sexuales satisfactorias y la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

²¹ Jones, Daniel. Obra citada, Capítulo 4: Amor, presión y saber.

²² Ministerio de Salud. Unidad ejecutora de Programas Materno Juveniles y Nutricionales. Salud en la Adolescencia: avances hacia un enfoque integral. [En línea]
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20en%20la%20Adolescencia%20Avances%20hacia%20un%20Enfoque%20Integral.pdf>

1.3. Cambio de comportamiento y adquisición de conducta protectora

El cambio de comportamiento se define como el adoptar y mantener nuevas actitudes y habilidades que den acceso a servicios y recursos que ayudan a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud.²³

En materia de salud sexual, anteriormente se creía que para lograr cambios de comportamiento lo que debía hacerse era dar información y los programas de prevención de ITS-VIH-Sida tenían como componentes principales talleres, charlas, etc. Pero quedo demostrado que el dar y recibir información no necesariamente ocasiona un cambio de comportamiento.

Para esto, es necesario entender las barreras existentes o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear conciencia en cuanto a los “beneficios” de adoptar un comportamiento, es imprescindible hallar las barreras que enfrenta la gente o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.

La motivación para vencer esas barreras es el elemento clave para lograr el cambio de comportamiento. Con la intención de lograr tal motivación, se han estudiado los modelos de las etapas del cambio de comportamiento, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud.²⁴

No es necesario adoptar un único modelo, pueden combinarse varios. A continuación se describen las teorías más comunes:

- Modelo de Creencia de Salud
- Modelo PRECEDE
- Modelo Transteórico (Teoría de las Etapas de Cambio)

²³VIH En Honduras. Acciones para la prevención. “Cambio de comportamiento”. [En línea] <http://www.vihenhonduras.org/cambio-de-comportamiento/>

²⁴Ibidem

- Teoría Social Cognitiva

Modelo de creencias de salud (Becker, 1974)²⁵: se enmarca entre las teorías del valor-expectativa, y supone que las conductas de protección están en función de:

a) La percepción subjetiva del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad.

b) La gravedad percibida acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte, y también sociales y económicas.

c) Los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.

d) Las barreras percibidas, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su coste económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto sopesa los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener.

e) Las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) aplican este modelo a la prevención del sida, señalando que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben darse cinco elementos: a) que perciba el sida como una enfermedad grave, b) que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección.

Modelo PRECEDE (Green, 1980)²⁶: describe las variables que anteceden y suceden a las conductas de salud, agrupándolas en tres apartados:

²⁵ Espala Sánchez y otros, 1982. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. En Papeles del Psicólogo. [En línea] <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1076>

²⁶ Ibídem

a) Factores predisponentes: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias.

b) Factores facilitadores: se refieren a las habilidades para desarrollar los comportamientos preventivos, los recursos materiales y accesibilidad a los mismos (por disponibilidad o por factores personales).

c) Factores reforzantes: incluyen las actitudes y conductas presentes en el medio (consecuencias que se obtienen en la familia, la pareja, la escuela, entre otros, por desarrollar las conductas saludables).

El modelo PRECEDE ha sido empleado como herramienta de diagnóstico de las conductas adolescentes, ya que permite organizar las variables que median en la asunción de riesgos.

Modelo Transteórico (Teoría de las Etapas de Cambio) (Prochaska y Di Clemente, 1982)²⁷: intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento. El modelo se acompaña de otros elementos como las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia.

Las etapas de cambio son:

1. Pre-contemplación: el individuo no es consciente del problema potencial y no considera que esté en riesgo.

2. Contemplación: El individuo se da cuenta que él o ella podría estar en riesgo y empieza a considerar si va a hacer algo al respecto.

3. Preparación: El individuo ha decidido que él o ella debería tomar una acción y aprende más acerca de lo que esto implicaría. Si la persona se encontrara con muchas

²⁷ SIDA-AIDS. Modelos psicológicos de la salud que han abordado el VIH/ SIDA. [En línea] <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/22-modelo-transteorico.html>

barreras para cambiar su comportamiento, entonces el proceso podría detenerse en esta etapa.

4. Acción: El individuo realiza el comportamiento una vez y determina por sí mismo si valió o no la pena.

5. Mantenimiento: El individuo continúa a realizar su comportamiento en una situación apropiada.

Con cualquier comportamiento dado, un individuo podría detenerse en alguna etapa en particular del proceso o aún podría revertirse a una etapa anterior. Alguien podría oscilar entre las etapas de preparación y acción muchas veces durante el curso de su vida, particularmente para los comportamientos que requieran cambios de estilo de vida a largo plazo.

Respecto a los procesos de cambio, estos refieren a la forma en que se produce la transición de una etapa a otra. Se consideran 12 formas posibles:

-Aumento de conciencia: Esforzarse por que el individuo busque nueva información que le permita entender y retroalimentarse sobre la conducta problema.

-Contra-condicionamiento: Sustitución de aquellas conductas problemas por otras que sean alternativas y que representen menor riesgo.

-Consuelo dramático: Experimentar y expresar sentimientos asociados sobre la conducta problema y sus soluciones.

-Reevaluación del ambiente: Consideración y evaluación de cómo la conducta problema afecta a otros.

-Ayudarse en las relaciones: Confiar, aceptar y utilizar las redes de apoyo social durante el proceso de cambio de comportamiento.

-Control de sistemas interpersonales: Evitar a las personas y situaciones que fomentan la conducta problema.

-Manejo de reforzamiento: Reforzarse uno mismo o ser reforzado por otros por haber cambiado de una conducta de riesgo a una saludable.

-Auto-liberación: Elegir y comprometerse en el cambio de conducta incluyendo creer en las habilidades de cambio.

-Auto-reevaluación: Evaluar cómo se siente de sí mismo con respecto a la emisión de conductas problema.

-Liberación social: Darse cuenta, estar disponibles y aceptar las alternativas del sujeto que estén libres de problemas en los estilos de vida de la sociedad.

-Control de estímulos: Controlar las situaciones y otras causas que fomenten las conductas problema.

-Uso de sustancias: Evitar el uso de sustancias o fármacos que afecten el metabolismo, el apetito y las emociones.

El tercer componente, el balance decisional, se refiere a la valoración de las ventajas y de las desventajas de llevar a cabo un comportamiento preventivo. Es importante señalar, que dicho balance depende de la etapa en que se ubica la persona.

Finalmente, la autoeficacia es un concepto que se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder a un evento específico. Se considera que conforme los individuos avanzan en sus etapas de cambio, la autoeficacia en ellos será mayor.

Modelo socio-cognitivo (Bandura, 1994)²⁸: Explica al comportamiento humano a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro:

a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos;

b) la conducta;

²⁸ Espala Sánchez y otros. Obra citada.

c) el ambiente.

Una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes:

-Información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección,

-Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas,

-Potenciar la autoeficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo

-Apoyo social, fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos.

Para que la información resulte eficaz debe transmitir a los/as destinatarios/as la creencia de que ellos/as mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

Las teorías expuestas dan muestra de la relevancia de conocer y comprender las motivaciones y los diferentes factores que moldean el comportamiento de las personas, para luego comenzar a pensar en intervenciones asertivas que promuevan hábitos y conductas saludables.

Por último, debemos tener en cuenta que la adopción de comportamientos sanos implica un proceso por el cual los individuos van transitando, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierte en parte de la vida diaria.

CAPITULO 2: TRABAJO SOCIAL

2.1. Origen del Trabajo Social

El Trabajo Social se puede definir como una disciplina que a través de su intervención construye mediaciones en vínculo con las nuevas condiciones de producción material, social y simbólica por la que atraviesan los sujetos en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, se considera necesario tener en la profesión competencia teórica-metodológica y ético-política en relación con la nueva cuestión social

El Trabajo Social como profesión se fue estructurando sobre la base de permanentes transformaciones del contexto socioeconómico, político y cultural.

En cuanto “práctica institucionalizada, socialmente legitimada y legalmente sancionada”, lo podemos ubicar como la respuesta a la “cuestión social”, inscripto en la división social y técnica del trabajo, y –de acuerdo con la tesis de Netto (1992: 13-14)²⁹- en relación genética con las peculiaridades de la sociedad burguesa en su organización monopólica.

Es durante la primera mitad del siglo XIX, con el desarrollo de las fuerzas productivas, los procesos de industrialización y urbanización, y cuando la burguesía luchaba por alcanzar su hegemonía política y económica, que aparece de manera explícita la cuestión social tanto como amenaza al orden establecido así como revelación de las desigualdades estructurales del capitalismo. Su manifestación concreta se dio en torno a la organización del movimiento obrero, las huelgas, las condiciones laborales y sus reclamos, las condiciones de vida del ejército industrial de reserva, de las mujeres y niños y de los ancianos.

Desde el planteo de Ianni (1996), la cuestión social históricamente transitó entre ser considerada una cuestión de policía, priorizando la represión y la violencia, y/o una cuestión política, abriendo posibilidades para la protesta social y la negociación. De

²⁹ Netto, José Paulo. Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Sao Paulo, Cortez, 1992, pag.13-14

acuerdo al contexto, la cuestión social fue enfrentada con técnicas represoras y violentas, o asistenciales y preventivas, y en muchos casos combinando ambas formas. Pero el reconocimiento de la existencia de la cuestión social, no siempre implicó el reconocimiento de que el propio desarrollo del proceso productivo y de las diversidades sociales eran las causas reales de su existencia, muy por el contrario, en muchos casos se la naturalizó, transformándola en problemas de la asistencia social o en problemas de violencia y caos social. Es decir, la justificación de las desigualdades y los antagonismos, como problemas de índole individual, como características universales propias de la humanidad o como desviaciones patológicas que requerían una determinada intervención, como un asunto de “ajuste y adaptación”.

De esta manera, Parra plantea que podemos entender a la cuestión social como “la manifestación de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos y culturales anclados en las contradicciones propias del desarrollo capitalista, poniendo en jaque el poder hegemónico de la burguesía y atentando contra el orden social establecido, lo cual generó múltiples estrategias del poder instituido para enfrentarla, callarla, naturalizarla, disminuirla o incorporarla”.³⁰

Por otro lado, se afirma que el proceso de institucionalización de la profesión en Europa y los Estados Unidos presentó como rasgo en común su carácter conservador, mediado por una alianza entre burguesía, Iglesia y Estado y teniendo por objetivo no sólo la aceptación del modo capitalista de producción como hegemónico, sino también la imposición del modo capitalista de pensar; su práctica priorizó las necesidades y dificultades individuales sobre las colectivas, en un discurso que acabó cristalizado en la expresión: “cada caso es un caso”, al mismo tiempo, y por la misma actividad, se negaba la condición individual de la persona humana a través de una práctica tutelar, normatizadora y moralizadora de comportamientos y conductas.

³⁰ Parra, Gustavo. “Antimodernidad y Trabajo Social: Reflexiones en torno a la génesis de la profesión”. Pág. 10. [en línea] www.ts.ucr.ac.cr.

Este pensamiento conservador y antimoderno dentro proyecto socio profesional del Trabajo Social estuvo presente en los países latinoamericanos hasta la década de 1960, momento en que se inicia el Movimiento de Reconceptualización.

La Reconceptualización significó la renovación del quehacer profesional, incorporando nuevos enfoques y reflexiones, que permitió la búsqueda de teorías y prácticas que respondieran a las singularidades de la realidad latinoamericana. Asimismo, los acontecimientos que ocurrieron entre el período 1960 y 1970, a nivel mundial, continental y nacional, fomentaron el debate acerca de la dimensión sociopolítica de la práctica profesional, teniendo en cuenta que en este período la mayoría de los gobiernos de los países latinoamericanos, transitaban por procesos dictatoriales.

Netto destaca que, en esta etapa, se produce un gran avance teórico acerca de diferentes aspectos del Trabajo Social: “la construcción de diversos modelos metodológicos, los fundamentos filosóficos de la profesión, el análisis de experiencias concretas, el papel de la investigación, el papel de la ideología, el rol del trabajador social, las técnicas de intervención, el carácter científico de la profesión, la práctica profesional frente a determinadas problemáticas, etc.”³¹.

Las posturas teóricas ideológica, en su mayoría contradictorias, en todos los casos implicaron una ruptura con el modelo de Trabajo Social tradicional, constituyéndose en un proceso fundamental en el desarrollo de la identidad profesional en Latinoamérica.

Ante lo expuesto, se evidencia que la profesión se configura y desarrolla a partir de las diversas estrategias que se utilizan para enfrentar la cuestión social, la cual no es estática sino que, al expresar las desigualdades del capitalismo, se presenta como compleja y en permanente movimiento.

En coincidencia con Margarita R. Pagaza se considera que la cuestión social contemporánea se expresa en la vulnerabilidad, el empobrecimiento, la fragmentación, la

³¹ Netto, José Paulo y colaboradores. “Nuevos Escenarios y Practica Profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo social”. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2004. Pág. 42.

marginalización, la desocupación, la precarización del trabajo, las identidades fragmentadas, que forman parte de la estructura social contemporánea, en tanto constituyen un cúmulo de desventajas que afectan a grandes segmentos de la sociedad y alteran significativamente sus condiciones de vida. En este contexto, el actual escenario está cruzado por las trayectorias que conducen a los sujetos a la pobreza, a la vulnerabilidad y a los procesos de desafiliación que impactan en la frustración, la desesperanza y la desintegración social.³²

Por lo anterior, se concluye que la relación entre la cuestión social y el Trabajo Social se presenta de manera compleja, debido a que la cuestión social se ha ido conformado históricamente, y el trabajador social históricamente ha ido legitimando diferentes formas de intervención para dar respuesta a las manifestaciones de dicha cuestión social.

³² Rozas Pagaza, Margarita. "La Intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social". El Caso del Trabajo Social. Ed. Espacio. Bs As.2001.

2.2. Objeto del Trabajo Social

La temática del Objeto en Trabajo Social ha sido una preocupación sistemática y fundamental de la profesión, en relación a los interrogantes y problemáticas teóricas de la misma. Durante el Movimiento de Reconceptualización se desarrolla un proceso de análisis y reflexión, donde se instala en la profesión la discusión y el análisis sobre la científicidad y el debate en torno al método y su objeto.

Gustavo Parra³³ realiza un recorrido por los diferentes autores que han referido a dicha temática.

A comienzos de la década del 70, Herman Kruse plantea que uno de los factores que no permiten al Trabajo Social lograr su científicidad es "la imprecisión respecto al objeto del servicio social". Afirma que la Reconceptualización ha generado cuestionamientos y discusiones en torno a los aspectos fundamentales de la profesión, consolidándose un arduo debate sobre el sujeto del Trabajo Social. Por lo que "ya no se duda, ni se discute, que el sujeto son los propios clientes, nunca el profesional". Y de esta forma identifica dos perspectivas en referencia al objeto: por un lado, las consecuencias ocasionadas en las personas por los problemas sociales; y por otro, los problemas sociales derivados de la situación de dependencia y subdesarrollo. Cada una de estas perspectivas deriva en diversas maneras de llevar a cabo la práctica profesional.

A mediados de la década del 70, Boris Lima señala que el Trabajo Social se hace científico en el momento en que "decide tomar para sí la indagación de las relaciones causales de las necesidades con las cuales se enfrenta. Cuando se preocupa por conocer las cuestiones esenciales de los fenómenos o problemas que se le ofrecen como objeto de estudio y de intervención. Es decir, cuando inicia el camino al interior de los fenómenos, para encontrar en ellos la naturaleza contradictoria y sustancial que los explica". Plantea

³¹ Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. [En línea]: www.ts.ucr.ac.cr

que la profesión se dedica a estudiar la realidad y también a intervenir y actuar en ella, transformándola desde el compromiso con los sectores oprimidos de la sociedad.

En referencia con el objeto indica que hasta ahora el objeto señalado por el Trabajo Social es el hombre desvalido, el que entra en desequilibrio, desajuste o inadaptación con el orden socialmente establecido, aquel hombre que requiere ser controlado y dirigido. Describe que el objeto es aquello que una disciplina estudia y/o transforma por su acción y que según las particularidades del hacer del Trabajo Social, este objeto se va desdoblado en otros objetos. Porque el qué del Servicio Social está constituido por el ambiente humano del hombre explotado. De esta manera, se conforma un sistema de objetos al considerar al hombre oprimido en su cotidianeidad frustrante. Aquí, deriva la conclusión de que siempre existe un objeto a investigar, a conocer, a indagar, y el cual es abordado empleando los métodos apropiados para que el propio objeto se convierta en sujeto de acción.

Parra, afirma que la perspectiva que aporta Lima respecto al objeto, apunta a quebrar la visión hegemónica sobre los objetos de las ciencias, en la medida que plantea el tránsito entre sujeto y objeto.

En década del 80, Mercedes Escalada, lleva a cabo algunas críticas respecto a las propuestas metodológicas reconceptualizadas, objetando que no habilitan a la consolidación de un cuerpo teórico y científico del Trabajo Social, al presentar dificultades epistemológicas en el uso mecanicista del materialismo dialéctico e histórico.

La autora refiere que la falta de definición del objeto del Trabajo Social, la sobrevaloración de los objetivos en detrimento de éste y la consideración de un objeto demasiado genérico, fueron causas determinantes que obstaculizaron la teorización en el Trabajo Social.

También, realiza un análisis de las posturas y posiciones de diferentes autores en referencia al objeto de la profesión, marcando la diversidad y la falta de coincidencia entre los mismos. Señala que objetos como “la acción del hombre oprimido y dominado”, “la

alienación de las masas desposeídas”, son demasiado genéricos como para definir la disciplina del Trabajo Social. Ante esto, plantea que el objeto de una disciplina es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya satisfacción debe ejercerse una función específica; entonces lo que hay que investigar teóricamente y en primer lugar, es esa necesidad, esos problemas, ya que el dominio gradual sobre ellos es lo que determinará las pautas para actuar.

Siguiendo el análisis realizado por la autora, se observan nuevos elementos necesarios para el desarrollo científico de la profesión. Por un lado, caracterizar al Trabajo Social como una disciplina de las Ciencias Sociales; y por otro lado, identificar el tema de las necesidades como base del requerimiento de la profesión.

Asimismo, Escalada afirma que el Trabajo Social puede y debe definir un Objeto de Intervención y de Conocimiento que identifique su quehacer. Existe una necesidad histórica que hace surgir la función social, la cual toma forma en el Trabajo Social. Dicha necesidad y función social definen el Objeto de la profesión.

El Objeto se constituye a partir de esta necesidad histórica y de su función social, agregando que el mismo puede ser definido también, como los problemas sociales o como las metas a alcanzar. Concluye que una de las dificultades principales que tiene aún el Trabajo Social para elaborar teoría para su propio consumo, es que no se sabe qué se va a estudiar, porque no hay precisión sobre el objeto. Esto, agregado a la subestimación a la teoría, lo que dificulta la articulación con la totalidad y con la historia, y agregado a la práctica de una metodología inductiva, determina que las investigaciones del Trabajo Social, queden encerradas en una descripción de lo particular, sin superar la crítica a las prácticas teóricas del Trabajo Social Tradicional.

La perspectiva planteada por el CELATS en la década del 80, hace referencia que el Trabajo Social no tiene un Objeto de estudio, sino un Objeto de Intervención, que es al mismo tiempo Objeto de Conocimiento. Considera que definir el problema objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de

modificar con nuestra intervención profesional. Agrega que los profesionales se enfrentan a distintas problemáticas, pero no con problemas de intervención definidos, desde allí la importancia de definir y delimitar el problema Objeto de Intervención. Lo cual requiere del conocimiento de la institución, de los sujetos que reciben la intervención profesional, de las necesidades sociales, de las características y formas de intervención profesional; además que el Trabajo Social define su Intervención en el campo contradictorio de relaciones sociales (institución-usuario-trabajador social). Concluye que el Objeto de Intervención no está dado en la realidad, por lo que no puede ser delimitado o definido a priori; sino que es una construcción, una delimitación conceptual y práctica del problema sobre el cual se interviene.

Margarita Rozas Pagaza, retoma el concepto de Objeto de Intervención aportado por el CELATS y propone que dicho Objeto es una "construcción teórico-práctica y producto de procesos sociales particulares, en tanto que se constituye en el conjunto de diversas problemáticas que expresan los actores sociales; problemáticas que son expresiones de necesidades sociales que tienen connotaciones ontológicas y antropológicas, en un contexto determinado por la reproducción cotidiana de la vida social"³⁴.

La autora no deja de lado la perspectiva del objeto de intervención, introduce otro concepto para comprender la intervención profesional, el de "campo problemático" al cual define como: "la explicitación argumentada de los nexos más significativos de la 'cuestión social hoy' con relación a la peculiaridad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad"³⁵. También, incorpora categorías como vida cotidiana, necesidades sociales y sujeto.

³⁴ Gonzalez- Saibene, Alicia, 2000. "El Objeto de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social" en Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe. Pág.10.

³⁵ Rozas Pagaza, Margarita, 1998. "Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires. Pág. 59.

A partir de aquí consideramos pertinente referir al aporte de Paulo Netto, quien plantea que la intervención frente a la cuestión social se realiza fragmentándola y parcializándola, y que esto no puede ser de otra manera en el capitalismo puesto que *"tomar la 'cuestión social' como problemática configuradora de una totalidad procesual específica es remitirla concretamente a la relación capital/trabajo –lo que significa poner en jaque el orden burgués"*³⁶.

De tal modo que la política social es fragmentada en políticas sociales, *"las secuelas de la cuestión social son recortadas como problemáticas particulares (el desempleo, el hambre, la carencia de vivienda, el accidente de trabajo, la falta de escuelas, la incapacidad física, etc.) y así enfrentadas. (...) Así, la 'cuestión social' es atacada en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas cuya naturaleza totalizante, si asumida consecuentemente, impediría la intervención. Donde la categorización de los problemas sociales y de sus vulnerabilizados no sólo con su consecuente priorización de las acciones (con su apariencia casi siempre fundada como opción técnica), pero sobre todo con la atomización de las demandas y la competición entre las categorías demandantes"*³⁷.

Siguiendo el análisis de Netto, el Trabajo Social es institucionalizado para llevar adelante estas políticas sociales. Desde aquí limitar la intervención del profesional a los llamados "problemas sociales" es quitar sustancia, complejidad a la cuestión social, es limitar la intervención a la lógica necesidad/ayuda o riqueza/pobreza, perdiendo de vista el carácter de desigualdad asentado en la relación capital/trabajo, o la relación justicia/injusticia asentada en los derechos sociales.

Sin negar la perspectiva epistemológica, pero teniendo en cuenta que muchos de los análisis epistemológicos sobre el Trabajo Social intentan encajar a la profesión en los parámetros del positivismo lógico, pese a que definen a la teoría marxista (en sus diversas tendencias internas) como la base teórica de los análisis, del conocimiento de la realidad y

³⁶ Netto, José Paulo, 1992. Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Sao Paulo. Pág. 28

³⁷ Ibidem, pág. 29

de la metodología a emplear, cuando se hace referencia al objeto se intenta definirlo desde la estructura del positivismo lógico. Retomando el análisis marxista, las categorías no sólo presentan dimensiones epistemológicas (en cuanto formas de conocimiento de la realidad), sino que también y fundamentalmente son categorías ontológicas (que hacen referencia al ser social).

A modo de conclusión, Parra afirma que más que limitarnos a poder precisar, definir o delimitar el objeto del Trabajo Social en búsqueda de una supuesta "cientificidad" según las imposiciones del positivismo lógico, debemos comprender que nuestra profesión se genera, institucionaliza y desarrolla como una respuesta a la cuestión social, trabajando con las manifestaciones de la cuestión social, y que la cuestión social es una categoría histórica, con lo cual las requisiciones profesionales están históricamente determinadas y remiten a sujetos sociales e históricos. Sostiene que la intervención profesional, no será menos científica por no poder precisar nuestro objeto, sino que su carácter científico dependerá de la capacidad de los profesionales de superar visiones simplificadas de la realidad, en la búsqueda de insumos teóricos que permitan trascender el pragmatismo y el empirismo que caracterizaron la práctica profesional, en el recurso a la investigación científica como parte constitutiva de nuestro ejercicio profesional y no como actividad meramente académica o de unos pocos.

Finalmente como plantea Iamamoto, uno de los mayores desafíos que el trabajador social vive en el presente es desarrollar su capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajos creativos y capaces de preservar y efectivizar derechos, a partir de demandas emergentes en lo cotidiano. En fin, un profesional propositivo y no sólo ejecutivo.

2.3. Rol del Trabajador Social

Genéricamente, Rol se define como el papel que ejerce una persona cuando ocupa una posición, y de la cual se espera una determinada conducta mientras ejerce ese rol. Y Rol Profesional hace referencia a aquellos que desempeñan- y que los otros esperan que desempeñen – quienes ejercen una determinada profesión.

La Lic. Álvaro describe que las expectativas en torno a un rol provienen de dos líneas³⁸:

Por una parte, las expectativas que los demás tienen acerca de la conducta de quien ocupa una posición y ejerce un determinado rol. Esto configura el "deber ser para los demás". Por otra parte, se encuentran las expectativas que se tienen acerca de la propia conducta mientras se ocupa una posición determinada. Es decir, el "deber ser para sí mismo". Finalmente se encuentra un tercer aspecto, el cual se refiere a lo que efectivamente se hace en la práctica profesional.

Teniendo en cuenta esta estructura, la autora manifiesta que en Trabajo social el "deber ser para los demás" se configura de acuerdo a los requerimientos que provienen de las instituciones y de los sujetos sociales, quienes se constituyen en usuarios de los servicios de las mismas.

