

Working Papers Series CST/ LAC
NO. 14



“ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
JOVENES EN AMÉRICA LATINA Y EL
CARIBE: HACIA UNA NUEVA SÍNTESIS DE
ENFOQUES”

Irma Palma/Humberto Abarca/
Claudia Moreno

UNFPA Country Support Team for
Latin America & The Caribbean
UNFPA CST LAC - Mexico City



UNFPA

United Nations
Population Fund

FNUAP

Fondo de Población
de Naciones Unidas

**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN JOVENES EN AMÉRICA LATINA Y
EL CARIBE: HACIA UNA NUEVA SÍNTESIS DE
ENFOQUES**

INFORME TÉCNICO

EQUIPO DE APOYO TÉCNICO
FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS
PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Consultora: Irma Palma
Con la colaboración de: Humberto Abarca
Claudia Moreno

Enero 2002

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 4 |
| I. CONCEPCIONES SOBRE EL RIESGO: de los determinismos hacia una nueva síntesis. | 5 |
| 1.1. <u>Introducción</u> | 6 |
| 1.2. <u>Aproximaciones de nivel individual</u> | 8 |
| 1.3. <u>Enfoques de nivel estructural: vulnerabilidad frente a factores de riesgo</u> | 10 |
| 1.4. <u>Hacia una nueva síntesis: la construcción social del riesgo</u> | 11 |
| II. CONCEPCIONES DE SEXUALIDAD EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS | 14 |
| 2.1 <u>La concepción de la sexualidad: ¿esencia o rasgo cultural?</u> | 14 |
| i. <u>Del enfoque biomédico a la síntesis “bio-psico-social” de la sexualidad.</u> | 14 |
| ii. <u>La construcción social de la sexualidad.</u> | 15 |
| 2.2 <u>El status conceptual de la sexualidad en el diseño y operación de programas</u> | 17 |
| i. <u>Sexualidad como lugar de las prácticas reproductivas: la conexión “sexualidad/salud reproductiva/responsabilidad”.</u> | 18 |
| ii. <u>Sexualidad/dimension bio-psico-social/desarrollo integral.</u> | 19 |
| iii. <u>La vinculación “sexualidad/derechos/cultura”</u> | 19 |
| iv. <u>La sexualidad como invitación a la moralidad.</u> | 20 |
| 2.3 <u>Las concepciones sobre sexualidad y su influencia sobre los diagnósticos justifican los programas</u> | 21 |
| i. <u>Diagnóstico catastrofista: la sexualidad juvenil como signo de una sociedad desbocada</u> | 21 |
| ii. <u>La sexualidad juvenil amenazada por la modernización y la industria cultural</u> | 22 |
| iii. <u>La sexualidad juvenil vinculada a condiciones de vulnerabilidad</u> | 23 |
| iv. <u>La sexualidad adolescente como esencialmente riesgosa.</u> | 24 |
| v. <u>La sexualidad como ámbito de transformaciones culturales: la simultaneidad epocal de oportunidades y riesgos.</u> | 25 |
| III. ESTRATEGIAS EN SSR JUVENIL: el advenimiento de lo sociocultural. | 29 |
| 3.1. <u>La vertiente sanitaria</u> | 30 |
| i. <u>Hacia una nueva síntesis entre prevención y promoción</u> | 30 |
| ii. <u>Los aprendizajes derivados de la pandemia del VIH/SIDA</u> | 32 |
| 3.2. <u>La vertiente de las ciencias humanas y su análisis del nuevo trabajo social</u> | 35 |
| IV. TEMAS CRÍTICOS DEL NUEVO ENFOQUE SOCIOCULTURAL | 37 |
| 4.1. <u>La centralidad de lo conversacional en las estrategias de prevención</u> | 37 |
| i. <u>La conversación.</u> | 37 |
| ii. <u>Conversación para el entendimiento.</u> | 38 |
| iii. <u>Políticas socioculturales: desarrollo cotidiano y conversaciones.</u> | 39 |
| iv. <u>La necesidad de explicitar el juego pregunta/respuesta implicado en las propuestas</u> | 41 |
| v. <u>La necesidad de analizar críticamente el alcance real de lo conversacional en los diversos programas</u> | 42 |
| 4.2. <u>La necesidad de problematizar la noción de 'tránsito' en materia de enfoques sobre adolescencia y la juventud</u> | 42 |
| 4.3. <u>La valoración del autocuidado en salud</u> | 44 |
| 4.4. <u>El relevamiento de los derechos sexuales y reproductivos</u> | 46 |
| 4.5. <u>La necesidad de complejizar la opción curricular en materia de educación</u> | 49 |

| | | |
|------|---|----|
| i. | <u>Un enfoque de educación centrado en los aprendizajes</u> | 50 |
| ii. | <u>La escuela, renovación de enfoques y apertura de sus fronteras</u> | 52 |
| iii. | <u>El recurso a nuevos espacios de aprendizaje</u> | 52 |
| iv. | <u>El relevamiento de la educación comunitaria entre pares</u> | 53 |
| v. | <u>La necesidad de debatir el depositario de la responsabilidad por el aprendizaje</u> | 53 |
| V. | <u>ANEXO: Programas para la Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes (Embarazo adolescente no planificado / no deseado e its/vih/sida) en América Latina disponibles para el análisis</u> | 55 |
| 5.1. | <u>Iniciativas de la Sociedad Civil/Organizaciones No Gubernamentales consideradas en el Análisis</u> | 55 |
| 5.2. | <u>Programas y Políticas Gubernamentales consideradas en el Análisis</u> | 59 |
| 5.3. | <u>Fichas técnicas seleccionadas de programas e iniciativas considerados en el Análisis</u> | 61 |
| | <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> | 79 |

INTRODUCCION

Este documento asume que las estrategias que se desarrollan en la actualidad en el ámbito de la prevención en salud sexual y reproductiva, expresan una diversidad de desarrollos teóricos, metodológicos y tecnológicos, los cuales a su vez suponen diversos esfuerzos investigativos, de reflexión, de acción, de evaluación. De modo manifiesto o más implícito, las estrategias se construyen sobre la base de fundamentos teóricos, metodológicos y políticos particulares. Tales fundamentos pueden ser organizados en una articulación de enfoques explicativos respecto de las prácticas de los sujetos -en particular con las aproximaciones a la cuestión del riesgo-, concepciones de la sexualidad en la cual se inscriben las prácticas intervenidas -sea que adquiera o no una centralidad, las opciones preventivas hacen de ella su objeto-, concepciones educativas y sanitarias que dan racionalidad a las estrategias.

En la actualidad, en una observación en superficie, puramente descriptiva, puede reconocerse un conjunto diverso, heterogéneo, variado de acciones, públicos, espacios, instituciones, técnicas educativas, tecnologías comunicacionales, contenidos, mensajes. En un nivel descriptivo los programas parecen haberse orientado desde modelos más clásicas a nuevas prácticas: usan recursos tecnológicos diversos, propician la expresividad, indagan en la experiencia de los participantes, tematizan la sexualidad, se presentan como participativas, combinan espacios institucionales y sectoriales, incorporan lógicas comunitarias, apelan a enfoques que exceden lo formal. En un sentido, parecen expresar una renovación. Sin embargo, puede sugerirse que en un nivel más estructural -el de la relación entre los elementos- ello no exprese una orientación teórico-metodológica similar ni convergente en los enfoques explicativos que les subyacen, en sus concepciones de sexualidad y las orientaciones respecto de las prácticas promovidas, en sus enfoques pedagógicos y de salud que organizan sus estrategias. Ciertamente podría afirmarse que hoy nos encontramos en una coyuntura en que las crisis, debates, aportaciones teóricas críticas, deconstrucción de categorías y orientaciones de contenidos, innovaciones en las intervenciones, procesos de monitoreo y evaluación permiten/exigen un análisis de los fundamentos de las estrategias, así como una interrogación respecto de ellas.

Puede afirmarse que los primeros desarrollos de los programas de prevención en vih/sida tendieron a ajustar sus diseños estratégicos a enfoques explicativos, teorías en salud y modelos pedagógicos clásicos, provenientes de otras enfermedades epidémicas, que estaban basados en la resolución externa o en la activación y modelamiento de patrones de respuestas sencillas en individuos y poblaciones, ajustándose a lógicas de relación entre instituciones de salud y sujetos superadas por los nuevos contextos culturales, sociales y políticos.

El proceso desarrollado hasta ahora -evidenciado por catastros, registros, evaluaciones, síntesis de propuestas, manuales- muestra un desarrollo heteróclito en la articulación de tecnologías y metodologías y una insuficiente articulación de enfoques explicativos estructurales, una aproximación al objeto que no reconoce su especificidad respecto de las políticas sociales clásicas y de los enfoques educativos tradicionales, una conexión a

interpretaciones y diagnósticos de los contextos y orientaciones culturales, así como una basadas en equidad de género, etc.

Ha habido un desarrollo crítico de teorías y metodologías educativas. Ello puede vincularse, de una parte, a los procesos de crisis y reforma a la educación que se encuentran en desarrollo en varios países de la Región, y, de otra parte, se asocia a aprendizajes llevados a cabo por los programas educativos especializados en el campo de la prevención.

Asimismo, la acción colectiva destinada a luchar contra la epidemia del VIH/SIDA ha tenido una historia corta, sin embargo, inédita por las transformaciones introducidas a las relaciones de las instituciones de salud con los sujetos –usuario/público/sujeto/actor-, en las orientaciones y diseños en las instituciones de investigación, etc.

Por otra parte, ha habido un creciente reconocimiento y establecimiento de principios, acuerdos y convenciones en materia de derechos en el ámbito de la reproducción y la sexualidad. Su instalación en la cultura así como su puesta en ejercicio por parte de sujetos e instituciones es lenta, sin embargo, su existencia incorpora una perspectiva radicalmente nueva a la acción en salud -en tanto introduce la noción de sujeto de derecho en relación con una esfera de la vida tradicionalmente expuesta-.

Las estrategias en la actualidad están demandadas a contribuir a la prevención de riesgos, pero ello supone avanzar en un conjunto de ámbitos teóricos, metodológicos y tecnológicos. En este Informe nos abocaremos, en primer lugar, a analizar los modelos explicativos de los comportamientos humanos que conducen la investigación y sustentan las estrategias de intervención frente al embarazo no planificado y las its/vih/sida, donde la cuestión problemática es la centralidad del individuo o del sistema social. En segundo lugar, nos referiremos a las concepciones particulares de la sexualidad que les subyacen o activan las estrategias, en el cual puede identificarse aspectos cuya resolución será determinante a la hora de definir los énfasis de las diversas intervenciones: la articulación entre sexualidad y cultura; la centralidad de la definición conceptual de la sexualidad en el diseño y -derivado de ella- los diagnósticos de las respectivas realidades en lo que a sexualidad juvenil refiere. En tercer lugar, examinaremos los enfoques en salud y en educación, respecto de los cuales puede decirse que existe un vacío que legitima la búsqueda de un nuevo enfoque, que daremos en llamar *sociocultural* y cuyo eje es el recurso a la *conversación* como recurso de desarrollo. Por ello, analizaremos el curso de los debates referidos a las políticas sanitarias; referiremos una reflexión que, al interior de las ciencias humanas, apunta a extraer aprendizajes de a partir de la revisión de un conjunto de prácticas innovadoras en materia de trabajo social, y, por último, presentaremos un conjunto de reflexiones provenientes de distintos ámbitos disciplinarios que a nuestro juicio representan afluentes para el desarrollo de un enfoque conversacional.

I. CONCEPCIONES SOBRE EL RIESGO: de los determinismos hacia una nueva síntesis.

1.1. Introducción

La formulación de la pregunta básica que ha de responderse, y que ha de ser asumida por la estrategia preventiva resulta crucial.

Puede sugerirse que ella misma exprese un estado de desarrollo de la investigación y teorización sobre la acción humana y la vida social –en particular respecto del riesgo-, así como una crisis y evolución en las formas y fundamentos de la prevención.

Proponemos que la pregunta básica ha debido ir modificándose en el tiempo, desde una formulación sencilla -que vinculan a un sujeto racional con déficits informacionales u obstáculos de orden cognitivo con la adecuación y pertinencia de mensajes informativos-, a formulaciones diversas y más complejas que introducen niveles de análisis múltiples.

Del mismo modo, en el campo de la acción, las estrategias preventivas en su revisión han debido explorar nuevas preguntas.

Asistimos, entonces a una multiplicidad de formulaciones, en el marco de una complejización y problematización de los enfoques explicativos, de las conceptualizaciones y de las estrategias preventivas.

De modo más o menos explícito y asumido, la gestión de la sexualidad involucra un conjunto de ámbitos de referencia los que a su vez, conducen al sujeto hacia un conjunto de decisiones. La esfera de la sexualidad introduce un conjunto de escenarios de riesgo frente a los cuales los sujetos resuelven con acuerdo a determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo, sobre los significados y ordenamientos culturales que articulan la expresión de las vivencias sexuales.

En la experiencia cotidiana puede observarse riesgos de los cuales el sujeto puede ser perfectamente consciente y conoce sus consecuencias, así como otros que desconoce por completo aunque conviva con ellos -se habla de riesgos conocidos/desconocidos; riesgos voluntaria/involuntariamente asumidos-. Hay riesgos que se conocen y se pueden controlar, pero hay los que se encuentran fuera de nuestro alcance -riesgos controlables/incontrolables-. Hay riesgos cuyas consecuencias son más o menos graves, más o menos letales, más o menos irreversibles -riesgos más graves/menos graves-. (Blanco y cols, 2000). Diversos autores han señalado la condición epocal del riesgo¹.

¹ En tal sentido, autores como Giddens (1995) sostienen que la construcción del riesgo como concepto es reciente, que cubre y reemplaza conceptos tradicionales como suerte, fortuna y destino. El autor argumenta que la suerte y el destino están culturalmente definidos y por ello, el individuo tiene escaso control sobre ellos. Propone que en gran medida, el concepto actual de riesgo está comprometido con concepciones residuales de fortuna y probabilidad, de las cuales el individuo no puede escapar. El componente cultural es esencial, por cuanto generaría los límites de acción dentro de los cuales una situación es tipificada de peligrosa y generaría los repertorios de respuesta a los que pueden acceder los individuos. La modernidad es un orden post-tradicional, sin que por ello haya que confundirlo con un marco social en que

A continuación se expone un conjunto diverso y delimitado de aproximaciones desarrolladas en el campo científico respecto de las temáticas y fenómenos abordados en esta consultoría, las cuales se orientan a proponer explicaciones y/o comprensiones sobre los comportamientos vinculados a la exposición al VIH/ITS y al embarazo no planificado en población adolescente. Dichas aproximaciones provienen de campos disciplinarios diversos, de la epidemiología y la salud pública, las ciencias sociales, la ingeniería. Algunas de ellas están más ampliamente referidas a fenómenos similares, otras más directamente vinculados al campo de la investigación en materias de salud sexual y reproductiva.

En términos generales, puede afirmarse que los modelos explicativos de los comportamientos humanos que conducen la investigación y sustentan las estrategias de intervención frente al embarazo no planificado y las ITS/SIDA, aunque diversos, reproducen una diferencia epistemológica y metodológica -aparente, a nuestro juicio- respecto de los modelos explicativos de los comportamientos relacionados con la salud en el campo científico, a saber la centralidad del individuo o del sistema social:

- Algunos modelos focalizan en la conducta individual de riesgo, concebida como resultado de una operación racional y un criterio de rentabilidad costo/ganancia, basada en un conjunto de determinantes: conocimientos, actitudes, motivaciones, habilidades; sus diagnósticos enfatizan nociones como "desajuste de información y/o competencias" y sus propuestas apuntan al ajuste en tales dimensiones. El individuo constituye su unidad de análisis, éste situado en un espacio social homogéneo. Estamos en el polo del determinismo individual.
- Un segundo tipo de enfoques vincula su aproximación al riesgo con los problemas de inequidad derivados del desarrollo desigual, los cuales define en términos de vulnerabilidad; en su diagnóstico, el problema principal del sujeto consiste en vivir en un contexto precario y plantea la necesidad de compensaciones y reparación social. El nivel de análisis es el sistema y su definición como polo apunta al determinismo estructural.
- Recientemente, se ha perfilado un tercer tipo de enfoques que plantea un puente entre los anteriores, al que denominaremos "construccionismo social". En términos sucintos, pone de relieve la noción de *acción sociocultural* como esfera que articula individuo y sistema en el nivel de la intersubjetividad, en un movimiento que co-define la realidad de la vida cotidiana. Su diagnóstico visibiliza la selectividad con que los sistemas

las seguridades y hábitos de la tradición han sido reemplazados por la certidumbre del conocimiento racional. Por su parte, Beck (1996, 1998) relaciona el concepto de riesgo con el proceso de industrialización y la implantación de lo que define como una modernidad tardía. A su juicio, se estaría en presencia de una "sociedad del riesgo", concepto que hace referencia a una doble experiencia en la sociedad industrializada actual: Primero, la posibilidad cada día mayor de que se produzcan daños que afecten a buena parte de la humanidad, los que pueden ser daños causados por catástrofes repentinas (explosión de una central nuclear) o catástrofes larvadas (destrucción de la capa de ozono). Estos daños están asociados a la universalización de la tecnología y sus consecuencias negativas por la abolición de barreras nacionales, de clases sociales y generacionales. La sociedad del riesgo consiste en la presencia cada vez mayor de decisiones arriesgadas dentro de la conducta cotidiana; ésta comienza donde termina la tradición, cuando, en todas las esferas de la vida ya no es posible confiar en las certidumbres tradicionales y deben negociarse los riesgos.

culturales definen su aproximación a los riesgos y apunta a la reflexividad como proceso de análisis cultural en la perspectiva del auto/mutuo y sociocuidado.

A continuación, se ofrece un análisis pormenorizado de los enfoques.

1.2 Aproximaciones de nivel individual

En este caso, las aproximaciones relevan tres dicotomías analíticas sobre el riesgo: objetivo/subjetivo (en su modo de percepción), ganancia/pérdida (en su modo de valoración), cogniciones/emociones (en su modo de procesamiento).

En la primera, se lo ha definido “contingencia o proximidad de daño”. La “proximidad” hace referencia a un proceso mediado por la “probabilidad” como componente necesario del riesgo. Se trata de la probabilidad de algún evento futuro del cual se desconoce la certeza de su resultado (Prohaska, 1990). El riesgo se asociaría, voluntaria o involuntariamente, a la probabilidad de un daño y con ello queda estrechamente unido a la incertidumbre. De esta manera, el riesgo no va unido a la certeza, ni a la temeridad suicida sino a su acontecer incierto (Blanco y cols., 2000). Sería una propiedad objetiva de sucesos y actividades, con probabilidades concretas dadas (aunque no siempre estimables con precisión) que dependen de cómo sea el mundo.

Esta noción se vincula con la teoría de la decisión, para la cual el riesgo es igual al producto de la probabilidad y de la magnitud del daño; riesgo objetivo. El objetivo operativo es desarrollar una medida universalmente válida para el riesgo con ayuda de la cual puedan establecerse comparaciones entre distintas clases de riesgo y obtener criterio racional de aceptabilidad de los riesgos en relación a su probabilidad y sus consecuencias. El supuesto es que el sujeto estaría orientado según esta perspectiva a reducir al menor nivel posible el riesgo.

El enfoque organiza sus explicaciones sobre la base que el sujeto carece de información para poder tomar una decisión racional frente a situación que puede ser de riesgo. Dicha carencia se refiere a conocimientos teóricos, prácticos, creencias y actitudes que obstaculizan o interfieren en la adopción de conductas preventivas.

La disonancia entre las estimaciones técnicas del riesgo y la percepción pública del mismo ha conducido al campo de la percepción social y se ha formulado la noción de “riesgo percibido”, definida como el modo en que los riesgos son percibidos por distintas personas y colectivos sociales. Depende de una diversidad de factores, como por ejemplo, la imagen catastrófica del daño, la familiaridad con el mismo, la confianza en la fuente de daño, etc.

En esta perspectiva puede decirse que el único riesgo que existe para el sujeto no es el “riesgo en sí”, sino el “riesgo percibido”. El “riesgo objetivo” existe, y en muchos casos está cabalmente medido; en el caso del SIDA, por ejemplo, el riesgo objetivo se ha entendido como la resultante de Indicadores de riesgo -aquellas características de la actividad sexual de un individuo ligadas estadísticamente a la probabilidad de encontrarse con una pareja portadora del virus- y de factores de riesgo -características de las prácticas

sexuales estadísticamente ligadas, eventualmente en forma causal, al riesgo de contraer el VIH-. Sin embargo, el riesgo percibido no opera con la misma objetividad: frente a una situación de riesgo para adquirir el virus del SIDA (ya están claramente definidas y documentadas científicamente) las personas no llegan a las mismas conclusiones que los científicos acerca del alto, mediano o bajo riesgo del evento, incluso no llegan a las mismas conclusiones en eventos similares pero temporalmente diferenciados. “Cuando se estudia la salud y la enfermedad, la percepción del riesgo que tenemos de caer enfermo es considerada como un factor crítico a la hora de explicar por qué la gente se implica en conductas relacionadas con la salud o qué factores las motivan para buscar la atención médica (Prohaska, et. al., 1990, p. 384).

La percepción de riesgo se erige entonces como variable central, como eje axial de toda la conducta preventiva y alcanza a toda la compleja gama de comportamientos relacionados con la salud (Blanco y cols, 2000)

En relación a la dicotomía ganancia/pérdida, van del Pligt (1996, p. 34) ha señalado que un riesgo puede ser definido como una acción que entraña la posibilidad de una pérdida, una idea muy parecida a la que maneja Wagenaar (1992, p. 258) aunque éste coloca el riesgo no sólo ante la pérdida, sino a lo largo de una dimensión de amplias consecuencias teóricas, concretamente a lo largo de ‘la probabilidad de un evento indeseado’. De hecho, añade el autor a modo de conclusión de esta definición, ‘podemos decir que las conductas de riesgo siguen los pasos de una acción seleccionada al cabo de un proceso probabilístico’ (Wagenaar, 1992, p. 259, en Blanco y cols, 2000)

Otra forma de aproximarse es la que sostiene que el beneficio esperado constituye una variable relevante. Slovic (1987) refiere a este respecto que “la gente está dispuesta a tolerar el riesgo procedente de aquellas actividades de las que espera conseguir algún beneficio”. Por su parte, Heimer (1998) introduce un elemento crítico en la teorización sobre el riesgo. El riesgo buscado, que excede la simpleza de la relación evento nocivo–probabilidad de ser afectado. Sostiene que el riesgo no es sólo una reacción, mediada por la probabilidad, ante situaciones evidentemente peligrosas. El riesgo asumido por placer, con el decidido y convencido propósito de conseguir un refuerzo como parece ser caso en el consumo de drogas, alcohol, tabaco, relaciones sexuales sin protección, etc.