Implica que el trabajador social debe ejercer un rol de mediador entre las demandas, expresión de necesidades sociales y la institución quien provee de los recursos para satisfacer las mismas. Debe facilitar este intercambio a través de tres líneas de acción, la atención directa, la derivación hacia otros profesionales u otras instituciones, y la orientación.

³⁸ Alvaro, Ana Romina, 2003. El Rol del trabajador social. Reflexiones acerca del rol definido teóricamente y el rol desempeñado en la práctica profesional. [en línea]
http://www.filo.unt.edu.ar/prog_11/i_tsoc_art_alvaro_roltrabajadorsocial.pdf

Por otra parte, el "deber ser para sí mismo" se configura por aquello que el trabajador social espera de sí en el ejercicio de su rol profesional, según los lineamientos teóricos, metodológicos y éticos que provienen del ámbito académico.

Desde un nivel teórico, el rol del trabajador social puede ser definido como asistencial- educativo, enmarcado en un proceso compuesto por dos dimensiones, una referida a la sobrevivencia, es decir a la provisión de recursos materiales, necesarios para elevar el nivel de vida de los sujetos sociales. Y otra dimensión referida a lo político-organizativo, la cual se relaciona con la apertura de espacios en los cuales se haga efectiva la participación de los sujetos sociales en la superación de sus problemáticas. Revalorizando su condición de sujeto de derecho.

Dicho proceso permitirá no sólo reconocer cuáles son los problemas que obstaculizan la vida cotidiana de los sujetos de intervención, sino también identificar cuantitativa y cualitativamente los recursos con los que cuentan, a fin de que puedan hacer uso de los mismos en la resolución de sus problemáticas. Este proceso se inicia, con el primer contacto que el trabajador social tiene con los sujetos sociales a través de la demanda, y es competencia del profesional dinamizar el desarrollo del mismo, activando ambas dimensiones del rol y de esta forma, superar el nivel de la demanda.

Sin lugar a dudas, el rol del trabajador social deber ser competentemente flexible como para poder ir modificándose y progresando frente a los nuevos escenarios cambiantes.

Por su parte, Natalio Kisnerman, expresa que el trabajador social, desarrolla el Rol de servicio, el cual se inicia, en el momento en que una persona requiere de los servicios del profesional. Cualquier demanda, puede ser un punto de partida para establecer una relación profesional, un vínculo intersubjetivo de regulación recíproca de comportamientos, expectativas y representaciones, las cual no siempre coinciden con la realidad. Desde esta relación se busca la co-responsabilidad de la tarea, lo que significa

construir, a través de la palabra, un contrato en el que todos los sujetos establecen un compromiso.

Del mismo modo, el Rol del profesional implica ser “educador social”.

Se define educación “como un proceso de interacción entre sujetos y su medio, mediante el cual éstos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y transformándose ellos mismos. Cada vez que un comportamiento resulta inadecuado a una situación dada, obliga a incorporar nuevos elementos o a reorganizar los que ya se poseen, para actuar de acuerdo con las exigencias de la situación. A esto se llama aprendizaje. Este es un proceso de permanente deconstrucción y construcción junto a otros sujetos”³⁹.

Los trabajadores sociales son educadores sociales, en el sentido de alentar intencionadamente en los actores con quienes trabaja, un proceso que conduzca a la reflexión (con una visión global e histórica), sobre sus situaciones-problemas, y a asumir su propio proyecto frente a éstos.

La práctica, como acción educativa, rescata el protagonismo de los sujetos, en el sentido de insertarlos en la vida social y en la lucha por fortalecer sus propias iniciativas. Al valorizar la educación como elemento principal para generar el cambio, el profesional logra desarrollar actitudes de superación, cooperación, ayuda mutua, de convivencia democrática, de desarrollo personal y social en los sujetos con los cuales interviene.

Por último y considerando que el rol del trabajador social se despliega en un amplio abanico de posibilidades, se describe aquellos reconocidos por Ander Egg en su Diccionario de Trabajo Social⁴⁰:

Consultor- asesor- orientador- consejero: Asesora a individuos, grupos u organizaciones para buscar alternativas que permitan satisfacer las necesidades sociales básicas. Orienta a la gente para organizar sus actividades con miras a la consecución de

³⁹ Kisnerman Natalio, 1998. “Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el constructivismo.” Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina. Pág. 173.

⁴⁰ Ander Egg Ezequiel, 2009. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas, Córdoba. Argentina. Pág. 216-217

determinados objetivos tendientes a la resolución de problemas y a la satisfacción de necesidades. Ayuda a utilizar más efectivamente los servicios existentes y a poner los individuos y grupos en contacto con ellos.

Proveedor de servicios: Ofrece servicios de ayuda y sostén a personas en estado de dependencia. Presta servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos.

Informador: informa sobre los recursos institucionales disponibles y sobre los servicios que ofrece, con el fin de hacerlos más accesibles al mayor número de personas y fomentar su participación en la planificación de programas.

Gestor- intermediario: actúa como intermediario entre la Institución y los usuarios, mediador entre los recursos y las necesidades. Relaciona a los individuos, familia, organización con las instituciones que necesitan. Y procura que efectivamente obtengan los recursos y/o servicios más apropiados a su necesidad.

Coordinador: El trabajador social coordina las actividades que al interior de la comunidad se planifican y acuerdan conjuntamente con los participantes que la integran. Además, se ocupa de coordinar contactos con otros profesionales y técnicos que brindan ayuda a las acciones y actividades programadas en beneficio de la comunidad.

Planificador: ayuda a los individuos de un grupo, organización o colectividad a formular y desarrollar programas comunales para satisfacer las necesidades, resolver problemas o promover el bienestar o mejoramiento de calidad de vida. Planifica las actividades de su unidad operativa. Elabora proyectos específicos. Formula estrategias de utilización más racional de los recursos y de descentralización de las actividades.

Ejecutor: de programas, proyectos y/o actividades.

Investigador: Diseña y realiza investigaciones aplicadas, recopilando y analizando datos para identificar necesidades o problemas sociales de carácter individual, grupal o comunal.

Evaluador: el trabajador social controla y valora las actividades propias y de la institución en donde trabaja, los programas en los que interviene.

Animador-facilitador-movilizador-concientizador: Facilita el acceso a ámbitos de participación social, fomentando la creación de grupos y organizaciones. Asesora a la gente para que puedan a través de sus organizaciones crear actividades que sirvan para mejorar las condiciones de vida, estimulando la creación de nuevas formas de participación social.

Se considera que la trayectoria del quehacer profesional plantea el paso del estilo asistencial y paternalista, que se instaló en algunos campos de acción disciplinaria; hacia un estilo caracterizado por el rol de facilitador de procesos de transformación y cambio social en las personas; en donde se instalan instancias de participación social que habilitan a la reflexión crítica y a la discusión en torno a la modificación de los determinantes sociales que afectan la calidad de vida de la sociedad.

2.4. Metodología de la intervención:

El Trabajo Social como quehacer científico desarrolla una metodología de intervención con el objetivo de generar condiciones aptas para mejorar la calidad de vida de las personas, a partir de la participación y el protagonismo de las familias, grupos sociales y comunidades. El rol del trabajador social es acompañar críticamente la lucha por la transformación social, conjugando un ámbito de micro-actuación (vida cotidiana) y un espacio de macro-actuación (política social).⁴¹

La intervención profesional se basa en acciones que están en estrecha relación con las demandas o problemas de los destinatarios. Margarita Rozas Pagaza manifiesta que “la intervención siempre se ha vinculado con los problemas sociales que surgen o se configuran en cada momento histórico. Los sujetos que expresan estos problemas sociales pertenecen a los sectores excluidos...”, agrega otra definición donde considera que “...la intervención profesional trata de realizarse respetando las demandas y las necesidades de los destinatarios. Esto se define en la elaboración diagnóstica. La demanda se expresa en términos de insatisfacción de necesidades básicas y/o en consecuencia de la pobreza.” “La intervención son acciones de asistencia y promoción en relación con los problemas sociales que reportan los destinatarios...”, “La intervención profesional es un proceso de construcción histórico social que se desarrolla interactuando con los sujetos portadores de problemáticas derivadas de la producción y reproducción social, con el objeto de profundizar mecanismos de integración social de los sujetos, conociendo el ahora y sus historias, sus estrategias de vida, sus recursos potenciales, para intentar modificar los términos de las relaciones sociales con otros, con las instituciones y con el Estado”⁴².

Para Alfredo Carballada, la intervención se presenta inexorablemente como un espacio de permanente construcción, diálogo y reflexión, ya que no se trata sólo de

⁴¹Eroles, Carlos, 1998. “Familia y Trabajo Social”. Un Enfoque Clínico e interdisciplinario de la Intervención Profesional. Ed. Espacio, Bs. As. Pág. 13.

⁴² Rozas Pagaza, M., 2003. “Las distintas tendencias del Trabajo Social en la Argentina de hoy”, en “Trabajo Social y las Nuevas Configuraciones de lo social” Ed. Espacio, Bs. As. Pág. 56, 57.

gestionar recursos sino de acrecentar y mejorar las condiciones de una profesión que requiere conocer más profundamente la realidad y desde allí intentar generar transformaciones. “La intervención articula lo macro social con lo micro en la singularidad del padecimiento, así en la medida que tengamos en cuenta esa articulación, ella es posible como constructora de acontecimiento fundamentalmente haciendo ver aquello que permanece oculto, articulando lo que la crisis fragmentó, recreando nuevas formas de encuentro, de interpretación, donde la voz principal surge de la palabra del otro. De aquel sobre el que ejercemos y compartimos nuestra práctica en forma cotidiana.”⁴³

La intervención profesional, “...en tanto trabajo, quehacer o práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus cosmos particulares.”⁴⁴

En síntesis, la intervención en lo social se trata de una acción básicamente intersubjetiva y fuertemente discursiva, de allí la importancia de que la palabra, la mirada y la escucha sigan siendo los elementos que sostenga en su hacer diario el trabajador social. De este modo, la intervención, se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos sociales no cumplidos. De ahí que se la considera como un medio y no un fin en sí misma, dado que contribuye a la integración de la sociedad desde una perspectiva inclusiva.

Por otro lado, Aylwin de Barros define al método como un conjunto de operaciones que se realizan al conocer y transformar la realidad, son “...procedimientos orientados a entender, explicar y transformar algo. Pero están determinados y subordinados a la

⁴³Carballeda, Alfredo J. M., 2004. “La Intervención en Lo Social y las Nuevas Formas de Padecimiento Subjetivo” en Revista Escenarios. ESTS. UNLP. La Plata.

⁴⁴Cazzaniga, Susana, 1997. “Metodología. El Abordaje desde la Singularidad”. Ficha de Cátedra. Facultad de Trabajo Social UNER.

práctica social.”⁴⁵ El método actúa como facilitador del conocer para la acción, donde a través de aproximaciones sucesivas, se logra un conocimiento cada vez mayor del objeto y una acción transformadora más eficaz.

La autora hace referencia a la metodología como conjunto de etapas que permiten desencadenar un proceso de acompañamiento con intencionalidad transformadora.

Se considera al método como la mediación entre teoría y realidad, que se define como construcción y no a priori como reglas a seguir. Desde esta perspectiva, referirse al método implica un entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar y se establecen los modos de realizarlo, se constituye en una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (situación) con una selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta las características particulares y la forma, también particular en que debe ser abordado.

Olga Vélez Restrepo considera al método como un recurso analítico y operativo con que cuenta el Trabajo Social para enfrentar de manera racional los problemas propios del ejercicio profesional. Lo define como “...un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional.”⁴⁶

También, sostiene que el método como concreción de la metodología es una forma particular de actuación profesional que no puede ser reducido a la sucesión lineal de acciones que operen apriorísticamente como recetas o esquemas desaprovechando la riqueza que las experiencias particulares revisten.

El método se compone de momentos que conforman unidades particulares, como son el estudio, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo, el trabajo profesional con individuos, familias, grupos, comunidades y organizaciones, no puede

⁴⁵Eroles, Carlos. Obra citada, pág.13.

⁴⁶Vélez Restrepo, Olga, 2003. “Reconfigurando el Trabajo Social”. Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio, Buenos Aires. Pág. 61.

estar supeditado a la terminación o iniciación de determinada etapa o momento, ni al seguimiento de secuencias rígidas de acción. Debe mantenerse la autonomía de cada componente del método, sin por ello alterarlo.

Cada profesional debe ser un artesano, abandonando todo procedimiento rígido, asumiendo el método de actuación profesional como proceso, incorporando en su implementación perspectivas dinámicas y dialogantes, con el objetivo de superar concepciones esquemáticas y secuenciales, permitiendo así dinamizar el desarrollo social.

Margarita Rozas Pagaza denomina proceso metodológico, en la intervención profesional, a la secuencia de tres momentos a saber: inserción, diagnóstico y planificación⁴⁷.

Para entender esta secuencia lógica del proceso metodológico de intervención, se necesita tener en cuenta la complejidad existente en la construcción del campo problemático. “Esta complejidad es expresión de un conjunto de dimensiones de la cuestión social, que para el Trabajo Social, se expresa en la difícil y contradictoria relación entre sujeto y necesidad. Esa relación es el eje que orienta la direccionalidad de la intervención profesional.” El enriquecimiento de la relación sujeto–necesidad permite una mirada estratégica de la intervención, dimensionando la ubicación del profesional frente a los demás actores respecto a sus intereses, opciones y motivaciones, factores que van dando un significado particular a la problemática objeto de la intervención profesional. “Esta particularidad y especificidad de la intervención se da en la estructura de un proceso que está determinado por el objeto y objetivos de la intervención alrededor de los cuales se estructuran conocimiento, técnicas y realidad”⁴⁸.

La autora plantea que se debe partir de una comprensión teórica – crítica, en la que está presente la relación dialéctica entre estructura y sujeto reproducida como procesos

⁴⁷ Rozas Pagaza, Margarita, 1998. “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social.” Ed. Espacio, Buenos Aires. Pág. 75.

⁴⁸ Idem

de interrelación e interacción, por ello es imposible someter dicho proceso a una metodología etapista y lineal.

Asimismo, afirma que el inicio metodológico de la intervención, comienza con un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional comienza su práctica, lo que conlleva iniciar un conocimiento de dicho proceso en el cual se interrelacionan los actores en función de su relación con sus necesidades. Para realizar este acercamiento debe establecerse un proceso de inserción, considerado como primer momento metodológico que, articulado a una actitud investigativa, posibilita desarrollar un diagnóstico que explique el campo problemático.

El significado metodológico de la inserción consiste en iniciar el conocimiento a partir del acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades, a fin de poder establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación, lo que implica situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional. Entre los actores se incluyen los sujetos con sus demandas y la racionalidad que le dan tales demandas, la institución también con sus demandas y racionalidad, pero respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades, y finalmente el trabajador social con su saber específico complementado con un conjunto de procedimientos metodológicos que direccionan el ejercicio profesional.

El individuo es “...un sujeto entero con su problemática particular, demandas y carencias, que son la expresión de un conjunto de necesidades...”

Es el momento de los interrogantes y de reflexión para poder establecer una estrategia de intervención. El seguimiento de las necesidades es el hilo conductor de la intervención metodológica, que deberá articularse de manera específica a la singularidad de cada situación.

El proceso de inserción se va profundizando a medida que avanza la intervención posibilitando el manejo de mayor cantidad de información sobre el contexto, referido a la

vida de los sujetos y sus necesidades, lo cual es para Rozas Pagaza "...la expresión de la cuestión social, que, para los trabajadores sociales, aparece en esa difícil relación entre sujeto – necesidad."

No hay recetas específicas, las formas de inserción son múltiples. Se combinan técnicas de intervención con técnicas de conocimiento con el objetivo de conocer el ámbito espacial y social de la intervención; conocimiento referido sobre todo al eje de la intervención formulado como la relación sujeto–necesidad, que debe llenarse de contenido a través de los datos que se obtienen de la realidad particular y que deberán ser luego analizados para planificar las acciones futuras. Esto da lugar al diagnóstico en el proceso de intervención.

El diagnóstico es el momento en el que se determina la jerarquización de problemas que orienta la acción. Tiene como objetivo saber cuáles son las causas de un problema para poder solucionarlo, así se convierte en el espacio de constitución del conocimiento de la problemática individual.

Nidia Aylwin considera al diagnóstico "...como el proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones, problemas y sus factores causales en individuos y grupos, que tiene por objeto aportar los elementos fundamentales y suficientes, dentro del proceso de planificación...", "...explican una realidad determinada para programar una acción transformadora"⁴⁹.

El diagnóstico representa la síntesis de un proceso de conocimiento que se genera desde la inserción del profesional en el contexto de su intervención, y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención. La medición de los problemas y sus causas, teniendo en cuenta la complejidad de lo social no pueden ser sometidas a justificaciones lógicas. Es una instancia en la que se pueden obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

⁴⁹ Aylwin, Nidia, 1982. "Un enfoque Operativo de la Metodología del Trabajo Social." Ed. Humanitas, Bs. As. Pág. 30.

Pagaza expresa que: “teniendo en cuenta la complejidad de la construcción del objeto de intervención, es impensable separar las acciones relacionadas a la inserción y el diagnóstico con los procesos de planificación, porque unos implican a los otros como aspectos de un sólo proceso...”⁵⁰. La implicancia mutua de estos aspectos hace suponer que existe una direccionalidad en la acción, dada por una comprensión teórica del objeto de intervención, además de la determinación de estrategias que van redireccionando permanentemente la intervención.

Finalmente, la planificación está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad, considerada esta última como compleja. Nos permite ordenar las acciones de los distintos actores en función de objetivos específicos.

Tiene un significado articulador de las acciones del trabajador social a nivel general y, en el ámbito particular, es la explicitación técnica de objetivos y actividades que viabilizan la intervención profesional. Tal planificación “...se va modificando permanentemente en la medida que es un proceso que sigue los condicionamientos de una realidad en la que los actores complejizan la operatividad técnica de un proyecto, por lo tanto, es necesario evaluar frecuentemente las condiciones de esa operatividad”⁵¹.

Por último, es importante destacar el método de intervención se desarrolla por medio de herramientas y técnicas que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. El uso de técnicas se relaciona con las concepciones que se tiene sobre la práctica profesional y la realidad social, sin aislarlas del contexto en que se aplican, ni de los postulados teórico-metodológicos que las sustentan. Este instrumental o caja de herramientas, como llama Vélez Restrepo, constituye un puente o instancia de paso que conecta intención-concepción y operacionalización de la acción, contribuyendo al control y evaluación, estando presente en todos y cada uno de los momentos que conforman el

⁵⁰ *Ibidem*, Pág. 89.

⁵¹ *Ibidem*, Pág. 90.

proceso de actuación profesional. Este instrumental se construye permanentemente, constituyéndose en el eje operacional y abarcando técnicas, conocimientos, competencias y habilidades. El alcance y dirección de las técnicas dependerá de la postura crítica y la creatividad de los trabajadores sociales que los implementan.

“Asignarle a las técnicas la función estática y cuantitativa de servir como simples recolectoras de información es negarles sus posibilidades como generadoras de sentidos y estructuradoras de procesos interactivos que retroalimenten el ejercicio profesional. (...) La complejidad de la situación actual le plantea al Trabajo Social contemporáneo la necesidad de soportar su desarrollo teórico y metodológico en herramientas de trabajo cualitativas, interactivas y proactivas que – en sintonía con las exigencias de los nuevos enfoques y tendencias - coloquen la centralidad de la acción social en la intersubjetividad y en el rescate de la cotidianidad”⁵².

El trabajador social utiliza técnicas e instrumentos que operan como dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales, provocadas al interior de determinados marcos comunicacionales e interaccionales; y como generadoras de situaciones y actos de comunicación, posibilitando la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones sociales.

⁵²Vélez Restrepo, Olga, 2003. “Reconfigurando el Trabajo Social”. Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio. Pág. 96.

CAPÍTULO 3: ENFOQUES

3.1. Pensamiento Complejo

Cuando se realiza un estudio de la realidad, un trabajo de investigación, se percibe e interpreta el mundo a través de determinadas lentes paradigmáticas. Un paradigma proporciona una matriz disciplinar.

La importancia de los elementos paradigmáticos estriba en que, generalmente, en vez de mostrarse como tales, constituyen las reglas del juego que dirigen las prácticas de la investigación.⁵³

Thomas Khun utiliza el término paradigma *“para designar realizaciones científicas reconocidas de manera universal y que le proporcionan a una determinada comunidad científica modelos de problemas y soluciones: procedimientos, leyes, teorías y conceptos compartidos que constituyen una unidad, una manera de ver el mundo. Edgar Morín, aporta otra concepción de paradigma, definida como un “principio de distinciones/uniones/oposiciones fundamentales entre algunas nociones claves, que dirigen y ordenan el pensamiento, es decir, la constitución de teorías y la producción de discursos”*⁵⁴.

Diversos autores consideran que son tres los paradigmas de mayor desarrollo: el positivista, el interpretativo y el crítico. Estas tradiciones surgen como producto de los diversos tiempos. Mientras que la empírico analítica o positivista va ligada al crecimiento de la sociedad industrial y el enfoque científico de la gestión y la simbólica interpretativa conecta con las ciencias humanistas; la crítica nace al cuestionarse las estructuras de las instituciones.

Este trabajo se centrará sobre los paradigmas interpretativo y crítico.

El paradigma interpretativo, surge como alternativa al paradigma empírico-analítico, puesto que en las disciplinas del ámbito social existen diferentes problemas que no se

⁵³ Kuhn Thomas, 1970. En “Estudio de los Paradigmas de la Investigación. La Investigación-Acción.”

⁵⁴ Ander Egg Ezequiel, 2009. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas, Córdoba. Argentina. Pág 179.

pueden comprender desde la metodología cuantitativa. Esta tradición sostiene que la realidad es interna, idealista y realista, considerando necesaria la relación entre la teoría y la práctica, y dar al conocimiento un significado subjetivo.

Busca descubrir las estructuras esenciales de la conciencia, estudiando para ello, los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre en su realidad, considerando que cada situación posee un carácter interno, propio y personal para cada ser humano. "...Su supuesto básico es la necesidad de comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes"⁵⁵.

Este modelo intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción. Busca la objetividad en el ámbito de los significados utilizando como criterio de evidencia el acuerdo intersubjetivo. Se cuestiona que el comportamiento de los sujetos este gobernado por leyes generales y caracterizado por regularidades subyacentes.

El surgimiento de la teoría socio-crítica se basa en considerar que la ciencia no es neutral, y en que el objetivo central del investigador debe ser transformar las estructuras de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas.

Esta perspectiva nace como respuesta a las tradiciones positivistas e interpretativas y pretenden superar el reduccionismo de la primera y el conservadurismo de la segunda, admitiendo la posibilidad de una ciencia social que no sea ni puramente empírica ni solo interpretativa.

El paradigma crítico introduce la ideología de forma explícita y la autorreflexión crítica en los procesos del conocimiento. Su metodología se basa en la flexibilidad, de tal manera que permite adoptar diferentes niveles de exigencias y control.

⁵⁵Vasilachis de Gialdino, Irene. "Métodos Cualitativos I". Los problemas teórico-epistemológicos. Centro Editor de América Latina.

Se expresa en dos vertientes según propone Irene Vasilachis de Gialdino, una neomarxista, en la que se ubican Lefebvre y Goldmann, y otra, denominada teoría crítica, en la que se encuentran Marcuse, Adorno, Horkheimer y Habermans. Agrega que...en todas las aproximaciones que consolidan al paradigma materialista, el concepto o la categoría de totalidad ocupa un lugar fundamental ya sea como voluntad, como estrategia (...), ya sea como predominio universal del todo sobre las partes o como categoría crítica..."⁵⁶. Vasilachis dice entonces, que el objetivo de la teoría crítica es cuestionar tanto a la sociedad cuanto a la forma reconocida como válida para conocerla.

Las premisas que configuran la tradición crítica son "...en primer lugar, dar importancia a la participación activa y a los componentes ideológicos, históricos y políticos en los procesos de construcción del conocimiento, de cara a una emancipación y liberación de los sujetos; en segundo lugar plantea una visión dialéctica de la realidad social; y por último, transformar la realidad social desde sí misma y de forma reflexiva y crítica por parte de los sujetos implicados en ella colaborativamente"⁵⁷.

Los nuevos paradigmas de las ciencias abrieron camino a lo que hoy se conoce como las perspectivas de la complejidad, que implican formas novedosas de pensarnos a nosotros mismos como sujetos sociales, de plantear los conocimientos que producimos y de valorar el mundo que construimos.

Edgar Morín, principal referente del pensamiento complejo, lo caracteriza como la incertidumbre, el desorden, las imprecisiones, la ambigüedad; como parte de comprender la complejidad en el entramado de los fenómenos sociales. *"La complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que, la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir, de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre"*⁵⁸.

⁵⁶ ibídem

⁵⁷ Kuhn, Thomas, obra citada

⁵⁸ Calienni, Mónica y colaboradores, 2008. "Ponencia: Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplina. UNMdP. Pág. 5.

Siguiendo al mismo autor, se considera que la palabra complejidad sufre una pesada "tara semántica" dado que conlleva a pensar en confusión, incertidumbre, desorden. *"Su definición primera no puede aportar ninguna claridad: es complejo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puede retrotraerse a una ley, aquello que no puede reducirse a una idea simple. La complejidad es una palabra problema..."*⁵⁹, se trata de ejercitarse en un pensamiento capaz de tratar, de dialogar, de negociar, con lo real.