Con todo, debe señalarse que la incorporación de la noción de riesgo percibido en estos enfoques permanece bajo una comprensión del ser humano como sujeto eminentemente cognitivo cuyo problema es el desfase entre riesgo percibido y riesgo objetivo: el sujeto perceptivo es un ser racional, es un buscador lógico de información, y a pesar de sesgos, errores y espejismos, busca a toda costa la consistencia dentro de su sistema latente (consistencia entre creencias, opiniones, actitudes y representaciones) y entre el nivel latente y manifiesto del comportamiento (entre lo que piensa y percibe y lo que hace). Un conjunto de supuestos que dan lugar a un modelo tradicional en el que se establece una relación causal entre el nivel de las percepciones y actitudes y el comportamiento de las personas.” (Blanco y cols, 2000).

Los planteamientos críticos del cognitivismo dejan en pié una pregunta:¿qué hace que el individuo, conocedor del riesgo, tenga una conducta no preventiva?, más aún ¿por qué

decide tenerla? Tal perspectiva sostiene que el sujeto del riesgo no es el sujeto cognitivo clásico -el que percibe el evento, lo procesa, lo evalúa probabilísticamente y lo enfrenta conductualmente-, sino que es un sujeto que reacciona, al menos, de modo preponderante, mediado por variables del orden de las emociones. Una aproximación como esta –que introduce las emociones- cuestiona las hipótesis cognitivas del ensayo-error y/o las limitaciones en los instrumentos utilizados en el procesamiento de la información y en el cálculo de probabilidades subjetivas como pieza clave y única del complejo proceso del riesgo.

Un modo de formular la cuestión consiste en observar las emociones como interferentes de las percepciones y decisiones. En esa lógica se han formulado preguntas del tipo: ¿podría tener algo que ver la percepción y la conducta de riesgo con un procesamiento distorsionado de la información debido a causas emocionales?; ¿afectan de manera idéntica las emociones positivas que las negativas en la toma de decisiones arriesgadas?; ¿cuáles son las conductas más susceptibles de dejarse influir por estados emocionales?; ¿qué parte de la varianza en la conducta de riesgo puede ser atribuida al afecto y al estado de ánimo? (Mann, 1992). Se refuerza tal énfasis en el análisis específico, por la activación-excitación emocional que entraña la conducta ligada a la actividad sexual (Prohaska y cols, 1990). Las estructuras de los significados y las representaciones mentales de las situaciones de riesgo -de esta situación de riesgo, en particular- tienden a sustentarse en reacciones afectivas (Roysamb, 1997). Se han formulado ciertas tipologías basadas en que las variables afectivas predecirían mejor las actitudes que las medidas cognitivas, y que al añadir diferencias individuales encuentran dos grupos de personas: racionalistas (“thinkers”) y sentimentales (“feelers”). Como es obvio, los primeros se dejarían guiar por factores cognitivos y los segundos por factores emotivos (Blanco y cols, 2000).

1.3. Enfoques de nivel estructural: vulnerabilidad frente a factores de riesgo

En este caso, la pregunta se desplaza desde el individuo hacia su contexto, desde la cognición al significado y de los conocimientos a las competencias y recursos, relevando los contextos sociales y culturales, las relaciones de poder que organizan las interacciones entre los sujetos –en particular, las prácticas sexuales- y que resultan fundamentales en la exposición a riesgos.

La vulnerabilidad, como concepto en construcción, ha promovido una amplia variedad de lecturas e intentos de operacionalización, las cuales se derivan en mayor o menor grado del esfuerzo descriptivo y analítico pionero de Jonathan Mann. La vulnerabilidad es la “fracción estructural del riesgo”, sostiene Cáceres (1999, p. 222), “aquella cuya reducción sólo puede ser lograda por el sistema y es finalmente obligación de éste”; es, en definitiva, la fracción de los factores de riesgo y de progresión de la enfermedad que “son casi inmodificables por parte del sujeto, de carácter tautológico, en cuanto la vulnerabilidad social deriva de su pertenencia a un grupo socialmente vulnerable”, es decir, un grupo social determinado, ubicado en una condición específica de desventaja o inequidad. De acuerdo a Laumann y Gagnon (1995), se trata de un conjunto de “status maestros” que articulan diferencias entre las cuales destacan el género, la etnia, la clase social, la sexualidad, la edad/generación.

En el caso del vih/sida, Cáceres (1999) señala que la vulnerabilidad social se vincula a la condición de vulnerabilidad específica: la primera se traduce en mayor riesgo de adquirir el VIH, mayor riesgo para desarrollar la enfermedad y morir, y vincula ese fenómeno, por una parte, a la mayor desprotección frente a potenciales daños a la salud, a la insatisfacción de necesidades básicas y al no respeto a sus derechos, y, por otra parte, a una dinámica particular de vulnerabilidad social y sexualidad. Señala que “los grupos vulnerables suelen verse llevados a dinámicas sociales compensatorias en las cuales el sexo actúa como medio de intercambio (...), o en las cuales tienen un menor control sobre su actividad sexual (...)” (op cit, p. 221).

El concepto de vulnerabilidad apunta a tres planos, interrelacionados y mutuamente influenciados, en el proceso de determinación de la infección por vih en individuos y grupos (Villela, 1998):

- a) El *comportamiento individual*, que se deriva de las informaciones sobre la infección y de las formas de prevenirla y entrega la posibilidad de medios concretos para transformar esas informaciones en acción.
- b) El *contexto social*, que configura el acceso del individuo a condiciones capaces de reducir su vulnerabilidad individual.
- c) El *contexto político*, que define la prioridad dada al combate contra el vih en una región o país, posibilitando la existencia de contextos sociales favorables para la adopción de medidas de protección.

Este enfoque organiza las explicaciones sobre la base que el sujeto es influido en sus competencias y recursos para actuar orientado a evitar riesgos por contextos económicos, sociales y culturales que determinan interacciones y relaciones interpersonales desventajosas. Una característica central de esta perspectiva es su alejamiento de aquellos enfoques que abordan sus explicaciones e intervenciones a partir de comportamientos individuales, basados en ‘elecciones’ o ‘decisiones’ autónomas (Villela, 1998).

La vulnerabilidad es concebida como la posibilidad de control real del riesgo que puede tener una persona o grupo de personas de acuerdo a su caracterización individual, sociocultural, económica y política; y varía según las capacidades y recursos de cada persona y grupo. Respecto del vih/sida se ha definido como la incapacidad del individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección. Del mismo modo, remite a la forma que asume la relación entre el sujeto y el contexto en el cual se desenvuelve, condicionándole su competencia para prevenir. Estas interacciones dicen relación, básicamente, con la familia, con los servicios de salud, con la calidad de vida, las relaciones de poder y con la cultura respecto a la sexualidad. Estos aspectos contribuyen a colocar al sujeto en una situación de vulnerabilidad, ya sea por imitación de modelos o presiones socio-culturales que le incitan al riesgo y a la no prevención.

1.4. *Hacia una nueva síntesis: la construcción social del riesgo*

Existen autores cuya formulación crítica intenta una articulación de los contextos culturales y la subjetividad. Para Pollak (1992), las actitudes y valores hacia el riesgo están profundamente inmersas en un sistema de creencias, valores e ideales que constituyen una cultura o una subcultura, las cuales enfatizarán ciertos riesgos y minimizarán otros. Asimismo, Parker (1994) señala que la perspectiva tradicional ha tendido a ignorar que la percepción misma de riesgo y las maneras en que los actores sociales responden al mismo son moldeadas o construidas socialmente.

Un desarrollo teórico crítico en el campo de las ciencias sociales lo constituye un enfoque que puede denominarse construccionista, que ha sostenido que los riesgos no constituyen ni propiedades objetivas que dependen de cómo sea físicamente el mundo, ni propiedades subjetivas que dependen de cómo sean cognitivamente los individuos. Los riesgos son construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas. Pero tampoco son construcciones gratuitas aunque sí convencionales, pues son entidades funcionales dentro de tales estructuras: permiten la distribución de la culpa y la responsabilidad, son utilizados como reclamo para la movilización social, permite la adaptación de la conducta individual a pautas colectivas marcadas por la opinión pública, etc. (López y Luján, 2000).

El riesgo se conceptualiza en un modelo dialéctico en el que están presentes la objetivación -la construcción del riesgo objetivo, del hecho en sí, del potencial nocivo del evento- y la desobjetivación -la construcción del riesgo subjetivo, los cálculos personales y grupales respecto a él, la percepción por parte de los individuos de la probabilidad de enfrentar un determinado riesgo-.

A diferencia de las teorías cognitivas, no contemplan la aceptación o no de riesgos tecnológicos como resultado de una decisión individual subjetiva. El enfoque es contextualizado, se centra en el estudio de los factores que hacen que determinados puntos de vista respecto al riesgo resulten dominantes en grupos sociales dados, o bien que se produzcan polarizaciones y enfrentamientos respecto de la distribución del riesgo. Asimismo, el enfoque no presupone una experiencia directa del individuo con respecto al riesgo y en el tema de la 'aceptabilidad del riesgo' hace del conflicto y los procesos sociales el centro de su investigación. (López y Lujan, 2000).

Al interior de esta corriente, Douglas y Wildawsky (1992) refieren que la noción de riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente de modo que, en cada contexto social, se destaquen unos riesgos y se ignoren otros. Existe así una cultura del riesgo asociada a la posición social de los actores haciendo que los peligros sean siempre identificados como tales, comunicados y gestionados a través de un filtro cultural.

Desde esta perspectiva, no puede entonces hablarse de expertos en temas de aceptabilidad de riesgos, pues no existe un punto de vista privilegiado para identificar y valorar riesgos. En este sentido, Douglas critica la frecuente acepción de la discrepancia entre riesgo objetivo y subjetivo, es decir probabilidad matemática v/s probabilidad psicológica, como una cuestión de debilidad cognitiva. Los individuos no realizan coherentemente las selecciones que maximizarán sus ganancias esperadas o minimizarán sus pérdidas

esperadas de acuerdo a la teoría de la decisión. Los peligros no son datos absolutos para elaborar una selección racional de los riesgos: existe una selección y una construcción social de los riesgos a través de los cuales éstos son moralizados y politizados (Paicheler, 1996).

Para Douglas, toda evaluación probabilista de acontecimientos -elemento proveniente de las teorías cognitivas del riesgo- opera en un contexto de incertidumbre. Esta es más o menos bien tolerada y manejada por los individuos. La incertidumbre también da lugar a diferentes traducciones. Las incertidumbres serían fácilmente retranscritas en términos de certeza². En ese sentido, “la selectividad y las contradicciones toleradas, usualmente son fuertes signos de proteger ciertos valores y las formas institucionales que los acompañan”. Si el riesgo no es objetivamente definido por las personas en general, no es porque no haya logrado alcanzar ciertos criterios específicos idealizados, sino porque es intrínsecamente un concepto cultural (Pravaz, 1995). Si hay unas prácticas legítimas y por lo tanto objeto de atención y prevención (como las que conducen a los embarazos no planificados), significa que hay otras carentes de legitimidad, que exponen a las mujeres a una mayor vulnerabilidad y desprotección (como las que llevan al vih/sida) y convierten a esas prácticas en focos de enfermedad.

² Ciertas investigaciones "han mostrado que mujeres que desean ser madres y pueden transmitir la Miopatía de Duchenne tienen dificultades para integrar las informaciones sobre el riesgo que les son transmitidas por los médicos: ellas traducen los porcentajes que les son dados en medidas ordinales, categorías, pues, discretas, más elementales, más fáciles para transcribir en el plano del saber y de la acción, principalmente en términos de prescripciones y de proscripciones (Parsons & Atkinson, 1992)" (Paicheler, 1996)

II. CONCEPCIONES DE SEXUALIDAD EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

La revisión de un número importante de los programas existentes en América Latina (nota al pié con referencias) permite identificar tres cuestiones cuya resolución será determinante a la hora de definir los énfasis de las diversas intervenciones: la articulación entre sexualidad y cultura; la centralidad de la definición conceptual de la sexualidad en el diseño y -derivado de ella- los diagnósticos de las respectivas realidades en lo que a sexualidad juvenil refiere.

2.1 La concepción de la sexualidad: ¿esencia o rasgo cultural?

Puede afirmarse que en el campo de la prevención en salud sexual y reproductiva los modelos y estrategias suponen alguna concepción particular de la sexualidad. Así como el campo teórico de la gestión del riesgo es un escenario de debates epistemológicos, en el campo de la sexualidad se presenta una tensión sobre su carácter social e histórico, que remite a la tensión entre enfoques “esencialistas”³ y “constructivistas”.

i. Del enfoque biomédico a la síntesis “bio-psico-social” de la sexualidad.

André Bejín (1987) sostiene que desde el siglo XIX se fue constituyendo progresivamente –aun cuando con aportes, intereses y énfasis diversos- una ciencia de la sexualidad –la sexología-, la cual, en una primera etapa, se centra en producir una nosografía de la patología sexual, al mismo tiempo que fue constituyendo un modelo normativo de sexualidad y, posteriormente, desplaza su preocupación hacia la función de la sexualidad y el orgasmo adquiere carácter de criterio normativo. Parker y Gagnon (1995), por su parte, caracterizan dicha perspectiva por una concepción de la sexualidad como una fuerza natural que existe en oposición a la cultura, radicada en el individuo, constituyente de modelos de sexualidad propios de cada sexo, y por una concepción de la sexología como una ciencia de carácter a-histórico, por una ausencia de consideración de contextos sociales e históricos en los cuales los individuos realizan sus prácticas.

Posteriormente, la sexualidad se constituye en un elemento central de la identidad. A partir de los planteamientos derivados de cierta psicología del desarrollo, se asume el ciclo vital humano como un proceso de crecimiento cuyo carácter evolutivo constante desde el nacimiento a la muerte, genera cambios, adquisiciones progresivas y aprendizajes, en vías de lograr un todo armónico. Se es sexuado en todas las relaciones sociales, interpersonales (familiares, laborales, amistad), afectivas de pareja (la que tiene múltiples expresiones, siendo una de ellas la relación sexual íntima o coital). Tal concepción de sexualidad puede ubicársela como lo que algunos investigadores denominan como enfoque bio-psico-social, que intenta dar cuenta de la integralidad del fenómeno de la sexualidad –y, de ese modo

³ Así han denominado algunos investigadores anglosajones a los enfoques y concepciones que asumen que la sexualidad está en la naturaleza o no resulta en absoluto de lo social/histórico.

escapar a una reducción biologicista-, de su vinculación con el conjunto del desarrollo evolutivo y de su conexión con lo social –en una doble lógica: como influencia y requerimiento de canalización mediante el aprendizaje.

La sexualidad corresponde a una categoría amplia –“se es sexuado en todas las dimensiones de la vida”-, con ello, se pretende escapar al reduccionismo biologicista. No obstante, no logra superarlo, toda vez que se oculta el carácter cultural de la construcción de la diferencia sexual y de la configuración del deseo y las prácticas de los cuerpos.

Del mismo modo, la distinción usada frecuentemente por sexólogos entre genitalidad y sexualidad se presenta no sólo como una distinción metodológica de dominios, sino sobre todo como una perspectiva evolutiva: desde el sexo se transita a la sexualidad “propiamente” humana. Aquí pueden diferir los investigadores, no obstante, sea cual sea el énfasis –más heterosexualista o no, o más amplio o más restringido en la consideración de elementos constitutivos del ser hombre o mujer, etc.-, se aspira a constituir un modelo único y universal de sexualidad humana. Por otra parte, el enfoque parece perder su carácter integrador de lo bio-psico-social en la consideración de la etapa adolescente, al extremar la colisión entre impulso sexual (cuerpo sexual) y cultura (la socialización puesta a prueba), así como entre cuerpo sexual y sentimiento amoroso (sentido).

ii. La construcción social de la sexualidad.

En las últimas décadas en el campo científico han sido sometidas a crítica las perspectivas teóricas y metodológicas predominantes en las ciencias biomédicas –la epidemiología, la salud pública, la psiquiatría- y en las ciencias sociales. Desde luego, la expansión de la epidemia del VIH/SIDA puso en evidencia los límites conceptuales y metodológicos de la investigación relacionada con el comportamiento sexual humano en los diversos campos de la investigación científica⁴. Demandó una revisión crítica de la tradición teórica y metodológica e implicó nuevos debates, desarrollos teóricos –deconstrucción de las categorías y clasificaciones, entre otros- ampliaciones de los enfoques metodológicos hacia las aproximaciones cualitativas y etnográficas (Parker, Herdt y Carballo, 1995; Parker, 1996).⁵

La sexualidad humana puede ser comprendida como una construcción social que implica simultáneamente a la biología y a la cultura (Weeks, 1998). La sexualidad y la actividad sexual son constituidas o construidas socialmente, siendo un producto altamente específico

⁴ La investigación realizada durante la década pasada en el campo del sida ha mostrado la importancia de factores socioculturales en la determinación del comportamiento sexual, incluso en sus aspectos más básicos. La comprensión de los patrones de transmisión del VIH o la persistencia de patrones de violencia sexual requieren de conocimientos que den cuenta de lo que se ha denominado cultura sexual, es decir, los sistemas de significados, de conocimientos, de creencias y de prácticas que estructuran la sexualidad en diferentes contextos sexuales. Implica asimismo, una relación entre la sexualidad y los diversos otros sistemas socioculturales, políticos, económicos religiosos.

⁵ Debe añadirse a lo anterior el hecho previo de la contribución crítica de los movimientos feministas y de minorías homosexuales a modificar la agenda científica de investigación en sexualidad, introduciendo los conceptos de diversidad, poder y elección (Weeks, 1985; Parker y Gagnon, 1995; Parker, 1996). No obstante, la crisis de la investigación en este campo fue parte de una crisis mayor en los estudios en los estudios críticos en las humanidades.

de nuestras relaciones sociales, mucho más que una consecuencia universal de nuestra biología común. Como señala Weeks (1985, p.21), "Las posibilidades eróticas del animal humano, su capacidad de ternura, intimidad y placer nunca pueden ser expresadas 'espontáneamente', sin transformaciones muy complejas: se organizan en una intrincada red de creencias, conceptos y actividades sociales, en una historia compleja y cambiante". Desde este punto de vista, la sociedad opera como el principio indispensable de producción de conductas sexuales, y de las significaciones que les están ligadas, y la sexualidad no constituiría el producto de un conflicto inevitable entre pulsión sexual y sociedad, que funcionaría como ley y como principio represivo, canalizando el instinto bajo una forma socialmente aceptable (Gagnon y Simon, 1986).

La experiencia subjetiva de la vida sexual es un producto de los significados y símbolos intersubjetivos, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales. Por ello, "la "sexualidad" es una experiencia histórica y personal, a la vez." (Weeks, pág. 21) Por tanto, tiene sentido poner atención preferentemente a la naturaleza intersubjetiva de los significados sexuales, sus cualidades colectivas y compartidas, no como propiedad de los individuos aislados, sino como sujetos integrados dentro del contexto de distintas y diversas culturas sexuales, mediados por relaciones de poder.

Del mismo modo, la sexualidad es un proceso de aprendizaje, reconocimiento, negociación e improvisación. Gagnon y Simon (1990), permiten una comprensión de la articulación del nivel del individuo, la interacción y la cultura. El supuesto es que toda experiencia sexual procede de un proceso de aprendizaje social, que opera como una impregnación de relatos que implican secuencias de eventos o de la interiorización de modos de funcionamiento de las instituciones, en el cual se adquiere no sólo un saber-hacer, como en todos los aprendizajes técnicos, sino también a una capacidad de percibir estados del cuerpo y reconocer situaciones de potencial erotismo e intimidad. Cualquier comportamiento presupone la existencia de un *script o guión* sexual⁶ que define lo que se debe hacer con tal o cual persona, en tal o cual circunstancia o en tal o cual momento; precisa los sentimientos y motivaciones que le son apropiados; informa sobre lo que constituye y no constituye una situación sexual y aporta elementos que unen la vida erótica a la vida social en general. Opera en tres planos: en el plano subjetivo de la vida mental, en el plano de la organización de las interacciones sociales, en el plano de las prescripciones culturales más generales. Existen culturas y periodos históricos en los cuales las significaciones culturales dominantes están en concordancia con las posibilidades sociales de interacción. Sin embargo, incluso en los marcos sociales muy tradicionales en apariencia, los escenarios culturales raramente son predictivos de los comportamientos reales (Simon y Gagnon, 1986). Las tensiones que surgen en el funcionamiento práctico en la interrelación han de ser resueltas en la esfera psíquica⁷, por tanto, el individuo debe elaborar alternativas originales a los escenarios culturales existentes y a los modelos de interacción en vigor. Ciertos individuos intentan dar una expresión visible de esas nuevas combinaciones de significación y de acción creando nuevas formas culturales a partir de las interacciones.

⁶ *Script* es un término que ha sido traducido como "guión" y están presentes diversos contenidos semánticos: aprendido, codificado, inserito en la consciencia, estructurado, construido como un escenario o un relato. ⁶

⁷ Según Gagnon y Simon, la cultura y la interacción no están ligadas por ninguna interfase directa, estando totalmente mediatizadas por la vida mental (o intrapsíquica).

2.2 *El status conceptual de la sexualidad en el diseño y operación de los programas.*

Puede sugerirse que a pesar que todos los programas conllevan concepciones de la sexualidad, le otorgan diversas ubicaciones que parecen responder a dos lógicas:

- La lógica salubrista. Al interior de las propuestas diseñadas en contextos institucionales y teórico-metodológicos de la salud pública y de la educación en salud, puede encontrarse, por una parte, un tipo de programas que se sitúan desde ópticas que no requieren una definición explícita de sexualidad. Entre ellas, podemos mencionar un conjunto amplio de programas que fundamentan su acción en una lógica sanitaria y con ello, desplazan el lugar de la sexualidad. Lo anterior puede ocurrir de dos maneras: la renuncia a tener un concepto de sexualidad y el acoplamiento a las nociones progresivamente desarrolladas en el campo de las organizaciones internacionales en este campo. Asimismo, desde una óptica de educación en salud, orientada a la prevención de riesgos, la sexualidad puede asumir el status de vía de transmisión de un virus que es mortal. Desplaza la discusión sobre la relación sujeto-sexualidad. También, desde una óptica sanitaria puede importar sólo en tanto vincula con los comportamientos reproductivos. En tales programas la sexualidad como objeto de la intervención presenta un doble carácter: es secundaria –interesa sólo en cuanto dominio en que se realizan las prácticas reproductivas- pero necesaria: no puede sino abordársela. Desde esta óptica, la sexualidad aparece como una encrucijada para la salud.

Por otra parte, puede observarse un conjunto de propuestas que desarrollan una concepción de sexualidad y promueven su adopción en el campo de la educación sexual como una concepción emanada de ciencia sexual, por ello, tendría un estatuto científico, a saber, un enfoque bio-psico-social.