Según Najmanovich "se trata de encarar un pensamiento capaz de dar cuenta de la dinámica. Los vínculos no son conexiones entre entidades (objetos o sujetos) preexistentes, ni estructuras fijas e independientes, sino que los vínculos emergen simultáneamente con aquello que enlazan en una dinámica de auto organización."⁶⁰

Para conseguir este pensamiento complejo, Morín explica que es necesario disipar dos ilusiones. La primera es creer que la complejidad conduce a la eliminación de la simplicidad. Ciertamente es que la complejidad aparece donde el pensamiento simplificador falla, pero integra en sí misma todo aquello que pone orden, claridad, distinción, precisión en el conocimiento. El pensamiento complejo integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias reduccionistas, unidimensionalizantes y cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad.

La segunda ilusión a disipar es la de confundir complejidad con completud. El pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional, pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible. Morín plantea que el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento"⁶¹.

⁵⁹Morín, Edgar, 1990. "Introducción al Pensamiento Complejo." Ed Gedisa. España. Pág. 21, 22.

⁶⁰Najmanovich, Denise. "el Juego de los Vínculos. Subjetividad y Redes: Figuras en Mutación." Editorial Biblos. Buenos Aires. Argentina. 2005. Cap. 4. Pág. 70.

⁶¹Morín, Edgar. Obra citada Pág. 22, 23.

A primera vista la complejidad es un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados. Presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. De allí la necesidad, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo..."⁶².

Morín indica que la cuestión de la complejidad no se plantea únicamente hoy en día a partir de los nuevos desarrollos científicos, sino que hace falta ver la complejidad allí donde ella parece estar, por lo general ausente, como por ejemplo en la vida cotidiana. Esta última es considerada una vida en la que cada uno juega varios roles sociales dado que cada ser tiene una multiplicidad de identidades, una multiplicidad de personalidades en sí mismo.

Aquello que es complejo recupera por una parte al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto; y por otra parte, recupera algo relacionado con la lógica, con la incapacidad de evitar contradicciones. Si tenemos sentido de la complejidad, tenemos sentido de la solidaridad. Más aún, tenemos sentido del carácter multidimensional de toda realidad.

Morín desarrolla tres principios que ayudan a pensar la complejidad. El primero es el dialógico. "Lo que he dicho de orden y el desorden puede ser concebido en términos dialógicos. Orden y desorden son dos enemigos: uno suprime al otro pero, al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad. Asociados términos a la vez complementarios y antagonistas." "El segundo principio es el de la recursividad organizacional (...). Un proceso recursivo es aquel en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce."

⁶²Ibídem, Pág.32.

Rompe con la idea lineal de causa-efecto, de producto-productor, de estructura-superestructura, porque todo lo que es producido reentra sobre aquello que lo ha producido en un ciclo en sí mismo auto-constitutivo, auto-organizador, y auto-productor.”. “El tercer principio es el hologramático. En un holograma físico, el menor punto de la imagen del holograma contiene la casi totalidad de la información del objeto representado. No solamente la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte. Podemos enriquecer al conocimiento de las partes por el todo y del todo por las partes, en un mismo movimiento productor de conocimientos”⁶³.

En síntesis, “la complejidad no es una meta a la que arribar sino una forma de cuestionamiento e interacción con el mundo. (...)No se trata de un nuevo sistema totalizante, de una teoría omnicomprensiva, sino de un proyecto siempre vigente y siempre en evolución”⁶⁴.

Por lo anterior, es que consideramos que el Trabajo social debe partir del pensamiento complejo ya que permite codificar y decodificar los mensajes de la realidad en la que se interviene.

El pensamiento complejo es herramienta fundamental para alcanzar los fines de nuestro estudio, ya que la sexualidad de los y las adolescentes en situación de pobreza requiere de una visión transdisciplinaria que permita decodificar la interacción de los diferentes aspectos que la componen, tales como los factores biológicos, psicológicos, familiares, social, políticos, las desigualdades de género, las oportunidades de desarrollo, los factores socioeconómico como es la situación de pobreza, el acceso o no a la educación, los medios de comunicación, el poder para tomar decisiones y cómo los jóvenes perciben su conducta, etc.

Morín afirma que el saber impartido fragmentariamente no brinda ningún interés y no es fuente de sentido para los adolescentes en general. El saber interesa y suscita sentido cuando responde a los interrogantes y a la curiosidad de los jóvenes. Aspecto

⁶³Ibídem, Pág. 106-107.

⁶⁴Najmanovich, Denise. Obra citada. Pág. 92.

central de la enseñanza actual consistiría en favorecer la aptitud del espíritu para contextualizar, relacionar y globalizar, sobre la base de que todos los problemas que enfrentan los jóvenes y ciudadanos adultos del tercer milenio, les demandarán un esfuerzo de decisión y reflexión que inmediatamente los impulsará a problemáticas y conocimientos de características cada vez más globales e interrelacionadas.

3.2. Enfoque de riesgo

Comprendemos por enfoque⁶⁵ a una modalidad que permite enfatizar una perspectiva de abordaje de la intervención profesional frente a situaciones problemáticas que afrontan los sujetos.

En el campo de la salud, el enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención y permite la reorganización de los servicios. Pretende mejorar la salud para todos, priorizando la atención a aquellos grupos que más lo requieren. El mismo ha sido trasladado de las ciencias médicas a las ciencias sociales, considerando a ciertos comportamientos sociales como factores de riesgo.

Parte del supuesto de que en la medida que avance el conocimiento sobre los factores de riesgo, que permitirán acciones preventivas, los daños para la salud ocurrirán con menor frecuencia.

A continuación, se describen una serie de conceptos que son de gran utilidad para comprender el presente enfoque:

Riesgo: Es aquella posibilidad que vivencia una persona, grupo o comunidad de sufrir un daño (de origen biológico, psicológico o social), o vulneración de un derecho;

Factores de riesgo: es la característica o circunstancia capaz de producir o incrementar dicha probabilidad;

Factores protectores: son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo;

Conducta de riesgo: cualquier alteración de la conducta o actuación repetida y fuera de determinados límites, que pueda comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal;

⁶⁵ Franco Mariel y Blanco Laura, 2004. "El Enfoque de Riesgo" en "Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Carlos Eroles. Ed. Espacio, Bs. As.

Población de riesgo: aquellas personas o grupos que se encuentran atravesadas por una determinada situación, detentando entonces una caracterología que posibilita su agrupamiento.

Otro concepto a tener presente es el de probabilidad, ya que cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda nos estamos refiriendo a la posibilidad de que tal evento se produzca.

Entonces, no debemos confundir riesgo-probabilidad de- con daño, que es el hecho consumado, ni caer en el simplismo, o reduccionismo de concatenar irremediamente ciertos factores con una conducta o situación socialmente no deseable.

Creemos oportuno utilizar en el presente trabajo este enfoque, ya que como señalamos en los capítulos anteriores, los/as adolescentes son una población sumamente vulnerable a realizar conductas de riesgo, por la gran evolutividad que caracteriza el proceso de la adolescencia en lo biológico, psicológico y social (la velocidad y multiplicidad de los cambios); por la duración del mismo y por el cambiante entorno histórico-social en que acontecen estos cambios.

Es así que diversos especialistas reconocen una serie de factores protectores y de riesgo que suele presentar la población estudiada:

Factores protectores:

- a) Familia contenedora con buena comunicación interpersonal,
- b) Alta autoestima,
- c) Proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado,
- d) Locus de control interno bien establecido,
- e) Sentido de la vida elaborado,
- f) Permanencia en el sistema educativo formal,
- g) Alto nivel de resiliencia.

Factores de riesgo:

- a) Familia con pobres vínculos entre sus miembros
- b) Violencia intrafamiliar,
- c) Autoestima baja,
- d) Pertenencia a un grupo con conductas de riesgo,
- e) Deserción escolar,
- f) Proyecto de vida débil,
- g) Locus de control externo,
- h) Bajo nivel de resiliencia.

Pero, debemos tener en cuenta que en cada estudio particular se identificaran un conjunto de factores de riesgo y protectores específicos para la conducta que se pretenda evaluar. Cuando se valora la vulnerabilidad de una población, ésta va a ser válida para la oportunidad única en la que se hace esa valoración; la vulnerabilidad encontrada (si existe), lo es para un posible daño específico inmediato (riesgo de intento de suicidio), latente (riesgo de una posible deserción escolar en los próximos meses) o futuro (riesgo de cáncer de pulmón si inicia el fumado).

La presencia de un factor de riesgo para un daño no implica necesariamente riesgos para otros daños, como así también un factor en un momento puede ser considerado de riesgo, y en otro protector.

Asimismo, nos gustaría resaltar que es importante separar este modelo (enfoque de riesgo) usado en las ciencias médicas, del utilizable en las ciencias sociales, más allá de los puntos en común que puedan hallarse. La complejidad de las ciencias sociales lleva necesariamente a una mirada más aguda y de reformulación permanente a fin de lograr una construcción propia, sin biologizar o cosificar los componentes culturales, psicológicos, antropológicos, etc. Este es un enfoque que se caracteriza por ser integral, ya que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y por otro lado,

anticipatorio porque permite aplicar medidas preventivas, colaborando con la promoción de comportamientos positivos de la salud.

De esta manera, los enfoques de riesgo, de promoción y de prevención se combinan y complementan claramente.

El concepto de Promoción de la Salud aparece ligado a la denominada “carta de Ottawa”, surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986. En ella se declara que:

“La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas”⁶⁶.

Plantea cuatro principios insoslayables que deben guiar a cualquier acción que se orienten a la promoción de la salud:

1. *La acción multisectorial:*

"(...) la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación."

2. *La participación activa de la población*, que según dicho texto debería surgir de un proceso en el cual:

"(...) se incrementen las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo

⁶⁶ Attardo, Clara. “Por qué incluir la perspectiva de género en el campo de la promoción de la Salud” III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011. Pág. 29.

que propicie la salud." La participación, entonces, debería entenderse como un proceso que comienza con la realización de actividades promovidas por otros, pero que progresivamente lleva a tomar parte en la capacitación, la difusión, la evaluación, el planeamiento y la toma de decisiones.

3. La *acción comunitaria*:

"La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos."

4. La coordinación de *políticas "saludables"*:

Las políticas "saludables" facilitan la elección de opciones saludables: podrían mencionarse políticas de empleo, vivienda, educación, transporte, justicia, entre otras.

Dina Czeresnia, expresa en palabras de Ferreira que *"Promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar"*⁶⁷. Uno de los ejes fundamentales de la Promoción de la Salud, es fortalecer la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud.

Tradicionalmente, Promoción de la Salud se define de forma más amplia que Prevención, ya que se refiere a formas que no se rigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar general.

Es oportuno continuar con el planteo que realizan los autores en referencia al término Prevenir, el cual significa *"preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice"*⁶⁸.

⁶⁷ Czeresnia, Dina. "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción ". Argentina. 2006. Pág. 54.

⁶⁸ Idem.

La Prevención surge como respuesta ante el supuesto advenimiento o amenaza de un daño. Se orienta hacia las acciones destinadas a la detección, control y debilitamiento de los factores de riesgo o factores causantes del daño.

Hace énfasis en el acondicionamiento de los recursos humanos, sociales e institucionales y en la estimulación de actitudes proactivas que les permitan a las personas, grupos y comunidades, prepararse para disminuir o contrarrestar su vulnerabilidad social frente a ciertos eventos.

La prevención reconoce como principios rectores de la acción social la capacidad interna de autorregulación, presente en los individuos y en las colectividades, y apela a la educación como estrategia clave.

Se puede identificar distintos niveles de prevención:

Prevención primordial: se dirige a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida sociales, económicos y culturales que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de ocasionar un daño; este es el nivel de prevención más recientemente reconocido y tiene gran relevancia en el campo de la salud poblacional.

Prevención primaria: se refiere al conjunto de acciones educativas, comunicacionales y psíquico sociales, que procuran impedir la producción de un daño o vulneración de un derecho, altamente probable dada la concurrencia de determinados factores de riesgo. El objetivo fundamental es la protección y promoción de la salud, como así también, elevar la calidad de vida de los sujetos.

Prevención secundaria: En este estadio, la problemática social o familiar se halla instalada, y la forma de abordarla, radica en todas aquellas acciones a nivel de tratamiento. El objetivo de estos tratamientos es restablecer la situación previa o el derecho afectado, por un daño o vulneración efectivamente producidos.

Prevención terciaria: Aquí se incluye a todas las problemáticas, que han generado condiciones de carácter irreversible, por lo cual la acción profesional estará dirigida a la adaptación activa del sujeto o grupo a las nuevas circunstancias.

En síntesis, considerando la intensidad con la que viven los y las jóvenes y encontrándose más expuestos a situaciones que representan riesgos para su bienestar integral, es que creemos esencial pensar las intervenciones futuras en términos de promoción, prevención y atención integral de la población. Nos referimos a acciones que posibiliten el desarrollo de sus potencialidades y promuevan sus vínculos en un entorno continente. Es decir, que se torna imprescindible un abordaje integral a fin de diagnosticar precozmente conductas de riesgo en los y las adolescentes.

3.3. Redes sociales

Desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte, los seres humanos formamos parte de grupos sociales. La cualidad social, es inherente al ser humano, no solamente como necesidad rotunda de continuidad, sino como elemento insustituible para que la misma se concrete. El proyecto de vida sólo es posible como consecuencia de un vínculo con otros⁶⁹.

Ahora bien, en tanto individuos, no entramos en contacto directo con la sociedad global, sino con una parte de ella; y lo hacemos a través de la red social a la que pertenecemos. Es esta red la que nos permite influir y ser influenciados por la sociedad; se trata de una plataforma de comunicación, la interfase entre el individuo y el sistema social.

La red social estructura nuestra percepción y nuestras conductas sociales, construyendo nuestra realidad.

Si bien la idea de red tiene actualmente una variedad de significados y usos existe un creciente consenso a nivel conceptual, a partir del cual se la determina como:

“...el conjunto de personas actualmente significativas con quienes uno tiene interacción social, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o familia.”⁷⁰.

De esta manera, podemos sostener la hipótesis que ningún sector por si sólo podrá dar respuesta a las necesidades del hombre. Será necesaria la acción mancomunada de una pluralidad de actores.

Diferenciación en base a su dinámica:

⁶⁹ Moffat, Alberto y otros, 1991. Política social en tiempos de cambio. Pontosur Editores.

⁷⁰ Elkaim, Mony y otros, 1989. Las prácticas de la terapia en red. Ed. Gedisa.

Es importante mencionar que estas relaciones no tienen lugar en el vacío, sino en un entorno, en un espacio y en un contexto específico, en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales, se hacen significativos.

Justamente, es ese contexto el que instituye la dinámica de las redes sociales, y conduce a diferenciarlas en “Redes Primarias” y “Redes Secundarias e institucionales”.

Por Redes sociales primarias entendemos “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”.⁷¹

Son redes que fundan todos los vínculos personales de un individuo.

Dentro de ella, pueden distinguirse:

- Un círculo interior de relaciones íntimas, tales como miembros de la familia nuclear y ampliada.

- Un círculo intermedio de relaciones personales, integrado por amigos y familiares intermedios.

- Un círculo externo de relaciones ocasionales, caracterizadas por un menor grado de compromiso, sin intimidad.

La familia como integrante de la red primaria es la unidad estructural mínima dentro del universo del tejido relacional. Esta cualidad es vital tenerla presente ya que, en el interior de la misma, habitualmente se gesta la disfuncionalidad que dará luego lugar a la convocatoria de los demás circuitos inter-sistémicos que se convertirán en la “extensión de apoyo” para el encuentro de soluciones.

Respecto a las Redes sociales Secundarias e Institucionales, Bronfenbrenner (1979) las define como todas aquellas relaciones entabladas en el microsistema. Dentro de ella, es posible distinguir dos sub-tipos:

⁷¹ Sluzki, Carlos, 1996. La red social: frontera de la práctica sistémica. Ed. Gedisa.

- **Redes periféricas:** se trata de un grupo próximo a la red primaria, con importante grado de significación, pero caracterizado justamente por entablarse de manera periférica respecto de éste. Por ejemplo, los grupos recreativos; las relaciones comunitarias y religiosas; las relaciones laborales y de estudio.

- **Redes Institucionales:** se definen como organizaciones gestadas y constituidas para cumplir objetivos específicos, que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario; necesidades que son puntuales y deben ser canalizadas dentro de organismos creados para tales fines.⁷² Su característica más destacable, es que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales. Componen las mismas: la escuela; el hospital o equipos de salud; el sistema judicial.

Es importante no pensar “la red” como integrada por “compartimentos estancos” que sólo suman para formar la trama relacional. Cada círculo presenta nexos con todos y cada uno de los que componen el tejido relacional; de no ser así, no podría hablarse de “Red Social” en el sentido estricto del concepto.

Función de la Red Social en adolescentes:

Si se piensa concretamente, cuál es la función de dichas redes en el comportamiento de los/as adolescentes, se puede acordar que dadas las características mencionadas, estas redes tienen fundamental importancia en lo que hace a la socialización y desarrollo de estas personas.

A través de las redes sociales se satisfacen las necesidades de afiliación y pertenencia, y se logra el mantenimiento y mejoramiento de la identidad y la autoestima.

La existencia de una red familiar y barrial determina una fuerte capacidad de contención para los/as adolescentes que permiten prevenir situaciones de riesgo social.

⁷² Black, Evan Imber, 1995. La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia en Revista “Sistemas familiares”. Año 11. N° 1.

El contar con el acompañamiento de familiares o miembros de la comunidad, aumenta la posibilidad de visualizar alternativas de vida, así como ayuda a la implementación de ellas; transmite valores, favorece la reorientación de intereses, además de la creación y desarrollo de nuevas motivaciones.⁷³

Asimismo, la escuela es un espacio generador de relaciones positivas. No es solamente un espacio que transmite educación, sino que debe constituirse como un centro de interrelación humana, donde los/as jóvenes y sus familias reciban acompañamiento, ayuda y contención que permitan superar situaciones problemáticas.

Ante esto, las familias y la escuela como ámbitos privilegiados en la gestación del desarrollo humano deben asociarse y contribuir a promover espacios barriales de comunicación, interacción y prevención, en relación con otras instituciones que conforman la red barrial comunitaria (Iglesias, clubes, sociedad de fomento, programas sociales destinados a adolescentes, etc.).

Desde esta perspectiva, no es posible pensar el Trabajo Social como una disciplina que no incluya en su accionar las redes sociales; nuestro rol no sólo implica conocer los recursos humanos disponibles, sino que también encontrar y promover la manera más eficaz de articularlos.

⁷³ Arón, A., 1991. "Familia y Redes Sociales". En: Terapia Sistémica y Contexto Social. Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar.

3.4. Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos busca cortar con anteriores prácticas del desarrollo centradas en la identificación y satisfacción de las necesidades básicas de la población beneficiaria, y reemplazarlas por prácticas basadas en el reconocimiento de que toda persona es titular de derechos inherentes. El objetivo ya no es la satisfacción de necesidades, sino la realización de derechos. Los derechos implican obligaciones, las necesidades no. Hablar de derechos implica hablar de quién tiene responsabilidades en relación a esos derechos.

Desde 1994 con la incorporación de la Convención de los Derechos del Niño a nuestra Constitución Nacional, se instala la necesidad de derogar las leyes basadas en el Sistema Tutelar para adecuar nuestra legislación interna al sistema de protección integral propulsado por la Convención Internacional de los Derechos de los Niños/as, que impone otra mirada de la infancia para pasar a considerar a los/as niños y adolescentes como sujeto de derechos.

Esta percepción plantea el desafío de abandonar la idea del niño como incompetente, para entenderlo con capacidades para definir y decidir sobre sus necesidades e intereses, reconociéndoles mayor autonomía en la decisión que afecta asuntos de su vida y limitando la intervención del Estado en sus vidas. Este cambio en el modo de percibir la infancia tiene que ver con el paso de un modelo de intervenciones autoritarias, jerárquicas, centralizadoras que privilegian la institucionalización, hacia un modelo de democracia participativa. Se basa en la utilización de recursos comunitarios, la integración y la participación conjunta del Estado, de la sociedad civil y de los niños en los asuntos concernientes a la infancia, y el rechazo de la institucionalización como medio de “protección- corrección”⁷⁴.

⁷⁴ Salvadores, Ana y Pinque Mariana, 2009. Ponencia “Control Institucional de la infancia. Nuevo contexto” en el X Congreso Nacional Sociología Jurídica. Córdoba. Pág. 6 [en línea]
http://www.sasju.org.ar/xcon/Xarchivos/comision_9/7Salvadores%20pinques%20otros.pdf

En Argentina, en el año 2005 se sancionó la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, y en la Provincia de Buenos Aires, en el mismo año, se sancionó la Ley 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, derogando el Decreto Ley 10067/83 de Patronato de Menores, otorgando un marco normativo y de gestión concordante con la Convención de los Derechos de los Niños.

Todas las medidas promovidas por esta Ley tienen como sustrato fundamental el fortalecimiento familiar como medida fundamental de protección integral.

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

La nueva Ley de Promoción y Protección Integral se aplica obligatoriamente a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. Define su objeto (la “protección integral”) como la garantía del ejercicio y goce pleno, efectivo y permanente de los derechos y garantías reconocidos en el ordenamiento legal y constitucional vigente.

También establece que se entiende por “superior interés del niño” a la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades y el despliegue integral y armónico de su personalidad. Se deben respetar: la condición específica del niño como sujeto de derechos, la opinión del niño, el desarrollo personal en su medio familiar, social y cultural, la edad del niño, su grado de madurez y de discernimiento.

Otro principio relevante que se introduce es el de corresponsabilidad, que establece que todos los actores (tanto públicos como privados) sean responsables de velar por los derechos de niños, niñas y adolescentes en los temas de promoción, protección, resguardo y restablecimiento de los mismos, y lo hagan de manera conjunta.

Las instituciones deben asumir nuevas responsabilidades, no porque no las hubiesen asumido previamente, sino porque en este marco, estas responsabilidades adquieren cierto carácter de “obligatoriedad”.

3.5. Políticas públicas y salud sexual y reproductiva

Cabe destacar que se han registrado avances en materia de legislación referida a la temática, adoptando una mirada preventiva y de promoción de la salud.

La ley 25.673⁷⁵ es un buen ejemplo de ello, no sólo porque asegura la atención gratuita y no discriminatoria en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) a la población en general sino porque, además, protege responsablemente la acción profesional. No obstante, mucho resta por hacerse para superar las barreras culturales, institucionales y profesionales existentes, que perturban la puesta en práctica de los cambios deseados para que la mujer, por ejemplo, acceda- en los servicios de salud pública- a una atención de calidad sin trabas, que le permita satisfacer su derecho a elegir con libertad cuándo quedar embarazada.

Mediante el decreto 1282 del año 2003 se reglamenta la Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable⁷⁶ en el ámbito del Ministerio de Salud.

La Ley asegura el acceso de la población general a la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH-SIDA, la patología genital y mamaria y la prevención del aborto.

En los considerados se expresa que la Ley 25.673 y su reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo a lo prescripto por el Código Civil, en el artículo 921, que otorga el discernimiento a los menores de 14 años. Asimismo, se deja expresa su concordancia con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1994). En este sentido, se enfatiza “[...] el interés superior del niño como beneficiario sin excepción ni discriminación alguna, en el marco de responsabilidad y confidencialidad deseada, como sujeto de

⁷⁵ Ley 25.673 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”. Ver anexo.

⁷⁶ Educación Sexual Integral [en línea] http://portal.educacion.gov.ar/?page_id=57

derecho, del más alto nivel de atención de la salud y de la salud sexual y reproductiva en particular (artículo 4° de la Ley).

Por otra parte, y en lo referente a las instituciones educativas, artículo 9° señala la obligatoriedad de impartir educación sexual en todas las escuelas, sean éstas confesionales o no, en el marco de las respectivas convicciones.

Son objetivos del Programa, entre otros, la prevención de embarazos no deseados, la promoción de la salud sexual de las y los adolescentes, la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, potenciar el protagonismo de la mujer en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y a la procreación responsable.

Si bien en la actualidad el gobierno sostiene una política general, apoyada por instrumentos legales que asegura recursos e insumos anticonceptivos en el campo de la SSyR y promueve la equidad de género, se hace necesario asegurar la promoción de los servicios, mejorar el acceso de la población a los servicios existentes y la capacitación de los profesionales de la salud y del área social en atención de calidad, en consejería, desde una perspectiva de género. La sanción del programa nacional de educación sexual integral es una eficaz herramienta de apoyo ya que, en la actualidad, se realizan actividades informativas puntuales en la comunidad y escuelas bajo la genérica denominación “educación sexual” con propósitos de difusión y/o cuidado de la salud sexual.

Otra de las leyes sancionadas referidas a la misma cuestión es la Ley N° 26.150 Educación Sexual Integral⁷⁷, la cual establece que todos los alumnos y alumnas tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos, públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial y municipal.

Los principales objetivos que establece son: incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas, asegurar la trasmisión de conocimientos precisos y actualizados sobre aspectos relacionados a la educación sexual integral, promover

⁷⁷ Ley 26.150 “PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL”. Ver en anexo.

actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual reproductiva en particular y procurar igualdad de tratos para varones y mujeres.

PARTE II

LA INVESTIGACION

CAPITULO 2. LA INVESTIGACIÓN

1. Encuadre Institucional

CEREMAP (Centro de Resiliencia Mar del Plata)

CEREMAP es una Asociación Civil sin Fines de Lucro destinada al diseño, ejecución y evaluación de acciones, programas y proyectos de desarrollo social focalizados en el concepto de Resiliencia, cuya presidenta es la Mgr. Alejandra García Morillo. La organización se halla situada en el centro de la ciudad de Mar del Plata, ubicada en la calle 25 de mayo 3433.