- La lógica culturalista. En primer lugar, están las propuestas para las cuales la promoción de una concepción de sexualidad es un articulador de sentido y, por tanto, adquiere gran centralidad. Se trata de propuestas que aspiran a activar una relación específica entre sujeto, norma y sexualidad. En este campo, existe un tipo de propuestas provenientes del campo religioso integrista que aspiran a la reconstrucción en la “educación sobre el verdadero significado de la sexualidad”⁸. En contrapartida, aparecen planteamientos que asignan una centralidad a la sexualidad como campo en disputa de una idea de sujeto y de sociedad: la sexualidad como ámbito de disputa, negociación y poder. La sexualidad aparece como motivo de "militancia cultural", espacio de manifestación de derechos y afirmaciones de fe.

Estas lógicas tienen diversas implicancias en el actuar de los programas, las que se analizan a continuación:

⁸ Federación Internacional de Acción Familiar

i. Sexualidad como lugar de las prácticas reproductivas: la conexión “sexualidad/salud reproductiva/responsabilidad”.

Existe un conjunto de propuestas cuyas orientaciones conceptuales y metodológicas están definidas por un difícil acoplamiento/apropiación de los lineamientos de políticas y técnicos de agencias internacionales en el campo de la salud en contextos institucionales y societales marcados por el conservadurismo cultural. Puede observarse, en este sentido, un tránsito desde los enfoques conceptuales de la planificación familiar y la paternidad responsable a los enfoques emergentes vinculados a la promoción de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, al mismo tiempo se registra una sobremarcada referencia a la responsabilidad frente al derecho del sujeto. Desde tal perspectiva, la sexualidad formulada discursivamente se liga al riesgo, más que no sea por contigüidad. La sexualidad es convocada a la responsabilidad, a la información, a la prevención: sólo en tanto informada y responsable, puede ser prevenida.

La sexualidad como objeto de la intervención presenta un doble carácter: es secundaria – interesa sólo en cuanto dominio en que se realizan las prácticas reproductivas- pero necesaria: no puede sino abordársela. Una visión de tal tipo aspira a una consideración simple –como atributo de la persona y como fenómeno de naturaleza bio-psico-social-, que deja fuera de la mirada y no se adentra en el carácter conflictivo de la sexualidad. Ciertamente, la sexualidad es personal, sin embargo, al mismo tiempo que histórica y social. Puede decirse que la sexualidad es parte del desarrollo humano, pero al mismo tiempo, constituye un ámbito de la vida personal altamente configurado socialmente en sus significaciones, subjetividades y normatividad, y en su vinculación con la construcción social de la masculinidad y femineidad hace a las relaciones entre las personas, las cuales se encuentran atravesadas por diversas relaciones sociales de poder. La sexualidad, se constituye por tanto en un ámbito de la vida vulnerable a riesgos, discriminaciones y exclusiones sociales, sujeta a múltiples de relaciones de poder, a la vez que campo de crisis, negociación y empoderamiento. Tampoco visualiza a la sexualidad como campo en disputa de fuerzas institucionales y culturales, que son las mismas que se tensionan frente a la instalación de derechos en el campo de las prácticas sexuales y reproductivas.

Del mismo modo, en una perspectiva de educación en salud, orientada a la prevención de riesgos, la sexualidad (en tanto las prácticas sexuales pueden conducir a la adquisición del vih) puede asumir el mismo status que el uso de drogas por vía inyectable: se trata de las vías de transmisión de un virus que es mortal. En este caso, los riesgos rondan el cuerpo y la subjetividad adolescente. Las prácticas sexuales habitan una zona problemática junto al consumo de alcohol y drogas, prostitución temprana, embarazos adolescentes, violencia, desempleo, entre otros. De allí, las destrezas necesarias para la prevención se transversalizan como aptitudes para la vida y se integran en un proyecto de sujeto responsable/sano. La responsabilidad se vincula con una ética de cuidado y autocuidado, de amor propio y solidaridad, ejercidas por un *sujeto soberano* cuyo valor principal es el autodomínio.

ii. Sexualidad/dimension bio-psico-social/desarrollo integral.

Existen programas vinculados a las instituciones de salud pública que adscriben a un fundamento científico para desarrollar sus enfoques conceptuales así como metodológicos y técnicos. De forma manifiesta pretenden operar y promover una concepción científica e integral de sexualidad.

El supuesto es que el ser humano nace sexuado y en el curso del desarrollo vital va definiendo su sexualidad en su estilo de ser persona, características psicológicas, en la femineidad y masculinidad, en el modo de pensar, sentir y actuar en sociedad, en todas las situaciones y momentos de la vida. Desde el sexo se transita a la sexualidad propiamente humana, la cual requiere pasar por un proceso de orientación valórica y aprendizaje personal, de acuerdo a cada etapa del desarrollo que canalice la curiosidad, la atracción y el deseo, como elementos constitutivos del ser hombre o mujer (propios del sexo biológico, se colige) e implica el asumir e identificarse con roles sexuales que la cultura y nuestro medio determinan, la necesidad de comunicación y una relación afectiva que incluye la capacidad humana de respetarse, comprometerse y amarse.

La adolescencia aparece como momento de emergencia biográfica del impulso y sentimiento amorosos. Es la referencia al cuerpo erotizado/apasionado –masculino por excelencia- que asalta y urge a los sentidos, mientras el amor se incrementa y madura progresivamente. Resultan asincrónicos. Pero no sólo emergen con ritmos desiguales, el amor puede inducir a engaño: ordenar aparentemente al sexo como medio para alcanzar un fin amoroso y configurar relaciones de pareja. La razón, la voluntad, la inteligencia y el sentimiento sólo pueden activarse tras la “humanización” del impulso sexual.

Aquí el enfoque parece perder su carácter integrador de lo bio-psico-social, para extremar la colisión entre impulso sexual (cuerpo sexual) y cultura (la socialización puesta a prueba), así como entre cuerpo sexual y sentimiento amoroso. Propuesta no reduccionista, sí moralizadora. Es quizá en las materias relativas a la articulación de una reflexión sobre las relaciones de pareja, la afectividad y las relaciones sexuales cuando este enfoque más parece resolver de forma conservadora lo que puede denominarse el problema del sentido y de la norma en torno a la sexualidad.

iii. La vinculación “sexualidad/cultura/derechos”

Existe un conjunto de propuestas para las cuales la sexualidad se ubica en un contexto de crisis de la tradición (respecto de una comprensión o sentido común de lo qué es y cómo se vive la sexualidad). Las prácticas sexuales de las generaciones actuales, no tienen referencias culturales en las que significarse ni por las que debieran reprimirse. Los jóvenes de esta época carecen de instituciones de transmisión de cultura sexual. La cultura sexual a la que acceden los jóvenes, es la que autónomamente pueden producirse. Los jóvenes viven su sexualidad sin soporte cultural. Como búsqueda y aprendizaje sin apoyo, en una suerte de autonomía forzada y negada al mismo tiempo.

Ello contribuye a generar una vivencia generacional de la sexualidad con elaboraciones precarias y no comunitariamente tratadas y recibidas o discutidas.

A tal estado coadyuvado por la colonización industrial (erotización de la valla y la pantalla publicitaria) y el bloqueo a las intervenciones de restauración -en particular, de las racionales-comunitarias o conversacionales (poderes fácticos en la cuestión educativa)-. Lo anterior conduce a una crisis de comunicabilidad de la experiencia de la sexualidad, en que ni los formadores saben hacerlo, ni los propios jóvenes encuentran espacios para el desarrollo de su saber, problematizar y discernir, que se manifiesta, como precariedad cultural, en problemas biomedicos y biograficos de profundo alcance , al no disponerse ni de discursos ni de recursos con lo que propiciar un desarrollo personal protegido y asistido en sexualidad.

iv. La sexualidad como invitación a la moralidad.

Existen programas que se definen a sí mismos por el tratamiento integral de su objeto. Están los denominados *integrales y/u holísticos*. Normalmente los programas de instituciones religiosas –aunque no exclusivamente- se ubican en algunas de tales definiciones.

Integristas más que integrales, para algunas propuestas educativo-religiosas⁹, la sexualidad está en el centro mismo de los misterios y el matrimonio es el signo de la unión existente entre Cristo y la Iglesia. El matrimonio cristiano fortalece esa unión. Ella se concibe dentro del marco de la afirmación de una espiritualidad conectada, en tanto potencial de creación y signado por el amor, con lo divino. La unión matrimonial se constituye como sacramento en “la única fuente verdadera de toda la moral sexual católica”. Y si la moral sexual católica se basa en el matrimonio como sacramento es por la vinculación de éste con la Eucaristía.

Por ello, la mayor virtud que puede inculcarse como valor a los jóvenes es el de la castidad hasta el cumplimiento del sagrado vínculo, castidad que no es sino la permanente disposición a la abstinencia y al control de las pasiones. Una educación sexual auténtica y coherente con este espíritu, debe ofrecer a los jóvenes la formación de la castidad, como virtud que favorece la madurez de la persona y la capacita para respetar el significado sponsal del cuerpo” (*Evangelium Vitaen* 97).

La sexualidad se concibe en su dignidad como heterosexualidad, en la medida que Dios creó al hombre como una dualidad varón y hembra, con el potencial de convertirse en una trinidad. Las diferencias entre los sexos dan cuenta del plan divino de complementariedad, de realización a través de la perpetuación propia.

⁹ “Programa de Educación Sexual Holística Teen Star”. Documento CEBRE. “Educación Sexual de los hijos y la labor de los padres y educadores”. Documento CEBRE; “Programa de Sexualidad para Jóvenes. Para amar y ser amado”. (Diseño y contenidos curriculares para séptimo y octavo básico y para mujeres y hombres jóvenes); Fertilidad de la Pareja Humana. Documento CEBRE. Pontificia Universidad Católica.

Fertilidad y capacidad de procrear son componentes fundamentales que requieren del conocimiento de parte del hombre y la mujer de sus procesos biológicos, fisiológicos. Este conocimiento debe servir a la condición del amor, como gracia de Dios, entre hombre y mujer y al compromiso afectivo total de la pareja que se proyecta como familia. La castidad como dominio de sí, la abstinencia como signo de amor, el control de las pasiones, el cuidado del tesoro, permiten el ejercicio de una sexualidad con significado que concibe a las relaciones sexuales como actos que conllevan de modo inherente en sí mismas la paternidad. La paternidad como presencia potencial permanente da sentido a la sexualidad realizada en el contexto de pareja hombre-mujer que se aman y comprometen de manera total. La asunción de la paternidad es el antecedente necesario para la relación sexual, (“en el momento en que ellos estén dispuestos a asumir su posible paternidad, estarán preparados para tener una relación sexual”); el valor, por tanto, debe anteceder a la práctica. Las relaciones sexuales deben ser practicadas modeladas por el amor, el compromiso y la valoración de la vida como don de sí mismo que se entrega a otro.

2.3 Las concepciones sobre sexualidad y su influencia sobre los diagnósticos justifican los programas

Los diagnósticos que fundamentan las acciones de los programas pueden agruparse en tres modalidades de discurso sobre el escenario cultural en curso que justificarían la existencia de la educación en sexualidad:

i. Diagnóstico catastrofista: la sexualidad juvenil como signo de una sociedad desbocada

Estos diagnósticos muestran un contexto en que la tradicional regulación de la sexualidad ya no opera -ni como normas que operan rigurosamente y así controlan y hasta previenen en sexualidad, ni como tabú de su discusión o habla pública- y se justifican a sí mismas como propuestas que proveen en orientación o soporte en este ámbito desbocado e industrialmente explotado. El tabú ya ha caído y el deseo anda suelto.

En el plano científico, tal perspectiva se asienta en el recurso a una epidemiología que parece descubrir en la práctica el imaginario colectivo que contribuye a producir¹⁰. Bajo su óptica, los datos sobre edad de entrada en la sexualidad activa por parte de las nuevas generaciones expresan desbocamiento (“precocidad”); las tasas de embarazo adolescente son interpretadas como efecto de la desregulación de adolescentes que hacen lo que no deben hacer y no están preparados para sus consecuencias; los datos sobre número de parejas son interpretados como “promiscuidad”; los datos sobre uso de métodos preventivos son leídos como “irresponsabilidad”. En términos precisos, se trata de una lectura particular de la información construida por la epidemiología que oculta la segmentación social de los fenómenos, al tiempo que instala el imaginario de una sociedad que de conjunto es arrastrada a la desregulación, o exagera y estigmatiza a los estratos populares como esencialmente promiscuos.

10

Su diagnóstico se funda en la pérdida del sentido tradicional de comunidad y la consecuente des-regulación y falta de orden, donde las instituciones y sus integrantes ya no cumplen la función que les fue encomendada: la escuela no orienta, la familia no es competente para afirmar el orden por la incapacidad paterna para hacer oír su voz y la simultánea "sordera" adolescente reniega del buen consejo.

Por último, el diagnóstico establece la existencia de un "mundo revolucionado por el gran número de embarazos en adolescentes" y la dificultad que tienen las familias para "ofrecer a los hijos una adecuada preparación para la vida adulta, en particular respecto de la educación sobre el verdadero significado de la sexualidad", en virtud de la "sordera" que se produce en los adolescentes a escuchar las enseñanzas de los adultos, el cuestionamiento a los valores aprendidos y la afirmación de la propia identidad. Podría pensarse entonces, en una suerte de suspensión relativa o profunda de la influencia de los padres u otros adultos en un momento decisivo¹¹.

ii. La sexualidad juvenil amenazada por la modernización y la industria cultural

En este caso, se articulan las nociones de crisis adolescente e incitación pública. Bajo una percepción de un contexto post-tradicional, algunas propuestas se constituyen en orientación o soporte en este ámbito inestabilizado por fenómenos socioculturales y sociodemográficos y, además, industrialmente explotado, particularmente visto como discurso publicitario y como circulación de pornografía. El deseo es institucionalmente incitado, la norma ha caído y el individuo joven permanece expuesto. Se trata de una forma de articulación de adolescencia, contexto post-tradicional y efecto de la sexualidad en la publicidad y pornografía.

Se sostiene que en la adolescencia puede producirse un desfase entre una capacidad reproductiva crecientemente más precoz y distanciada de la madurez psicosocial, haciendo que la triada de desarrollo se presente de manera disarmónica, debido a que cada uno de estos aspectos evoluciona a un ritmo diferente. Este desfase –entre capacidad reproductiva, maduración psicológica y habilitación social- es vinculado a cambios sociales en la nupcialidad, mayor requerimiento de tiempo de la educación formal. A su vez, tiene el efecto que muchos adolescentes inician su vida sexual tempranamente y sin medir las consecuencias que ésta trae consigo. De allí se deriva la importancia y tarea de la intervención educativa: se hace indispensable formarlos e informarlos de manera que tomen conciencia de los riesgos a que se exponen, como son los embarazos no deseados y precoces entre otros. Concibe el contexto como ámbito en que los adolescentes están crecientemente expuestos de manera pasiva a información en materias relativas a la sexualidad y a la estimulación erótica constante a través de los medios de comunicación y

¹¹ Puede señalarse aquí el Programa Teen Star, desarrollado en Chile por la Pontificia Universidad Católica Los documentos institucionales disponibles han sido :Programa de Educación Sexual Holística Teen Star. Documento CEBRE; Educación Sexual de los hijos y la labor de los padres y educadores. Documento CEBRE; Programa de Sexualidad para Jóvenes. Para amar y ser amado. Pontificia Universidad Católica. (Diseño y contenidos curriculares para séptimo y octavo básico y para mujeres y hombres jóvenes); Fertilidad de la Pareja Humana. Documento CEBRE.

de la sociedad que los rodea, lo que a su vez, se sugiere tiene el efecto perverso (esto es nuestra interpretación) de que ya están recibiendo una -educación sexual- que no va acompañada de la acción formadora necesaria, dado el periodo en que se encuentran¹².

Normalmente, se percibe la sociedad como un entorno provocador de estímulos de manera indiscriminada y falta de estrategias educativas que posibiliten la disminución del riesgo. Los/las jóvenes que aparecen en esta escena como: "indefensos y sin apoyo ante su sexualidad". La sexualidad perciera de este modo una amenaza para el sí mismo, como si constituyera una fuerza extraña o ajena de un potencial devastador. De no mediar esta intervención informativa, preventiva capaz de generar la sexualidad responsable como en la lógica causa-efecto la sexualidad se transforma en un drama y como "ellos/[ellas] no lo merecen", entonces nosotros adultos/os profesionales debemos intervenir.

iii. La sexualidad juvenil vinculada a condiciones de vulnerabilidad

Un conjunto de programas se aproximan a una comprensión de la sexualidad y a los diagnósticos incorporando variables de vulnerabilidad social. Sea en los contenidos o por los colectivos hacia los cuales orientan su acción, ellos remiten a vulnerabilidades entre las cuales destacan el género, la etnia, la clase social¹³. De forma general, o de modo específico, tales programas dan cuenta de una dinámica particular de vulnerabilidad social y sexualidad. En el caso de la consideración de las mujeres puede hacerse referencia a “un menor control sobre su actividad sexual”; respecto de algunos grupos particulares de mujeres puede interpretarse la exposición debido al uso del sexo como medio de intercambio.

Existe un tipo de programas se basan en un reconocimiento de la asimetría de las relaciones de poder entre los sexos –“cómo la mujer podría implementar el uso del preservativo a su favor?”-¹⁴. De allí derivan su orientación hacia la acción –“ Incentivar a las mujeres a

¹² Véase el Programa “Adolescencia: tiempo de decisiones” del Centro de Medicina Reproductiva, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Manual para Profesores del Programa Adolescencia: Tiempo de Decisiones. *del Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.*; “Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia tiempo de decisiones”. Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., Murria, N., Molina, T. Y Villegas, R. Apartado de Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Volumen VII, año 2000, Número

¹³ Véase: Diseño, aplicación y evaluación de un Taller de Sexo Seguro para Mujeres Universitarias. [Fernanda Artigas Burr; Mariana Ruiz Tarrés] Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA
- “Al rescate del cuerpo y la sexualidad” [Daptne Cuevas Ortiz] En: Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA
- “La Prevención del Embarazo entre las y los Jóvenes de la Ciudad de México. Por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.” Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, y AFLUENTES S.C. México. 2000.
- “Propuesta de intervención para la prevención del SIDA desde las relaciones de género, la etnicidad y el SIDA, en mujeres pobres.” En: Prevenção HIV/AIDS Expêriencia do Projeto AIDSCAP no Brasil:

¹⁴ Grupos de mujeres e historias de vida: por un proceso de desnaturalización en la prevención del VIH – BEMFAM, Brasil

establecer con sus parejas sexuales y otras mujeres de su medio social situaciones de diálogo e intercambio de experiencias que permitieran el uso del preservativo como método de la prevención contra ITS/SIDA”-.

En ellos el embarazo adolescente es asociado a condiciones sociales desventajosas debidas a la segmentación social - “consecuencia de las condiciones desventajosas en que viven una gran cantidad de jóvenes del país...”- unido a falta de oportunidades para el desarrollo de biografías que no reproduzcan trayectorias de pobreza -la falta de mejores opciones de vida, de acceso real a estudios superiores, de empleos y condiciones para una mejor calidad de vida”- unido a carencia de información y disposiciones internas hacia la prevención de riesgo en el ejercicio de la sexualidad –“la falta de información sobre la vida sexual y las habilidades para construir una familia”-.¹⁵

iv. La sexualidad adolescente como esencialmente riesgosa.

Un tipo de aproximación diagnóstica relativamente nueva en el campo de la salud sexual y reproductiva, basada en datos epidemiológicos sobre población de adolescentes y jóvenes, es la que llega a constituir la adolescencia en factor de riesgo para los sujetos. Habría, para esta perspectiva, un conjunto de elementos propios de la etapa de ciclo vital que conllevarían esencialmente el riesgo: el riesgo como valor intrínseco y la fragilidad del individuo en la sociabilidad con sus pares.

Se ha planteado que “el riesgo pudiera constituir un valor especialmente presente en la juventud, un momento evolutivo en el que el grupo aparece con fuerza en la peripecia biográfica de las personas: el grupo como fuente de información, la estructura grupal como marco de referencia comportamental, la presión hacia la uniformidad, el papel decisivo, en algunos casos, de la norma de grupo” (Blanco y Sánchez, 1993). En esta perspectiva, lo grupal ocupa un lugar no sólo relevante en cuanto etapa de ciclo vital en la adolescencia, sino sobre todo, es observado como un factor central en la construcción de la noción de riesgo, e interferente respecto de las posibilidades de prevención por parte del individuo, evolutivamente debilitado frente al grupo. La fuerza de lo grupal reside en:

- a) la influencia es una de las herramientas psicosociales más decisivas a la hora de afrontar teóricamente la comprensión de las conductas de riesgo y de proponer medidas de prevención;
- b) cada una de las fuentes tradicionalmente más importantes de influencia ha resultado ser la estructura normativa y los valores emanados de los grupos a los que pertenece el sujeto;
- c) la influencia emanada del grupo no se reduce al ámbito del comportamiento, sino que, como no podía ser de otra manera, alcanza a las percepciones, atribuciones, creencias y estereotipos de los miembros del grupo: el grupo como fuente de información (sesgada y no sesgada) y de conocimiento sobre la realidad;

¹⁵ Véase el Programa “La Prevención del Embarazo entre las y los Jóvenes de la Ciudad de México. Por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.” Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, y AFLUENTES S.C. México. 2000. (p. 9).

- d) finalmente, porque en el caso del SIDA hay datos suficientes como para sospechar que determinadas personas consideran el riesgo como un valor (Blanco y cols., 2000).

Lo anterior conlleva un tipo de aproximación a la grupalidad que observa fundamentalmente la tensión entre autonomía del individuo y conformidad al grupo, a diferencia de otras que enfatizan la grupalidad como expresión diversa y cambiante de formas históricas y sociales que asume la sociabilidad juvenil.

Con todo, debe tenerse en cuenta que una de las críticas más radicales en relación a los programas de prevención en salud sexual y reproductiva enfocados especialmente hacia los adolescentes, se basa en la tendencia generalizada a ‘naturalizar’ o ‘esencializar’ el periodo del ciclo vital al que se ha llamado adolescencia, desconociendo que este es un concepto que ha sido construido socialmente, y que por lo tanto tiene una historia que no es independiente de los contextos en los cuales este se ha desarrollado. Básicamente, el surgimiento de la adolescencia o de la juventud tendría relación con la modernidad, cuando diversos cambios socio-culturales hicieron que la enseñanza escolar se alargara por el ingreso a la enseñanza superior, que la edad de las uniones matrimoniales se retrasara, etc., teniendo como consecuencia la extensión del periodo de los jóvenes en el seno de sus familias. La posterior teorización sobre este periodo de la vida (cuyos precursores más destacados fueron Stanley Hall y Erik Erickson), trajo consigo la emergencia de diversas imágenes de la adolescencia por parte de la academia, las cuales han construido una imagen homogénea de la misma. Estos estereotipos guardan relación con el niño que sufre, que ‘adolece’, a causa de la dura transición que significaría pasar a la adultez, con un periodo de extrema vulnerabilidad y sufrimiento, etc., significaciones más asociadas al mundo adulto que de los propios jóvenes.

Las consecuencias más significativas de este enfoque radican en que, por una parte, se prioriza el nivel individual, marginando del análisis a la familia y el contexto; y por otra, que el adolescente al ser considerado como un actor pasivo, a la deriva de los procesos de maduración biológicos y psicológicos, no es contemplado en su dimensión subjetiva. En la práctica esto habría llevado a la conceptualización de programas universales, que no consideran las diferencias socio-económicas, étnicas y de género de los grupos a los cuales las estrategias están dirigidas (por ejemplo, es muy diferente la connotación que tiene la adolescencia en contextos rurales o urbanos). Por otra parte, el surgimiento de la adolescencia como “grupos de riesgo”.

La consideración de la adolescencia como una construcción histórica y cultural hace surgir un nuevo enfoque el que considera preguntas como ¿por qué es un problema la sexualidad de los adolescentes?, ¿para quién o quiénes es un problema?, y ¿quién o quiénes deberían ocuparse de él? (un ejemplo de esto es la denotación del embarazo en las adolescentes como ‘no deseado’, en vez de ‘no planificado’, que se ha utilizado ampliamente los programas de prevención para adolescentes).

v. La sexualidad como ámbito de transformaciones culturales: la simultaneidad epocal de oportunidades y riesgos.

Esta modalidad de encarar la interpretación diagnóstica asume que en los debates sobre los comportamientos y los discursos de la adolescencia y juventud, existen dos ejes de debate:

- En primer lugar, están las discusiones sobre el significado de las prácticas juveniles. En este caso, están aquellos enfoques que enfatizan la noción de ‘anomia’ presente en la subjetividad de ciertos jóvenes (expresada en conductas problemáticas como la sexualidad ‘prematura’, la apatía, el consumo de alcohol y drogas, el recurso a la violencia, entre otros) y en contrapartida, aquellos que procuran mirar el ‘sentido’ que los actores juveniles construyen al calor de sus prácticas.
- En segundo lugar, está la interpretación de los contextos al interior de los cuales ocurren esas prácticas y discursos. Si bien ambas sensibilidades reconocen en las transformaciones culturales en curso el advenimiento de una crisis epocal, con, existen aquellas que enfatizan el significado de ‘pérdida o riesgo’ del actual escenario y las que enfatizan el doble carácter de las transformaciones: la simultaneidad de oportunidades y riesgos que pone al día la cuestión del discernimiento y la ciudadanía derivada del ejercicio continuo de decisión y reflexividad.

A continuación, desarrollamos pormenorizadamente el debate en curso.

a) Sexualidad juvenil: entre la anomia y el sentido

En primer lugar, existe una tradición enraizada teóricamente en el funcionalismo sociológico predominante en los años 50 y políticamente en ciertos esfuerzos de integración de las políticas públicas, que pone el acento en la noción de *anomia*. Desde este paradigma, que enfatiza la noción de consenso alrededor de la norma social dominante, los fenómenos juveniles y adolescentes considerados como disruptivos -y la sexualidad es uno de ellos- son interpretados como un *efecto* del ambiente enrarecido de la transición derivado de los procesos desestructurantes de la modernización (migraciones, industrialización, globalización, crecimiento urbano, entre otros). De esta manera, el esfuerzo de las políticas de juventud debía traducirse en una acción compensatoria e integradora.

Este enfoque ha recibido cuestionamientos desde un enfoque culturalista sobre lo juvenil, que pone el acento en los *sentidos* y explora las narrativas informales donde se modulan los recursos de expresión simbólica de memorias y subjetividades que permanecen en ambiguos conflictos de representación. Plantea explorar y rescatar la praxis discursiva de los grupos juveniles y enfatiza nociones como el de ‘tribus urbanas’ de acuerdo a la aproximación de Maffesoli (1988), recuperada por diversos autores para abordar las nuevas culturas juveniles. El enfoque se reconoce al interior de un esfuerzo emprendido en diversas latitudes en orden a construir una aproximación des-estigmatizadora de lo juvenil y un enfoque pluralista que permita comprender los actuales mundos de vida de los jóvenes.

En términos de la sexualidad, ésta es asumida en términos de construcción de sentido y como tal incorporada al despliegue de un proyecto de vida del cual no están exentas las dimensiones placenteras del erotismo, al tiempo que reconoce el status de las prácticas

juveniles en términos del ejercicio de ciudadanía, procurando el relevamiento de jóvenes y adolescentes en términos de sujeto de derechos.

b) Sexualidad, jóvenes y reflexividad social.

El enfoque afirma que en las sociedades contemporáneas se ha producido un conjunto amplio de transformaciones en esferas diversas, la vida personal ha sido una de ellas. En particular, las implicancias del desarrollo de la tecnología anticonceptiva sobre la reproducción, en términos de la regulación del número de hijos/as, la reducción del tamaño de las familias, y crear condiciones que han dado paso a la “sexualidad plástica”, han conducido a los sujetos, particularmente a las mujeres a una relación nueva con la sexualidad por cuanto ésta “se ha hecho maleable, abierta a una configuración de diversas formas y a una “propiedad” potencial del individuo” (Giddens, op. cit., p. 35), algo que nos pertenece y cultivamos, no una condición natural que un individuo acepta como algo preestablecido, es más, ella se ha vuelto “accesible al desarrollo de diversos estilos de vida”.

En la actualidad la sexualidad ha llegado a ser un punto de primera conexión entre el cuerpo, la autoidentidad y las normas sociales. De igual modo, la autoidentidad sexual adquiere un carácter abierto. En la actualidad, homosexual es alguien que puede llegar a ser o algo que puede descubrirse; lo mismo vale para los procesos de interrogación personal que los movimientos feministas contribuyeron a activar en las mujeres, en el marco de las luchas por modificar los roles sexuales y transformar las relaciones de poder entre los géneros. Por su parte, de igual modo, el cuerpo también se encuentra sometido a un alto grado de reflexividad, fuertemente conectado a la consecución de la identidad, abierto a un conjunto de posibilidades de desarrollo y apariencia y sujeto a la responsabilidad de su poseedor, crecientemente integrado en las decisiones sobre estilos de vida.

Este enfoque asume que la entrada en la sexualidad activa que en la actualidad hace cada hombre o mujer adolescente se presenta, en primer lugar, como un proceso abierto a una configuración de diversas formas, como una propiedad potencial del individuo, algo perteneciente a sí mismo, que puede ser cultivado y que puede ser incorporado a un estilo propio de vida. Asimismo, en segundo lugar, más globalmente, la experiencia de la sexualidad conecta con procesos de auto-identidad y de relación con el cuerpo (dominio central de la sexualidad), los cuales han llegado a ser en las sociedades actuales, también procesos abiertos, constituidos como proyectos y sujetos a construcciones personales. Tales procesos personales se encuentran, en tercer lugar, sometidos a grados crecientes de reflexividad institucional, lo que implica que los sujetos puedan disponer de códigos que les permitan una comprensión de sí mismos, otorgar sentidos a las experiencias y aptitudes para las actuaciones y coordinaciones que las interacciones demandan.

Por otro lado, para los jóvenes el cambio observado en la expresión de la sexualidad aparece, por un lado, asociado a la emergencia de su propia sexualidad y al hecho de tener que hacerse cargo de ella y, por otro lado, como una situación ambivalente: es al mismo tiempo confuso y atrayente; conlleva pérdidas difíciles de identificar, a la vez que se presenta como portador de nuevas oportunidades de vivir una sexualidad más "abierta",

"menos escondida" y "más explícita" que aquella que, presumen, vivieron las generaciones anteriores.

Para jóvenes y adolescentes, el cambio en la sexualidad aparece simultáneamente como apertura y como cierre, como posibilidad y como clausura. Queda entonces librado a los individuos el orientarse por unos laberintos bastante enredados, llenos de trampas y obstáculos, para llegar a producir (o no) sentido en sus propias vidas. En la sociedad chilena, puede sugerirse que una mayor reflexividad en la vida social en relación con la sexualidad, requiere en el plano de los sujetos grados equivalentes de acceso a los recursos disponibles y orientaciones culturales hacia la autonomía personal. Tales propósitos deberían orientar el diseño de las acciones educativas.

III. ESTRATEGIAS EN SSR JUVENIL: el advenimiento de lo sociocultural.

Puede afirmarse que los primeros desarrollos de los programas de prevención en vih/sida tendieron a ajustar sus diseños estratégicos a enfoques explicativos, teorías en salud y modelos pedagógicos clásicos, provenientes de otras enfermedades epidémicas, que estaban basados en la resolución externa o en la activación y modelamiento de patrones de respuestas sencillas en individuos y poblaciones, ajustándose a lógicas de relación entre instituciones de salud y sujetos superadas por los nuevos contextos culturales, sociales y políticos.

La insuficiencia/fracaso de las acciones implementadas, el surgimiento de nuevos actores y demandas, la implicación de otras disciplinas, el surgimiento de críticas teóricas y metodológicas- la emergencia de un conjunto amplio de exploraciones en el campo de las intervenciones -a veces heteróclitas, no evaluadas, no comunicables enteramente, no estructuradas teóricamente-, la crisis de la concepción de la educación formal, entre otros muchos factores, han impulsado desarrollos conceptuales que van desde la recuperación de la educación informal y las conversaciones en la propuesta JOCCAS, la educación popular de Paulo Freire en el Programa Viva la Vida¹⁶, el trabajo social popular en el EPES¹⁷ o CIDPA¹⁸ en Chile. Búsquedas que nos hablan de la necesidad de modificar las lógicas institucionales, las concepciones de lo comunitario y lo intersectorial, del rol de los agentes educativos y nuevas modalidades de educación inter pares que tienden a romper con las lógicas que han dominado el campo de las estrategias de acción en materia de SSR juvenil.

En este capítulo exponemos dos vertientes que, a nuestro juicio, diagnostican un vacío de las políticas que legitima la búsqueda de un nuevo enfoque, que daremos en llamar *sociocultural* y cuyo eje es el recurso a la *conversación* como recurso de desarrollo. En primer lugar, analizaremos el curso de los debates referidos a las políticas sanitarias; en segundo, referiremos una reflexión que, al interior de las ciencias humanas, apunta a extraer aprendizajes de a partir de la revisión de un conjunto de prácticas innovadoras en materia de trabajo social.

Por último, se presentan un conjunto de reflexiones provenientes de distintos ámbitos disciplinarios que a nuestro juicio representan afluentes para el desarrollo de un enfoque conversacional.

¹⁶ Véase “Proyecto Viva la Vida: previniendo el SIDA en la escuela”. Simone Monteiro En: AIDS: Pesquisa social e Educação Brasil.

¹⁷ Véase EDUCACION POPULAR EN SALUD, EPES

¹⁸ Véase CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN POBLACIONAL DE ACHUPALLAS—AREA MUJER JOVEN-2000. Guías de Trabajo preparatorias para las conversaciones (“Jornadas de Afectividad y Sexualidad”, “Jornada de Sexualidad”, “Jornada de Educación en Sexualidad y Afectividad”), y Cuadernillos de Trabajo (“Apoyo para la habilitación en educación en sexualidad/afectividad”, “Alumnos y Alumnas”, “Profesores y Profesoras”, “Madres. Padres y/o Apoderados”)

3.1. *La vertiente sanitaria*

En este caso, los debates apuntan a superar la formulación clásica de la prevención. La dinámica de los actuales énfasis en materia de educación para la salud tiende a desdibujar sus límites en beneficio de nuevos caminos que relevan a la promoción como nuevo eje de comprensión de la acción. Por su parte, las evaluaciones de los programas de VIH/SIDA demuestran la importancia creciente de considerar los factores subjetivos de la acción humana así como la incorporación de las dimensiones comunitarias y políticas.

i. **Hacia una nueva síntesis entre prevención y promoción**

El enfoque de promoción en salud tiene un desarrollo reciente consagrado por las conferencias internacionales de promoción y educación de la salud realizadas desde mediados de los años ochenta¹⁹. Surge de un proceso de crisis de las concepciones dominantes de salud, de las estrategias, y expresa un intento de superar aquel enfoque centrado en la evitación de la enfermedad. Por ello, reformula y reorienta el concepto de prevención. Con ello, la concepción de la prevención, su objeto, su nivel de análisis y de intervención prioritario se ha transformado inevitablemente desde una lógica que suponía inmunizar a la población y adoptar medidas de saneamiento ambiental²⁰, hasta incluir la necesidad de modificar los comportamientos, escenarios y contextos en los que ellos tienen lugar (Costa y López, 1986).

Las conferencias internacionales marcan una evolución sustantiva de las visiones sobre la salud, en la medida que consignan la transición “desde la medicina, a la salud”, “desde la enfermedad, al bienestar”, desde “los medios, a una salud como una dimensión del desarrollo individual y personal”, “desde una salud centrada en la oferta, a una salud centrada en las necesidades y demandas de las personas”, desde “una salud centrada en el proveedor de servicios, a una salud centrada en la co-responsabilidad entre los sujetos,

¹⁹ En 1986, en Ottawa, se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción y Educación de la Salud. Posteriormente se realizan las de Adelaide, Sundsvall, Jakarta y, recientemente, la de México.

²⁰ Es importante recordar que el concepto de prevención proviene del campo de las enfermedades infecciosas (M. George, 1998). La primera sistematización teórica sobre la prevención fue realizada por Gerald Caplan en 1964, la cual define un conjunto de estados que tienen como eje de acción y de tendencia el estado de bienestar psicosocial completa de los individuos. En otras palabras de permanecer en salud, retornar a la salud o ampliar al máximo el espacio de la salud. Prevención primaria: consiste en el proceso de preservación y permanencia en la salud. Es inespecífica (excepto en el caso de la vacunación, por ejemplo) y habitualmente se encuentra connotada como poco redituable y de resultados escasos. La prevención primaria es un proceso dinámico en el cual resulta difícil delimitar con claridad sus elementos: la *información*, elemento constitutivo de la prevención primaria el más comúnmente reconocido como necesario, se le asocia con la emisión de un conocimiento; la *formación*, que se refiere a un entrenamiento que apunta al despliegue de la capacidad de aprender y aprehender, de reconocer y discriminar, y la posibilidad de crecer en la cooperación y la participación; la existencia de *espacios culturales o de creación simbólica*; y las *interrelaciones estructurales*, o la necesidad de participación de los niveles institucionales. Prevención secundaria: este es el espacio de retorno a la salud a través de acciones programadas para tal fin. Estas intervenciones poseen un grado de especificidad determinado. Prevención terciaria: esta se refiere a la alternativa de recuperar o rehabilitar espacios posibles de salud. A pesar del tiempo transcurrido aun encontramos la teoría de Caplan como marco teórico-práctico de mucha de la literatura consultada para esta revisión. Cabe preguntarse entonces, sobre el desarrollo o posible estancamiento en relación a la teoría de la prevención, puesto que no pueden dejar de observarse sus avances en el campo de la práctica en distintos ámbitos (consumo de drogas, prevención de accidentes en el trabajo, etc.)

proveedores de salud y la sociedad”, de "una salud centrada en el cuidado, a una salud centrada en el autocuidado".

En Ottawa se alcanza la siguiente definición de la promoción en salud: “El proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un 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 no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, (...) acentúa los recursos personales y sociales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, (...) la promoción de salud no concierne exclusivamente al sector salud”.

La estrategia de promoción propone cinco campos de acción: trabajar con la gente; valorar el interés por el individuo y el medio ambiente; involucrar en la acción a todos los sectores; situar el núcleo central de la acción en la comunidad y ámbito local; subrayar aspectos positivos al determinar objetivos y estrategias de acción. Las estrategias formuladas son: elaboración de políticas públicas favorables a la salud; creación de entornos propicios y saludables; refuerzo de la acción comunitaria; desarrollo de aptitudes personales tendientes a contribuir a mejorar salud individual y colectiva; reorientación de los servicios sanitarios hacia atención integral y continuada.

Conceptualmente, la prevención se orienta a evitar los factores de riesgo asociados a la enfermedad, por tanto, se dirige a los grupos más vulnerables o en riesgo de enfermar. Por ello, se centra en impedir que la enfermedad deteriore el nivel de salud alcanzado, no orientándose necesariamente a mejorarlo. Se ha establecido en el campo de la psicología de la salud un conjunto de elementos asociados al riesgo de enfermar, los “factores de riesgo”, a saber, los estilos de vida; la influencia del ambiente social; la baja disponibilidad de recursos personales frente a estresores ambientales; un patrón de conducta orientado a la hostilidad, competitividad y persecución de metas muy diversas; poseer una estructura de creencias en salud poco asociada a la vulnerabilidad de enfermar y poca valoración de la salud; baja disponibilidad de recursos de apoyo social; inserción en un grupo social con escasa valoración de cuidado de la salud (Morales, 1999).

El concepto de promoción, por su parte, se orienta a incrementar los niveles de salud de los individuos sanos. Promocionar la salud dice relación con: incrementar la calidad de vida, alcanzar un mayor nivel de satisfacción de las necesidades, mejorar las funciones vitales, desarrollar potencialidades, etc. (López, 1998). Para la OMS la promoción de la salud son aquellas “estrategias que involucran a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a modificar las condicionantes o determinantes de salud y mejoramiento de la calidad de vida”. Las acciones promocionales deben apoyarse en conceptos tales como hábitos, actitudes, motivaciones, creencias e interacciones personales y familiares, además del contexto, el sistema macro-micro cultural en los cuales estos patrones de conducta se sostienen y adquieren sentido (Morales Calatayud, 1999).

A diferencia de los “factores de riesgo” identificados en la prevención, la promoción opera con los llamados “determinantes de la salud”, desde los cuales nacen las intervenciones. Estos “determinantes de la salud” son aquellas conductas, hábitos y condiciones de vida

que están presentes en la población y que repercuten en su nivel de salud. Los determinantes directos serían: los estilo de vida -“lo que se hace”-, el medioambiente -“donde se vive”- la biología humana, “lo que se es”. En tanto que los factores culturales y sociales serían determinantes indirectos. La promoción de la salud opera a distintos niveles: desde el ámbito público, el ámbito privado, el ámbito comunitario y el individual. (López, 1999). Asimismo, si los fenómenos que afectan la salud-enfermedad están multideterminados por factores biológicos, sociales, económicos, comportamentales (OMS), las acciones preventivas y de promoción de la salud han de tener por necesidad un carácter interdisciplinario e intersectorial (Costa y López, 1986).

ii. Los aprendizajes derivados de la pandemia del VIH/SIDA

Sin lugar a dudas, el mayor desarrollo de análisis de modelos y estrategias preventivas se sitúa el ámbito del VIH/SIDA. En este punto, destaca el aporte de Jonathan Mann (1993), que construye una tipología de los programas de prevención del VIH/SIDA que considera doce ámbitos y sus respectivos criterios de acción:

1. Contenido de la información: abarca la explicación de las formas de transmisión del VIH, recomendaciones sobre protección personal, la promoción de tolerancia y no discriminación, así como orientación sobre las formas de acceder a mayor información.
2. Desarrollo de mensajes y materiales: si bien la mayorías de los programas desarrollan mensajes que son canalizados a través de materiales específicos, los programas avanzados destacan por una consulta amplia y repetida a los auditorios específicos a los que se dirigirá la información e incluye pruebas de campo.
3. Percepción del problema del VIH y el SIDA: existen dos aspectos importantes: si la enfermedad se plantea en términos de “nuestro problema” o como “su problema”; y si la infección por VIH conlleva una connotación moral peyorativa. Los programas avanzados expresan una perspectiva global y hacen hincapié en la solidaridad, y aunque pueden tener una connotación moral, ésta no es peyorativa, sobre todo en lo que se refiere a personas ya infectadas.
4. Auditorios (*audiencias/público receptor*): Los programas avanzados se dirigen al público en general pero se enfocan sobre todo a segmentos del auditorio. Además, procuran lograr acceso no sólo a los grupos específicos “a los que es fácil llegar”, como escolares y trabajadores de la salud, sino también a los que es “difícil llegar” como las trabajadoras sexuales y clientes, usuarios de drogas intravenosas y desertores del sistema escolar.
5. Canales: Las principales opciones son los medios masivos, “medios pequeños” (carteles, panfletos, volantes) y enfoques personalizados. Si bien en programas avanzados se mezclan, se destaca la importancia de enfoques que permitan la discusión y el diálogo.
6. Actitudes hacia la sexualidad: Cuán explícita es la información sexual y el grado de juicios morales depende de cada programa. Un aspecto importante es la actitud hacia los condones y la medida en que se promueven. En los programas más avanzados se adapta el

nivel de explicitación mediante la consulta a auditorios específicos blanco y se evita una connotación moral prejuiciosa. En estos programas, la actitud implícita y explícita hacia los condones es positiva y aunque el esfuerzo en la promoción para el empleo del condón está dirigido a grupos específicos, también llega al público general.

7. Sistemas institucionales: Si bien el VIH/SIDA es un problema de salud, en la actualidad se reconocen sus dimensiones e impactos sociales, culturales, económicos, legales, éticos y políticos. Los programas nacionales más avanzados adoptan nexos y generan sistemas institucionales que reflejan este impacto social amplio, e incluyen a las organizaciones no gubernamentales y comunitarias.

8. Vinculación con los servicios de salud y sociales: Tiene dos dimensiones decisivas. Primero, la información debe proporcionarse junto con la información sobre servicios específicos que pueden ayudar al individuo a prevenir o modificar el comportamiento riesgoso (p. e. disponibilidad de condones, sitios confidenciales para tests de VIH, acceso a programas de intercambios de agujas). Los programas más avanzados para la promoción de la salud contra el VIH/SIDA se ajustan minuciosamente para establecer una vinculación explícita con los servicios ya disponibles o con los que se desarrollan específicamente asociados al programa de promoción de la salud, o con ambos tipos de servicios a la vez. La segunda dimensión de la vinculación implica la integración de la promoción de la salud contra el VIH/SIDA a los servicios de salud y sociales existentes. Los programas avanzados tendrán establecidos nexos estrechos con tales programas, sobre todo en los contextos de control de la salud materna o infantil, planificación familiar y enfermedades que se transmiten por vía sexual.

9. Liderazgo político y social: Si bien todos los programas para promoción de la salud contra el VIH/SIDA requieren de cierto nivel de aceptación social y política, es muy variable el grado y la forma de participación de líderes políticos y sociales. Los programas más avanzados tienen vínculos explícitos y ostensibles con ciertos líderes políticos y sociales.

10. Capacidad de evaluación: Los programas para promoción de la salud contra el VIH/SIDA sólo pueden mejorar si se vigilan para determinar su eficiencia y valorar su eficacia (impacto). Un número importante de programas avanzados toman en cuenta esta dimensión y están fortaleciendo su capacidad de evaluación.

11. Base institucional: A cierto nivel, la relación institucional entre la promoción de la salud contra el VIH/SIDA y el comité y el programa nacional contra el SIDA implica aspectos relacionados con personal, presupuesto, política y formulación de estrategias. Los programas más avanzados disponen de personal adecuado con suficiente preparación y profesionalismo, un presupuesto bien identificado, un enlace estrecho con el programa global contra el SIDA y una extensión del programa a nivel nacional. Además, los programas avanzados están descentralizados de los centros de dirección y de las ciudades capitales y desplazados a niveles comunales y comunitarios. La descentralización implica la delegación de responsabilidades y autoridades (incluso de recursos financieros).