Esta entidad que desarrolla actividades desde el año 2000, ha llevado adelante diferentes programas y proyectos en el transcurso de su historia. A través de un enfoque basado en la resiliencia, su objetivo siempre ha sido, mejorar la calidad de vida de personas y poblaciones vulnerables, mediante diversas actividades como capacitación de oficios y arte, organización de microemprendimientos, recreación, promoción de la salud, entre otras.

La población que atiende son: los niños, adolescentes y jóvenes vulnerables en situación de pobreza crítica, con quienes las intervenciones se encuentran orientadas a estimular la participación, autonomía, autoestima y autogestión; las mujeres en situaciones especiales (matrifocalidad, madres adolescentes, mujeres desempleadas, mujeres migrantes, mujeres que trabajan en voluntariado); instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales y grupos y organizaciones Juveniles.

Los proyectos que se emprenden, se desarrollan en la sede CEREMAP, en barrios periféricos de la ciudad, en otros municipios y en la provincia de Catamarca.

Proyecto NIDOS: Inclusión social y desarrollo: embarazo/maternidad/paternidad adolescentes

En el año 2009, Ceremap en conjunto con los municipios de Gral. Pueyrredón, Gral. Alvarado y Villa Gesell elaboraron un proyecto al que llamaron NIDOS. Este fue

presentado ante la Unión Europea, organización que aprobó y financió el mismo, que fue ejecutado durante los años 2010-2012.

Características Generales: El proyecto se orientó al trabajo en conjunto de los actores no estatales y los gobiernos locales propiciando nuevas “experiencias” en torno al embarazo adolescente desde una perspectiva multinivel, donde la prevención, el embarazo y el nuevo núcleo familiar resultante se consideren desde una concepción unificadora que rompe con la fragmentación de las políticas y programas implementados – hasta ahora - desde el Estado y las organizaciones comunitarias. Para ello, se previeron 3 ejes: dos de prevención y uno de transferencia.

El Primer eje se centró en la prevención primaria, teniendo como beneficiarios directos a adolescentes de entre 10 y 18 años residentes en los Municipios de Gral. Pueyrredón, Gral. Alvarado y Villa Gesell y como beneficiarios finales a las instituciones escolares, ONGs que trabajan en la temática y equipos docentes.

Se centró en el diseño de un modelo de prevención donde el/la adolescente asume el rol de sujeto activo y protagonista en las decisiones que le competen. Se trata de una propuesta cuyo objetivo aspiró al cambio de posicionamiento respecto a la propia sexualidad, entendida ésta como la conexión con el deseo, la revisión de lo prohibido, la erotización del cuerpo y la mirada distinta de uno mismo y del otro.

Se realizaron diferentes actividades para llevar a cabo dicho eje:

a) Campañas de Sensibilización: distribución de material informativo, aplicación de la encuesta, evacuación de consultas sobre temas de prevención, de derechos y de lugares donde acudir para ser atendido en las ciudades. Los espacios para esta actividad fueron playas, Carpa de Salud, plazas, Congresos y ferias comunitarias. Se establecieron en total 15.000 contactos de sensibilización.

b) Talleres de sexualidad: a través de distintas técnicas grupales como revisión en forma lúdica de mitos sexuales, videos documentales, buzón de preguntas, etc. Además, charlas formativas a cargo de equipos técnicos de las Unidades Sanitarias

especialmente acerca de métodos anticonceptivos. En total, se realizaron 18 talleres de sexualidad de los que participaron 400 adolescentes.

c) Realización de Talleres de sexualidad utilizando la técnica de Teatro Foro y promoción de respuestas alternativas. Se aplicó en escuelas públicas y privadas y en programas de los que participaron adolescentes de entre 13 y 18 años.

La técnica Teatro foro está basada en el Teatro del Oprimido del brasileño Augusto Boal, y consiste en la elaboración de un guion breve que expresa una situación vivida por los destinatarios. El final es abierto y se invita a los asistentes a “reparar” la escena, realizar un debate y encontrar alternativas de resolución acerca de lo representado, con obvias implicancias para y en la vida, en este caso, de los/as adolescentes.

El guion fue escrito e interpretado por un grupo de actores jóvenes de fácil identificación para los/as adolescentes, y de un equipo coordinador integrado por una pareja pedagógica responsable de la totalidad de la actividad. Al finalizar cada taller los/as adolescentes completaban una encuesta, base sustantiva de nuestro trabajo. De la obra participaron en total de los tres municipios un total 2.280 adolescentes y realizaron 800 adolescentes realizaron la encuesta.

El segundo eje es de prevención secundaria (intervención directa) que tuvo como destinatarios a adolescentes en situación de paternidad y maternidad de entre 10 y 18 años con NBI y sus niños recién nacidos.

El trabajo se englobó sobre un modelo consensuado de maternidad/paternidad, considerando las especificidades de este grupo en su condición de edad y género; y el fortalecimiento y redefinición de los vínculos familiares. Esto, contribuyó a la internalización de la condición madre/padre como asimismo – al interior de la unidad doméstica – visibilización de los roles específicos en torno a las otras figuras parentales: abuelos/as, tíos/as.

Las sedes se denominaron NIDOS y fueron instalados en los barrios periféricos de cada municipio. En Gral. Pueyrredón funcionaron 7 NIDOS en las sedes: CDI Herradura,

CDI Newbery, CDI Pueyrredón, CDI Belgrano, Centro de Salud Libertad, Centro de Salud Coelho de Meyrelles y Escuela N°19.

Dichos NIDOS se constituyeron en un espacio real y simbólico de inclusión social, donde se asumió plenamente la situación de embarazo/maternidad/paternidad de los/as adolescentes. Se trabajó activamente para la construcción de un proyecto vital a través de la estimulación, educación y capacitación laboral en un intento por comenzar a romper el círculo de trasvasamiento intergeneracional de la pobreza.

Las experiencias vividas en cada uno de los NIDOS fueron registradas por las coordinadoras en cuadernos de bitácora e historias de la embarazada.

Se organizaron y funcionaron: 13 NIDOS como espacios de contención para las/os adolescentes en situación de embarazo/maternidad/paternidad y su grupo de pertenencia. Participaron en total 525 adolescentes.

Por último, el tercer eje estuvo orientado a la transferencia, sistematización de experiencia y elaboración de un Manual de Buenas Prácticas, aspirando llegar a los decisores políticos, a cuadros técnicos de los municipios y otras jurisdicciones estatales y organizaciones de la sociedad civil que trabajen los temas vinculados a adolescencia, a docentes e investigadores (para contribuir a la construcción de datos que abonen la teoría sustantiva) y a la sociedad en general.

Las autoras del presente trabajo intervinieron en el desarrollo de los 3 ejes.

2. Aspectos metodológicos

El presente trabajo constituye un estudio de tipo descriptivo, tendiente a conocer el riesgo en la conducta sexual de los/as adolescentes en situación de pobreza de la ciudad de Mar del Plata.

El estudio intenta contribuir a la base analítica conceptual existente para explicar esta realidad, y pensar nuevas formas de abordaje.

A tal efecto se determinó como unidad de análisis a adolescentes de ambos sexos, entre 11 y 18 años en situación de pobreza, residentes en dicha ciudad. La muestra seleccionada fue de 335 casos, representativos de los y las adolescentes que residen en situación de pobreza de la ciudad de Mar del Plata.⁷⁸

Los datos fueron recabados de las encuestas auto-administradas, realizadas a un total de 335 jóvenes en el marco de proyecto NIDOS, luego de cada una de las presentaciones de teatro foro, durante el periodo de julio 2010-septiembre 2012.⁷⁹

De la encuesta, se seleccionaron aquellos ítems cuyos contenidos fueron potenciales para la identificación de factores de riesgo en la conducta sexual del grupo estudiado, como así también, los datos que expresaron sus percepciones e intereses que fueron base para la propuesta de intervención.

Para su posterior procesamiento y análisis, los datos fueron volcados en una “matriz de datos” confeccionada en el programa informático SPSS⁸⁰.

Al mismo tiempo se utilizó información sistematizada de los cuadernos de bitácora, instrumento donde las coordinadoras de las sedes registraron las experiencias vividas en los NIDOS (eje de prevención secundaria), de la historia de la embarazada, y de los talleres

⁷⁸ A pesar de los esfuerzos por obtener el porcentaje de adolescentes pobres en la ciudad de Mar del Plata desde las diferentes fuentes (Censos, investigaciones, EPH), no se ha logrado obtener los datos. El Observatorio Social Legislativo en su informe “Datos Nacionales y Provinciales Económicos- sociales de interés Legislativo”, enero 2013. P Mar del Plata- Batán, 2013” lo plantea como un objetivo a desarrollar para el año 2014.

⁷⁹ Citado en el apartado encuadre institucional, Proyecto NIDOS.

⁸⁰ Statistical Package For Social Sciences

realizados durante la técnica de Teatro Foro. Participaron de los NIDOS de Gral. Pueyrredón 350 adolescentes.

Las técnicas utilizadas son:

- Encuesta⁸¹

- Recopilación documental:

- Documentos escritos: ⁸² Cuadernos de Bitácora, historias de las embarazadas, informes del Programa NIDOS, Investigaciones previas sobre la temática.

- Documentos estadísticos: Censo Nacional, INDEC Encuesta Permanente de Hogares, OMS –Organización Mundial de la Salud, C.I.E.M –Centro de Información Estratégica Municipal de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón-, Fundación HUESPED, OSL – Observatorio Social Legislativo de la Cámara de Diputados de la Pcia. De Buenos Aires- .

Finalmente, se menciona que se trata de una investigación mixta ya que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos, que permitirán identificar los factores que intervienen en la conducta sexual de los/as adolescentes en situación de pobreza de Mar del Plata. El enfoque cuantitativo se aplica al determinar resultados numéricos utilizando la técnica de la encuesta y el enfoque cualitativo al analizar experiencias y datos que permiten describir y explorar el comportamiento de los y las jóvenes participantes del Programa, proporcionando un conocimiento único y particular por su cercanía al entorno.

⁸¹ Ver en Anexo

⁸² ibídem

3. Presentación y análisis de los resultados

A continuación se presentan los principales resultados de la investigación. La organización de los aspectos cuantitativos se ha realizado a partir de los siguientes temas: características de la población estudiada, de las prácticas sexuales realizadas por los/as encuestados/as, de los conocimientos y dudas que presentan, las redes sociales y los temas que son de interés. Luego se detallan los aspectos cualitativos de la muestra originados a partir de los interrogantes de la encuesta ¿Qué es para vos cuidarte? ¿En qué cambiaría tu vida si estas esperando un hijo? Y las historias de vida registradas en la experiencia NIDOS (ejes de prevención secundaria).

3.1. Datos: cuantitativos

Acerca de la población adolescente estudiada...

El **mapa 1** muestra el territorio de la ciudad de Mar del Plata, dividido por distritos.

Se puede observar que la población estudiada se ubica en las zonas Puerto, Suroeste, Oeste y Noroeste, distinguiéndose los barrios donde la misma reside.

Cuadro 1: Distribución de los encuestados por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mujer	189	56
Varón	146	44
Total	335	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Cuadro 2: Distribución de los encuestados por edad

Edad	Porcentaje (%)
11	1
12	4
13	7
14	25
15	20
16	17
17	15
18	8
19	3
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS,
AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

La muestra está compuesta por 335 casos de adolescentes entre 11 y 19 años. El 56 % de los encuestados son mujeres y el 44 % varones.

Del total, la adolescencia media (14 a 16 años) representa el 62%, mientras que la adolescencia tardía (17 a 19 años) el 26% y la adolescencia temprana (11 a 13 años) el 12%. **Cuadro 1 -2.**

Acerca de las prácticas sexuales de los/as jóvenes...

Cuadro 3: Porcentaje de adolescentes que han tenido o no relaciones sexuales.

Iniciación sexual	Porcentaje (%)
Si	62
No	38
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010- 2011

Elaboración propia.

Cuadro 4: Porcentaje de adolescentes que han tenido o no Relaciones sexuales según sexo.

Iniciación sexual	Mujer (%)	Varón (%)
Si	56	72
No	44	28
Total	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Como lo indica el **cuadro 3** del total de la muestra, el 62% manifestó haber tenido su primera experiencia sexual. En términos relativos, el 56% de las mujeres encuestadas y el 72% de los varones han tenido relaciones sexuales- **Cuadro 4-**

Cuadro 5: Porcentaje de edad de inicio de las relaciones sexuales

Edad	Porcentaje (%)
11	4
12	8
13	25
14	28
15	21
16	12
17	1
18	1
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Cuadro 6: Porcentaje de edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo.

Edad	Mujer (%)	Varón (%)
11	3	6
12	10	7
13	16	34
14	25	30
15	29	12
16	13	11
17	2	0
18	2	0
Total	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Entre aquellos que han tenido su primera relación sexual, la edad de inicio de la misma se sitúa en torno a los 14 años. En términos generales, los/as encuestados/as han indicado que el inicio de la vida sexual activa se produce en la adolescencia media -13 a 16 años- 86%. -cuadro 5-.

En este sentido, si bien los varones tienden a iniciar más tempranamente que las mujeres su actividad sexual –a los 13 años, 34% de los varones frente al 16% de las mujeres-, en torno a los 14 años, los valores entre hombres y mujeres tienden a equilibrarse. –Cuadro 6-.

Por lo tanto, podemos establecer que la tendencia en las mujeres es iniciar su vida sexual entre los 14 y 15 años, mientras que para los varones la edad de inicio se sitúa entre los 13 y 14 años.

Cuadro 7: Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual según sexo.

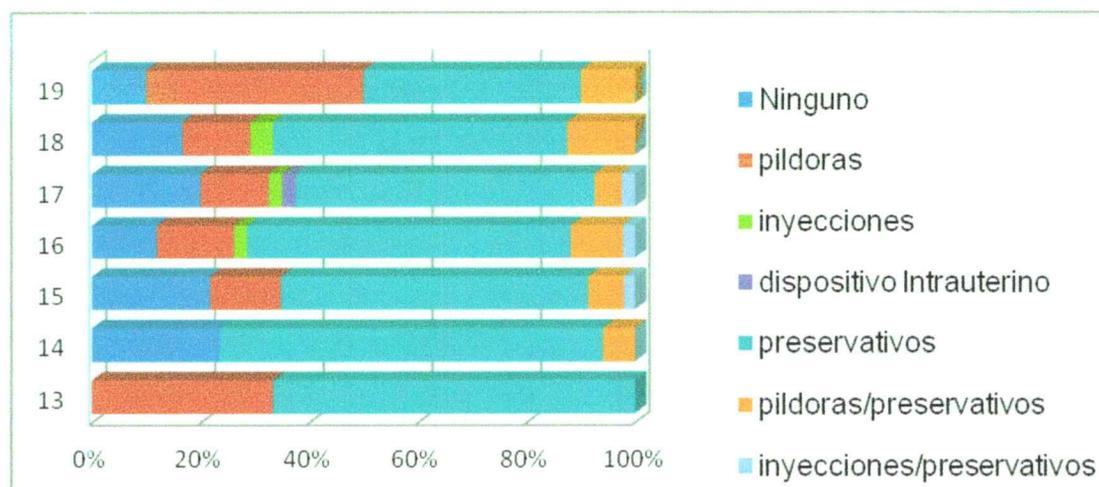
Sexo	Utilizó (%)	No Utilizó (%)
mujer	37	63
Varón	64	36
Total	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Al consultar sobre el uso de un método de protección durante la primera relación sexual, se observa que el 63% de las mujeres y el 36 % de los varones no han utilizado algún método en esa oportunidad. Siendo el grupo de varones quienes presentan mayor grado de utilización.

Gráfico 1: Tipo de método de anticoncepción utilizado según grupo de edad.



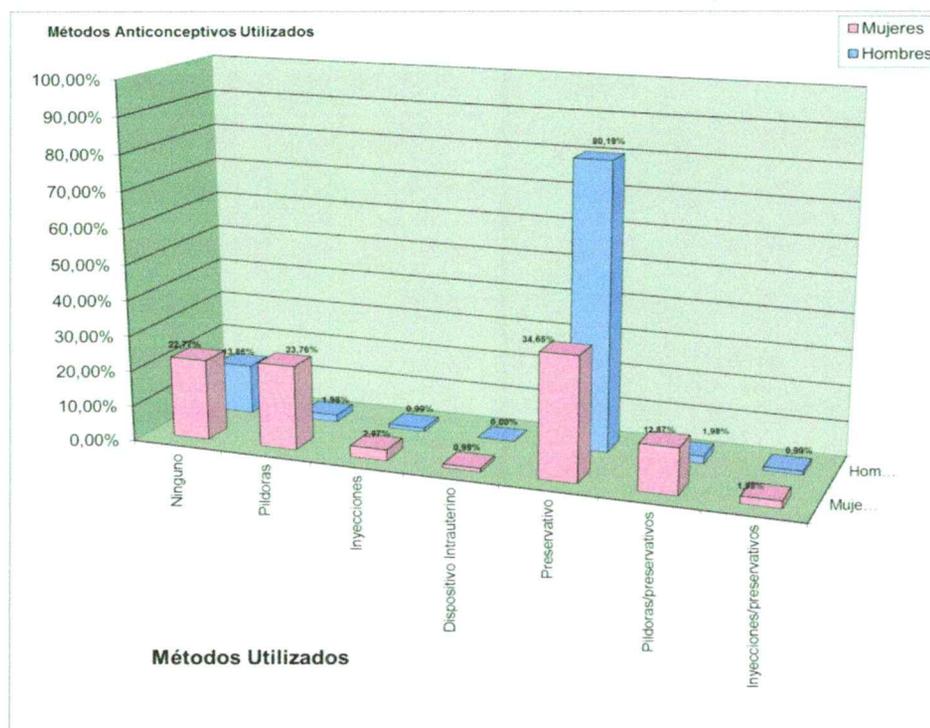
Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Posteriormente, en el **gráfico 1** se observa la tasa de utilización de métodos de protección -de los/as encuestados sexualmente activos- para cada grupo de edad.

Del total de la muestra que expresó no utilizar ningún método de protección, **el 57% corresponde al grupo de edad de 14 a 16 años**. Mientras que entre aquellos que sí utilizan, no hay diferencia entre los grupos de edad, siendo **el método más utilizado el preservativo**. Del mismo modo, se representa que el uso combinado de la píldora y del preservativo, y de la píldora de forma exclusiva aumenta con el avance de la edad.

Gráfico 2: Tasa de utilización de cada método según sexo.



Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En el **Gráfico 2**, examinamos la tendencia del uso de los métodos de protección según el sexo del encuestado. Se destaca una gran diferencia en el uso del preservativo, siendo utilizado en mayor medida por los varones. Lo mismo ocurre con el uso de las píldoras, siendo este el más escogido por las mujeres.

Asimismo, **es relevante el porcentaje de adolescentes, tanto mujeres como varones, que expresaron no utilizar algún método anticonceptivo durante una relación sexual.**

Cuadro 8: Frecuencia de actividad sexual de los/as adolescentes

Frecuencia	Adolescentes sexualmente activos (%)
cada semana	34
cada mes	7
cada tanto	59
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Cuadro 9: Frecuencia de las relaciones sexuales según sexo.

Sexo	Frecuencia			
	Cada semana (%)	Cada mes (%)	Cada tanto (%)	Total (%)
Mujer	38	4	58	100
Varón	30	11	59	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Al examinar la frecuencia con la que los/as jóvenes tienen relaciones sexuales, se indica que un 59 % practican sexo de manera ocasional (cada tanto) y el 34% mantiene una vida sexual, en la que al menos semanalmente tiene relaciones sexuales **-cuadro 8-**.

Al desagregar por sexo al grupo que tiene relaciones sexuales con alguna frecuencia, no se registran datos significativos ya que no existen diferencias entre ambos sexos. **-cuadro 9-**

Cuadro 10: Porcentaje del uso de métodos anticonceptivos según la frecuencia de las relaciones sexuales

Frecuencia	métodos anticonceptivos							Total (%)
	Ninguno (%)	Píldora (%)	Inyección (%)	Dispositivo Intrauterino (%)	Preservativo (%)	Píldora/preservativo (%)	Inyección/preservativo (%)	
Cada semana	12	17	5	1	55	8	2	100
Cada mes	14	8	0	0	71	7	0	100
Cada tanto	19	11	1	0	58	8	3	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Considerando el método anticonceptivo utilizado por los/as encuestados/as según la frecuencia de las relaciones sexuales **-cuadro 10-** se muestra que el preservativo es el método más utilizado en cada uno de los grupos.

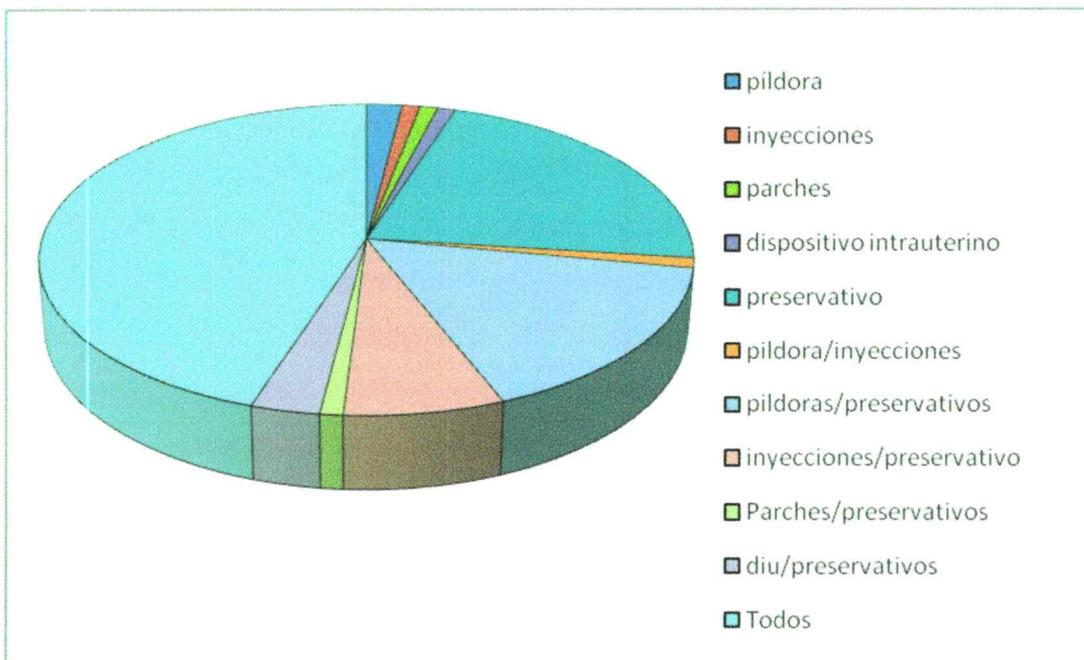
Al cotejar la información de los **cuadros 8 y 10**, podemos observar que del 34% de los/as jóvenes que expresaron tener relaciones sexuales cada semana, un **-55%-** manifestaron usar preservativo como método anticonceptivo, mientras que el 12% expresó no utilizar ningún método.

Al mismo tiempo, la mayor parte de los/as adolescentes 59% **-Cuadro 8-** manifestó tener relaciones esporádicamente. En este grupo sólo el 58% afirmó utilizar preservativo

y, el dato más saliente es que el 19% no utiliza ningún método de prevención durante sus relaciones sexuales.

Acerca de sus dudas y conocimientos

Grafico 3: Métodos anticonceptivos conocidos por los/as encuestados



Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En el **grafico 3** se evidencia que casi la totalidad de los/as encuestados/as conocen al menos dos métodos anticonceptivos, siendo las píldoras y el preservativo los más elegidos. En tanto que los parches y el DIU resultaron ser los menos conocidos.

Cuadro 11: Porcentaje de temas vinculados a la sexualidad sobre los que tienen dudas según si se ha iniciado la actividad sexual

Iniciación sexual	Dudas sobre la sexualidad				
	Infecciones de transmisión sexual (%)	Métodos anticonceptivos (%)	Acceso a la consulta médica (%)	Uso de preservativo (%)	Otros (%)
Si	52	13	22	8	5
No	41	27	19	13	0
Total	48	18	21	10	3

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

También, se consultó a los/as jóvenes sobre las dudas que posee sobre la sexualidad, estratificando las respuestas conforme manifestaron haber tenido o no su primera experiencia sexual. **-Cuadro 11-**

El cuadro advierte que **el 52% de los/as jóvenes que han iniciado su vida sexual tienen dudas sobre infecciones de transmisión sexual, seguida sobre el modo de acceder a la consulta médica 22%.**

En términos generales, tanto las infecciones de transmisión sexual como el acceso a la consulta médica son los temas sobre los que más dudas se plantean la población estudiada, mientras que el uso del preservativo solamente se plantea como tema preocupante para el 10%, indistintamente haya o no tenido relaciones sexuales.

Cuadro 12: Temas vinculados a la sexualidad sobre los que tienen dudas según sexo.