12. Capacidad estratégica: La promoción de la salud contra el VIH/SIDA debe integrarse a las amplias estrategias para la prevención de la infección por VIH, con objeto de reducir su impacto personal y social, y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales. Los programas más avanzados tienen gran capacidad para la planificación y la acción estratégica como parte de un programa nacional de funcionamiento eficaz.

En relación con estos elementos se define la siguiente tipología de programa de prevención del VIH/SIDA:

Programas informativos: son los programas de menor desarrollo, se orientan exclusivamente a la difusión de información.

Programas facultadores: de moderado desarrollo, estos programas incluyen esfuerzos que favorecen su propio control y proporcionan información.

Programas comunitarios: Además de proporcionar información y promover su propio control, estos programas refuerzan la vindicación de la comunidad.

En general, según Mann, cada uno de estos tipos de programas corresponden a diferentes niveles de conceptualización de la promoción de la salud misma. Es así como los programas de tipo I (informativos) difunden la información desde una fuente central, utilizando medios masivos y campañas temporales para así llegar a un amplio rango de la población. La información proviene, en el mayor de los casos, de instituciones relacionadas con la salud, y tiene relación con las conductas que por consenso se consideran riesgosas. No se atiende a las relaciones entre servicios de salud y sociales. Este tipo de programas son los que se ven en los primeros estadios de los programas nacionales, los cuales deberían evolucionar hacia los tipos II y III, aunque a veces persisten más allá del periodo habitual, sobre todo si el programa nacional contra el SIDA opera en un medio social y político ambivalente u hostil.

En una segunda etapa, que correspondería a programas del tipo II, se releva la necesidad de analizar los factores motivadores y las restricciones que operan en el comportamiento de los individuos. Esta perspectiva del “locus individual” da lugar a la preocupación de que la información esté bien dirigida a los auditorios a los cuales se quiere llegar efectivamente. Se incluye la participación explícita de los servicios de salud y sociales; el vih/sida es descrito como un problema de todos, que refuerza los mensajes de tolerancia y no discriminación; se utilizan una amplia gama de medios de difusión, enfatizándose los enfoques personalizados; por último la aproximación hacia la sexualidad es neutral o positiva, dependiendo también del auditorio elegido, enfocándose explícitamente al uso del condón. Estos programas privilegian la integración del sistema nacional de salud y forma alianzas con otros sectores de gobierno y otros organismos y grupos. Además promueven la descentralización en el entendido de que la mejor manera de llegar a las personas es en y a través de sus comunidades.

Por último, la tercera etapa de la promoción de la salud –que corresponde a los programas del tipo III- reconoce las amplias dimensiones políticas y sociales de esta actividad. Este, a través de la comunidad, enfatiza la solidaridad y la defensa de los derechos humanos de las

personas; y es descentralizado, ya que la información proviene de diferentes organizaciones e instituciones. A pesar de distinguirse de los otros programas por su vinculación con los servicios de salud y sociales, su relación con los líderes sociales y políticos y sus actitud estratégica, también integra elementos de los programas tipo I y II, considera además los obstáculos políticos, económicos y sociales para la promoción de la salud. Desde esta perspectiva la información sobre VIH/SIDA solo es relevante si considera las realidades sociales e individuales de las personas.

3.2. *La vertiente de las ciencias humanas y su análisis del nuevo trabajo social*

Las ciencias humanas arriban a la necesidad de un nuevo enfoque a partir de la sistematización y reflexión de diversas experiencias innovadoras en materia de trabajo social y políticas públicas

En primer lugar, la necesidad de responder eficazmente a la expansión de la epidemia de vih/sida, implicó que la prevención –definida como único camino hasta ahora-, debía orientarse fundamentalmente a la modificación de las prácticas asociadas a la sexualidad. Por ello mismo, complejas, puesto que remiten a prácticas subjetivo/sociales, a procesos socioculturales y a relaciones sociales y políticas particulares.

En segundo lugar, la introducción crítica de una comprensión de que el mundo de las prácticas subjetivo/sociales constituye un espacio de des-conocimiento o re-conocimiento de derechos y de potenciales daños que se pueden prevenir o reducir, por cuanto dicen relación con zonas de la vida personal conectadas con vulnerabilidades derivadas de un conjunto amplio de factores individuales, sociales políticos y culturales, condujo al relevamiento de nociones como vulnerabilidad, desigualdad y derechos.

Esta reflexión asume que la prevención de fenómenos como el embarazo no deseado/no planificado, la violencia sexual, la infección por vih e its demanda a la política pública dar cuenta de la naturaleza particular del objeto de su intervención (Villela, Palma y Canales, 1998). La sexualidad²¹ -y la salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes-, puede asimilarse a otros fenómenos (discriminación social, violencia intrafamiliar, p.e.) y/o a identidades socioculturales (niño/a, mujer, indígena, joven, etc.), los cuales pueden ser definidos como objetos integrales. Refieren a prácticas subjetivo/sociales y no a condiciones económico/sociales. No corresponden ni a individuos ni a condiciones objetivas ni aún a conductas elementales. No se trata de poblaciones ni de casos individuales. Se trata de colectivos sociales y de prácticas compartidas. Se trata *de procesos socioculturales*. Esto es, de las dinámicas en que los sujetos de una sociedad van co-definiendo una realidad y van interpretándola en común. Se trata, por tanto, de una

²¹ La sexualidad es personal, sin embargo, al mismo tiempo que histórica y social. Puede decirse que la sexualidad es parte del desarrollo humano, pero al mismo tiempo, constituye un ámbito de la vida personal altamente configurado socialmente en sus significaciones, subjetividades y normatividad, y en su vinculación con la construcción social de la masculinidad y femineidad hace a las relaciones entre las personas, las cuales se encuentran atravesadas por diversas relaciones sociales de poder. La sexualidad, se constituye por tanto en un ámbito de la vida vulnerable a riesgos, discriminaciones y exclusiones sociales, a la vez que campo de crisis, negociación y empoderamiento.

definición y re-definición de los fenómenos como problemáticos, legítimos o no, deseables o no, etc. Lo anterior implica una centralidad de las conversaciones sociales y los esquemas de actuación en que se regulan las prácticas.

El mundo de las prácticas subjetivo/sociales constituye un espacio de des-conocimiento o re-conocimiento de derechos y de potenciales daños que se pueden prevenir o reducir, por cuanto dicen relación con zonas de la vida personal conectadas con vulnerabilidades derivadas de un conjunto amplio de factores individuales, sociales políticos y culturales.

Las políticas socioculturales abordan prácticas desde intencionalidades o propósitos promocionales de derechos y estilos de vida, así como preventivos de riesgos y reparadores de daños. Funda la legitimidad de su carácter promocional de derechos en compromisos éticos. Reconoce que la prevención no puede hacerse sino con y entre las personas. No se les puede, pues, prevenir. Deben ellas prevenir/se.

La promoción de decisiones sobre la propia sexualidad resulta necesaria para la prevención de riesgos para la salud. Del mismo modo, la integración de la paternidad/maternidad a las biografías y familias requiere de decisiones en el plano de la reproducción. Tales decisiones corresponden a un ámbito de la vida en los cuales la prevención de un daño no depende directa y simplemente de la acción de un agente estatal (la policía, el agente de salud, el profesor) sino de lo que las personas hagan más allá de la mirada del Estado; requieren por tanto de una alta reflexividad. Ahora bien, la prevención de riesgos y decisiones reproductivas se constituyen en general en decisiones que se dan en contextos de interacciones y de relaciones interpersonales. Requieren, por ello, de activación de disposiciones al autocuidado, el mutuocuidado (el cuidado hacia el/la otro/a) y el sociocuidado (aquel de la protección genérica). Las capacidades o competencias para el cuidado se alcanzan en contextos de empoderamiento social de los individuos, en las relaciones de género, en las relaciones con el Estado y con otros agentes sociales. Entonces, la responsabilidad remite a la promoción del autocuidado, autonomía y empoderamiento de las personas como sujetos de derechos en procesos de crecimiento y desarrollo.

A nuestro juicio, la emergencia del enfoque sociocultural nos habla de un conjunto de tránsitos que van de la prevención a la promoción; de los eventos a los procesos; de los objetos a los sujetos; de los individuos a las comunidades y redes; de los prestadores a los usuarios; de la compartimentación a la intersectorialidad, de lo lineal a lo reflexivo.

IV. TEMAS CRÍTICOS DEL NUEVO ENFOQUE SOCIOCULTURAL

Los desarrollos del enfoque conversacional están en construcción y abarcan un conjunto de temas críticos provenientes de distintos universos conceptuales y disciplinarios, los cuales pasamos a exponer²². En un enfoque sociocultural, la conversación es un medio y un fin. Tanto en la prevención de riesgos, como en la promoción de derechos y de calidad de vida sexual, en general, se posibilita, y hasta se impone, una lógica conversacional. En la conversación, por la sucesión de estados de habla y de escucha, se posibilita directamente el ejercicio de la reflexividad. Lo reversible en la conversación (quien habla o pregunta, quién escucha o responde) es lo reflexionable (qué hacemos, etc).

4.1. *La centralidad de lo conversacional en las estrategias de prevención*²³.

i. **La conversación.**

Lo propio de *conversar* es la sucesión de estados alternos respecto al derecho al habla.²⁴ Lo que comanda es la transmisión del habla, como lugar o proceso en que quien la lleva, va hacia desde otro que le antecede y le puede suceder. Las palabras así se reenvían a ellas mismas, igual que los hablantes se refieren a ellos mismos -los de ahí, quienes se hablan.²⁵

a. *Autonomía y grupalidad:* En las conversaciones, se posibilita una relación con el lenguaje -es decir, como subjetividad (sujeto/enunciación), con el mundo (mundo/enunciado), y el otro (otro/escucha)- que desarrolla la autonomía, pero al mismo tiempo refuerza la grupalidad. No habiendo palabra buena ni palabra mala, y sobre todo, no habiendo de antemano *una* palabra ya dada -que hace sentido como silencio del grupo-, el discurso es un regresar al lugar del *yo/tú...*, la *comunidad y la realidad*, esta vez como hablantes autorizados.

b. *Autocomprensión de las conversaciones:* En la conversación, el habla muestra directamente su incompletitud desde la enunciación y del enunciado. El habla, va y viene haciendo su escucha.²⁶ Por eso puede decirse que una conversación lleva consigo el

²² En relación a programas que han incorporado el tema de las conversaciones JOCAS y JOCCAS, las propuestas del CIDE y de EPES. Para un análisis de estas propuestas ver en este mismo documento: *La necesidad de explicitar el juego pregunta y respuesta y La necesidad de analizar críticamente el alcance de lo real en las conversaciones* (pág. 49).

²³ El planteamiento que se expone a continuación está basado en las contribuciones que a este tema ha realizado el sociólogo Manuel Canales, académico de la Universidad de Chile. Esta formulación está presentada en un texto titulado "Conversaciones para el entendimiento".

²⁴ La activación del sujeto de enunciación como tal, en la conversación, como la presentación interactiva de la *escucha*, redistribuyen la atención y el peso de la situación entre los tres componentes del habla: enunciación, enunciado y escucha, se combinan en la conversación de modo no descompensado, como ocurre por ejemplo, en los textos científicos o periodísticos (todo parece enunciado: objetividad), o como ocurre en los discursos de alto simbolismo (todo parece enunciación) o como en los casos de "acciones tradicionales" (todo es escucha, comunidad).

²⁵ El orden es interno: es decir, relativo a los participantes. Una conversación es difícilmente observable desde afuera. Tiene observador interior. Diversifica y condensa según su propia dinámica textual y enunciativa.

²⁶ En la conversación no hay preguntas que responder, sino las propias que se formulan los participantes. Hay libertad de habla: se puede *desplegar* subjetividad a través de la palabra *propia*.

principio de su observación. Una buena conversación no puede entenderse sino desde dentro.²⁷ En cambio, la forma se hace como *texto*, y como *comunidad de interpretación*. No siendo simple ni positiva, la conversación sólo se da como tal a los participantes.

c. *Reversión del habla/escucha*: En la conversación, se puede hablar, pero también se puede hablar de lo que se escucha. Quizás sea lo más potente de la forma conversacional: sobre la *reversión* del paso habla/escucha, se hace posible la *reflexión* que vuelve por afuera, desde un lugar anterior a lo que se venía hablando. Así, se habla de lo que se habla.

ii. Conversación para el entendimiento.

La expresión común que mejor gráfica la idea que aquí se ensaya sobre las conversaciones, es la de *conversación para el entendimiento*. (En el ámbito de los sistemas organizacionales -redes de comunicaciones decisionales, en los conceptos Luhmann- la conversación ha sido tratada al menos en dos sentidos, muy distantes entre sí, y que aquí ofrecemos a comparación. Como *conversaciones para la acción*²⁸, en que se ha remarcado el componente *pragmático* del discurso. Como conversaciones para el entendimiento, en que se remarca el rango *intersubjetivo* del hablar.²⁹)

a. *Interrogación*: Tratar de entender: en el espacio intersubjetivo es interrogación del sentido. La conversación se revela como una forma de hablar (y de callar) que interroga al sentido y que además resuelve el discurso, al menos en la dinámica grupal que la conversación necesariamente tiende a desarrollar simultáneamente a las historias que allí se cuentan.

b. *Saber sin verdad*: La verdad de las conversaciones grupales lo es de modo distinto al uso dominante del término. En su uso habitual, *verdad* es texto, escritura, código. En la conversación, la verdad es en el acto, relativa a los interpretes presentes que sostienen la cuerda. El hilo y el acuerdo (de lo que ellos dicen, entre ellos) hacen verdad con *voz propia* y común. Precaria en el tiempo –las palabras se las lleva el viento- pero potentes en la estructura –las palabras hacen mundos-. Por ello, la verdad conversacional no es una ni fija. Pues tiene su centro de gravedad en los intérpretes y no en los códigos que predigan el tema. Así, no es una verdad que pueda ser leída, sino que debe ser cada vez reescrita. Es una verdad en reescritura continua. Es la verdad de la reescritura. En la conversación, se lee y se escribe, por eso es que se aprende a hablar con *palabra propia*³⁰. Lo mismo que se hace la escucha de la tradición – de los discursos en que vienen los participantes- que

²⁷ Siendo articulación de diversidad, no hay raya que separe o haga la frontera. Se ordena desde dentro.

²⁸ Nos referimos al planteamiento original de Fdo. Flores en su clásico “inventando la Empresa del siglo XXI”, Hachette, Santiago, varias ediciones. En su propuesta, la mediación hablada del trabajo en las actuales oficinas, permite una reinterpretación de las redes funcionales como conversaciones: esto es, en su lenguaje, como coordinación de actos de habla, que tejen compromisos..

²⁹ El concepto de hablar que utiliza el primero, lo asienta en la tradición inglesa de la filosofía del lenguaje (hablar es hacer) y en la tradición heideggeriana (hablar es escuchar). Sin embargo, me parece que el predominio de la primera tradición domina, cuando menos, el uso del Coordinador de Acciones. El concepto de hablar, que se utiliza aquí, sigue su etimología fantástica y lúdica: hablar es siempre en *fábula*. No remarca ni el hacer (comprometerse *en serio*, como insiste Flores) ni el saber (ver la realidad verdadera). Entre ambos, y hasta fuera de ambos, se confabula.

³⁰ Palabra es por definición propia, en el sentido fino que le asigna Lacan para distinguirla de discurso –o palabra común, genérica, única, uniforme, leída.

puede hacerse su crisis – de las interrogaciones que los discursos no responden: los *temas* de conversación

c. *Desorden creativo*: El desorden de las conversaciones –vistas desde fuera- es la ausencia de contextos funcionales o protocolares.³¹ El grupo, como la cuerda que une a los hablantes, sólo es sostenida por ellos mismos. El horizonte –y la escucha- grupal permiten que el sentido sea inmediatamente social; pero la socialidad en tal caso no está fuera del sujeto –como en el plan productivo o en el organigrama administrativo, e incluso en el protocolo del culto- sino que le sigue siendo interna, grupal.

d. *Solvencia subjetiva*: La conversación produce grupo y produce sentido: si incomoda es porque consume orden y lo transforma en cambio cotidiano de sujetos solventes en sus temas. La solvencia subjetiva en los temas propios –esto es, personales, socioculturales-, como práctica grupal, restaura la escena sociológica básica de la modernidad cultural, antes del imperio de su traducción técnica o funcional: un conjunto de autónomos sostenedores de un acuerdo grupal.

A las prácticas de las que se ocupan los programas preventivos, prácticas subjetivo/sociales, les es determinante el ambiente conversacional en que operan³², asemejándose así a la prevención de violencia o de accidentes, distinguiéndose por ello de otros problemas de salud y de otros objetos de las políticas *sociales*.

iii. Políticas socioculturales: desarrollo cotidiano y conversaciones.

Las políticas emergentes se formulan en un lenguaje extraño al clásico. Algo no ajusta entre el lenguaje analítico (sectorial) de las políticas clásicas, y el lenguaje analógico (“integral”) de las nuevas. Aquí se propone que lo que no ajusta, precisamente, es la forma cultural de la conversación. El objeto de tales políticas –lo sociocultural, el sujeto- es extraño al planificador cuyo saber se remonta a las intervenciones sistémicas.

a. *Conversación como un recurso de desarrollo*: En todas las formas en que el sentido común se desestabiliza o se graba a la fuerza, la única modalidad de regenerarlo o interpretarlo, es conversándolo. Poniéndolo entre dichos de entendimiento común. La comunicación clásica –autoritaria y/o individualista- no alcanza su eficacia pedagógica para un conjunto de zonas culturales que requieren de nuevo al sujeto hablante de las conversaciones. Zonas del sentido tabú, doble, torcido. De la incomunicación. De las ambivalencias. Abierta hacia el centro, la conversación de los *temas* se ofrece a la sociedad como una respuesta –acaso la única, como se dice, técnicamente- a preguntas que tienden a

³¹ Es la libertad respecto a lo uniformado por cualquiera lógica exterior. Es, cuando más, como la danza. Orden no reproducible desde fuera, ni imponible desde unos de sus partes. El *paso* de las danzas, acompasado, se hace al mismo tiempo juntos y de a uno. El eje libre el que rota el que danza, es propio y no es compartido con la pareja. Lo que converge es la compañía de lo acompasado. Véase “Reflexividad, danza y autonomía”, *Anthropos*, Monográfico, de Manuel Canales, dedicado a J. Ibañez, Barcelona, 1990.

³² En este sentido, siempre se alcanza un modo de comunicación reflexiva. Incluso cuando se utiliza el soporte mediático, el comunicado es abierto a una escucha necesariamente activa. Son dichos que irritan o interrogan, obligando a la interpretación. Son comunicaciones, utilizando la noción de Ricoeur, *simbólicas: dan que pensar*.

inundarla y para las que no tiene siquiera lenguaje para formular en términos adecuados a su especificidad.

b. *Tematización*: Interrogación del sentido es lo que constituye un *tema* sociocultural. Los llamados *temas emergentes* lo son, a la letra, del ámbito de la subjetividad y del sentido común. En cada caso, se trata de una crisis o una catástrofe del cotidiano saberse y tratar con las cosas *humanas*, culturales. *Temas*, precisamente, porque lo son de un discurso. Interrogaciones sin salida o respuesta, se acumulan como violencia, discriminación, absurdo, miedo, agresión, angustia. El mundo *de biografías incomprensibles*, se hace inenunciable. *Tema*, a tratar de entender.³³ Un *Tema se resuelve* en una solución conversacional. No hay otra, pues debe disolver un nudo y no solo desenrollar un texto. Es *tema*, precisa y casi exclusivamente en el sentido que, esta pendiente de entender, que esta por ser *tratado*. Está abierto, como una interrogación.³⁴ Ya sea como inconsciente, o como contradicciones, el cotidiano se presenta como una zona interrogativa, que no tiene discurso resuelto. En cambio, o no llega a hablarse –como los tabúes, los excesos, lo sublime- o se formula como pregunta. Como acción *de tratar de, entender*. Como inicio de una conversación.

c. *Conversaciones y estructuras institucionales*: Lo que más puede complicar de las conversaciones, es la interrupción de la cadena comunicacional prevaleciente (escuelas, MCS) que al modo clásico opera en el unidireccionalidad y asimetría entre hablantes y destinatarios. La conversación, por su parte, solo es posible en un ambiente no unidireccional ni asimétrico. Ambas condiciones son estructurales. La asimetría impide la conversación pues el habla y la escucha no escurren igual hacia arriba que hacia abajo. La unidireccionalidad dicta, la conversación *trata de entender*. Los tratados del entendimiento común deben fluir entre autónomos, iguales y recíprocos. Igualmente, puede parecer una amenaza a la reestructura rólica, en cuanto que de entrada los participantes se convocan en calidad pre/institucional (es decir, no como roles) y en calidad personal (es decir, no/funciones).

d. *Conversaciones y planificadores*. Cuando las intervenciones implican, en sus planes, conversaciones del destinatario, todo el esquema de programación toca un límite.³⁵ En estos casos, el lenguaje de planificación no puede ser el mismo que en el caso de las

³³ La conversación de los *temas*, en cada sociedad, es alternativa a la acumulación cultural de irracionalidad, individualismo y autoritarismo, cuyo mejor ejemplo, actual, es la paranoia antidelictual que asola la ciudad. En vez de *hablar las cosas que hay que hablar*, el atemorizado ciudadano busca un culpable al que cargarle todas sus penas de muertos de miedo. En vez de tejerse hilos y acuerdos –hacer sociedad- se lotean condominios/afueras, islas en mar bravo y plagado de tiburones y bucaneros. La comunidad enrejada, cuando las antiguas tenían textos. Las conversaciones no tienen ni rejas ni textos. Son talleres en que se trata el habla. Y se produce conversación: se trata un *tema*.

³⁴ Lo que en la conversación (en el grupo) se entiende, y lo que el investigador de conversaciones (de grupo) analiza. El objeto del análisis del discurso es el entendimiento, como comunidad tradicional y como comunidades posibles, encontradas como discurso y palabras, como respuestas o verdad resuelta, y como preguntas o como interrogación del sentido. Como lectura y como escritura, vamos. Por eso es que los análisis habituales que ordenan por temas, aciertan mal. Efectivamente son temas del discurso, pero lo son porque no están resueltos. Son los lugares en que el discurso y la palabra se encuentran, cuando se habla de la tradición, cuando se la interroga, cuando se le observa. Los discursos están ordenados por temas, en el sentido que el habla va entre el sentido y su falta. Los temas son siempre lo que está abierto, *vivo y, peludo*.