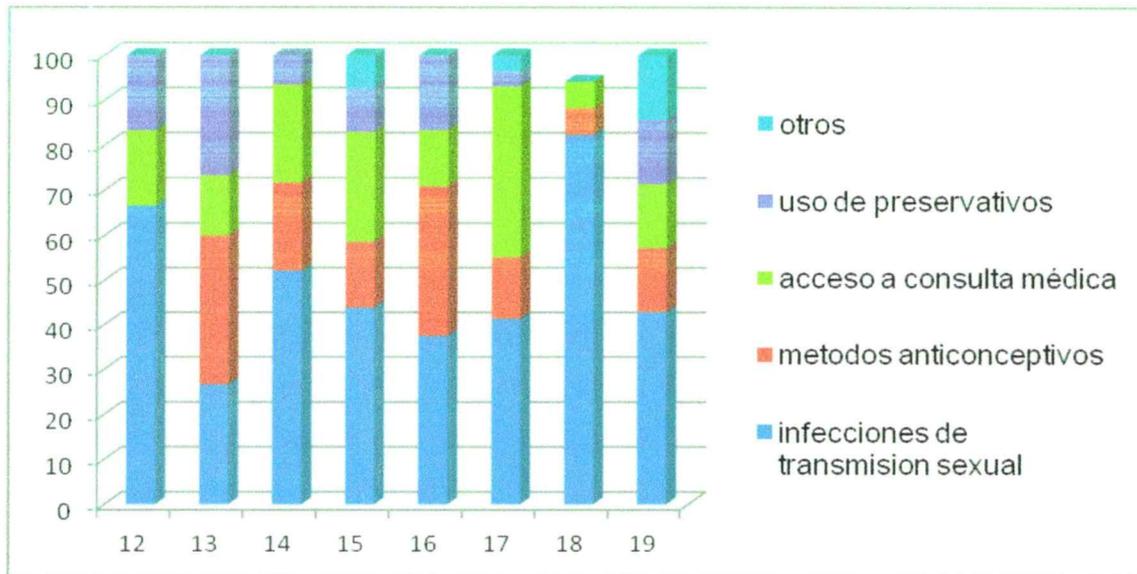
Sexo	Dudas sobre la sexualidad					
	Infecciones de transmisión sexual (%)	Métodos anticonceptivos (%)	Acceso a la consulta médica (%)	Uso de preservativo (%)	Otros (%)	Total (%)
Mujer	43	21	21	11	4	100
Varón	53	14	22	8	3	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En el **cuadro 12**, procedimos a examinar las dudas que tienen los/as adolescentes relacionadas a la sexualidad conforme el sexo de los encuestados. El resultado no presenta diferencias relevantes.

Gráfico 4: Distribución de los temas relacionados a la sexualidad sobre los que existen dudas según grupo de edad.



Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

También, se estudian los principales temas sobre los que los/as adolescentes requieren mayor información según el grupo etario al que pertenecen. En el **gráfico 4** se evidencia que las mayores dudas como por ejemplo, el uso del preservativo y los métodos anticonceptivos aparecen en las edades de iniciación sexual, con una disminución de su interés a medida que avanza la edad.

Esto permite suponer que los/as jóvenes a partir de los 12 años asumen su sexualidad en un ámbito de falta de información, sin pleno conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Cuadro 13: Mecanismo utilizado para evacuar dudas sobre la sexualidad según sexo

Mecanismo para evacuar dudas	sexo		Total (%)
	Mujer (%)	Varón (%)	
amigos	30	31	30
escuela	4	11	7
padres	35	28	31
hermanos/primos	13	13	13
profesionales de salud	8	5	7
internet	3	3	4
otros	7	9	8
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Otro aspecto significativo que se observa es el modo en el que los y las adolescentes evacúan sus dudas sobre la sexualidad. Al ser consultados se visualiza como principales fuentes de información a los amigos (30%) y a los padres (31%), sin presentar variaciones significativas entre varones y mujeres. Por su lado, el sistema educativo y de salud, no se ubican entre las principales fuentes consultadas (14%) -Cuadro 13 -.

Cuadro 14: Principal medio para acceder a los métodos anticonceptivos.

Medio de acceso	Porcentaje
salita/hospital/médico	39
Padres/madre/familiares/amigos	44
Otros (farmacia y quioscos)	16
Ambos medios	1
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Al indagar a las/os adolescentes que utilizan algún método de prevención, sobre el modo en que acceden al mismo, observamos que el 44% acuden a sus relaciones sociales y/o familiares, un 16% a quioscos y farmacias y tan solo el 39 % utilizan un servicio de salud.- **Cuadro 14-**

El acceso a los métodos de protección, al igual que a la información, por medio de mecanismos informales constituye el aspecto más generalizado entre los/as adolescentes.

Gráfico 5: Medio por el que accede a métodos anticonceptivos según grupo de edad.



Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En el **gráfico 5** se analiza el mecanismo de obtención de los métodos anticonceptivos según el grupo de edad. Se expone que a medida que los/as jóvenes avanzan en edad, la tendencia a acceder por medio del hospital, Unidad Sanitaria o redes institucionales aumenta, mientras que, a medida que disminuye la edad, la tendencia es a acudir a las redes informales.

Acerca de sus apreciaciones y conocimientos sobre sexualidad...

Cuadro 15: Porcentaje de método más eficaz para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual

Métodos anticonceptivos	Porcentaje (%)
Píldoras	2
inyecciones	5
parches	1
Dispositivos intrauterino	3
preservativos	76
píldoras-preservativos	13
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010- 2011
Elaboración propia.

Cuadro 16: Porcentaje de métodos considerado que considera más eficaz para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual según sexo

Métodos anticonceptivos	Sexo	
	Mujer (%)	Varón (%)
Píldoras	2	2
inyecciones	6	4
parches	1	2
Dispositivos intrauterino	2	1
preservativos	72	83
píldoras-preservativos	17	8
Total	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Al momento de evaluar el conocimiento que posee la población estudiada sobre la efectividad de los diferentes MAC, se indagó acerca de que métodos consideraban más eficaces para prevenir las ITS. De esta forma advertimos, que si bien el 76% señaló al

preservativo como único método de prevención, un 24% de los/as encuestados consideraron a las píldoras, inyecciones, parches o DIU.-**Cuadro 15-**

Al mismo tiempo, se estratificó la respuesta según sexo -**Cuadro 16-** manifestándose que no hay diferencia acerca del conocimiento que posee, ya que el 72% de las chicas frente al 83% de los chicos, considera que el preservativo es el método más eficaz para prevenir las ITS. Pero también se revela, que el **28% de las mujeres y el 17% de los varones no evidencian saber que la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual está asociada directamente al uso del preservativo.**

Cuadro 17: Porcentaje de método que considera más eficaz para la embarazo prevención de embarazo

Método anticonceptivos	Porcentaje (%)
Píldora	13
inyecciones	10
parches	1
dispositivo intrauterino	4
preservativos	52
píldoras-preservativo	20
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010- 2011
Elaboración propia.

Cuadro 18: Porcentaje de método que considera más eficaz para la prevención de según sexo.

Método anticonceptivos	Sexo	
	Mujer (%)	Varón (%)
Píldora	16	10
inyecciones	15	4
parches	1	1
dispositivo intrauterino	5	2
preservativos	40	67
píldoras-preservativo	23	16
Total	100	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011
Elaboración propia.

Luego, se consultó sobre el método que consideran más eficaz para prevenir un embarazo. En términos generales, los/as jóvenes aprecian que el preservativo y el uso combinado de píldora y preservativo son los métodos más seguros. **-cuadro 17-**

En las respuestas aparecen diferencias significativas entre sexos en relación al uso del preservativo, el 40% de las mujeres respecto al 67 % de los varones considera que este es el método más eficaz para evitar un embarazo. Respecto a los demás métodos anticonceptivos, estos fueron seleccionados mayormente por el grupo femenino, como por ejemplo, el uso combinado de píldoras con preservativo (16,57% frente al 7,53% de los varones), y las inyecciones (6,42% frente al 4,1% de los varones). **-cuadro 18-**

Cuadro 19: Responsabilidad del cuidado en la relación sexual según sexo

Sexo	Responsabilidad del cuidado		
	Mujer (%)	Varón (%)	Compartida (%)
Mujer	4	3	93
Varón	4	8	88
Total	4	5	91

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

Por otro lado, se indagó sobre quién es el responsable del cuidado durante la relación sexual según los/as encuestados/as. Del total, el 91% considera que la responsabilidad del cuidado es compartida, no evidenciando diferencias entre ambos sexos. **-Cuadro 19-**

Cuadro 20: Porcentaje de Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos según sexo.

Sexo	Derechos sexuales y reproductivos		Total (%)
	Conoce (%)	No conoce (%)	
Mujer	55	45	100
Varón	49	51	100
Total	52	48	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

También, se examinó sobre el conocimiento que tienen los/as jóvenes acerca de los derechos sexuales y reproductivos, el cuadro muestra que sólo el 52% de los/as encuestados/as manifiesta conocer en qué consisten los derechos sexuales y reproductivos, sin diferencias significativas entre ambos sexos. **-cuadro 20-**.

Acerca de temas de interés...

A continuación consideramos necesario conocer los temas relacionados a la sexualidad que resultaron de mayor interés para la población estudiada, ya que contar con esta información permite pensar en acciones y políticas acordes a sus necesidades.

Cuadro 21: Porcentaje de los principales temas de interés de los/as encuestados/as

Temas de interés	Porcentaje (%)
prácticas sexuales	25
Identidad y diversidad sexual	6
mitos sobre sexualidad	10
Infecciones de transmisión sexual	16
métodos anticonceptivos	9
Abuso sexual	19
Todos	14
ninguno	1
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En el **cuadro 21** se observa que la información sobre prácticas sexuales es la que suscita mayor interés (25%), continuando por el abuso sexual (19%) y las infecciones de transmisión sexual (16%).

Cuadro 22: metodología preferida para el abordaje de temas vinculados a la sexualidad

Metodología	Porcentaje (%)
Exposiciones de profesores del área de salud	47
talleres vivenciales	9
Videos	9
charlas de profesores de otras materias	8
Análisis de situaciones - teatralizaciones	5
testimonios de alumnos/as	7
página web / Internet	2
Otros	2
Todos	10
Ninguna	1
Total	100

Fuente: Encuesta NIDOS, AÑO 2010-2011

Elaboración propia.

En relación a la metodología elegida para abordar dichos temas, la exposición por parte de los profesores del área de salud fue la modalidad que concentró la preferencia de los/as chicos (47%) mientras que el 53% restante se distribuyó equitativamente en el resto de las opciones. **-cuadro 22-**

3.2. Datos cualitativos

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los aspectos cualitativos de la encuesta relevada.

Los y las jóvenes fueron consultados sobre lo que era para ellos/as **"cuidarse"**, visualizándose diferentes valoraciones al respecto.

Del total de la muestra:

• 195 adolescentes (86 varones y 109 mujeres) lo relacionaron con **usar métodos anticonceptivos para prevenir enfermedades sexuales y embarazo no deseado:**

-*"a la hora de tener relaciones sexuales, usas preservativos"*. Varón, 15 años

-*"tomar las pastillas todos los días y que tu pareja o novio use preservativos"*. Mujer, 16 años

-*"prevenir enfermedades y embarazos no deseados"*. Varón, 18 años

-*"es prevenir enfermedades o dejar a tu novia embarazada"*. Varón, 17 años

-*"tener autoridad sobre tu cuerpo para no quedar embarazada y prevenir enfermedades"*. Mujer, 19 años

-*"para mi cuidarse es en lo sexual, con los métodos preservativo, píldoras e inyecciones"*. Varón, 14 años

-*"usar forro y pensar las cosas antes de hacer"*. Varón, 16 años

-*"prevenirse de las enfermedades de cada uno, no dejar embarazada con cualquiera que se te cruce"*. Varón, 18 años

• 31 adolescentes (10 varones y 21 mujeres) lo relacionaron con la **prevención de un embarazo:**

-*"para mi es cuidarse si no querés quedar embarazada"*. Mujer, 17 años

- *“cuidarse en el embarazo para mí es prevenir, no tener una gran responsabilidad, porque los jóvenes hoy en día no estamos capacitados para tener un hijo”*. Mujer, 15 años

- *“para poder disfrutar mi vida y prevenir el embarazo temprano”*. Varón, 14 años

- *“algo muy importante porque no me gustaría ser mamá a los 14 años y no me gustaría desilusionar a mis papás”* Mujer, 14 años

- *“para mí cuidarse es no tener hijos”* Varón, 17 años.

• 26 adolescentes (13 varones y 13 mujeres) lo relacionaron con la **Prevención de ITS:**

- *“significa protegerse de enfermedades sexuales”*. Varón, 15 años

- *“el cuidarse con las enfermedades sexuales y cuidarse para no transmitir ninguna enfermedad”*. Varón, 18 años

- *“cuidarse del Sida”* mujer, 15 años

- *“para mí es prevenir el HIV”* mujer, 16 años

• 58 adolescentes (21 varones y 37 mujeres) se refirieron al **cuidado de manera integral, incluyendo tanto la prevención de ITS, embarazos no deseados como el cuidado de sí mismo y del otro:**

- *“cuidar a mi pareja”* Varón, 16 años

- *“tener conciencia y responsabilidades en cuanto a las enfermedades y a tener hijos en el momento que sea su elección”* varón, 18 años

- *“entender que es necesario quererse a uno mismo y a la persona que te acompaña, sea en una relación sexual o en otros aspectos de la vida. Respeto por el cuerpo que es el único que tenemos”* mujer, 19 años

- *“para mi cuidarse es tratar de cuidarse uno mismo y respetarse y no hacer lo que te digan”* mujer, 15 años

- *“para mi cuidarse es lo más importante porque así estamos cuidando nuestra vida y nuestra salud. De no cometer errores al tener relaciones”* mujer, 18 años

- *“para mi cuidarse es prevenir enfermedades y no quedar embarazada. Es tener respeto a nosotros mismo y al otro”* mujer, 19 años

- *“usar preservativos, pastillas, inyección y decir que no cuando no hay para cuidarse”* mujer, 14 años

- *“usar preservativos, saber cómo es la chica y saber si tiene alguna enfermedad”* varón, 16 años

- *“no estar con cualquiera, usar preservativos, tomar pastillas y fijarte donde lo haces”* mujer, 14 años

• 19 adolescentes (10 varones y 9 mujeres) lo relacionan a **tener conciencia de los actos y asumir las responsabilidades:**

- *“estar consciente de lo que hacemos y cuidarnos siempre”*. Varón, 19 años

- *“estar consciente de lo que estás haciendo, y pensar en lo que puede pasar si no me cuido”*. Mujer, 16 años

- *“pensar en lo que voy hacer y las consecuencias de lo que pueden traer”*. Mujer, 13 años

- *“ser responsable”*. Varón, 17 años

• 2 adolescentes (1 varón y 1 mujer) lo relacionaron con **no arruinarse la vida:**

- *“muchas cosas, no arruinarte la vida”*. Varón, 18 años

- *“pensar antes de hacer las cosas que te arruinen la vida, y si lo haces cuidarse tomando pastillas”*. Mujer, 14 años

- Un adolescente varón respondió que implicaba **no tener relaciones sexuales**:

- *“no tener relaciones sexuales”*. Varón, 14 años.

- 3 adolescentes (1 varón y 2 mujeres) lo relacionaron a **contar con información sobre sexualidad**:

- *“es no tener dudas”*. Varón, 16 años

- *“es estar bien informada sobre la sexualidad”*. Mujer, 14 años

- *“usar preservativo, y tener una buena educación para estar bien informados”*.

Mujer, 14 años

Respecto al interrogante planteado, la palabra de la mayoría de los adolescentes sin distinción de sexo (252) revela la presencia de una mirada plenamente biologicista de la cuestión del cuidado en la sexualidad (especialmente ligado al uso de MAC con el fin de evitar embarazos no deseados y /o ITS).

Sólo 58 jóvenes del total de la muestra, en su mayoría mujeres, evidencian poseer una mirada integral, relacionando el término con la elección de la pareja, disponer de un lugar cómodo, seguro y privado, elegir cuando ser padres; elegir el momento de tener relaciones; contar con información, cuidar la salud, evitar un embarazo no deseado y ITS, y asumir responsabilidades de los actos.

Por último, se identifica a 19 adolescentes que consideran que “cuidarse” está directamente relacionado a toma de conciencia de los actos y la responsabilización por sus consecuencias.

Por otro lado, también se los/as consultó sobre **cómo creían que cambiaría su vida si se enteraran que están esperando un hijo**. Las respuestas fueron:

• 219 adolescentes (90 varones y 129 mujeres) respondieron que deberían **dejar de ser adolescente y asumir responsabilidades de adultos**:

- *“problemas: ya no podría disfrutar de comprarme cosas o darme lujos, que le tendría que comprar “todo” lo que necesitaría mi hijo”. mujer, 14 años*

- *“tendría que madurar y olvidarme de la joda” varón, 18 años*

- *“uf! En una banda de cosas, no podría salir más, me muero” mujer, 16 años*

- *“va a cambiar, en que hay cosas que no vamos a poder seguir haciendo como ir a bailar o salir con amigos”. Mujer, 12 años*

- *“pasas de ser un adolescente a ser un adulto y vas a tener que ser más responsable” varón, 17 años*

- *“en que tendría que ser más responsable y no podría hacer muchas cosas habituales de los adolescentes” mujer, 18 años*

- *“mi forma de vida adolescente, me tengo que poner a trabajar, salir menos, etc.” Varón, 14 años*

- *“muchas cosas, una de ella en que tenés la responsabilidad por alimentar a tu hijo y darle una educación al chico”. Varón, 18 años*

- *“en que sería una gran responsabilidad y no tendría la oportunidad de seguir con mis estudios y trabajo”. Mujer, 18 años*

- *“yo ya tengo y cambio todo, aprendí a ser más responsable”. Mujer, 15 años*

- *“en todo, tanto en lo económico como en lo social” varón, 17 años*

- *“mucho porque creo que a los 16 no estoy preparada para ser mamá” mujer, 16 años*

- *“en todo, se acabarían las salidas, tendría que buscar trabajo enseguida y tendría que ver si cuento con el apoyo de mayores” Varón, 16 años*

- *“en todos los aspectos, la responsabilidad de cuidar a un hijo es para toda la vida y mi vida cambiaría por eso. No podría no pensar en que debo cuidarlo priorizando sus necesidades antes que las mías” mujer, 19 años*

• 72 personas (43 varones y 29 mujeres) manifestaron que tendrían que **buscar un empleo y en consecuencia dejar el colegio:**

- *“en todo tendría que trabajar para mantener al bebe, y el estudio seguramente empeoraría o lo dejaría”. Mujer, 15 años*

- *“tendría que dejar el colegio y ponerme a trabajar”. Varón, 18 años*

- *“porque no voy a poder disfrutar de mi adolescencia y voy a tener que dejar la escuela para trabajar” mujer, 14 años*

- *“en que tendría que trabajar más horas y estudiar de noche” Varón, 17 años*

- *“Tendría que trabajar, hacer una familiar, ser padre” Varón, 17 años.*

- *“buscar un trabajo de acuerdo a los horarios de la escuela” Varón, 17 años*

- *“en que tendría que dejar la escuela”. Varón, 14 años*

- *“Cambiaría en que me impediría estudiar y terminar mis proyectos” mujer, 14 años.*

• 20 Adolescentes (13 varones y 7 mujeres) consideraron que: **cambiarían las relaciones interpersonales (amigos, familia):**

- *“en mi vida cambiaría la relación que tengo con mi familia, amigos, en el colegio, etc.” Mujer, 16 años*

- *“en todo, estudio, trabajo y vida social”. Varón, 17 años*

- *“con mi familia ya no sería lo mismo”. Varón, 15 años*
- *“ya no podría estar tanto en la joda con mis amigas”. Mujer, 18 años*
- **14 adolescentes (6 varones y 8 mujeres) apreciaron que sería algo bueno:**
 - *“en nada, porque sería una gran bendición”. varón, 15 años*
 - *“me hago cargo y sigo mi vida normal”. varón, 14 años*
 - *“yo tengo un hijo y es lo mejor que me paso en la vida, los dos nos hicimos cargo y estamos felices los tres.” Mujer, 18 años*
 - *“yo creo que es algo hermoso, pero te saca algunas cosas” mujer, 16 años*
 - *“sería una vida muy complicada pero linda” varón de 16 años*
 - *“sería lo más lindo del mundo, pero con la persona que amas” mujer, 14 años*
 - *“después de ponerme feliz, trabajar para mantener a mi hijo y mi novia” varón, 16 años*
 - *“en todo, mejoraría mi vida” mujer, 14 años*
 - *“si yo tengo un hijo me cambiaria toda la vida, porque tener un hijo es lo más lindo y salgo de toda la junta”. Varón, 16 años*
- **10 adolescentes (4 varones y 6 mujeres) valoraron como una experiencia sumamente negativa:**
 - *“me matan y me mato yo”. mujer, 16 años*
 - *“en que mis viejos me matan y que no voy a poder divertirme como podía antes” mujer, 14 años*
 - *“me muero, no sé” mujer, 13 años*
 - *“triste, mal, me muero si estoy embarazada tan joven” mujer, 12 años*

- *“me mato” varón, 14 años*

En términos generales, los/as adolescentes consideran que la experiencia de maternidad/paternidad a edades temprana implica asumir grandes responsabilidades como trabajar, ser proveedor del hogar, estar a cargo de otras personas, dejar de realizar prácticas propias de adolescentes y convertirse en personas adultas.

El grupo de los varones son quienes consideraron especialmente que la situación de tener un/a hijo/a implicaría abandonar la escuela para comenzar a trabajar; mientras que para el grupo de las mujeres se relaciona directamente a tener que dedicarse a tareas vinculadas a la crianza.

Historias de los/as participantes de Nidos...

A continuación haremos referencia a diversas situaciones vividas por los/as adolescentes, extraídas de los cuadernos de bitácoras, de los informes e historias de la embarazada, elaborados por las coordinadoras de las sedes donde se desarrolló el eje de prevención secundaria, que dan cuenta de diversos factores que componen la vida cotidiana de los mismos. Esto nos permitirá conocer en mayor profundidad el comportamiento de la población estudiada.

Es importante destacar que los NIDOS se constituyeron en cada barrio en un espacio real y simbólico que permitía a las y los jóvenes y sus familias ser escuchados/as, conversar, compartir experiencias con otros, etc. Se evidenció que el contacto diario, el conocimiento, la convivencia, el diálogo, la confianza y el vínculo entre las coordinadoras y el grupo fueron los pilares para el buen funcionamiento del Programa.

Historias de las mamás adolescentes

Julieta, 19 años (barrio Libertad)

Julieta es la mayor de 3 hermanos, nació cuando su mamá tenía 16 años. No conoce a su padre biológico.

La joven vive con su hija Camila de 10 meses, su mamá y Alejandro (21 años), pareja actual. La pareja espera su primera hija (5to mes de gestación).

La hermana de 16 años se encuentra embarazada de 6 meses y vive en la casa de la familia de su pareja; y su hermano de 18 años convive con su novia de 17 años.

Julieta abandono sus estudios cuando quedó embarazada. No trabaja.

Respecto a Camila no fue reconocida por su padre biológico. Julieta se distanció del mismo, estando embarazada de 4 meses, tras sufrir episodios de violencia.

Seguidamente a la ruptura, Julieta inició una relación con Alejandro, quien decidió asumir como padre de la niña ante los familiares y amigos.

Edad de inicio de actividad sexual: 15 años

Motivos de embarazo: la joven manifestó que el primer embarazo fue buscado con su pareja, mientras que en su segundo embarazo se encontraba utilizando pastillas anticonceptivas, y según ella no fueron efectivas.

Florencia, 17 años (barrio Libertad)

Florencia es la mayor de 4 hermanos, nació cuando su mamá tenía 13 años y su papá 25 años.

La joven abandono sus estudios cuando quedó embarazada. Trabaja por hora esporádicamente en casas de familia y oficinas.

La joven es madre de Tomás de 6 meses, vive junto a él, sus padres y hermanos. La economía doméstica se encuentra a cargo de sus padres.

La relación con Luis, el padre del niño, comienza cuando ella tenía 13 años y él 23 años. El joven casado y con 2 hijos, mantenía la relación con Florencia bajo la promesa de una pronta separación de su mujer.

Después de 4 años de relación Florencia queda embarazada. Ante esta situación, Luis propone a la joven realizar un aborto y de no realizarlo no asumirá sus responsabilidades paternas.

Edad de Inicio de la actividad sexual: 14 años.

Motivo de embarazo: la pareja no utilizo ningún método de protección.

Celeste, 15 años (Barrio Las Heras)

Celeste es hermana mayor de 3 hermanos. Nació cuando su madre tenía 15 años y su padre 18 años.

La joven se encuentra cursando el 3° año de la escuela secundaria y planea continuar sus estudios en la universidad. Debió cambiar de escuela en el momento de quedar embarazada para poder continuar con sus estudios.

Es madre de Lucas de dos años. Vive junto a él, su madre y dos hermanos.

Celeste quedó embarazada a los 13 años de su novio de 15 años, después de un año de noviazgo. Durante el embarazo, el joven colaboró económicamente con ella, pero al tiempo de nacer el niño se distanció, no asumiendo su paternidad. Lucas no tiene vínculo con el mismo.

Celeste actualmente se encuentra en pareja con Ezequiel (15 años), compañero de la escuela, quien la ayuda con el cuidado de su hijo, y a quien éste reconoce como padre de crianza.

Edad de inicio de la actividad sexual: 13 años

Motivo de embarazo: no utilizó ningún método de protección.

Vivencias de los adolescentes en los barrios

El informe de una charla sobre métodos de protección, llevada a cabo por una enfermera en el barrio Belgrano, da cuenta del conocimiento que tienen los/as jóvenes sobre esta temática. Si bien la mayoría de los/as participantes expresaron conocer y/o utilizar alguno de los MAC, se detectaron errores en el uso de los mismos:

- Lucas de 16 años manifestó que durante algunas de sus relaciones sexuales utilizó dos preservativos paralelamente, con el fin de aumentar la protección y evitar un embarazo.
- María de 13 años contó que cuando tiene relaciones sexuales con su novio no utilizan ningún método pero que una vez decidieron cuidarse con preservativo, y éste quedó dentro de su vagina durante 3 días.

- Juan de 15 años expresó no necesitar MAC ya que practicaba sexo anal, con el fin de evitar un embarazo.

- Casi la totalidad de los/as participantes manifestaron desconocer la posibilidad de acceder gratuitamente a los MAC en la Unidad Sanitaria, y de recibir atención médica sin necesidad de estar acompañado por un adulto.

- Los participantes comentaron que sus encuentros sexuales se producían en sus casas a altas horas de la noche, en casa de amigos, o en lugares públicos. Por ejemplo, Karen contó que su primera experiencia sexual se produjo en un terreno baldío.

Por otra parte en las historias de las embarazadas quedaron registradas las siguientes situaciones:

- Los sucesivos embarazos de Yanina se debieron en el primer caso a la no utilización de un MAC durante sus relaciones sexuales; en el segundo se debió al uso de píldoras anticonceptivas simultáneamente a la lactancia materna, desconociendo la existencia de una píldora exclusiva para este momento. La joven manifestó no haber sido informada por su médica. Yanina, 19 años-embarazada de 8 meses y mamá de Nahara de 1 año y medio (barrio Pueyrredón).

- Tamara es madre de una niña de dos meses. Estuvo embarazada anteriormente, cuando tenía 17 años. Cursando el 5° mes de embarazo y ante un cuadro febril, ingirió amoxicilina e ibuprofeno por consejo de su madre, lo que produjo la muerte del feto. Los médicos confirmaron que la causal de la interrupción de su embarazo, fue la ingesta de estos medicamentos. Tamara, 19 años (Barrio Fortunato de La Plaza, NIDO Escuela N° 19)

Los segmentos expuestos permiten identificar ciertos aspectos que se reiteran en la vida de la población estudiada. En el caso de las chicas, relacionarse con hombres que las superan ampliamente en edad; por otro lado, la presencia de antecedentes familiares de embarazo adolescente especialmente en madres y hermanas/os, familias disfuncionales,

embarazos sucesivos, incumplimiento de los derechos y obligaciones paterno filiales; deserción escolar, falta de información sobre el uso correcto de los MAC y de los recursos institucionales barriales, entre otros.

3.3. Análisis e identificación de factores de riesgo

Al analizar los datos arrojados por la encuesta y las experiencias registradas en los NIDOS, se pudo apreciar diferentes aspectos del comportamiento de los/as adolescentes que los y las lleva a exponerse a una conducta riesgosa durante sus prácticas sexuales.

Creemos pertinente iniciar con la caracterización del contexto al cual pertenece la población estudiada, dado que, como se indicó con antelación, el comportamiento sexual de las personas está determinado por los aspectos relacionados con las condiciones de vida en que se desarrollan; es decir, con las maneras en que cotidianamente se enfrentan con su medio social (educación, salud, vivienda, trabajo, ambientes saludables, ambiente familiar, comunal, vínculos con pares, recreación, entre otros) a lo largo de sus vidas.

Durante dos años, las coordinadoras de los Nidos convivieron con estos/as jóvenes en sus barrios, ubicados en áreas periféricas de la ciudad de Mar del Plata, por lo que llegaron a conocer de cerca su realidad.

A nivel económico y laboral, estas familias se emplean en las áreas de la industria pesquera, de turismo, construcción y empleo doméstico, bajo condiciones de empleabilidad precarias y trabajos temporarios.

Desde hace unos años, la crisis de la pesca con la baja en el nivel de la producción y consecuentemente la eliminación de puestos de trabajo ha afectado de forma directa las condiciones de vida de estas familias, cuyo sostén económico ha quedado ligado a estrategias de supervivencia y a subsidios y planes otorgados por el Estado. En este contexto, son los y las adolescentes los que en búsqueda de colaborar con la economía doméstica deciden abandonar sus estudios insertándose también en empleos precarios o haciéndose cargo del cuidado de hermanos y de las tareas domésticas.

Éstas/os jóvenes carecen de motivación y de expectativas educativas dada que su preocupación se centra en resolver las necesidades que enfrentan en el presente, quedando en un segundo plano la posibilidad de construir un proyecto de vida propio.

En lo que respecta a las estructuras familiares, éstas se caracterizan por ser numerosas, muchas veces con jefatura femenina, de tipo ensambladas y disfuncionales, que conviven bajo el mismo techo, y en ocasiones en condiciones de hacinamiento.

También se observa un alto porcentaje de padres y madres adolescentes, quienes comparten con el resto del grupo familiar la crianza, el cuidado y principalmente el sostén económico de sus niños/as, dado que generalmente no disponen de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas.

Las jóvenes madres son quienes se encuentran en mayor desventaja, cuando sus parejas por miedo y/o incapacidad no asumen la responsabilidad paterna, siendo común que otro joven lo haga. En muchos casos las/os adolescentes de estos sectores, asumen responsabilidades y tareas de adultos, pasando por alto vivencias propias de este período.

Asimismo, ante la estructura familiar inestable, algunos/as jóvenes buscan la contención afectiva fuera de su hogar, establecen relaciones de parejas con mayor dependencia emocional; e inician la convivencia con sus parejas a poco tiempo de haber comenzado el noviazgo y a muy temprana edad. En el caso de las chicas, suelen hacerlo con personas de edad mucho mayor que ellas.

Por otro lado, actualmente, los/as adolescentes se desarrollan en un marco caracterizado por la expansión de imágenes y mensajes sexuales a través de los medios de comunicación que abordan las relaciones sexuales de manera cada vez más explícita, presentándolas como una práctica habitual en la adolescencia y un tema de conversación recurrente entre pares. Además, de una mayor difusión y aceptación social de las relaciones sexuales prematrimoniales, aumento de relaciones esporádicas y el inicio de la actividad sexual a edades cada vez más tempranas.

Al respecto, los datos aportados por nuestra investigación evidencian que poca más de la mitad de la población estudiada es sexualmente activa.

Del total de la muestra un 62% manifestó haber tenido su primera experiencia sexual -cuadro 3-. Al respecto se identifica que casi la totalidad de los varones se han iniciado (72%) mientras que del grupo de las mujeres un 56% lo ha hecho -Cuadro 4-.

Estos resultados coincidieron con los de investigaciones consultadas sobre la temática, al señalar que los y las jóvenes se inician a edades cada vez más tempranas.

La edad de inicio se presenta durante la adolescencia media, entorno a los 14 años -cuadro 5-. Al distinguir por sexo, las mujeres tienden a iniciarse entre los 14 y 15 años y los varones entre los 13 y 14 años -cuadro 6-.

Estos datos son congruentes con los principales vectores que en nuestra sociedad legitiman la actividad sexual de mujeres y varones, el amor y la edad respectivamente.

Entre las chicas, el amor justifica una experiencia sexual siendo el noviazgo el escenario ideal de iniciación; aquellas que no lo hacen con un novio se esfuerzan en enfatizar que se sienten “enamoradas”. Es decir, que la prescripción para las mujeres es “hacerlo por o con amor”, un imperativo que no enfrentan los varones.

Entre los chicos, en cambio, la edad socialmente deseable de iniciación es la que distingue situaciones legítimas e ilegítimas. La prescripción para ellos es “hacerlo para los 14 años”, un imperativo que no enfrentan las mujeres, cuyo calendario social de iniciación no es tan estricto.⁸³

Durante el período de iniciación, los y las adolescentes no alcanzan la madurez suficiente para asumir las consecuencias de sus actos. La impulsividad, los cambios constantes en sus emociones, en sus sentimientos y en las conductas, en ocasiones los lleva a mantener comportamientos de riesgo y a exponerse a un daño como por ejemplo, al contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).⁸⁴

⁸³ Jones, Daniel. Obra citada, Capítulo 4: Amor, presión y saber.

⁸⁴ García, Y. E. Obra citada, pág 16.

Al respecto, la encuesta reveló que un 63% de las mujeres frente al 36% de los varones no se cuidaron con métodos anticonceptivos (MAC) durante su primera experiencia sexual, por lo que podríamos afirmar que las mujeres son quienes mayormente se exponen a un riesgo. -Cuadro 7-

En la misma línea argumental, los datos mostraron que poco más de la mitad de los/as encuestados de entre 14 y 16 años (57%) no utilizan métodos de protección durante sus relaciones sexuales. En cuanto aquellos/as que si lo hacen, utilizan mayoritariamente el preservativo. En relación al uso combinado de preservativo y píldora, o bien la utilización exclusiva de esta última, aumenta durante la adolescencia tardía. - Grafico 1-

Al centrarnos en la utilización del preservativo según el grupo de sexo, observamos que hay una mayor aceptación por parte de los varones dado que un 80% manifestó usarlo mientras que de las mujeres sólo un 35% lo hizo.-Grafico 2-

Las historias de las madres adolescentes que asistieron a los NIDOS (eje de prevención secundaria) permitieron reafirmar estos datos, dado que las mismas aseguraron no haber utilizado un método de protección al momento de embarazarse. Por su lado, aquellas jóvenes que si se cuidaban, elegían principalmente la inyección o la píldora anticonceptiva.

Por otro lado, dado que los y las jóvenes se inician a edades cada vez más tempranas, aumenta la cantidad de parejas, de experiencias sexuales y de relaciones ocasionales, siendo esta última práctica muy común entre los/as adolescentes contemporáneos/as. Lo preocupante aquí no radica específicamente en que un/a joven pueda o no sumar experiencias a su vida sexual sino que en ocasiones estos encuentros se dan sin protección.

Al examinar la frecuencia con la que los/as jóvenes tienen relaciones sexuales, se indica que un 59 % practican sexo de manera ocasional (cada tanto) y el 34% mantiene una vida sexual con una periodicidad semanal. -cuadro 8-. En cuanto a las medidas de

protección elegidas, por este último grupo, sólo el 55% afirmó utilizar preservativo y, el dato más saliente es que el 12 % no utiliza ningún método de prevención durante sus relaciones sexuales.-cuadro 10-

Las cuestiones que hemos venido planteando hasta el momento permiten identificar al grupo de adolescentes más jóvenes (12 a 16 años) como la población que se encuentra en mayor riesgo. Si comparamos la distribución porcentual del cuidado con MAC durante la primera relación sexual, con el uso habitual de los mismos, podemos concluir que la transición hacia su uso se da después de alguna experiencia.

Asimismo y en contraste con lo anterior, la ausencia de un método anticonceptivo (MAC) durante la primera experiencia sexual favorece la repetición de esta conducta, y más aún si no se evidenció un daño. Durante la permanencia en los NIDOS fue habitual escuchar a los/as chicos/as preocupados/as por las consecuencias de haber tenido relaciones sexuales sin protección, y expresando en forma decisiva que dicha conducta riesgosa no se repetiría, sin embargo al ser consultados/as posteriormente la misma se había reiterado.

En cuanto a las ITS pudimos apreciar que las chicas están más expuestas a contraerlas, dado que no utilizan frecuentemente el preservativo. Por un lado, creemos que esta situación está vinculada a las relaciones asimétricas de pareja, donde es difícil para la mujer negociar el uso del preservativo. Pero, por otro lado, las jóvenes evidencian que su preocupación central es la prevención de un embarazo. De hecho la encuesta reveló que el 24% de las encuestadas se cuidan con la píldora anticonceptiva. -grafico 2-

Otras prácticas que exponen a la población estudiada al riesgo de contraer una enfermedad, son las mencionadas por los/as chicos/as de los talleres de NIDOS, quienes para prevenir un embarazo habitualmente realizan sexo anal, sexo oral y coito interruptus; quedando además demostrada la falta de conocimiento sobre los riesgos que estas prácticas implican.

Entonces cabe preguntarnos ¿se trata sólo de falta de conocimiento sobre los riesgos a los que se exponen o se presentan otras cuestiones que lo llevan a actuar de esta manera?

Los y las adolescentes suelen tener sentimientos de invulnerabilidad, principalmente en lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual, considerando que sólo pueden contraerlas las personas promiscuas, y creen erróneamente que una pareja estable les garantizará salud, por lo que no se cuidan, porque confían en la persona que tienen a su lado. Pero la realidad es que muchas veces desconocen las conductas que sus parejas puedan haber asumido en el pasado, encontrándose allí un riesgo latente de contagio y transmisión de una enfermedad.

Al respecto datos otorgados por el Ministerio de Salud de la Nación hablan que “desde el inicio de la epidemia del VIH hasta diciembre de 2010 recibió notificaciones de 7.941 personas de 0 a 19 años con VIH y/o sida, de las cuales el 58% pertenece al grupo de 0 a 14 años y el 42% al grupo de 15 a 19 años. Las vías de transmisión están claramente diferenciadas entre el grupo de 0 a 14 y el de los de más edad. El 91% de los niños y niñas de 0 a 14 diagnosticados entre 2001 y 2010 se infectaron por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 24, el 83% de los varones y el 89% de las mujeres se contagiaron por relaciones sexuales desprotegidas”.⁸⁵

Por otro lado, la muestra dejó entrever que los adolescentes tanto mujeres como varones se inician en la sexualidad teniendo muchas inquietudes, por lo que no resulta extraño que desconozcan los verdaderos riesgos de las prácticas que realizan. Al respecto, en la encuesta pudimos observar que un 52% de jóvenes que ya se iniciaron y un 41% de los que no lo hicieron tienen dudas sobre las infecciones de transmisión sexual, seguida sobre el modo de acceder a la consulta médica (21%). En cuanto al uso del preservativo

⁸⁵ <http://www.eltribuno.info/salta/202822-En-Argentina-hay-cerca-de-8-mil-jovenes-de-hasta-19-anos-infectados-con-sida.note.aspx>

solamente se planteó como tema preocupante para el 10%, indistintamente haya o no tenido relaciones sexuales.- cuadro 11-

En este sentido, podemos asumir que muchos de los/as jóvenes que tienen relaciones sexuales, lo hacen a pesar de tener dudas sobre temas fundamentales relacionados con sus derechos sexuales.

Creemos que los varones se encuentran en desventaja con las mujeres, ya que en general, el mandato social para el varón dice que él debiera saberlo todo, principalmente en cuestiones de sexo, y por ende, en la práctica se encuentra más inhabilitado que la mujer para preguntar. Al varón le es más difícil expresar su intimidad, pero sus dudas y miedos no son menores que los de las mujeres.

Al analizar las dudas según la edad de los/as encuestados, se evidenció que el uso de preservativo y los métodos anticonceptivos aparecen como tema de interés en las edades de iniciación sexual, disminuyendo a medida que avanza la edad. –Grafico 4-

Estos datos coinciden con lo que hemos venido exponiendo dado que un alto porcentaje de los/as jóvenes expresa no haberse cuidado con un método de protección durante su primera relación sexual.

Al mismo tiempo, aunque algunos/as jóvenes hayan manifestado dudas puede existir una brecha entre el uso y el conocimiento de los MAC. Es decir, que conocer las distintas opciones no se traduce necesariamente en un mayor uso de los mismos.

De hecho, los y las jóvenes tienen a su alcance información sobre sexualidad, que llega a ellos de manera tanto implícita como explícita, a través de materiales pornográficos, revistas, video, internet, programas televisivos, etc., pero en lugar de ser beneficioso para ellos, en ocasiones, los coloca en una posición de vulnerabilidad, porque los conocimientos que adquieren no siempre provienen de fuentes fiables.

Las formas específicas en que las personas se informan y obtienen asistencia sobre temas vinculados a su sexualidad y el modo que orientan sus prácticas sexuales, va a estar determinada por el acceso a los servicios y recursos, las relaciones interpersonales, entre

otros. Al consultarle al grupo estudiado, este señaló como principales fuentes de información utilizadas a los amigos (30%) y a los padres (31%), sin presentar variaciones significativas entre varones y mujeres. Por su lado, el sistema educativo y de salud, no se ubicaron entre las principales fuentes consultadas (14%) -Cuadro 13 -.

Esto último nos permite pensar en el debilitamiento del rol del estado, que sin duda ha dado lugar a la participación cada vez más activa de las Organizaciones de la sociedad civil.

Siendo el Tercer Sector menos burocrático, cuenta con mayor capacidad de innovación, flexibilidad y adaptación a las diferentes realidades sociales, lo cual es sumamente importante en una sociedad que tiende a una creciente complejidad.

Es así que surgen programas como lo fue NIDOS, que emergen para dar respuesta a las necesidades de la comunidad y que el Estado no satisface plenamente.

Por otro lado, que los y las adolescentes acudan en búsqueda de respuestas a sus amigos, se encuentra directamente ligado con la etapa de la adolescencia, donde el grupo de pertenencia juega un rol fundamental, privilegiando el código común, las vivencias compartidas, de la espontaneidad y sobre todo la desinhibición que les permite poder expresarse sin tapujos, ni vergüenza, poder hablar y preguntar frente a un grupo de personas con quienes se identifican.⁸⁶

Queda demostrado que los/as jóvenes aún desconfían del rol de la escuela y de los/as profesores como referentes válidos al momento de hablar sobre sexualidad. Todavía el dispositivo escolar no llega a ser un espacio apropiado y cuidado para abordar la sexualidad.

Acudir tanto a padres y amigos reviste riesgo, pues no siempre tienen la respuesta correcta. Los amigos por inexperiencia y por no contar con información acertada, y los padres porque algunas veces tampoco poseen la información o en muchos casos

⁸⁶ Morgade, Graciela (coord.), Obra citada pág. 93

promueven que sus hijos/as no tengan relaciones, especialmente en el caso de las mujeres.

Respecto a lo anterior, Daniel Jones en su investigación⁸⁷ identifica patrones diferenciales de diálogo según el género. Refiere que padres y madres hablan diferencialmente con sus hijos e hijas sobre sexualidad. Lo cual llega a construir dos categorías: para los varones la omnipresencia material y discursiva del preservativo y para las chicas el control parental de la sexualidad femenina adolescente, que se expresa en la obligatoriedad de amor o pareja estable.

Al mismo tiempo, el mayor o menor acercamiento de los/as jóvenes a los centros de salud, puede estar determinada por la comunicación entre este grupo y las instituciones. En ocasiones, por la falta de promoción de los servicios y los recursos por parte del sistema de salud, y por ende el desconocimiento acerca de sus derechos; y en otras, los/as adolescentes que por sentir vergüenza o temor para conversar de estos temas con personas adultas, no ejercen sus derechos, aun en conocimiento de los mismos.

Se observa que, a medida que la población estudiada avanza en edad aumenta la tendencia a acceder a los métodos anticonceptivos a través de mecanismos formales (hospital, unidad sanitaria o redes institucionales), mientras que, a medida que disminuye la edad, la tendencia es a acudir a las redes informales.

También, se indagó sobre los conocimientos relacionados a los MAC y a la prevención de las ITS y del embarazo.

Al respecto podemos afirmar que los/as adolescentes conocen al menos dos métodos, refiriéndose en su mayoría al preservativo y las píldoras. En cuanto a los MAC menos conocidos, aparecen el parche y el DIU.

Por otro lado, se observa que no hay diferencia acerca del conocimiento que se posee respecto a las ITS, ya que el 72 % de las chicas frente al 83 % de los chicos, consideró que el preservativo es el método más eficaz para prevenirlas. Pero también,

⁸⁷ Daniel Jones, obra citada pág. 118

reveló que el 28% de las mujeres y el 17% de los varones no evidencian saber que la prevención de las ITS está asociada directamente al uso del preservativo.

En cuanto al embarazo aparecen diferencias significativas entre sexos. En relación a quienes eligieron el preservativo, el 40% de las mujeres respecto al 67 % de los varones considera que éste es el método más eficaz para su prevención. Los demás métodos anticonceptivos fueron seleccionados mayormente por el grupo femenino, como por ejemplo el uso combinado de píldoras con preservativo (23% frente al 16% de los varones), y las inyecciones (15% frente al 4% de los varones). -Cuadro 18-

Es evidente que esta tendencia se relaciona con quien efectivamente da uso del método seleccionado; es decir que los varones se referirán mayoritariamente al preservativo y las mujeres a otros métodos de uso exclusivo femenino como pastillas anticonceptivas, parches, inyecciones, etc.

Las cuestiones que se han venido abordando nos remiten directamente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DDHSR) de los y las adolescentes. Pero, ¿conocen ellos que la acción de elegir con quién tener relaciones y con quien no, optar por cuidarse y con qué método hacerlo implica estar ejerciendo sus derechos?

Al consultar en la encuesta, sólo la mitad de la muestra manifestó conocer los DDHSyR, sin presentar diferencias significativas por sexo. A su vez, durante los talleres de sexualidad, la mayor parte de los chicos/as no pudo identificar los derechos que poseen respecto a su sexualidad. Por ejemplo, alumnos expresaron desconocimiento acerca de la entrega de métodos anticonceptivos de manera gratuita en las Unidades Sanitarias, o la posibilidad de acceder a la atención medica sin la compañía de un adulto.

De esta manera, podemos identificar una distancia significativa entre lo que los/as adolescentes “dicen saber”, lo que “realmente saben” y los comportamientos sexuales consiguientes.

Ante esto, consideramos necesario centrarnos en los temas de mayor interés para el grupo estudiado, solo así podremos pensar formas de abordaje que les permitan conocer

y ejercer sus derechos; de manera tal que sus conocimientos se traduzcan en conductas saludables.

Los resultados de la encuesta enunciaron a las prácticas sexuales como el tema de mayor interés, seguido por el abuso sexual y las ITS. Paradójicamente, dichos temas son aquellos escasamente tratados desde la norma, los servicios de salud y el sistema educativo.

Otros datos importantes analizados sobre la muestra son los aspectos cualitativos que dan cuenta de la percepción que tienen los/as adolescentes respecto al término “cuidado”, y de cómo cambiaría su vida en caso de embarazarse.

Las opiniones de la mayoría de los adolescentes sin distinción de sexo (75%) reveló la presencia de una mirada biologicista de su discurso, ligando el término “cuidado” exclusivamente al uso de métodos anticonceptivos con el fin de evitar embarazos no deseados y /o ITS. Sólo un 17% del grupo superó esta mirada, al vincularlo también, a la elección de la pareja, a decidir cuando y donde tener relaciones sexuales, y el momento de ser padres, es decir, posicionándose desde una mirada integral.

Esta visión manifestada por los/as jóvenes nos permite presumir por una lado que, se establece una relación directa del término “cuidado” al área de salud, que en parte está vinculado a que en dichos contextos los “cuidados” provenientes de sus familias y profesionales de la salud suelen realizarse ante la presencia de una enfermedad. Por otro lado, porque en la escuela han recibido históricamente un abanico clásico de contenidos como: “reproducción o anatomía humana”, “la familia”, “reproducción animal o vegetal”, “enfermedades de transmisión sexual”, entre otros, vinculados a la concepción hegemónica de la sexualidad donde es visto desde la medicina y la biología.

Respecto a la responsabilidad del cuidado durante la relación sexual, casi la totalidad de los chicos/as expresaron que es compartida (91%). -Cuadro 19-

Por otro lado, ante la posibilidad de una maternidad/paternidad a edades tempranas, la mayoría de los jóvenes sin distinción de sexo y edad, expresaron que

deberían asumir grandes responsabilidades como trabajar, ser proveedores del hogar, estar a cargo de otras personas, dejar de realizar prácticas propias de la adolescencia para convertirse en personas adultas.

Estas apreciaciones dejan entrever que las cuestiones de género tradicionales continúan vigentes. Los varones continúan identificándose con el rol de proveedor económico del hogar, cuando realizan afirmaciones como: *“Tendría que dejar la escuela y salir a trabajar”*, *“Trabajar para darle de comer a mi hijo y a mi novia”*, y la mayor parte de las mujeres, hablan de proyectos truncos, de una vida consignada al cuidado del niño, es decir, un destino ligado exclusivamente a la maternidad como: *“Cambiaría en que me impediría estudiar y terminar mis proyectos”*, *“Me frenaría mucho en mis planes y me tendría que dedicar a ser madre”*.

Esto se ve reflejado en el caso de Julieta, dado que la joven decidió abandonar sus estudios al enterarse que estaba esperando un hijo, para posteriormente dedicarse a las tareas domésticas y al cuidado de su niña.

La palabra de los/as adolescentes permiten visualizar que son muy pocos los/as jóvenes que buscan alternativas que permitan asumir la maternidad/paternidad sin dejar de realizar sus actividades diarias, como por ejemplo, aquellos que manifestaron que deberían buscar otro horario para asistir al colegio a fin de poder desempeñar una actividad laboral.

Tal es el caso de Celeste que embarazada con 13 años decidió cambiarse de una institución educativa a otra que le ofrecía la sala maternal para su hijo mientras ella cursaba sus estudios.

Finalmente este análisis nos permite afirmar que, existe la probabilidad de que los/as jóvenes en situación de pobreza, experimenten un daño o consecuencia adversa (vivir situaciones no deseadas y prevenibles, embarazos no planificados y contagios de ITS), dadas las características y factores de riesgo manifestados en sus conductas sexuales.

Factores de Riesgo identificados en la población estudiada

Factores de riesgo a nivel Macro Social

- Situación de pobreza
- Erotización de los medios de comunicación
- Liberalización de la sexualidad
- Mandatos culturales (Sociedad patriarcal)

Factores de riesgo a nivel Micro social

- Familias disfuncionales
- Carencia de figura paterna
- Antecedentes de embarazos adolescentes de algún miembro de la familia
- Violencia familiar
- Relaciones asimétricas de pareja (edad- poder)
- Presión social (en la búsqueda de aceptación y pertenencia al grupo de pares)
- Acceso a la información a través de medios informales (padres- amigos- hermanos)
- Acceso a los MAC a través de medios informales (padres- amigos hermanos)
- Comunicación débil con instituciones formales (educación- salud)

Factores de riesgo a nivel individual

- Abandono escolar
- Inserción prematura en el mercado laboral
- Proyecto de vida débil
- Edad temprana de la menarquia
- Inicio de actividad sexuales a edades tempranas
- No uso de MAC

- No uso del preservativo
- Uso incorrecto de los MAC
- Relaciones sexuales ocasionales
- Sentimiento de invulnerabilidad
- Consumo de drogas y alcohol
- Falta de información y conocimiento erróneo sobre la sexualidad y DDSyR
- Falta de un espacio apropiado e íntimo para las prácticas sexuales
- Ausencia de mirada integral de la sexualidad.