³⁵ Esto fue desarrollado en “Políticas socioculturales. Cuestiones de método y medida”, en un texto colectivo de Manuel Canales, Irma Palma y Hugo Villeda, Prevención de Embarazo Adolescente: Una Mirada desde el Estado, SERNAM. Documento # 59, 1998.

intervenciones sociotécnicas o socioeconómicas. Las políticas socioculturales no subsidian acceso a servicios que se vendan en el mercado y que un segmento importante de los asalariados no puede comprar con sus ingresos regulares. *En cambio, el otro tampoco es beneficiario, ni el que convoca o promueve, benefactor.* Lo mismo, y hasta más difícil de resolver, concurre con el diseño. El plan debe ceder su lugar a los participantes. La gestión por plan de las políticas sociotécnicas y socioeconomías, debe ser reemplazada por una gestión por participantes³⁶ -cuyo lenguaje de programación es, precisamente, conversacional.³⁷ *En cambio, el otro tampoco es beneficiario, ni el que convoca o promueve, benefactor.* Lo mismo, y hasta más difícil de resolver, concurre con el diseño. El plan debe ceder su lugar a los participantes.

iv. La necesidad de explicitar el juego pregunta/respuesta implicado en las propuestas

Metodológicamente, la mayor parte de las estrategias propician algún juego particular de preguntas y respuestas. En ellos puede encontrarse no sólo una visión de la sexualidad y de sujeto sino una noción del lugar de la conversación en los enfoques educativos. Hay programas en los cuales el juego de pregunta/respuesta tiende a ser unidireccional y cerrado. Las preguntas están formuladas a priori y las respuestas también, sólo se trata de que los individuos descubran las respuestas a preguntas predefinidas.

Otros programas parecen propiciar un juego restringido de respuestas abiertas a sistema de preguntas más o menos, si no cerrado, saturado. Tales cierres suelen fundamentarse en un orden secuencial ofrecido por la psicología del desarrollo eriksoniana³⁸ (evolución de los sujetos educandos), que a veces se extiende hasta la evolución de la familia (coeducadora y a su vez también educanda) y aunque el texto tuviera todas las posibles entradas, el ordenamiento curricular –la temporalidad y ajuste de la reflexión en todos los planos- y pudiera elegirse cada una de ellas, libre y seleccionable, pero el conjunto cerrado o saturado.

En otros programas, en tanto, no hay ninguna pregunta previa. En el programa JOCCAS³⁹ las preguntas las hacen los/as participantes. Aprenden a preguntar. Y que las respuestas son

³⁶ La gestión centrada en participantes, está en la frontera de la planificación, y por cierto lejos de la planificación centralizada. Cuando se opera con convocatorias abiertas – a quien llegue y a que venga- el diseño debe ser el también abierto. Así, la memoria y la contabilidad del proyecto se hacen difusas para su control externo, porque se integran en el propio proceso como *sistematización*.

³⁷ Las diferencias que las intervenciones socioculturales presentan a los planificadores clásicos, alcanzan también a la propia definición de los actores participantes. La vinculación del estado con la comunidad, por ejemplo, es imposible y necesaria al mismo tiempo³⁷.

³⁸ La propuesta eriksoniana sostiene sobre todo la composición del currículo, en relación con las distintas fases de desarrollo por él distinguidas (infancia, niñez, pubertad, adolescencia, madurez, senectud), por lo que lo veremos luego. En ese sentido, es una estructura que ofrece la forma temporal como secuencia dada para la organización del empeño educativo.

³⁹ Véase los siguientes documentos: “Marco de Referencia y Fundamentos de las JOCCAS”; Comisión Intersectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente (Servicio Nacional de la Mujer, Mineduc, Minsal, INJ), 1996. y “Educación Comunitaria de Resonancia para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Adultos: Aprendiendo a decidir”. Rodrigo Vera, Fondo de Población de Naciones Unidas, 1998.

sólo eso. Aprenden a dudar, a interrogarse. A reflexionar. A volver más atrás -a mirar como miran ellos y quienes les hablan, incluso los que les proponen preguntas- y no a ir hacia adelante en la búsqueda de una nueva moralidad a la que responder.

v. La necesidad de analizar críticamente el alcance real de lo conversacional en los diversos programas

Sea cual sea la concepción, sentido y realidad, en general, los programas tienden a formularse como convocatorias a la conversación. Sostenemos que el extendido uso de la titulación de textos como “Conversando...”, “Conversemos...”, “Conversaciones entre pares...” da cuenta de una crisis, a la vez que de un desarrollo, sin embargo, también de una reducción a ejercicio técnico.

Por cierto, hay quienes no se orientarían por opción hacia la conversación. Preservan la comunicación vertical, situada en una lógica de educador/educando, la que en este ámbito, sin embargo, asume la forma del diálogo. Los padres convocan a un diálogo sobre la sexualidad. El diálogo, a diferencia de la conversación, opera bajo el principio de necesidad.

Existen diseños en los cuales las conversaciones están orientadas hacia la acción. Se trata de una lógica más instrumental que comunicativa lo que en ellas prevalece. Tal es el caso de programas que haciendo consideración de la conversación ponen su acento en los aprendizajes instrumentales derivados (destrezas, usos, etc.)

Hay programas en los cuales la conversación es reducida a un ejercicio técnico -se hacen conversando-. La dinámica conversacional que se inicia cada vez -al interior de los talleres o prácticas o ejercicios educativos, al menos en un grado de selección de temas- está tendida sobre una malla organizacional que cierra y fija fases y faces del proceso; pero se limita y se aplana su potencialidad epistemológica y política.

4.2. La necesidad de problematizar la noción de 'tránsito' en materia de enfoques sobre adolescencia y la juventud⁴⁰

Las ciencias humanas tienen una categoría privilegiada para concebir lo juvenil: la *socialización*⁴¹ o "el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir" (Rocher en García,

⁴⁰ Esta sección sigue las reflexiones de Pablo Cottet presentes en su texto "Juventud: encrucijada del tiempo social". Primer informe Nacional sobre Juventud, 1993.

⁴¹ A pesar que el concepto de socialización se comprende para el conjunto del ciclo vital, se asume como preponderante en el acercamiento sociológico a los jóvenes.

1991). Por medio de este proceso, las personas se apropian de la información significativa respecto de valores y normas, claves de la cultura de una sociedad.

En segundo lugar, la definición de juventud está generalmente asociada a la noción de tránsito. Proveniente del saber biológico (organicista y evolutivo), la juventud se define como un ciclo de la vida humana en que se transita de la niñez a la adultez.

Socioculturalmente se nos aparece como un momento de la vida de un grupo de la población bajo el estado de "moratoria", esto es, un retraso socialmente aceptado y planificado. Retraso en cuanto a la capacidad de asumir los roles adultos (productor, consumidor, contribuyente, ciudadano, padre/madre).

Frente a esta visión tributaria de los conceptos de moratoria y socialización, diversos autores invitan a concebir la cultura como un campo en disputa por los sentidos sociales.

Desde esta perspectiva, los valores (bueno/malo) y las normas (se debe/no se debe) son orientaciones culturales destinadas a **reproducir** un determinado orden social en tensión con otras orientaciones culturales que subordina. De forma que la socialización no constituye un proceso de transferencia entorno-sujeto, sino más bien un proceso de construcción de sentidos sociales y estructuras de actividad. Construcción conflictiva, que implica relaciones de subordinación y refracción/innovación. Existirían procesos cuya significación es la de la reproducción de las estructuras de actividad que instituyen los roles sociales, y procesos cuya significación es la de **producción** de orientaciones culturales diversas, a la resignificación social de las actividades. Tiempos ocupados en la reproducción de lo social, y otros en la producción de lo social.

Autores como Cottet (op cit.) propone "definir la vida social que viven los jóvenes desde las claves de la especificidad de la vida juvenil. Si la realidad se construye socialmente (Berger y Luckmann) los jóvenes constituyen un sector social (quizá un actor) portador de una condición social particular que supera la calidad de sujetos en tránsito a cumplir roles sociales, más aún que ponen en tensión la legitimidad de las orientaciones culturales aceptadas como reales, y las estructuras de actividad que le corresponden".

Autores como Abarca y Sepúlveda (2001)⁴² coinciden en criticar aquellos estudios que definen la adolescencia como una etapa de *moratoria* a superar, esto es, una especie de limbo o liminalidad social que tarde o temprano deberá abandonarse no sin antes experimentar los 'dolores' del tránsito a la etapa de la madurez definitiva. Desde su punto de vista, dichos estudios responden a una definición clásica de juventud tributaria de la matriz de los estudios sobre modernización, que se caracterizan por concebir los fenómenos sociales disruptivos del orden como 'resabios' o 'transiciones' hacia un estado deseado y futuro de integración. Esta explicación responde a criterios generacionales y sociales: en el primer caso, se alude al '*nadie*', esto es, a puesta en escena de una definición social de juventud que reduce la práctica del sujeto juvenil a un mero movimiento en busca de visibilidad social; en el segundo, se alude al '*huacho*' que se agrupa para escapar de una familia disfuncional.

⁴² Abarca, H. y Sepúlveda, M. (2001). Estudio sobre Barras Bravas. Informe final. Fundación Carlos Chagas, Sao Paulo, Brasil.

Las nuevas corrientes de investigación sobre juventud enfatizan su noción de actor social y reafirman la densidad biográfica de la vivencia adolescente y juvenil. Esto es, un momento de la vida cuyas construcciones de sentido tienen valor por sí mismas y no una mera transición que culminará repitiendo los patrones culturales de la generación anterior. En la década de los sesenta, autores como Margaret Mead iban más lejos al definir a las nuevas generaciones como 'pioneros de un mundo que estaba por construirse'. Asimismo, algunos análisis sobre comportamiento sexualidad señalan que en ciertos grupos de categorías de conducta (edad de inicio de vida sexual, diversificación de las prácticas, formas de encarar el emparejamiento) los jóvenes estarían desempeñando el rol de 'exploradores'.

4.3. *La valoración del autocuidado en salud.*

Desde una perspectiva promocional de la salud, el autocuidado es una aproximación conceptual a la educación en salud que concurre a nuevas aportaciones como las nociones de equidad y empoderamiento. Asume una reformulación respecto de las vertientes clásicas de la enfermería, toda vez que enfatiza que los individuos, familias y comunidades se conviertan en sujetos de su propia salud, mediante la adquisición de capacidades de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado social. La protección y cuidado de la salud se constituye un derecho inherente a las personas, lo cual funda la responsabilidad del Estado y de toda la sociedad en orden a participar activamente en el mejoramiento y solución de los problemas relacionados con este ámbito.

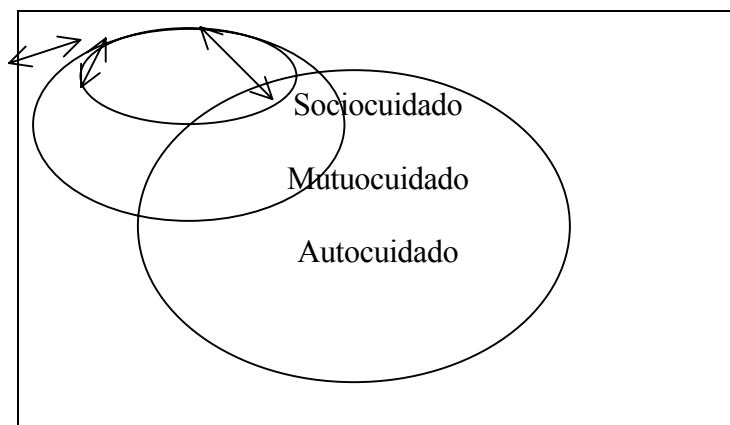
Más que un concepto aislado, el autocuidado es un enfoque para la educación en salud. En él convergen tanto orientaciones en educación (carácter constructivista) como de la salud (especialmente de la mano de la Enfermería en materia de educación para la salud).

Desde la década de los setenta se observa una creciente complejización de la concepción y práctica del cuidado en salud por parte de la enfermería. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones (Leininger, 1991). Asimismo, la provisión de cuidados en salud exige comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución (Gortner, 1983: 1-8; Polit & Hungler, 1991).

En su definición primera el autocuidado "son todas aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o comunidades con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o reestablecerla cuando sea necesario" (González y Arriagada, 1999, pág. 186). Aún cuando ésta se asemeja y tiene puntos de encuentro con la definición del concepto de prevención, el autocuidado rescata y reconoce las estrategias -saberes y prácticas- propias tanto del sujeto como de su comunidad en torno a sus necesidades de salud⁴³, y, en ese sentido, busca fortalecer esas respuestas, en cuanto se reconocen como recursos para la mejorar calidad de vida de las personas.

⁴³ Existirían distintos niveles en relación a las necesidades de salud. En un primer nivel, se encontrarían las *necesidades universales*, es decir, aquellas demandas en salud que son comunes a todos los seres humanos y que surgen como producto del

El enfoque de autocuidado posee una doble dimensión, subjetiva y social, las cuales por cierto se encuentran engarzadas en una relación dialéctica, no como polos separados de una misma relación. En el primer caso, el autocuidado asume la dimensión subjetiva de las personas; su visión es la de un sujeto integral con una tendencia organísmica hacia el equilibrio, al cual se le reconoce su saber sobre sí mismo -el conocimiento del propio cuerpo, del estado de ánimo, etc.- asumiendo que ese individuo no es solo cuerpo, ni mero informante sobre ese cuerpo. El saber es devuelto al sujeto, ya no es dominio exclusivo de los expertos, y en ese sentido, trae como consecuencia el empoderamiento de los mismos sujetos. En el segundo, el enfoque asume un carácter social en dos direcciones. La primera en relación al carácter construido de los saberes y prácticas de los sujetos, los cuales están constantemente re-construyéndose en los interjuegos con los demás miembros de su familia y comunidad, y con los prestadores de servicios de salud (carácter reflexivo del conocimiento). La segunda dirección, más orientada a lo pragmático, dice relación con que las prácticas de autocuidado no tiene un carácter puramente individual, sino que a ellas pueden incorporarse los sujetos, sus familias, amigos, etc., organizando sistemas de cuidado de salud, con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud propias y/o de los demás, ya sea en contextos de la vida diaria o de enfermedad. En este último sentido, en particular, este enfoque estaría orientado a su resonancia a través de redes sociales naturales.



La resonancia que propone este modelo no sería, sin embargo, sólo la propagación de nuevos conocimientos. Por el contrario, el carácter reflexivo que impone la capacidad de diálogo, de conversación, tanto del individuo consigo mismo, como con los demás, permite ir formando niveles de reflexividad mayores. Pero al mismo tiempo, ésta –la capacidad reflexiva- es expresión de prácticas que se dan en la sociedad, las cuales se van instalando tanto en la medida que lo promueven formas de socialización, como la familia, como cuanto son apoyadas de manera más estructural por las organizaciones e instituciones.

diario vivir. En un segundo nivel estarían las *necesidades de desarrollo*, aquellas demandas que tienen su origen en los distintas etapas del desarrollo del ser humano a través del ciclo vital. Por último, y en un tercer nivel, se encontrarían las *desviaciones de salud*, vale decir, los requerimientos de un individuo al momento de una enfermedad o sufrimiento y que tiene estrecha relación con el cuidado terapéutico (González y Arriagada, 1999).

En este enfoque la tarea del proveedor de salud es identificar las prácticas de autocuidado que los sujetos manejan y realizan, para entregarle nuevas estrategias que actúen complementariamente a las ya utilizadas por el sujeto. En este sentido, el agente de salud es también un constructor de nuevos saberes y prácticas.

A nuestro entender, la contribución mayor del enfoque de autocuidado es el relevamiento del sujeto como actor consciente y con poder de decisión frente a sus necesidades de salud, con el consecuente reforzamiento que ello impone a su autonomía y sentido de responsabilidad (consigo mismo, con los demás y su entorno). Refuerza, finalmente, la idea de un sujeto de derechos, activo y ciudadano y con la misma energía, opta por centrarse en la salud, superando los modelos tradicionales centrados en la enfermedad.

4.4. *El relevamiento de los derechos sexuales y reproductivos.*

El enfoque sociocultural aspira a integrar conceptual y metodológicamente en sus fundamentos, el acervo internacional vigente en materia de derechos humanos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Dado el hecho que los derechos sexuales y reproductivos constituyen un desarrollo reciente, su integración tanto en las culturas como en las pedagogías es lenta. Por lo demás, en ciertas dimensiones de la sexualidad persisten nebulosas sobre los alcances en materia de libertad involucrados en su ejercicio. De hecho, la incorporación de esta dimensión en los programas nacionales ha sido irregular, ello porque a nivel internacional -y en los respectivos países- existen oposiciones y resistencias por parte de propuestas que se orientan por lógicas divergentes.

Los derechos sexuales y reproductivos son definidos como derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana como son la sexualidad y la reproducción. Estos derechos implican contar con información y acceso a los servicios y medios que se requirieren para ejercer estas decisiones.

Estos derechos y sus enunciados se construyen o coligen de otros derechos básicos ya contemplados en instrumentos internacionales sobre derechos humanos⁴⁴. Se basan en el principio de la libertad sexual, lo que significa decidir por sí mismo cuándo y con quién tener relaciones sexuales, libre de coacción, violencia, reproche, discriminación y sin otros límites que lo no-transgresión de la libertad sexual de otras personas. También conlleva el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, el bienestar y la felicidad posibles. Significa autodeterminar la vivencia, experiencia y significación de la propia sexualidad, tenga ésta o no una finalidad procreativa, expresando la sexualidad a lo largo de toda la vida.

⁴⁴ Los Derechos Humanos constituyen el marco general en el cual se construye la noción de Derechos Sexuales y Reproductivos. Los Derechos Sexuales y Reproductivos son un reflejo del carácter progresivo de los Derechos Humanos.

La libertad sexual comprende la libertad reproductiva. Esto significa que todas las personas pueden decidir libre, informada y responsablemente si desean o no procrear. Luego, todas las personas tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hija/os.

Como consecuencia del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, todas las personas tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva corresponde a lo definido por la Organización Mundial de la Salud y que se encuentra contenido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo⁴⁵.

Para tomar y consecuentemente ejercer las decisiones reproductivas, en el contexto del respeto y protección que los Derechos Humanos, las personas deben contar con toda la información, educación y orientación en materias de sexualidad y reproducción, así como también con servicios de atención integral y con medios o métodos adecuados. Todas las personas tienen derecho a ser informados y asesorados con el fin de permitir la vivencia de la sexualidad libre del riesgo de contraer enfermedades (incluyendo ITS y VIH/SIDA) y embarazos no planificados y/o deseados.

Asimismo, la protección de estos derechos debe tender a la promoción de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, procurando modificar los patrones estereotipados, la valoración social de ambos géneros eliminando los prejuicios y prácticas basadas en ideas de inferioridad o superioridad de los sexos. Los derechos fundamentales se erigen bajo el principio de no discriminación, es decir la prohibición de todo trato arbitrario en razón de sexo, orientación sexual, raza, edad, estado civil, clase social, origen étnico, religión y minusvalías⁴⁶.

⁴⁵ "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. De manera consonante, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (párr. 7.2).

⁴⁶ En el Derecho Internacional de los Derechos Humanos existen dos tipos de instrumentos con que la comunidad internacional regula el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales. Por un lado, las convenciones o tratados internacionales que generan efectos vinculantes o de obligatoriedad de los compromisos estatales adquiridos por unos y otros. Entre estos instrumentos jurídicos internacionales, con relevancia en el reconocimiento de Derechos Humanos vinculados a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se encuentra el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, la Convención de los Derechos del Niño/a, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación en la Esfera de la Enseñanza. Por otra parte, se encuentran los instrumentos jurídicos que no tienen un carácter vinculante para los Estados, sin perjuicio del peso político y la posibilidad de que las obligaciones se transformen en costumbre internacional. En efecto, la Declaración Universal de Derechos Humanos, pese a no tener el carácter de un instrumento vinculante, tiene un fuerte peso moral y político. Existe una amplia gama de Declaraciones y Documentos emanados de Conferencias Mundiales o Regionales que tienen este carácter. Entre ellas están la Declaración y Programa de Acción de la Segunda Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena), el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y El Caribe 1995-2001 de la Sexta Conferencia Regional sobre la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (Mar del

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing, consagraron el derechos de hombres y mujeres, jóvenes o adultos a estar informados, a tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, aceptables y financiados y contar con formas efectivas de prevención de sus⁴⁷.

Su incorporación, por cierto, tiene implicancias conceptuales, metodológicas y políticas. Las políticas públicas en salud sexual y reproductiva requieren, por tanto, constituir a los individuos en sujetos de derechos, lo cual implica respecto de la población adolescente un reconocimiento y promoción de su libertad, autonomía y empoderamiento para llevar a cabo decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que el desarrollo de estrategias educativas, de asistencia oportuna y pertinente a sus demandas y necesidades, así como de marcos jurídicos que otorguen legitimidad al ejercicio de tales derechos.

Es de especial interés reconocer los derechos de los y las adolescentes a ejercer sus Derechos Sexuales y Reproductivos sin discriminación tanto en el acceso a servicios como a la información para preservar su salud sexual y reproductiva.

En el caso de la población adolescente sostenemos que la formulación de los derechos sexuales y reproductivos, así como la exigencia de su promoción, debieran implicar una reformulación sustantiva de las estrategias educativas. Nociones como libertad de elección, respeto a la autonomía, equidad, acceso a información y recursos preventivos constituyen puntos críticos de inflexión respecto de lógicas tradicionales, y expresan por ello, la disposición a formar parte de una corriente de promoción de derechos sexuales y reproductivos que debe promover una serie de considerandos:

- El reconocimiento de los derechos sexuales introduce una inflexión crítica en orientaciones prevalentes en contextos institucionales tradicionales en cuanto establece el derecho de elección de los individuos sobre vida sexual, en este caso, sobre la edad, y el modo de entrada a la sexualidad activa.
- La equidad en esta materia se juega en dos planos: en la consideración de la categoría de género y en la de estratificación social. La promoción de la equidad en salud entre hombres y mujeres no permite la persistencia en las nuevas generaciones de un patrón cultural e institucional que otorgue sistemáticamente a las mujeres la responsabilidad del uso de medios preventivos. Un cambio de perspectiva se verificará en la apertura e incorporación de servicios en salud sexual y reproductiva para hombres. La equidad en relación a las clases sociales dice relación con el reconocimiento de la existencia de una brecha en las capacidades de hacer uso de servicios y medios preventivos por parte de los/as adolescentes y jóvenes, de desarrollar estrategias alternativas a bloqueos institucionales. Mientras los/as jóvenes de estratos medios y altos en el transcurso de las últimas décadas -y en el contexto

Plata), la Declaración de la Cumbre de Desarrollo Social (Copenhague), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo), la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing).

⁴⁷ UNFPA. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro. San José de Costa Rica, 1997.

del surgimiento de nuevas orientaciones culturales- han desarrollado habilidades, información y disponibilidad de ciertos recursos económicos, todo lo cual contribuye a empoderarles, y permitido el acceso, aunque todavía limitado y precario, a servicios de salud privados y adquisición de tecnología preventiva. Los/as jóvenes populares dependen dramáticamente de la disposición normativa y la acción y recursos del Estado. No existen habilidades, estrategias e información que les permita hacer una prevención efectiva al igual que otros sectores de la población.