PARTE III

1. Conclusiones

Podemos afirmar, que los objetivos planteados para el desarrollo de nuestro Trabajo Final fueron alcanzados, ya que logramos conocer, describir y analizar el comportamiento sexual de los y las jóvenes de los barrios en situación de pobreza de la ciudad de Mar del Plata.

La revisión bibliográfica realizada en la primera etapa de dicho estudio nos permitió establecer los parámetros desde dónde interrogar la realidad; fijando posición y ampliando el conocimiento sobre la temática planteada.

El estudio tuvo como principales rectores la Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, lo cual permitió analizar la realidad desde una mirada Integral, concibiendo a los y las adolescentes como sujetos de derechos, poseedores de capacidad para definir y decidir sobre sus necesidades e intereses, y reconociéndoles mayor autonomía en la toma de decisiones respecto a los asuntos que afectan su vida.

Del mismo modo, guiar el Trabajo Final desde el paradigma del pensamiento complejo nos permitió reafirmar la necesidad de una mirada transdisciplinaria, para decodificar la interacción de los diferentes aspectos que componen la sexualidad adolescente tales como: los factores biológicos, familiares, políticos, desigualdades de género, las oportunidades de desarrollo, socioeconómico, el acceso o no a la educación, los medios de comunicación, el poder para tomar decisiones y cómo los jóvenes perciben su conducta, entre otros.

En este mismo sentido, pudimos corroborar que el modo en que los/as adolescentes viven y sienten su sexualidad responde claramente a los procesos de socialización; los mensajes, valores, actitudes y comportamientos que la familia, la educación recibida en el escuela, los amigos/as y los medios de comunicación, les han transmitido a lo largo de su vida. De este modo, puede visualizarse en los datos recogidos cómo cada uno de estos

factores influye de una u otra forma (riesgo y/o protección) en la singularidad de cada adolescente.

Asimismo, enfocarnos en la situación de pobreza en la que viven los/as chicos/as, nos permitió conocer el contexto socioeconómico en el que se desenvuelven y también comprender el impacto que genera sobre sus actitudes, pensamientos y conductas. Dicho medio, caracterizado por los débiles vínculos familiares, carencias económicas y habitacionales, dificultades para acceder a los servicios básicos, entre otros, aumenta la vulnerabilidad de los/las jóvenes. Esto, favorece la escasa o nula expectativa que muestran hacia un futuro e indudablemente obstaculiza la toma de decisiones asertivas y beneficiosas para su vida. Por lo tanto, podemos concluir que las conductas sexuales de riesgo se ocasionan por la dificultad de visualizar las consecuencias de sus actos. En este contexto, las acciones están delineadas por el hoy, por el requerimiento de responder a las necesidades más urgentes de su familia, lo cual limita imaginarse y proyectarse en un mañana. Consideramos, sin embargo, que estos obstáculos, que aumentan la vulnerabilidad en el desarrollo integral de los/las adolescentes y jóvenes, no anulan sus potencialidades y fortalezas.

Respecto a los datos estadísticos de la población de Mar del Plata en sus diversos aspectos pero principalmente en la tasa de pobreza según los grupos de edad, hemos tenido grandes dificultades, no obteniendo el resultado deseado. Esto nos hace reflexionar por un lado, a qué responden la inexistencia o el acceso restringido a dichos datos, y por otro, nos planteamos la importancia de realizar trabajos destinados a evaluar las tendencias de las personas que muestran los diferentes aspectos de la vida de la población y que son base para las intervenciones.

El enfoque de riesgo permitió identificar los factores predictores de riesgo presentes en el comportamiento sexual de la población estudiada, permitiendo, por un lado, afirmar la probabilidad presente de que ésta vivencie un daño o consecuencia adversa (situaciones no deseadas y prevenibles, embarazos no planificados y contagios de ITS); por otro lado, medir las necesidades de atención priorizando a quienes más la

requieren; y por último, centrarnos en la prevención de riesgos y en la promoción de entornos saludables.

Los resultados de la investigación nos permitieron determinar las principales conductas y actitudes respecto a la sexualidad de la población estudiada. Lo que ha permitido concluir que, más de la mitad de los/as adolescentes son sexualmente activos; siendo la edad de iniciación sexual a edades cada vez más tempranas, situándose durante el período de la adolescencia media, en torno a los 14 años.

Además reconocemos que el grupo de adolescentes más jóvenes (12 a 16 años) es la población que se encuentra en mayor riesgo, ya que no siempre (o pocas veces, como quieran) utilizan métodos anticonceptivos en sus prácticas; y entre aquellos que sí lo hacen hay un gran porcentaje que utilizan la píldora, lo que aumenta la probabilidad de contagio de enfermedades.

En relación a esto, concluimos que la transición hacia el uso de un MAC se da después de alguna experiencia sexual, como también, y en contraste con lo anterior, que la ausencia del mismo durante la primera relación sexual favorece la repetición de esta conducta, y más aún si no se evidenció un daño.

En relación a las Infecciones de Transmisión sexual, son las mujeres quienes se encuentran más expuestas al contagio, dado que no utilizan preservativo; y la utilización exclusiva de la píldora anticonceptiva aumenta su vulnerabilidad. Esto nos remite por un lado, a la falta de conocimiento acerca de la eficacia del preservativo y por otro, a la dificultad para negociar con su compañero el uso del método, lo que refuerza las desigualdad en los roles de género.

Las cuestiones planteadas con antelación nos hacen pensar acerca del papel de los trabajadores de la salud en la prevención del contagio y transmisión del VIH/SIDA y otras ITS entre los/as jóvenes. La incidencia de infecciones en esta población aumenta en proporción epidémica a pesar de todos los esfuerzos realizados por campañas de prevención.

Los/as chicos/as eligen informarse acudiendo a medios informales como a amigos y miembros de la familia (hermanos/as, primos/as, padres), quienes asumen un rol principal en el desarrollo de las conductas de los/las adolescentes, ya que a través de ellos los/las jóvenes se informan y/o acceden a los MAC. Es pertinente señalar que, el riesgo se presenta cuando estas personas, poseen información errónea y hasta tienen las mismas dudas respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y al uso de los MAC.

Los/as adolescentes conocen los diferentes MAC, pero no saben cómo utilizarlos de manera adecuada.

Si bien la interacción diaria de los/las adolescentes con su grupo de pares, favorece el desarrollo de sus identidades y la conformación como sujetos autónomos, estos grupos muchas veces pueden constituirse como potenciadores de riesgo en el comportamiento sexual; porque entre ellos circula información y mensajes, derivados de fuentes no siempre confiables, como Internet, revistas, televisión y hasta las experiencias vividas.

En relación lo anteriormente expuesto, esto se evidenció que muchas de las conductas sexuales predictoras de riesgo entre los/as jóvenes tienen una fuerte dimensión social de desempeño de roles. El acceso a la información sobre ITS Y VIH/SIDA no parece estar presente al momento de ejecutar la conducta; ya que en ocasiones la relación sexual es llevada adelante para reducir las tensiones emocionales que se originan por la presión social ejercida por el entorno más inmediato, más que como una experiencia de placer.

Por tal motivo, consideramos que es relevante pensar cada intervención junto a ellos/as, ya que el reconocimiento y adquisición de conductas y actitudes saludables, permitirá y facilitará el efecto multiplicador en su entorno.

Por otro lado, analizando el rol de las instituciones formales, en especial aquellas pertenecientes al área de salud y educación, creemos que existe un déficit en la comunicación con la población más joven y de la misma forma, de los/as adolescentes para con estas entidades.

Es así que, los/as chicos/as rara vez se acercan a la escuela de manera espontánea a plantear dudas sobre estos temas, y en el caso del sistema de salud, desconocen los recursos de sus barrios. Al mismo tiempo, en las instituciones mencionadas, muchas veces evitan hablar de la “sexualidad” con dicha población, lo cual refuerza su distanciamiento.

Respecto a lo que hemos venido mencionado, esta investigación ha permitido concluir que es reducido el número de los/as adolescentes que recurren a las instituciones formales de manera espontánea. Asimismo a medida que crecen en edad, aumenta el número de los/as jóvenes que accede a los MAC por medio del hospital, unidad sanitaria o redes institucionales.

Por otro lado, la presencia de una mirada social negativa hacia los/as adolescentes por parte de algunas instituciones, acentúa su inseguridad a acudir a las mismas. Al parecer en ocasiones que un adolescente asiste a la Unidad Sanitaria es percibido como riesgo por los/as profesiones.

En relación a la institución educativa, la palabra de los/as jóvenes evidenció, que esta institución no habilita la voz, es decir que los docentes no suelen estimularla a la hora de tratar estos temas. Falta de lenguaje, falta de formación, silencio, ausencia de voz, todo tiende a reforzar la concepción hegemónica de la sexualidad como problema “privado”. Privado de derechos, privado de goce, privado de libertad.

En los espacios áulicos, se suele trabajar con estrategias educativas meramente informativas, las cuales han evidenciado su ineficacia, al mostrar que no modifican los comportamientos sexuales. Sin embargo, algunos docentes quizás estén dispuestos a traspasar ciertos límites de lo silenciado.

Los comportamientos sexuales son construidos sobre la base de creencias y prejuicios sobre la sexualidad y los roles y estereotipos de lo masculino y lo femenino, y registran una implicancia afectivo-emocional muy fuerte para la subjetividad. La cuestión es ¿qué es lo que se debe y lo que no se debe aprender sobre sexualidad en la escuela?

El espacio colectivo del aula no parece ser el lugar indicado para hacer preguntas particulares, donde poder hablar cómodamente. Los chicos necesitan intimidad vinculada a la posibilidad de una palabra escuchada, de un saber entregado. Es preciso componer un espacio donde se pueda reflexionar sobre las sensaciones y sentimientos vinculados a la sexualidad (la vergüenza, el respeto, una mala experiencia, el deseo, etc.), trabajar sobre lo que les pasa exige un trabajo con y sobre la afectividad, tanto desde los y las jóvenes como desde los adultos, e implica asumir la vulnerabilidad como condición del otro/a.

Consideramos que actualmente el tratamiento de estos temas en las instituciones queda exclusivamente sujeto a la voluntad e interés del profesional que interviene, evidenciándose por un lado, tanto deberes profesionales como derechos de jóvenes sin cumplir.

Por otro lado, creemos indispensable incorporar la perspectiva de género, para el logro de una lectura crítica de la realidad, dado que los estereotipos de género actúan por obra del habitus, de manera inconsciente, porque forman parte de una matriz social que constituye nuestra subjetividad.

En las respuestas de los/as jóvenes se evidenciaron los modos construidos respecto a lo femenino y masculino y la manera en que continúan reproduciéndose las relaciones de la división sexual del trabajo.

Analizar los modos en que operan los prejuicios sociales acerca de lo “adecuado” o no para que las mujeres sean “femeninas” y que los varones sean “masculinos”. La coerción sexual, los mitos sobre sexualidad, los temores a concurrir a los servicios de salud, el desconocimiento del propio cuerpo y tantas otras limitaciones que sufren las personas a lo largo de su vida tienen sus raíces en la sociedad y no solamente en la constitución subjetiva individual.

Todas las cuestiones a las que venimos aludiendo, hace necesario poner especial hincapié en uno de los aspectos fundamentales para el logro de la socialización de estas/os jóvenes, como lo son las redes sociales; habiendo coincidido con Alfredo Moffat,

en que “...la cualidad social, es inherente al ser humano, no solamente como necesidad rotunda de continuidad, sino como elemento insustituible para que la misma se concrete. El proyecto de vida sólo es posible como consecuencia de un vínculo con otros”.

Los jóvenes han demostrado, como se evidencia en líneas anteriores, estar afianzados principalmente a las redes primarias, es decir a sus amigos, hermanos, tíos y padres, percibiéndose un escaso vínculo con las secundaria (escuela y unidades sanitarias), que no son sentidas como referentes. Es así, que consideramos fundamental desde nuestro papel como Trabajadoras sociales, articular a ambas redes y fortalecerlas.

A nivel legislativo se han realizado importantes avances, la ley de promoción de la sexualidad como la Ley de educación sexual proponen formas de trabajo acordes a las necesidades de los/as adolescentes de hoy, pero aún faltan esfuerzos por implementarla en todos los espacios donde participen los/as jóvenes. Se deben buscar estrategias asertivas para que la Ley se haga efectivamente acción.

Aún existen instituciones y profesionales que no abordan las cuestiones ligadas a la adolescencia desde la perspectiva que las nuevas leyes proponen.

En cuanto a los chicos/as estos/as ejercen su sexualidad pero sin conocimiento de sus derechos. La muestra manifestó que si bien los jóvenes manifiestan conocer los DDSyR, al momento de dialogar sobre ellos, demuestran desconocerlos como por ejemplo, el poder acceder a la Unidad sanitaria sin el acompañamiento de un adulto.

Esto evidencia nuevamente, que los/as jóvenes están necesitando espacios donde sean escuchados/as, donde ellos/as mismos produzcan conocimientos, y sean actores de su propio aprendizaje. Para que esto sea posible, hará falta el establecimiento de vínculos de confianza con personal de la escuela y de la salud, que los habilite a hablar sin tapujos.

Además, creemos que la clave para lograr cambios positivos en el comportamiento de los/as adolescentes está en asegurar la promoción de los servicios, mejorar el acceso a éstos, y brindar capacitación de los profesionales de la salud y del área social en atención de calidad, en consejería, desde una perspectiva de género.

El cambio en el comportamiento de los/as jóvenes no se logra solamente brindando información, aunque sea el punto de partida. El cambio se realiza a través de un proceso, que implica brindar a los jóvenes espacios y herramientas que favorezcan a la reflexión acerca de la percepción de las consecuencias de sus conductas, evaluando la percepción de los beneficios y los riesgos de sus acciones. El cambio es posible a partir de la motivación, de sentir la necesidad de modificar de una conducta perjudicial para su vida, y de potenciar aquellas actitudes y conductas positivas, ampliando la información de los recursos y servicios disponibles, entre otros.

Creemos necesario aclarar que la intervención no debe realizarse para determinar qué deben hacer o no los/as adolescentes con su sexualidad sino trabajar en el empoderamiento de ellos y ellas, que conozcan las diferentes posibilidades y que decidan sobre sus vidas. Por ejemplo, ser padres y madres cuando ellos/as lo decidan y no como consecuencia de una conducta descuidada.

Hay que utilizar las vías afectivas además de cuestionar las pautas sociales con las cuales hemos estado conviviendo durante toda la vida. La posibilidad de cambio, debe partir de un esfuerzo comunitario y de una preocupación real y efectiva en términos de los problemas que verificamos cotidianamente. Conocer los factores predictores para la conducta sexual de riesgo entre jóvenes nos abre innumerables posibilidades de acciones de prevención y promoción.

Junto a lo anterior, consideramos que las intervenciones y políticas diseñadas deben favorecer a la motivación de los chicos para conformar y promover la elaboración de sus proyectos de vida, ya que facilitará el aumento de las oportunidades.

Por último, queremos destacar que a lo largo de la elaboración de éste dicho trabajo, hemos tenido la posibilidad como estudiantes y futuras profesionales, de acceder y desarrollar un proceso de aprendizaje, integrando tanto los conocimientos teóricos adquiridos en el transcurso de nuestra formación, como los conocimientos prácticos obtenidos de nuestra experiencia en el Programa NIDOS. De este modo, pudimos realizar

una integración de forma global de los conocimientos teóricos y prácticos, resultando sumamente enriquecedor para nuestra formación académica.

Esperamos que este documento, constituya un aporte sobre el Rol del Trabajador Social en las intervenciones con la población adolescente y como base para futuras investigaciones sobre la temática.

2. Propuesta

*“Me lo dices, lo olvido.
Me lo muestras, lo recuerdo.
Me implicas, lo comprendo”*

PROVERBIO CHINO

A partir de los resultados del presente trabajo y de la experiencia del Programa NIDOS y, teniendo en consideración los enfoques expuestos en el marco teórico desde los cuales nos posicionamos para el estudio de la temática abordada, realizamos la siguiente propuesta para la atención de adolescentes.

ESPACIO

- Conformar un espacio físico dentro de barrios en situación de pobreza, orientado a brindar asesoramiento, información, capacitación destinado a adolescentes y a su entorno inmediato, convirtiéndose en un lugar de referencia y pertenencia para ellos/as; como así también, para las demás instituciones que intervengan con dicha población. El lugar donde se desarrolle debe ser referente y amigable como lo es por ejemplo, un club, una escuela, un comedor, etc.

- Este espacio será brindado diariamente, durante por lo menos dos años; y en el que las actividades y los talleres no necesariamente se centraran en la sexualidad sino en cuestiones que conciernen a todos los ámbitos de sus vidas, de acuerdo a los intereses y demandas que realicen los/as jóvenes y que favorezcan procesos de ciudadanía de los/as mismo/as.

ESTRATEGIAS

- Se pretende aplicar estrategias en las que los y las adolescentes y jóvenes se responsabilicen activamente en el desarrollo de acciones de creciente complejidad y compromiso social, donde el aprendizaje individual interactúe con una razón social.

- Se aspira a diseñar estrategias de prevención que supongan pensar en sí mismo y en los otros al mismo tiempo; luego, el resultado obtenido potenciará nuevas acciones y por ende nuevos compromisos personales y sociales. Es así que quienes participan en forma directa pueden ir construyendo otro modo de mirar la realidad y en particular del problema que intentan prevenir. Todo ello promoverá un proceso efectivo hacia el cambio deseable. Los y las jóvenes se constituirán así en actores de su propio cambio.

- Se fortalecerá la construcción de referentes de identidad de los jóvenes.

- Se busca favorecer al aprendizaje individual del cuidado en la sexualidad en cada adolescente, de manera de generar un efecto multiplicador en su entorno.

INSTITUCIONES

- Constituir la Red barrial de Educación Sexual.

- Crear un espacio de encuentro de los/as adolescentes

- Mejorar los servicios de la salud preventiva y curativa, planificación familiar, salud reproductiva de la población adolescente

MARCO JURÍDICO

Implementar los objetivos de la Ley sobre salud sexual y reproductiva.

COMUNICACION

Diseñar mensajes para campañas preventivas masivas y materiales de pequeño formato, con la participación de los jóvenes.

INVESTIGACION

Diseñar y desarrollar investigaciones locales como el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, con la participación de la comunidad en general.

METODOLOGIA

Etapa de inserción en el barrio, para reconocer los espacios y sus integrantes, identificando intereses, necesidades, costumbres, relaciones, lenguaje de las/os adolescentes.

Etapa de identificación de los referentes institucionales para estos/as jóvenes: Unidad Sanitaria, Escuela, Programas para jóvenes, de la iglesia, y/o algún familiar o vecino. Es decir, conocer sus redes primarias y secundarias.

Etapa de diagnóstico situacional que permita jerarquizar las necesidades, identificar condicionantes, reconocer intereses y opiniones de la población destinataria que serán base para la planificación de las líneas de estrategias de acción.

Una parte sustantiva de la metodología consistirá en utilizar los materiales (folletos, láminas, módulos educativos, afiches, etc.)⁸⁸ elaborados en el marco del “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” y de la Ley de Educación Sexual, que se encuentran disponibles en las Instituciones públicas, siendo además de fácil acceso en los sitios de internet de los Ministerios de Salud y Educación de la Nación. Consideramos que estos instrumentos son sumamente productivos para la promoción de una sexualidad responsable de los/as adolescentes, por lo que, más que pensar en la creación de proyectos innovadores, creemos asertivo proponer estrategias de efectiva implementación de los mismos.

El espacio tendrá como principal dispositivo de intervención el Taller. Esta estrategia es considerada como un espacio de vivencia, reflexión y conceptualización. Es el lugar apropiado para la participación que permite aprender haciendo. Posibilita promover un

⁸⁸ Ver anexo

clima cálido, permisivo, de confianza, aceptación, expresión de emociones y sentimientos, de comprensión por las experiencias. Esto, con el fin de obtener el ánimo y la seguridad del grupo y alcanzar los resultados previstos. Es recomendable que cada taller sea planificado con objetivos precisos y que incluya una fase de evaluación al finalizar por parte de todos/as los/as participantes.

También, se implementaran propuestas creativas donde el arte y lo lúdico se integren como mecanismos de interpretación, creación y difusión, de tal manera que no pugnen la responsabilidad con el placer o el deber con la alegría. Estrategias como "TEATRO FORO", favorecen la participación de los/as jóvenes mediante ejercicios individuales y grupales concebidos para traducir en actos los temas de debate. Esta metodología promueve independencia y la creatividad y fomenta iniciativa, tanto en lo que se refiere a actitudes como en lo cognitivo, y favorece la búsqueda individual de soluciones a diferentes problemas. Mediante la dramatización los jóvenes expresan sus sentimientos y relatan sus experiencias; reflexionan sobre sí mismos e identifican sus creencias y valores para actuar de manera planeada.

Se propone establecer un vínculo basado en la confianza pensada desde el dialogo, la narración, el relato, la historia singular escuchada y respetada, la argumentación, la palabra que circula sin apropiaciones cristalizadas. Los operadores serán sujetos adultos dispuestos a escuchar y dialogar, a reconocer y dar cabida a la diferencia con la que el /la joven se presenta.

Un dialogo sencillo y sin censura es condición insoslayable del abordaje de las temáticas de las sexualidades.

TALLERES

Se proponen algunos talleres que podrían ser realizados en este contexto, los destinatarios serán los/as adolescentes, familias y personas que trabajan con esta población, según la actividad propuesta:

- Talleres de capacitación orientados a brindar habilidades sociales, educativas y laborales para los/as adolescentes;
- Talleres de Promoción de hábitos saludables;
- Talleres de intercambio de experiencias relatadas por personas que han atravesado situaciones de maternidad y paternidad adolescente, y/o de personas que se encuentren o hayan padecido una infección de transmisión sexual;
- Talleres de Prevención de Violencia;
- Talleres orientados a la recreación que favorezcan a la pertenencia e identidad del barrio;
- Talleres de promoción y reconocimiento de los derechos de las/los adolescentes como ciudadanos.
- Talleres de acompañamiento en el proceso de maternidad/ paternidad, de crianza y vínculos entre hijos y padres.
- Talleres orientados a la formación de un proyecto de vida, que estimule la decisión sobre las elecciones de vida.
- Talleres de sexualidad que favorezcan a la adquisición de conductas saludables, de reflexión sobre el autocuidado, el deseo y disfrute de la sexualidad.
- Talleres de prevención de Enfermedades de Transmisión sexual y/o embarazos no planificados.
- Talleres que pongan evidencia de las creencias, los mitos y las costumbres respecto a la sexualidad.
- Talleres orientados a elevar el autoestima de los/as participantes.
- Talleres de promoción y prevención destinados a las familias.
- Talleres de Capacitación acerca de la sexualidad, relacionando el término con la salud reproductiva, el embarazo adolescente, el ejercicio de los derechos y la

construcción de ciudadanía, destinado al personal que está en contacto con la población adolescente.

Por otro lado, se busca que este espacio se convierta en punto de encuentro que fortalezca el trabajo en red (con redes primarias y secundarias), principalmente con aquellos que se consideren referentes, o interesados en serlo, para los/as adolescentes de las instituciones presentes en el barrio (educativas, sanitarias, sociedades de fomento, etc.), vecinos, familiares y grupo de pares.

En este sentido, la promoción de una sexualidad responsable a edades tempranas es fundamental, teniendo en cuenta que los comportamientos que se instauran en la infancia y en la adolescencia tienen una gran probabilidad de mantenerse en la edad adulta, y que el involucramiento de más jóvenes en actividades de promoción de la salud pueden reducir notablemente el riesgo de enfermedades prevenibles y otras consecuencias negativas para el desarrollo personal de los jóvenes, y consiguientemente incrementar el estado de salud de la población.

En definitiva, la propuesta se vincula a la creación de un espacio que no sólo sea un centro de información y capacitación de los/as jóvenes, sino que particularmente funcione brindando un entorno afectivo, seguro y facilitador para generar hábitos responsables en su salud sexual, en el marco del proceso de autorrealización y crecimiento; y coordinado mancomunadamente con todos los actores barriales. Es decir, el propósito de estas intervenciones no es influir en las personas hacia una determinada conducta sino estimular a capacidad de tomar decisiones asertivas sobre su propia vida.