- El derecho a tener la información basada en evidencia científica, abierta al conjunto de opciones disponibles reorienta los procesos a lógicas de activación de autoaprendizaje y discernimiento, de educación con agentes múltiples (escuela, medios de comunicación, familias, consultorio, iglesias, etc.). Del mismo modo, el derecho al acceso a servicios especializados y de calidad exige generar nuevas condiciones técnicas y económicas, culturales y legales.

- El reconocimiento de los/as niños/as y adolescentes como sujetos de derecho implica la promoción de su libertad, autonomía y empoderamiento para llevar a cabo decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva. Sostenemos que la promoción del respeto a la autonomía se juega en el campo de las estrategias preventivas en la instalación del principio de confidencialidad⁴⁸.

En general puede afirmarse que en el ámbito de la atención en salud –sea la consulta ginecológica, urológica, sexológica u otra relacionada- es decir, en aquellas relaciones y espacios profesionales en los cuales los sujetos exponen su sexualidad –y al hacerlo, se exponen-, todos buscan asegurar que tal exposición sea protegida por la más estricta confidencialidad. Ciertamente, en la sociedad chilena hoy día la exposición de los sujetos ante tales relaciones no es la misma para todos. La consulta del hombre o mujer con prácticas homosexuales, la de la mujer que ha adquirido una ITS en un contexto extramarital o la de una adolescente que se encuentra iniciando su actividad sexual, todas ellas conllevan una alta exposición. Por ello, no sólo la empatía, criterio o tolerancia de los/as profesionales y personal de salud aseguran un contexto de protección a la intimidad/sexualidad expuesta. La confidencialidad resulta crucial. En el caso de los/as adolescentes que requieren de servicios de salud para recibir consejería y, eventualmente, suministro de anticonceptivos, si el/la profesional o funcionario/a revela a los padres o a otra persona esta situación podría producirse un grave daño a su intimidad, a la vez que desalentar la consulta en busca de servicios en salud sexual y reproductiva.

4.5. *La necesidad de complejizar la opción curricular en materia de educación*

⁴⁸ Véase el texto de Casas, L. e Isla, P. (2001) *Confidencialidad de la información médica*. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Santiago, Chile.

i. Un enfoque de educación centrado en los aprendizajes.⁴⁹

Un aprendizaje sustantivo llevado a cabo en el último tiempo en el ámbito de la educación dice relación con la reinterpretación de la lógica que vinculaba linealmente la enseñanza y el aprendizaje. Una constatación elemental ha sido que las personas aprenden independientemente de los procesos de enseñanza.

- El admitir un cambio de visión pedagógica al reconocer que no existe una relación lineal entre lo que se enseña y lo que un sujeto aprende. Igualmente, en el reconocer que los sujetos aprenden sin necesidad de ser enseñados y que de una misma situación los sujetos pueden aprender cosas diferentes.

- La consideración de los objetivos de la educación para la salud como la adquisición de competencias de autocuidado/mutuocuidado/sociocuidado/prevención como fruto de un proceso de satisfacción de necesidades de aprendizaje (conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes). Este proceso de satisfacción puede adoptar diferentes formas.

- Considerar que una educación para la SSR tiene por objetivo que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, mediante su empoderamiento y la equidad de género, para tomar decisiones libres y responsables respecto a su vida sexual y reproductiva.

Un enfoque centrado en los aprendizajes parte de la base que cuando se habla de “educación” se está hablando de dos fenómenos: el de “enseñanza” y el de “aprendizaje”. La educación formal, tanto como la definida como no formal, operan sobre la base de la relación entre enseñanza- aprendizaje, en el convencimiento de que lo que se enseña se va a convertir en aprendizaje en los/as alumnos/as. La educación informal (o comunitaria) se centra en aquellos aprendizajes que se producen fuera de una situación de enseñanza, sin que exista una relación de profesor-alumno o de educador-educando. En este tipo de educación, el sujeto aprende mediante modalidades “no escolarizadas de aprendizaje”, sin tan siquiera proponérselo, tales como la conversación, la observación, el contacto con los

49 Vera, R. (1999) *Promoción de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. La educación comunitaria de resonancia y la creación de espacios de aprendizaje y de ayuda mutua para el autocuidado de la ssr*. VII SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. “ LA ATENCION PRIMARIA PARA GARANTIZAR SALUD PARA TODOS EN EL SIGLO XXI “ LA HABANA, CUBA

medios de comunicación, el análisis de las propias experiencias, la convivencia familiar. Se trata de un aprendizaje en la medida que el sujeto se encuentra modificando sus formas de pensar, de sentir y de actuar en aspectos que van a sustentar sus decisiones y permitirle reconocer sus acciones como propias.

En la **educación formal** el sujeto es guiado por un educador a través de actividades organizadas en un currículo pre-establecido donde existe, fundamentalmente, una secuencia de objetivos de conocimientos que van desde lo más simple a lo más complejo. Es en este sentido que la educación formal enfatiza la formación integral sobre otras materias, de manera tal, de asegurar que los/las alumnos/as manejen conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes que les permitan operar conscientemente en varias situaciones. Se debe disponer de un currículo que incluya contenidos que permitan a los/las alumnos/as satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje que les permitan adquirir competencias para enfrentar una multiplicidad de situaciones a lo largo de su vida.

En la **educación no formal** el sujeto participa de actividades guiadas por un educador para la adquisición de ciertos y determinados conocimientos y competencias. En ese sentido, se enfatiza la adquisición de competencias específicas, satisfaciendo las necesidades de aprendizaje que sean necesarias para ello.

Por último la **educación informal** es aquella modalidad de aprendizaje donde el sujeto aprende en situaciones de su vida cotidiana, sin la presencia de un educador que guíe su proceso de aprendizaje, es decir, se trata de modalidades no escolarizadas de aprendizaje, por ejemplo, la conversación, la observación, contacto con los medios de comunicación, análisis de las propias experiencias, convivencia familiar, etc. a través de estas experiencias el sujeto modifica sus formas de pensar, de sentir y de actuar que van a sustentar sus decisiones y van a reconocer sus acciones como propias. En atención a su carácter ‘no institucional’ la educación informal puede promoverse mediante eventos culturales y pedagógicos, eventos de movilización social, que sirvan para el fortalecimiento de las capacidades de aprendizaje de los sujetos desde las situaciones propias de la vida cotidiana.

El reconocimiento de la educación informal para la salud sexual y reproductiva va aparejado con el reconocimiento de la autonomía que tienen los aprendizajes y la toma de decisiones en todo aquello donde la afectividad y sexualidad de los sujetos se encuentra comprometidas. De esto se deduce, que si se quiere apoyar la educación para la salud sexual y reproductiva es necesario fortalecer las capacidades informales o comunitarias de aprendizaje y no tan sólo la educación formal y no formal. En este sentido, los aprendizajes influyen en la calidad de la decisión, que oscila entre estados de heteronomía y autonomía, es decir, dependiente de una decisión ajena (alienada) a de una decisión propia (protagónica).

En otras palabras, la necesidad de actuar en la educación comunitaria o informal para la SSR deriva de la constatación del peso que tienen los aprendizajes de origen informal en las decisiones de las personas. Esto implica que junto a los espacios educativos en las escuelas, servicios de salud y organizaciones sociales se abre un enorme número de posibilidades de fortalecer instancias de aprendizaje donde los sujetos están de hecho satisfaciendo sus necesidades de aprendizaje y adquiriendo, capacidades de

autocuidado/mutuocuidado/prevención. y, por ende, para tomar decisiones informadas, libres y responsables en materia de afectividad, sexualidad y salud reproductiva.

ii. La escuela, renovación de enfoques y apertura de sus fronteras.

Se ha sostenido que la inserción de la educación en sexualidad en la escuela se logra a través de su inclusión tanto en el currículo transversal como en el vertical.

Tradicionalmente se ha tendido a la incorporación de la educación sexual a través de la formación de un ramo especial para ello). Sin embargo, los estudios que se han realizado para conocer el impacto que tiene en los adolescentes la educación sexual en el marco de sus currículos escolares, han concluido que parte de las dificultades que se encuentran son la saturación de los planes de estudio, la cobertura incompleta que se le da a estas materias, la supremacía de la entrega de información en detrimento de conocimientos prácticos, y la calidad deficiente en el diseño los planes de estudio (ONUSIDA, 1997).

Actualmente, en el marco de procesos de reforma a la educación en la Región, se busca promover su inclusión a partir de currículo transversal, la cual ofrece mayores posibilidades de integración, ya sea a través de: a) temas valóricos, b) distribución de conocimientos en asignaturas pre-existentes, c) desarrollo de eventos pedagógicos, d) guías de auto-aprendizaje.

Sin embargo, una nueva concepción pedagógica permite que la educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva en el marco institucional de la escuela, pueda incorporar lógicas de aprendizaje no clásicas. Ello no tiene que ver centralmente con una operación tecnológica. Por cierto, esto implica repensar la relación sujeto-institución (el primero es sujeto biográfico y sujeto de derechos respecto de la última), modifica el orden temporal y espacial de la vida escolar en cuanto reordena las relaciones espaciales (se abre al círculo, a las relaciones cara a cara en momentos en los cuales las relaciones se horizontalizan), remueve las fronteras de la escuela respecto de la comunidad, etc.

iii. El recurso a nuevos espacios de aprendizaje

Un aspecto de relevancia en las propuestas tiene que ver con el tránsito observado en relación a los espacios utilizados para la ejecución de las diversas estrategias. Desde una perspectiva tradicional, la mayoría de las propuestas persiste en la utilización de espacios relacionados con la institución, como por ejemplo la escuela o los centros de atención de salud. Sin embargo, de manera creciente se observa una “salida” del espacio institucional hacia espacios que revisten el carácter de lo público, la calle, la feria, el estadio, etc.

A través de estas modalidades, la educación en salud se “acerca” al público, abriendo la posibilidad de participación a todo quien lo desee. Al mismo tiempo, no se circunscribe a beneficiarios concretos, instala espacios que promueven la ciudadanía y “desprivatiza” el tema de la sexualidad y la salud reproductiva. Entre los lugares utilizados podemos mencionar centros de atención (centros para la juventud, consultorios, salas de espera),

espacios laborales y comunitarios (lugares de trabajo, centros de madre, juntas de vecinos, etc.), eventos de diversa índole como ferias, conciertos.

iv. El relevamiento de la educación comunitaria entre pares

La educación inter pares es un concepto popular que implica un enfoque, un canal de comunicación, una metodología, unos principios y una estrategia. El término “par” se refiere a “una persona de la misma posición social que otra; que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, el nivel de estudios o la situación social. El término “educación”, o educar, se refiere al “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona o cosa determinada, o a los conocimientos” resultantes del proceso educativo. En la práctica, la educación inter pares ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones relativas a quien es par y que es la educación (por ejemplo, sensibilización, asesoramiento, discusiones facilitadoras, sesiones de lectura y representaciones dramáticas, distribución de materiales, referencias a los servicios, suministro de apoyo, etc. en general, la educación inter pares conlleva el uso de miembros de un grupo determinado para producir cambios al nivel individual, tratado de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir caminos a nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas.

¿Cuáles son las ventajas y beneficios de los programas 'inter pares' con jóvenes? Estos se basan en la evidencia de que la gente joven ya recibe gran parte de la información de sus pares (educación informal representaría un 85% de los aprendizajes que recibe una persona en relación a SSR); los jóvenes se relacionan de mejor manera con gente similar a ellos en edad, antecedentes e intereses; la similitud cultural de los pares promotores ayuda a asegurar que el lenguaje y los mensajes utilizados sean relevantes y apropiados; estos programas pueden lograr cambios en las normas sociales y comunitarias, que apoyarán a la reducción de conductas de riesgo; permiten el involucramiento directo de gente joven en sus propios programas; pueden ser implementados de manera económica; generalmente, no sólo llegan al grupo de pares sino también a los parientes de los pares promotores y a sus vecinos; los pares promotores obtienen beneficios a largo plazo de sus experiencias (responsabilidad SSR, potencial de liderazgo, desarrollo personal, etc.)

v. La necesidad de debatir del agente educativo:

a. Una educación centrada en un agente “natural”:

Existen programas que persisten en la noción de un agente educativo “natural” –padres/la familia-, respecto del cual la institución escolar -profesor/la escuela- sólo puede ser ubicada como un subsidio/colaboración. De acuerdo a esta propuesta los mejores educadores de los hijos son los padres, por tanto una educación sexual debiera ocurrir idealmente en el seno familiar. Lo que fundamenta esta postura se vincula con los principios del derecho natural, que afirma que “por el derecho de haber dado vida a sus hijos, los padres tienen el derecho originario e inalienable de educarlos, por esta razón ellos deben ser reconocidos como los

primeros y principales educadores de sus hijos”, que educarán conforme a sus convicciones morales y religiosas. Y si la educación sexual es ofrecida en los colegios, ésta debe hacerse bajo la atenta guía de los padres.

Incluye un conjunto de protocolos, entre los cuales el punto de partida es la petición de autorización a lo menos a uno de los padres, quien debe autorizar a su hijo o hija su incorporación. La joven o el joven también deben firmar una carta de consentimiento para participar en el programa y, en el caso de las mujeres, el consentimiento de que puedan ser utilizados los datos vertidos en la cartilla de los signos de fertilidad en una investigación posterior.

b. Una educación centrada en agentes educativos múltiples.

En contrapartida, existen propuestas que enfatizan una educación centrada en agentes educativos múltiples. Los agentes educativos se ponen al servicio del aprendizaje de los sujetos participantes, que son portadores de un acervo de memoria que orienta su búsqueda de información significativa. Estas propuestas asumen que el espacio óptimo de aprendizaje de cada sujeto se logra mediante procesos de *problematización-búsqueda de información-discernimiento*. Ser acogido –por los agentes- le permite hacer su propio aprendizaje. Los agentes deben ser personas idóneas en aspectos profesionales y ético-morales que pertenezcan a la comunidad, en la perspectiva de promover un diálogo de saberes que asume a la sociedad toda como un ‘agente educativo’

V. ANEXO: Programas para la Prevención en Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes (Embarazo adolescente no planificado / no deseado e its/vih/sida) en América Latina disponibles para el análisis.

5.1. *Iniciativas de la Sociedad Civil/Organizaciones No Gubernamentales consideradas en el Análisis.*

Prevenção HIV/AIDS Expêriencia do Projeto AIDSCAP no Brasil:

- El uso del laberinto en la prevención del SIDA
- Una experiencia de sociodrama constructivista
- Revista “Fala Preta”
- Proceso de intervención “Sexo y placer sin miedo”
- Mensajes de reducción de riesgo del VIH con base etnográfica
- Planificación Familiar
- Investigación sobre uso de preservativo entre adolescentes
- Políticas Públicas
- Campaña en Medios “Usa condón tu también”
- Propuesta de intervención para la prevención del SIDA desde las relaciones de género, la etnicidad y el SIDA, en mujeres pobres
- Danza de la vida
- La vida es una fiesta, pero el SIDA no es una brincadeira
- Un teatro para niñas para la prevención de ITS/VIH/SIDA
- Intervención educativa en la prevención del SIDA en un centro de salud
- Disk-AIDS para mujeres
- Con Arte, sin SIDA – Teatro con adolescentes en el día mundial de lucha contra el SIDA
- Programa de entrenamiento para agentes comunitarios: Prevención de ITS/SIDA en favelas
- Cartomancia: una nueva estrategia de prevención del SIDA
- Entrenamiento de Prevención de SIDA para consejos comunitarios

AIDS: Pesquisa social e Educação Brasil

- Educación en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA: teorías y tendencias pedagógicas. [Virginia T. Schall; Mirian Struchiner]
- Grupos de mujeres e historias de vida: por un proceso de desnaturalización en la prevención del VIH. [Vera Vital (1995)]
- Proyecto Viva la Vida: previniendo el SIDA en la escuela. [Simone Monteiro]

Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA

- Diseño, aplicación y evaluación de un Taller de Sexo Seguro para Mujeres Universitarias. [Fernanda Artigas Burr; Mariana Ruiz Tarrés]
- Los agentes de salud de la Vila do Joao [Cristina Cavalcanti; Regina H.S. Barbosa; Fernanda Rodrigues; Cristiane Cabral; Marlei Romero; Lucia Baptista]
- Al rescate del cuerpo y la sexualidad [Daptne Cuevas Ortiz]

- Rescatando tiempo y espacio [Ivonne Marie Ocasio]
- Stepping Stones [Rose Mbowa]
- Sexualidad y SIDA. La mujer entre el placer y el riesgo. [Dolores Fenoy; Alicia Ferreira; Susana Mallol; Susana Velásquez]

International Planned Parenthood Federation IPPF (en <http://ippnet.ippf.org>)

Asociación Argentina de Protección Familiar AAPF (Argentina):

- Asesoramiento jurídico a la mujer
- Jornadas anuales para profesionales de la salud
- Apoyo organizacional y de suministros para los centros de planificación familiar en todo el país
- Feria de proyectos juveniles

Asociación para la Vida Familiar BFLA (Belice):

- Compromiso de la comunidad
- Programas para jóvenes: Centro Planeta para jóvenes: de la gente joven, por la gente joven y para la gente joven.
- Promoción y SIDA

Asociación de Planificación Familiar de Barbados BFPA (Barbados):

- Comunidad en acción
- El club de la vida familiar
- Programa de paternidad para adolescentes
- Distribución comunitaria

Sociedade Civil Bem-Estar Familia no Brasil BEMFAM (Brasil):

- Educación sexual en las escuelas
- Reforma del sector salud
- Mercadeo social del condón
- Asistencia técnica Sur-Sur
- El otro lado: trabajando con hombres en la prevención de ITS/VIH
- Información y educación: cursos, actualizaciones, reciclages, seminarios, palestras, debates y oficinas. Campañas. Materiales educativos.
- Proyectos especiales
- Centros de documentación
- Investigación
- Asistencia técnica

Afiliación caribeña de planificación familiar CFPA:

- Frente al desafío de la sustentabilidad
- Un público informado
- Jóvenes que ayudan a jóvenes construir puentes

Asociación Chilena de Protección de la Familia APROFA (Chile):

- Proyecto regional sobre la tecnología y la juventud
- Cambios en políticas restrictivas sobre la esterilización

Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA (Colombia):

- Cooperación Sur-Sur para fomentar programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe
- Colaboración sur-norte para la salud sexual y reproductiva de adolescentes
- Haciendo frente a la pobreza y el aislamiento para llegar al litoral pacífico de Colombia

- Poblaciones desplazadas
- Anticonceptivos de emergencia
- Profamilia: Centro para jóvenes

Asociación Demográfica Costarricense ADC (Costa Rica):

- Campañas de ADC para las mujeres y adolescentes
- Promoción de la SSR en poblaciones indigentes

Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana APROFE (Ecuador):

- Proyecto isla Puná
- Distribución comunitaria de anticonceptivos/autosustentabilidad
- Proyecto piloto de género
- Proyecto clínica móvil

Asociación Demográfica Salvadoreña ADS (El Salvador):

- Los servicios de jóvenes: programa de educación y capacitación
- Las “damas voluntarias”

Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala APROFAM (Guatemala):

- Mejorar la salud de la mujer y de los niños/as en las zonas rurales
- Centro integral de atención para adolescentes
- El programa de Bebés Mecánicos
- Proyecto el Petén
- Doble protección para jóvenes

Guyana Responsible Parenthood association GRPA (Guayana):

- Establecimiento de un negocio para sustentar la planificación familiar
- Programas de educación y entrenamiento: integración del público
- Grupos móviles de educación sobre la prevención del VIH
- Programas de jóvenes

Asociación Hondureña de Planificación de la Familia ASHONPLAFA (Honduras):

- Servicios para jóvenes
- Perspectiva de género
- Brindar consultorías

Jamaica family Planning Association JPFA (Jamaica):

- Programas de jóvenes de Jamaica: alcanzando a jóvenes no escolarizados
- Clínica de hombres

Fundación Mexicana para la Planeación familiar MEXFAM (México):

- Programa Gente Joven
- Promoción comunitaria de la salud
- Difusión de la anticoncepción de emergencia
- Red de clínicas autosuficientes
- Colección de materiales educativos

Asociación Pro Bienestar de la Familia Nicaragüense PROFAMILIA (Nicaragua):

- Proyecto nacional para adolescentes
- Programa de mercadeo social de anticonceptivos

Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia APLAFA (Panamá):

- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en América Latina
- Centro de información especializado
- Multiplicadores/as adolescentes de SSR

Centro Paraguayo de estudios de Población CEPEP (Paraguay):

- Servicios de salud
- Información, educación y comunicación
- Relaciones internacionales y nacionales

Instituto Peruano de Paternidad Responsable INPPARES (Perú):

- Servicios para adolescentes
- Jóvenes y tecnología
- Servicios para hombres
- Género en salud sexual y reproductiva
- Proyecto información, educación y comunicación (IEC) sin letras

Stitching Lobi LOBI (Surinam):

- Mejorando la salud sexual y reproductiva de adolescentes a través de la televisión
- Capacitación para profesionales de salud pública y privada

Otras:

- “Cambio de Piel”- Corporación de Desarrollo de la Mujer La Morada, Chile
- Educación en Salud Popular, EPES - Chile
- “La prevención del Embarazo entre las y los jóvenes de la Ciudad de México: Por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos” – Gobierno del Distrito Federal y Afluentes S.C., México
- “Una propuesta para insertar educación de la sexualidad en el nivel escolar” EDUK - Chile
- Educación en salud en las escuelas para prevenir el SIDA y las ETS - UNESCO/OPS/OMS
- Programa “Conversemos de Sexualidad” - Centro Interdisciplinario de Desarrollo de la Educación CIDE, Chile
- Programa “Teen Star” - Centro de Biología Reproductiva (CEBRE) Pontificia Universidad Católica De Chile
- Programa “Adolescencia: Tiempo De Decisiones” - Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas. Conasida, México.