3. Referencia Bibliográfica

- Alvaro, Ana Romina, 2003. El Rol del trabajador social. Reflexiones acerca del rol definido teóricamente y el rol desempeñado en la práctica profesional. [En línea] http://www.filo.unt.edu.ar/prog_11/i_tsoc_art_alvaro_roltrabajadorsocial.pdf
- Ander Egg Ezequiel, 2009. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas, Córdoba. Argentina.
- Arón, A. ,1991 “Familia y Redes Sociales”. En: Terapia Sistémica y Contexto Social. Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar.
- Aylwin, Nidia, 1982. “Un enfoque Operativo de la Metodología del Trabajo Social.” Ed. Humanitas, Buenos Aires.
- Baez Jesica y Díaz Villa Gabriela. Solemnidad- irreverencia frente al sexo en el vínculo intergeneracional docente-estudiante: un problema de justicia [En línea] http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores
- Calendura, 2010La función sexual en los adolescentes. Valores, creencias y prácticas. [En línea] <http://www.yosoymadresoltera.com/la-funcion-sexual-en-los-adolescentes-valores-creencias-y-practicas/>
- Calienni, Mónica y colaboradores, 2008. “Ponencia: Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplina. UNMdP.
- Carballada, Alfredo. 2002.” La intervención en lo social”. Ed. Paidós. Bs As.
- Carballada, Alfredo J. M, 2004. “La Intervención en Lo Social y las Nuevas Formas de Padecimiento Subjetivo” en Revista Escenarios. ESTS. UNLP. La Plata.
- Carballada, Alfredo (coord.). “Salud e intervención en la salud” Editorial Espacio.
- Cardozo, Griselda, 2005. Adolescencia: Riesgo y Resiliencia. En Inequidad socio-cultural: Riesgo y Resiliencia. Margarita Borrón, Comp. Ed. Brujas.
- Cazzaniga, Susana, 1997. “Metodología. El Abordaje desde la Singularidad”. Ficha de Cátedra. Facultad de Trabajo Social UNER.

- Cortés Alfaro Alba, García Roche René, Monterre Pedro y Gutiérrez, Jorge Fuentes Abreu y Pérez Sosa Dania, 2000. Sida, adolescencia y riesgos. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En línea] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300005
- Czeresnia Dina, 2006. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción, en: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos. Promoción de la salud. Buenos aires.
- Educación Sexual Integral [en línea] http://portal.educacion.gov.ar/?page_id=57
- Electra González A^a, Temístocles Molina G^b, Adela Montero, Vania Martínez N, Carolina Leyton M^c. 2007 Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. En Revista médica de Chile [En línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- Elkaim, Mony y otros, 1989. Las prácticas de la terapia en red. Ed. Gedisa.
- Eroles, Carlos, 1998. "Familia y Trabajo Social". Un Enfoque Clínico e interdisciplinario de la Intervención Profesional. Ed. Espacio, Buenos Aires
- Espala Sánchez y otros. 1982. Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. En Papeles del Psicólogo. [En línea] <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1076>
- Franco Mariel y Blanco Laura, 2004. "El Enfoque de Riesgo" en "Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Carlos Eroles. Ed. Espacio, Bs. As.
- García, Y. E., Guridi, M. Z., Dorta, Z., Noda, L. & Reyes, Z. (2006, 10 de noviembre). Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. *Revista Psicología Científica.com*, 8(17). [En línea] <http://www.psicologiacientifica.com/comportamiento-sexualidad-adolescentes>.
- Geldstein Rosa y Pantelides Alejandra, 2001. Riesgo reproductivo en la adolescencia Desigualdad social y asimetría de género. UNICEF Argentina.

- Gómez Zapiain Javier. El desarrollo sexual en la adolescencia. [En línea] <http://www.svnp.es/document/captulof.htm>
- Gonzalez- Saibene, Alicia, 2000 “El Objeto de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social” en Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe.
- INDEC, 2010. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. [En línea] <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
- Jones, Daniel. 2010. Sexualidades adolescentes: amor, placer y control en la Argentina contemporánea. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad – CICCUS (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) – CLACSO.
- Kisnerman Natalio, 1998. “Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el constructivismo.” Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina.
- Kuhn Thomas, 1970. En “Estudio de los Paradigmas de la Investigación. La Investigación-Acción.”
- MANINI LILY. 2004. Embarazo adolescente en Argentina ¿Un proyecto de vida? 13 de agosto del 2004. [En línea] www.mujereshoy.com.
- Ministerio de Salud. Unidad ejecutora de Programas Materno Juveniles y Nutricionales. Salud en la Adolescencia: avances hacia un enfoque integral. [En línea] <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20en%20la%20Adolescencia%20Avances%20hacia%20un%20Enfoque%20Integral.pdf>
- MGP Mar del Plata- Batán, 2012 Estadísticas. [En línea] <http://www.mardelplata.gob.ar/indexnw.asp>.
- Moffat, Alberto y otros, 1991. Política social en tiempos de cambio. Pontosur Editores.
- Morin, Edgar.1990. “Introducción al Pensamiento Complejo.” Ed. Gedisa, España.
- MORGADE, GRACIELA (coord.) 2011. “Toda educación es sexual”. Ed. La cruzía ediciones. Bs As.

- MUKODSI CARAM, MIGUEL Y OTROS. “Enfoque de riesgo”. [en línea] www.Revistaciencia.com.
- Najmanovich, Denise, 2005. “El Juego de los Vínculos. Subjetividad y Redes: Figuras en Mutación.” Ed. Biblos. Buenos Aires. Argentina
- NETTO, José Paulo, 1992. Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Sao Paulo.
- Nirenberg Olga, 2006. “Participación de adolescentes en Proyectos Sociales: Aportes conceptuales y pautas para su evaluación”. Ed. Paidós. Bs As.
- Nuñez Rivas Hilda y Chavarría Ana Rojas. 1999. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. En Revista costarricense de Salud Publica [En línea] http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14291999000100003&script=sci_arttext
- Observatorio Social Legislativo “La Adolescencia Midde en la Provincia de Buenos Aires” Municipio de General Pueyrredón. Programa de actividades descentralizadas 2010
- Observatorio Social Legislativo “La Adolescencia Midde en la Provincia de Buenos Aires” 6° Sección Electoral, 2011.
- Observatorio Social Legislativo “Datos Nacionales y Provinciales Económicos-sociales de interés Legislativo”, Enero 2013.
- Organización Mundial de la Salud, 2006. 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A59/11 Punto 11.6 del orden del día provisional “Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial” 18 de mayo de 2006 [en línea] www.who.int/
- Organización Mundial de la Salud, 2011. Riesgos para la salud de los jóvenes. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1992. “Manual de medicina de la adolescencia”.
- Organización Panamericana de la Salud, Colombia, 2011 “Protocolo de Educación sexual” [en línea] <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/03EducacionSexual.htm>

- Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. [En línea]: www.ts.ucr.ac.cr
- Portal Educar.ar El portal educativo del estado argentino. "Promoción de la salud" [En línea] <http://www.educar.ar/sitios/educar> publicado 2/06/2008
- Portal SIDA-AIDS. Modelos psicológicos de la salud que han abordado el VIH/ SIDA. [En línea] <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/22-modelo-transteorico.html>
- Ramos Cavazos M. Teresa y Cantú Martínez Pedro, 2003. El vih/sida y la adolescencia. [En línea] <http://www.respyn.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adole.htm>
- Rozas Pagaza, Margarita, 1998. "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social." Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Rozas Pagaza, M., 2003. "Las distintas tendencias del Trabajo Social en la Argentina de hoy", en "Trabajo Social y las Nuevas Configuraciones de lo social" Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Salvadores, Ana y Pinque Mariana. 2009 Ponencia "Control Institucional de la infancia. Nuevo contexto" en el X Congreso Nacional Sociología Jurídica. Córdoba. [en línea] <http://www.sasju.org.ar/xcon/Xarchivos/comision9/7Salvadores%20pinques%20otros.pdf>
- Sánchez Silvana, 2004 "JUVENTUD POBRE". Revista de Temas Sociales Universidad Nacional de San Luis Año 8 – Nº 14 KAIRÓS, [en línea] <http://www.revistakairos.org>
- Sluzki, Carlos, 1996. La red social: frontera de la práctica sistémica. Ed. Gedisa.
- Suárez Ojeda, E. y otros, 2007 "Trabajo comunitario y Resiliencia social", en Munist, M. y otros (comp.), "Adolescencia y Resiliencia", Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Suárez Ojeda, E. y otros, 2007 "Trabajo comunitario y Resiliencia social", en Munist, M. y otros (comp.), "Adolescencia y Resiliencia", Ed. Paidós, Bs. As.
- UNFPA, Fondo de Población de las Naciones unidas, Equipo técnico para América Latina y El Caribe, 2006. "Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y

Derechos Reproductivos de Adolescentes.” [en línea]

<http://www.unfpaargentina.com.ar/sitio/archivos/buenaspracticasyjovenes.pdf>

- Vanguardia.2009. Mal uso de píldora de emergencia trae consecuencias. [En línea] <http://www.vanguardia.com.mx/malusodelapildoradeemergenciaatraeseriasconsecuencias-439946.html>
- Vasilachis de Gialdino, Irene. “Métodos Cualitativos I”. Los problemas teórico-epistemológicos. Centro Editor de América Latina.
- Vélez Restrepo, Olga, 2003. “Reconfigurando el Trabajo Social”. Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- VIH en Honduras. Acciones para la prevención. Cambio de comportamiento. [En línea] <http://www.vihenhonduras.org/cambio-de-comportamiento/>

ANEXOS

Municipalidad de General Pueyrredon
Dirección de la Mujer-Subsecretaria de Políticas Sociales para la integración
CEREMAP
PROGRAMA NIDOS Embarazo adolescente

CÓDIGO: _____ - _____ - _____ - _____

1- Sexo
(marcar con una X)

1 =mujer 2 =hombre

2- Edad

.....

3- Barrio en el que vivís _____

4- ¿Actualmente vas a la Escuela?
(marcar con una X)

1 = Si →

Pasa a la pregunta 5

2 = No →

Pasa a la pregunta 6

5- ¿Qué año estás cursando? (marcar con una X)

EPB

5to

6to

ESB

1ro

2do

3ro

4to

5to

6to

Adultos

1ro

2do

3ro

6- ¿En qué temas de sexualidad tenés más dudas? (marcar con una X, máximo 2 opciones)

1- Infecciones de transmisión sexual

2- métodos anticonceptivos

3- acceso a la consulta médica

4- uso de preservativos

5- Otros - ¿Cuáles? _____

7- ¿A quién le preguntas cuando tenés dudas sobre sexualidad? (marcar con una X, máximo 2 opciones)

1- amigos

2- Escuela

3- Padres

4- Hermanos/primos

5- profesionales de la salud

6- internet

7- Revistas /diarios

8-Otros . ¿Cuáles? _____

Municipalidad de General Pueyrredon
Dirección de la Mujer-Subsecretaria de Políticas Sociales para la integración
CEREMAP
PROGRAMA NIDOS Embarazo adolescente

8- ¿Qué métodos anticonceptivos conocés? (marcar con una X)

- 1- Píldora 2- inyecciones 3- parches
4-diu- 5- preservativo 6- otros . ¿Cuáles? _____

9- ¿Cuál crees que es el método más efectivo para prevenir enfermedades de transmisión sexual? (marcar con una X)

- 1- Píldora 2- inyecciones 3- Parches
4-Diu- 5- preservativo 6- otros . ¿Cuáles? _____

10- ¿Cuál crees que es el método más efectivo para prevenir embarazos? (marcar con una X)

- 1- Píldora 2- Inyecciones 3- Parches
4-Diu- 5- Preservativo 6- Otros . ¿Cuáles? _____

11- ¿Tuviste tu primera relación sexual? (marcar con una X)

1- Si



Pasa a la pregunta 12

2- No



Pasa a la pregunta 17

12- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

13- ¿Usaste algún método anticonceptivo en tu primera relación sexual?(marcar con una X)

- 1- si . ¿Cuál? _____
2- no

14- ¿Cada cuánto tenés relaciones sexuales?(marcar con una X)

- 1 = Cada Semana 2 = Cada Mes 3 = Cada Tanto

15- ¿Qué métodos anticonceptivos estas usando?(marcar con una X)

- 1- Ninguno → Pasa a la pregunta 17 2- Píldora 3- Inyecciones
4- Parches 5-Diu- 6- Preservativo
7- Otros ¿Cuáles? _____

Municipalidad de General Pueyrredon
Dirección de la Mujer-Subsecretaria de Políticas Sociales para la integración
CEREMAP
PROGRAMA NIDOS Embarazo adolescente

16- ¿A través de quién conseguís los anticonceptivos (pastillas, preservativos, etc.)?

1- Salita/hospital/médico

2- Padre/madre/ familiares / amigos

3- Otros ¿Cuáles? _____

17- ¿Crees que existen diferencias en la sexualidad de los varones y las mujeres? (marcar con una X)

1- Si ¿Cuáles? _____

2- No

18-¿Crees que el embarazo adolescente es igual en los varones que en las mujeres?(marcar con una X)

1- Si ¿Por qué? _____

2- No ¿Por qué? _____

19- Para vos, ¿quién es el responsable de cuidarse?.(marcar con una X)

1- Mujer

2- Varón

3- Los dos

20- ¿Qué es para vos cuidarse? _____

21- ¿En qué crees que cambiaría tu vida si te enteras que estas esperando un hijo? _____

22- ¿Conocés cuáles son tus derechos sexuales y reproductivos?

1- Si

2- No

Municipalidad de General Pueyrredon
Dirección de la Mujer-Subsecretaria de Políticas Sociales para la integración
CEREMAP
PROGRAMA NIDOS Embarazo adolescente

23- ¿Qué temas te interesan? (marcar con una X)

1 - Prácticas Sexuales

2 - Identidad Y Diversidad Sexual

3- Mitos Sobre Sexualidad

4- Infecciones De Transmisión Sexual

5 -Métodos Anticonceptivos

6 - Abuso Sexual

7- Otros . ¿Cuáles? _____

24 - ¿Cómo te gustaría que se traten estos temas? (marcar con una x)

1- Charlas de profesores del área de salud

2- talleres vivenciales

3- videos

4- Charlas de profesores de otras materias

5-Análisis de situaciones /
teatralizaciones

6- Testimonios de alumnos/as

7- A través de una página web / internet

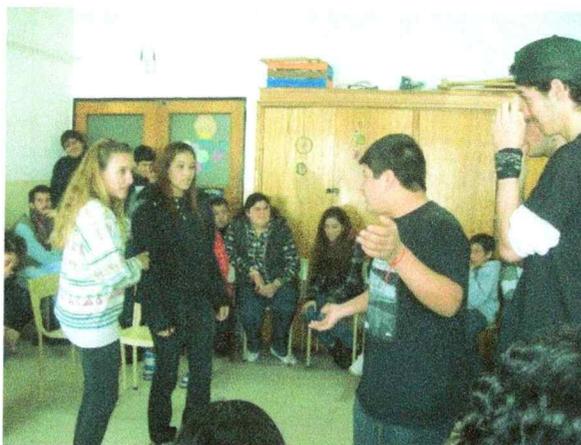
8-Otros . ¿Cuáles? _____

Muchas Gracias por tu ayuda!!!

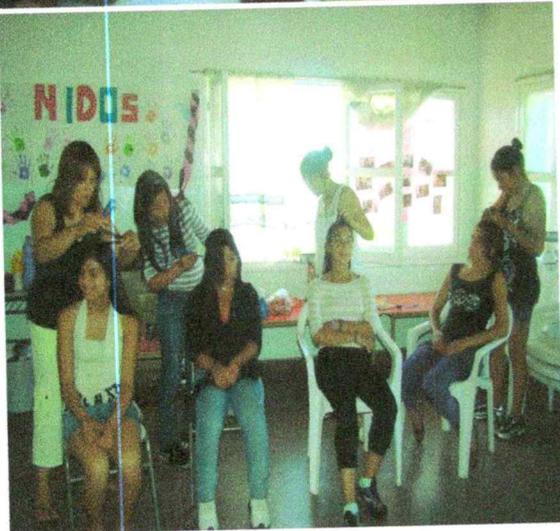
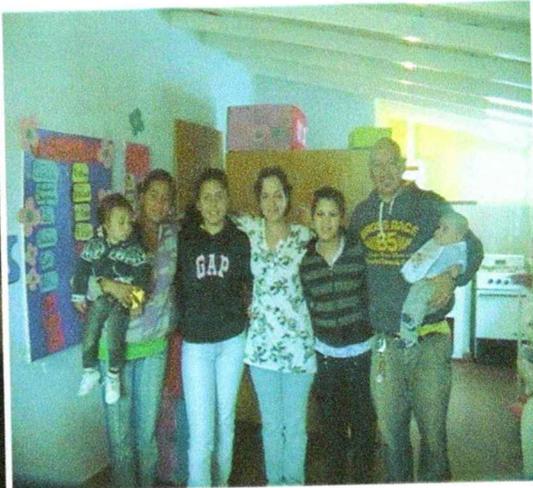
NIDOS

FOTOS: PROGRAMA NIDOS

TALLERES DE SEXUALIDAD



NIDOS



1 - IDENTIDAD DE LA EMBARAZADA

La idea es obtener los datos del documento más algunos que favorezcan el vínculo y la atención.¹

Identidad			
Nombre:			
Apellido:			
Fecha de nacimiento			Mi documento
Vivo en ² :			
Teléfono:		Teléfonos alternativo:	

¿Quién es tu acompañante en el NIDO?
Nombre:

¿A quién quisieras que llamemos en caso de urgencia?
Nombre:
Vínculo:
Dirección:
Teléfono:

¹ Agregue todo dato que estime importante para la identidad de la embarazada. Por ejemplo: sobrenombres, quién la llama o llamó así

² Dirección y, de ser necesario, explicar cómo llegar.

2 - ALGUNOS DATOS DE LA HISTORIA DE EMBARAZADA

Es idea obtener todos estos datos y otros de interés³

Cuando te enteraste que estabas embarazada, ¿a quién se lo contaste primero? ¿Cómo reaccionó?

EMBARAZO

Este es mi embarazo (*primero/segundo, etc.*)

Me hago los controles de embarazo?	Si	no
------------------------------------	----	----

Dónde:

Mi médico/a obstetra se llama:

Estoy en el _____ mes de embarazo

Mi hijo/a nacerá el día					
-------------------------	--	--	--	--	--

Cuando quedé embarazada pesaba _____ kilos

Ahora peso _____ kilos

Mi grupo sanguíneo es

¿Estuve enferma antes de estar embarazada?	si	no
--	----	----

¿Estuve enferma desde que estoy embarazada?	si	no
---	----	----

¿Qué enfermedad?

¿Tomo alguna medicación?	si	no
--------------------------	----	----

¿Cuál?

Me gusta comer :

como carnes		veces por semana	
como verduras		veces por semana	
como frutas		veces por semana	
como pastas		veces por semana	

Grupo sanguíneo del papá:

³ - Sería interesante saber cuál es el grupo sanguíneo del papá, ya que pueden ser incompatible. Consultar.

ACLARACIÓN: En la situación de embarazo las conductas íntimas e individuales, no públicas y las públicas cambian de la situación: pasan de privadas a compartidas con el hijo/a que está gestando. Por ejemplo: el alcohol, los cigarrillos, dietas o cualquier tipo de droga se convierte en compartido. Es importante hablar sobre estos temas y, de ser posible, registrarlos.

3 - LA HISTORIA ESCOLAR Y DE TRABAJO

Sumar a estos datos de embarazada otras cuestiones específicas.⁴

¿Va a la escuela?	no		si	
	Fecha en que dejé		Año que curso	
	¿Hasta qué año cursé?		¿En qué escuela?	

¿Trabaja?	si		no	
¿Dónde?		¿Cuántas horas?		¿Días?
¿Qué tareas hace?				

¿Cómo es un día de mi vida?⁵

⁴ TRABAJO: sería importante agregar en qué condiciones trabaja. Tanto condiciones de contratación (en blanco, en negro, con o sin obra social, etc.), como condiciones físicas (cuántas horas, en qué tareas, en qué posición, si hace esfuerzos, etc.) Siempre que tengan que ver con riesgos en el embarazo.

⁵ LO COTIDIANO: Un diálogo donde se puedan intercambiar cuestiones de todos los días sería muy ilustrativo para conocer las costumbres de la embarazada. La descripción de un día de su vida, las cosas que hace, sus rechazos, sus miedos, sus proyectos. Un resumen de este diálogo sería interesante volcarlo aquí.

4 - LA HISTORIA FAMILIAR

Este cuadro se puede enriquecer en el diálogo.⁶

Historia familiar:

Tengo _____ hermanos

Sus nombres y edades son:

¿Qué edad tenía mi madre cuando yo nací?

¿Qué edad tenía mi padre cuando yo nací?

¿Los familiares más cercanos? (*tíos, primos, etc.*)

¿Con quién vive la embarazada?

⁶ Sería interesante en este momento charlar con quiénes vive o quiénes son para la embarazada, personas significativas. Observar la pertenencia o no al grupo (posición y rol) de convivencia.

Registrar si vive en una familia ampliada o cerrada, cómo es la vecindad.

Otro dato de interés: cómo fue vista en su grupo o en la escuela al conocer que estaba embarazada.

También anécdotas significativas de la niñez.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Ley 25.673/2003

ARTICULO 1° - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción; (Párrafo incorporado por art. 8° de la Ley N° 26.130 B.O. 29/8/2006)

- c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10° - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11° - La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12° - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13° - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14º - Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

Ley 26.150

Establécese que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa.

Sancionada: Octubre 4 de 2006

Promulgada: Octubre 23 de 2006

El Senado y Cámara de Diputados

de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.

Sancionan con fuerza de

Ley:

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION

SEXUAL INTEGRAL

ARTICULO 1º — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

ARTICULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1º las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.

ARTICULO 3º — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

ARTICULO 4º — Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

ARTICULO 5º — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

ARTICULO 6º — El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología definirá, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTICULO 7º — La definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral será asesorada por una comisión interdisciplinaria de especialistas en la temática, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de elaborar documentos orientadores preliminares,

incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del programa.

ARTICULO 8º — Cada jurisdicción implementará el programa a través de:

- a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo;
- b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios;
- c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomiende, utilizar a nivel institucional;
- d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas;
- e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua;
- f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

ARTICULO 9º — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados. Los objetivos de estos espacios son:

- a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;
- b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;

c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.

ARTICULO 10. — Disposición transitoria:

La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente. La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.

ARTICULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,

A LOS CUATRO DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL SEIS.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.150 —

ALBERTO E. BALESTRINI. — DANIEL O. SCIOLI. — Enrique Hidalgo. — Juan H.

Estrada.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

A continuación se detallan los links donde se encuentran los materiales de Educación Sexual otorgados por el Programa de Educación sexual.

Ley 26.150

<http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf>

Lineamientos Curriculares

<http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/lineamientos-curriculares-ESI.pdf>

Cuadernos de ESI

- Cuadernos de ESI inicial:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/esi_inicial.pdf

- Cuadernos de ESI primaria:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/esi_primaria.pdf

- Cuadernos de ESI secundaria:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/esi_secundaria.pdf

- Cuaderno de ESI secundaria II:

<http://repositorio.educacion.gov.ar:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/109718/Cuaderno%20ESI%20Secundaria%20%20webpdf.pdf?sequence=1>

Materiales para familias

- Revista Educación Sexual Integral para charlar en familia:

<ftp://ftp.me.gov.ar/vs/EducacionSexualEnFamilia.pdf>

- Spot de la revista de ESI:

<http://www.youtube.com/watch?v=DN6dripDyf0>

Láminas didácticas

- Láminas didácticas para inicial:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html?mnx=inicial&mny=_laminas&carpeta=esi

- Láminas didácticas para primaria.

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html?mnx=primario&mny=_laminas&carpeta=esi

- Láminas didácticas para secundaria:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html?mnx=sec&mny=_laminas&carpeta=esi

Materiales de sensibilización

- Trípticos para familias:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/familias.pdf

- Trípticos para docentes:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/docentes.pdf

- Trípticos para chicos y chicas:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/adolescentes.pdf

- Póster institucional para Inicial:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/inicial_msens_p.htm

- Póster institucional para primaria:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/primario_msens_p.htm

- Póster institucional para secundaria:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/sec_msens_p.htm

- Póster institucional para formación docente:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/docente_msens_p.htm

- Póster institucional para especial:

http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/docente_msens_p.htm

Videos experiencias por niveles y modalidades

- ESI - Nivel Inicial completo

<http://www.youtube.com/watch?v=dcogbSHxLM8>

- ESI - Nivel Inicial 1.VOB

<http://www.youtube.com/watch?v=RweVH9MDATw>

- ESI - Nivel Inicial 2.VOB

<http://www.youtube.com/watch?v=mTKgqDnirck>

- ESI - Nivel Inicial 3.VOB

<http://www.youtube.com/watch?v=h7t0AgdAi5Q>

- ESI – Nivel Primario

<http://www.youtube.com/watch?v=riGijSh6qiE>

- ESI – Educación especial completo

<http://www.youtube.com/watch?v=j9QOPrI1Zdl>

- ESI – Nivel Secundario

<http://www.youtube.com/watch?v=pE30jWpl84M>

Cortos ESI – Canal Encuentro

- Embarazo y adolescencias

<http://www.youtube.com/watch?v=GgrOxvYdZRo>

- Sexualidad y escuela

<http://www.youtube.com/watch?v=Qj3lzfz8zRQ>

- Diversidad

http://www.youtube.com/watch?v=ckp-sv_YpbM

- Relaciones entre pares

<http://www.youtube.com/watch?v=Vm3srHA-X6o>

- Primera vez

<http://www.youtube.com/watch?v=s7FKfBuVW5I>

- Cuerpo

<http://www.youtube.com/watch?v=sr9BwHfQbog>

- Sexualidad y derechos:

http://www.youtube.com/watch?v=0IGgx8_R5MI

- Género:

<http://www.youtube.com/watch?v=PVQOPLPkHLC>

- Sexualidad y genitalidad:

<http://www.youtube.com/watch?v=-e9r9Nz01sk>

- Infecciones de Transmisión Sexual:

<http://www.youtube.com/watch?v=GTDWxNnUfwo>

- Mitos:

<http://www.youtube.com/watch?v=tvMeYDrYYVc>

- Nuevas familias:

<http://www.youtube.com/watch?v=AjnLyQbqcNY>

- VIH:

http://www.youtube.com/watch?v=9-x_95Hnvc