- Un equipo contra el SIDA, capacitación, seguimiento y supervisión de promotores adolescentes para la prevención de la transmisión de VIH/SIDA
- Radionovela educativa en VIH/SIDA *Amores entre el río y la playa*
- El uso de internet en la lucha contra el VIH/SIDA en México
- Educación sexual: prevención efectiva
- Práctica informativa sobre prevención y atención al VIH/SIDA. *Juntos lo podemos lograr*
- Teatro-conferencia sobre SIDA: una alternativa para la educación comunitaria
- Capacitación participativa para la prevención del VIH/SIDA con el paquete educativo: *Juego, aprendo y me prevengo*
- *La vida en tiempos del SIDA*
- Impacto en los medios. Convenio entre una ONG y un periódico de circulación nacional para publicar un suplemento especializado en SIDA
- Construcción del paquete educativo *Con-tacto* para la promoción de la salud sexual, a través del proyecto de investigación-acción “Conociéndome hoy para planear el mañana”

- Cultura para la prevención en el libro de texto gratuito de *Ciencias Naturales y Desarrollo Humano. Sexto grado*
- “Juntos planeamos el futuro”. Hablemos de la autoconciencia de la salud sexual y reproductiva. Estrategia para ayudar a los jóvenes a tomar decisiones informadas sobre su vida sexual
- Explora: un modelo de educación masiva, interactiva e itinerante que abarca una educación holista sobre la naturaleza del VIH/SIDA. Transmisión, prevención, aspectos sociales y niños
- Establecimiento y/o fortalecimiento de programas de prevención en instituciones de educación media superior y superior
- TelSIDA
- Condomóvil: proyecto de información y mercadeo social del condón
- Capacitación de personal de farmacias en prevención de VIH/SIDA: investigación, capacitación, seguimiento y evaluación
- Intervención educativa para reducir el riesgo de drogas inyectables en centros de readaptación social
- Campaña específica de prevención del VIH/SIDA dirigida a hombres que tienen sexo con otros hombres. Componente informativo
- Diseño de materiales de prevención del VIH/SIDA dirigido a hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de cuartos oscuros de la ciudad de México
- Grupo de empoderamiento, encuentro y crecimiento de HSH
- Prevención de VIH/SIDA en la frontera sur de México: los trailers en Ciudad Hidalgo, Chiapas
- Fortaleciendo nuevos liderazgos y acrecentando las capacidades entre las ONGs contrabajo en VIH/SIDA menos favorecidas en los estados de México
- La experiencia en derechos humanos y apoyo social
- De la investigación a la acción: la experiencia del programa Compañeros, AC
- Programa de teatro educativo para el fomento de la salud
- Introducción de material de prevención en lengua náhuatl
- Combate al VIH/SIDA con una visión integral de la persona
- Centro para los adolescentes de San Miguel de Allende y de la escuela de parteras profesionales
- La casa de la Sal, AC
- Sexualidad y género para niños y niñas
- Prevensida Callejero: modelo de salud reproductiva especializado en niños, niñas y jóvenes de la calle
- Curso de capacitación sobre sexualidad y VIH/SIDA “Dr. Francisco Estrada Valle”
- Los caminos de la vida. Proyecto de televisión educativa y prevención del VIH/SIDA en adolescentes rurales en México

5.2. Programas y Políticas Gubernamentales consideradas en el Análisis.

(Gran parte de este material puede encontrarse en el sitio: www.sexualidadjoven.cl)

Argentina:

- Programa materno-infantil

- Sub-programa de Salud Integral del adolescente
- Proyecto de lucha contra el SIDA y ETS

Bolivia:

- Respuesta Nacional de Bolivia a la epidemia del VIH/SIDA (Análisis de la situación de la epidemia del VIH/SIDA y la respuesta nacional de Bolivia, Nov. 2000, OPS)
- Reforma Educativa en Bolivia (En UNESCO)

Chile:

- Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes / Programa de Salud del Adolescente
- Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA
- Programa de Prevención del Emabrazo Adolescente (PREA)
- Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres
- Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad JOCAS (escolares) y JOCCAS (comunitarias)

Colombia:

- Programa Nacional de Educación Sexual: Educación para la Vida y el Amor
- Programa de Promoción Juvenil y Prevención Integral y Educación Familiar para el Desarrollo Infantil (En UNESCO)

Costa Rica:

- Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA)
- Proyecto Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (dependiente del PAIA)
- Proyecto Adolescentes Prostituidas
- Programa Amor Joven
- Programa Construyendo Oportunidades
- Programa de Educación en Población

Cuba:

- Programa Materno Infantil
- Programa de Prevención y Control de las ETS
- Programa de Educación Formal para una conducta sexual responsable

Ecuador:

- Reforma Educativa en Ecuador (En UNESCO)

Honduras:

- Programas Operativos Anuales (En UNESCO)

México:

- Programa de Promoción de la Salud Integral de los Adolescentes PROSIA
- Programa de Salud Reproductiva
- Programa de VIH/SIDA y otras ETS
- Programa de Prevención y Atención a la Madre Adolescente
- Programa Orientación Educativa a Secundarias - Educación Formal: Asignatura de Orientación Educativa
- Programa de Educación en Población

Nicaragua:

- Programa de Atención Integral a la Adolescencia
- Plan de Acción para la Atención Integral y Diferenciada de los niños, adolescentes y jóvenes de alto riesgo social
- Proyecto PIVES: Implementación de valores educación secundaria

Perú:

- Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud Escolar y Adolescente 1997-2001
- Programa Nacional de Educación Sexual

5.3. *Fichas técnicas seleccionadas de programas e iniciativas considerados en el Análisis.*

Proyecto de Sociodrama Constructivista da AIDS – Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Esta experiencia comenzó en 1993 por iniciativa de una ONG brasileña, con apoyo y patrocinio de USAID y de la Associação Saúde da Família. El objetivo del proyecto fue sensibilizar a las personas a deconstruir mitos, valores y creencias sobre la sexualidad, cuestiones de género, ETS, drogas inyectables, muerte, salud pública y SIDA, en la búsqueda de una educación eficaz que articulara aspectos cognitivos y conativos. Asumiendo el hecho de que “las personas bien informadas respecto al VIH/SIDA no transforman sus comportamientos en la misma proporción que las informaciones con que cuentan”, se buscó desarrollar una metodología de educación preventiva para el VIH/SIDA, basada en una epistemología científica posmoderna “que facilite la objetivación de la subjetividad y la deconstrucción de conceptos, para un cambio de paradigma que favorezca transformaciones comportamentales más profundas”. Este proyecto fue implementado con grupos de niños/as, adolescentes y adultos de diferentes niveles socioeconómicos, en espacios tales como escuelas (públicas y privadas), universidades e instituciones de estudios superiores, fábricas, empresas, hospitales, consultorios, etc. de diversas ciudades del Brasil.

La metodología fue desarrollada a través de una investigación del área de Psicología Clínica de la PUC, y se fundamentó en los preceptos del sociodrama de J. L. Moreno y del constructivismo social (M. White). Básicamente el sociodrama constructivista utiliza tres fases: 1) *acaecimiento*; 2) dramatización; y 3) comentarios. Los grupos “construyen” personajes sociodramáticos: machista irresponsable, mujer víctima, mujer desinformada, maridos infieles, parejas confiadas, usuarios de preservativo conscientes, etc. El proyecto logró implementar 100 sesiones de sociodrama, llegando a atender a 6.600 personas, además se distribuyeron preservativos (junto con la redefinición de su uso) y cartillas (con mensajes obtenidos de los mismos sociodramas).

“La vida es una fiesta, pero el SIDA no es una *brincadeira*” – Programa SOS Niño y Adolescente, Brasil

La campaña “A vida é uma festa, mais AIDS não é brincadeira” nació de la necesidad de producir material gráfico específico que atendiese al Programa SOS Niño y Adolescente, implantado por el grupo de Apoyo a la Prevención del SIDA de Baixada Santista en las escuelas de la red estatal de dos regiones del país. Para acceder efectivamente al público objetivo, se adoptó un lenguaje claro y de fácil entendimiento, respetando las características de ese grupo etéreo. Utilizando datos de un perfil psicológico y un análisis comportamental para desarrollar la campaña de orientación educativa sobre como abordar la prevención del contagio por VIH, con el abordaje “La vida es una fiesta, pero el SIDA no es una *brincadeira*”. El slogan del programa apunta en dos direcciones: el involucramiento del público infantil, usando la palabra *brincadeira*, y del público joven, con la palabra fiesta.

La metodología se desarrolló con la elaboración y confección de recursos pedagógicos a partir del levantamiento y selección de las unidades de enseñanza. Luego se dio inicio al reclutamiento de los educadores (tres por unidad), que fueron capacitados en SIDA y drogas, con el objetivo de que implantasen en sus escuelas de origen núcleos permanentes de educación y prevención. Después de los entrenamientos, estos multiplicadores de información fueron supervisados por el equipo técnico de la institución ejecutora, recibiendo también apoyo logístico.

La campaña fue lanzada con un gran evento al aire libre (de una duración de 9 horas), el cual contempló concursos, presentación de grupos musicales, danza callejera, etc. En el evento participaron cerca de 7000 personas. En la ocasión también se distribuyeron folletos, cartillas y preservativos. La sensibilización de la

población estudiantil fue bien evaluada, con una actividad realizada al día siguiente, el cual incluyó palestras, exposición de carteles, videos, oficinas de asesoría, TV interactiva, con la participación de niños y adolescentes de las unidades de enseñanza involucradas en el programa. Durante este evento participaron alrededor de 1200 adolescentes.

“La prevención del Embarazo entre las y los jóvenes de la Ciudad de México: Por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos” – Gobierno del Distrito Federal y Afluentes S.C., México

Programa conjunto del Gobierno del Distrito Federal (Secretaría de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social) y Afluentes, S.C., representante de la sociedad civil.

El Programa tiene como objetivo “impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, los niños y jóvenes, a fin de empoderar a las mujeres y fomentar la participación de los varones en las responsabilidades que conllevan las prácticas sexuales. Se busca llevar información a todos los espacios públicos de la ciudad, y propiciar la reflexión y la comunicación de las y los jóvenes con sus padres, madres, maestras(os) y compañeros(as) de vida, hablar de los derechos humanos sexuales y reproductivos, del derecho al placer, al amor y a la información, y de la obligación de respetar los valores de responsabilidad, tolerancia y justicia para todas y todos”.

En la elaboración del material educativo –manual de capacitación- se consideraron aspectos culturales de la juventud de Ciudad de México, las diferencias de género (entendidas como condicionantes de la salud sexual sobre una base de desigualdad de las condiciones de vida y las relaciones de poder entre los sexos), así como la necesidad de impulsar el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, como base para la reflexión en torno a las actitudes y valores que orientan la vida sexual y reproductiva.

El manual está dirigido a las y los capacitadores juveniles de las delegaciones del Gobierno para la ejecución de talleres comunitarios con niñas, niños y jóvenes de 10 a 19 años. El propósito del manual es brindar información a los capacitadores sobre algunos temas de salud sexual y reproductiva, además de orientaciones didácticas para abordar los cursos y las conversaciones con los jóvenes. Los temas abordados en el manual son: comunicación y sexualidad, sexualidad juvenil; embarazo en la juventud; métodos anticonceptivos; e ITS y SIDA.

“Los caminos de la vida: Manual de capacitación de Sexualidad e Infecciones de Transmisión Sexual para Jóvenes Campesinas y Campesinos”- CONASIDA, ONUSIDA, Afluentes, IMSS, Secretaría de la Salud - México.

Trabajo intersectorial e interinstitucional, OPS; ONUSIDA; CONASIDA-México; Secretaría de Educación Pública mediante la Unidad de Televisión Educativa; el programa IMSS-Solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social; las ONGs Tahis y Afluentes.

Los caminos de la vida busca entregar a los educadores y personal de salud una “herramienta para difundir una cultura de percepción de riesgo y la prevención del VIH/SIDA en campesinas y campesinos desde su juventud”. El manual está dirigido a jóvenes que viven en comunidades mestizas (de lengua materna española), para que los educadores y el personal de salud pueda promover una cultura preventiva que contribuya al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El manual consideró en su elaboración las recientes transformaciones en las prácticas sexuales de los jóvenes, en especial aquellos que viven en el campo, según lo ha demostrado la investigación sobre factores de influencia, tales como la televisión, migraciones, y la extensión de servicios educativos a las comunidades más apartadas. Este se desarrolló a partir de un estudio etnográfico previo (sobre transformaciones en el ritual del cortejo en una comunidad mestiza), revisión de otras investigaciones recientes en comunidades agrícolas y en la traducción pedagógica de los principales hallazgos de esos trabajos.

Su objetivo es “promover la construcción de una cultura preventiva y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; para ello parte de un enfoque sociocultural de la sexualidad y el noviazgo, los valores, las creencias, las tradiciones, las prácticas sexuales, las relaciones familiares y de pareja entre las nuevas generaciones de campesinos”.

El manual está organizado en unidades: sexualidad y valores en las culturas campesinas; VIH/SIDA; salud sexual y reproductiva en el campo; habilidades y destrezas requeridas para ejercer una conducta preventiva;

acciones comunitarias para mejorar la salud sexual. Cada unidad a su vez está organizada en dos partes, la primera ofrece información para el capacitador, y la segunda propone las actividades a realizarse para el cumplimiento de los objetivos.

El uso del laberinto en la prevención del SIDA – SOS Adolescente, Brasil

Programa elaborado e implementado por la ONG SOS Adolescente de la ciudad de Campinas, Brasil. A partir del montaje de laberintos se busca movilizar en los participantes preguntas que habitan en el inconsciente colectivo, aludiendo al carácter mítico del laberinto en la cultura griega. Se invita a los participantes a identificarse con un personaje, percibiendo situaciones de vulnerabilidad, en las cuales corren riesgos y son estimulados a buscar mejores opciones, que los conduzcan fuera del laberinto. La idea de utilizar un laberinto como recurso educativo en la prevención del SIDA surge de la idea de buscar un material atrayente, lúdico e interactivo, que proporcionara al participante la percepción de su propia vulnerabilidad al VIH, la identificación de situaciones de riesgo de contagio en que todos se pueden encontrar, y estimular la reflexión sobre la necesidad de prevenir, informando sobre comportamientos más seguros. De esta manera, se busca que el SIDA deje de ser visto como un problema del otro, pasando a ser una cuestión de respeto de unos con otros. Esta metodología fue desarrollada especialmente para llegar mujeres y adolescentes. Los laberintos fueron expuestos en centros comerciales, en salas de comunitarias de las municipalidades, etc. La experiencia fue difundida a través radios y periódicos, carteles, etc., lo que garantizó más de 1600 visitas en 9 días de montaje. Además se distribuyeron preservativos, folletos educativos y listas de direcciones de servicios especializados, además de la aplicación de un instrumento de evaluación de la experiencia.

“Cambio de Piel”- Corporación de Desarrollo de la Mujer La Morada, Chile

“Cambio de Piel” son textos y guías de trabajo cuyo propósito es ofrecer elementos relevantes que puedan ser trabajados desde la experiencia, tanto por mujeres como hombres, en una cultura que experimenta cambios significativos: solo a modo de ejemplo, las generaciones en formación quiebran las tradiciones antecesoras, la ciencia y la tecnociencia definen de alguna manera nuestro presente acorde a parámetros relativamente desconocidos. También es posible constatar tendencias de cambios que parecieran ser contradictorias con las anteriores como por ejemplo “la vuelta al pasado”, como un modo de referir a un rescate de elementos de la vida cotidiana que son hoy vueltos a considerar, el deseo de vivir en comunidad (la gente busca maneras de no vivir sola en la urbe), de constituir redes. O a su vez, la consolidación de diversos fundamentalismos. Estos cambios afectan de modo directo a la experiencia posible del cuerpo y la sexualidad. El material educativo se plantea como una propuesta para el espacio escolar, “tan carente de materiales y metodologías con una perspectiva de equidad de género”. Se contribuye también a la inclusión del objetivo transversal de género en la reforma educacional cruzándolo con otros objetivos transversales relacionados con el desarrollo personal.

Los textos escogidos tienen distinta procedencia, se cruzan interdisciplinariamente, filosóficos, literarios, jurídicos, psicológicos y sociológicos. Estos textos permiten considerar un conjunto de problemas que se vinculan con los ejes temáticos:

1. Problemas de la identidad de género y su construcción cultural, sus relaciones, sus modificaciones y variaciones en contextos antropológicos-culturales diversos;
2. Las relaciones afectivas, sus modalidades culturales, las capacidades y las variadas formas de la afectividad;
3. Los significados, valoraciones y prejuicios en relación con determinadas experiencias de sexualidad;
4. Los cruces y tensiones en las relaciones de poder en nuestra cultura;
5. Las experiencias del cuerpo de hombres y mujeres; las experiencias de saber y los modos de conocer de mujeres y hombres.

En cada uno de los ejes temáticos se presentan objetivos y los textos escogidos. Cada uno de los textos mencionados anteriormente va acompañado de una guía de discusión y actividades, generalmente, las guías de discusión son sobre la base de preguntas planteadas sobre el texto y relacionadas con las experiencias cotidianas, la relación con los otros y otras, con los padres y madres, consigo mismo/a.

Las actividades invitan a crear, se utilizan imitaciones (gestos), dibujos que funcionan como títeres, escritura de sentimientos, collages, diálogos, monólogos, asociación de palabras, canciones y films y preguntarse por la representación de lo masculino y lo femenino; elaboración de encuesta, selección de teleseries, relatar sensaciones, preguntas a los padres y amigos, a la madres y amigas; elaboración de un libro con dibujos, elaboración de ensayos, pequeñas investigaciones, historia, asociación de colores, elaboración de afiches, recorrer los barrios; escribir un relato de un sueño, elaboración de listado de palabras para asociar, representaciones gestuales: por ejemplo de la libertad, el poder y el sometimiento, recordar, elaboración de grafitis, afiches que hablen de la masturbación, realización de entrevistas, afiche de menstruación, elaboración de un guión de vídeo, idear ritos (menstruación), creación de esculturas, entrevistas personas de otras generaciones (lo intergeneracional).

Además, el glosario agregado, en que se definen conceptos como: acción positiva, androcentrismo, discriminación contra la mujer, feminismo, género, perspectiva de género, machismo, matriarcado, opresión, paternalismo, patriarcado, roles, sexismo, subordinación de la mujer, trabajo sexuado, violencia de género, violencia doméstica; ayuda –y permite si es trabajado de este modo- a la generación de un lenguaje común para la conversación. Colabora a establecer intersubjetividades entre quienes participan del proceso.

Grupos de mujeres e historias de vida: por un proceso de desnaturalización en la prevención del VIH – BEMFAM, Brasil

La siguiente experiencia nace de la pregunta: Siendo la información necesaria, pero insuficiente para modificar los modos de vivir la sexualidad, para cambiar comportamientos, actitudes, hábitos enraizados secularmente en las culturas – ¿cómo sensibilizar a las mujeres para otras prácticas que eviten la exposición al virus? En consideración de la asimetría de las relaciones de poder entre los sexos, cómo la mujer podría implementar el uso del preservativo a su favor?. Orientada por esta pregunta el estudio se propuso como objetivo incentivar a las mujeres a establecer con sus parejas sexuales y otras mujeres de su medio social situaciones de diálogo e intercambio de experiencias que permitieran el uso del preservativo como método de la prevención contra ITS/SIDA.

Como actividades se propusieron entrevistas individuales, producción de material educativo (a partir de los datos obtenidos de las entrevistas) y una metodología de trabajo grupal a través de un “programa piloto de salud de la mujer”: se crearon espacios de análisis de información asociados a historias de vida. El pensar/sentir/hacer podía ser expresado, las mujeres sensibilizadas por la temática, se mostraron interesadas en expandir la experiencia junto a otras mujeres vecinas, amigas y familiares.

En los encuentros grupales fueron propuestas actividades que contribuían a la ampliación del conocimiento y el enfrentamiento de las situaciones de riesgo a la salud y para la creación de formas de expresión sobre áreas sensibles como la sexualidad y las relaciones amorosas. A través de las historias contadas en el grupo las mujeres expresaron sus modos privilegiados de estar en las relaciones y en el mundo –al ser valorizados los relatos de sus historias de vidas, evidenciaron los recursos y las estrategias utilizadas en situaciones cotidianas (muchas veces vivido de modo naturalizado y banalizado)- que al ser colocadas en escena, pasaron a primer plano. Así examinaron las situaciones de riesgo para la salud y la variedad de estrategias de enfrentamiento que presentan nuevas y múltiples posibilidades.

Educación en Salud Popular, EPES - Chile

Educación Popular en Salud, EPES, desarrolla, desde principios de los 80, una Escuela de Salud Popular. Su historia está vinculada a los procesos sociales de estas dos décadas desde las poblaciones y sus movimientos, organizaciones y comunidades. En particular, con la específica perspectiva de las mujeres populares: pobladoras y trabajadoras.

Siendo lo suyo una cuestión sociocultural, su enfoque es enteramente transversalizado, integrado. Ello implica una reinterpretación, desde el inicio, de la clave *salud* no como un sector -recortado de la realidad y recortando de paso a las personas, que ya no aparecen en la escena más que como una acción o intervención biomédica-. La salud que trata EPES es la de la vida de las, por ejemplo, mujeres pobladoras de la tercera edad.

Igualmente, siendo que trabaja el discurso, el sentido común, la vida cotidiana, debe intentar la traducción de múltiples lenguajes en la frontera social. Cada vez debe constatar la diferencia entre el lenguaje de la salud de la mujer pobre, con el lenguaje de la ciencia y el lenguaje del Estado que la cubre. Ni la ciencia sabe bien, ni el Estado la hace disponible.

La metodología es, consistentemente, distante de los modelos burocráticos y escolares. Por eso es *popular*: queriendo significar en ello su no institucionalidad estatal ni religiosa ni mercantil. El educador popular ocupa el lugar de todas aquellas y las reemplaza, además, ofreciendo el lugar a los sujetos concretos a quienes convoca.

Es *popular* en la gestión educativa que propone o despliega, de hecho, EPES es una cadena de transmisión que circula por y entre los talleres, juegos, conversaciones y ejercicios, como una reflexión continua. En principio, reflexiona su propia gestión: es autogestionaria como orientación básica. Llama a la asistencia voluntaria para capacitarse en capacitar a otras en un saber vivir en el medio y desarrollando allí todos los poderes sociales posibles. Por lo mismo, la apelación es siempre a la autonomía de los participantes y, sobre todo, en caso que los convocados den lugar a un Círculo de Salud Popular, a un reforzamiento como cuestión épica.

El núcleo de la propuesta de EPES, mirado desde las intervenciones básicas o elementales de la propuesta de la escuela EPES, es una conversación.

El recurso más utilizado en los talleres, y en los juegos, es de interrogar y responder. Las conversaciones de EPES se constituyen, en un segundo nivel, como tematizaciones. Los talleres que ofrecen las monitoras son temáticos. La tematización es una formación conversacional, en cuanto es propia y distintiva -aunque no exclusivamente y sólo parcialmente- de las conversaciones. Una conversación es la misma por la mantención del tema que la centra como referencia.

La operatoria dentro de los talleres son conversaciones que permiten la discusión o conocimiento de un ámbito de la vida desde los diversos puntos de vista y vivenciales de los participantes y sus invitados. Así, puede decirse cada vez todo lo diverso que circula como dichos o saberes sobre lo mismo. La dinámica conversacional que allí se da, permite entonces la disposición del fondo de la conversación femenino popular, al propiciar su reproducción completa, en extensión y en variedad. El grupo es constante, pero sobre un fondo textual que despliega el consenso hasta hacerlo sentido de vida.

Entre los talleres se daría una segunda articulación, también conversacional. Si cada taller es temático, *entre* los talleres se hace oír, o deja ver, el mismo propósito de lo distinto (temas).

Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad JOCAS (escolares) y JOCCAS (comunitarias) - Chile

Este programa interministerial, en el que participan el Servicio Nacional de la Mujer (organismo responsable de la coordinación), el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, surge en el marco de la “Política de Educación de la Sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación” (1993). Su instalación comenzó en 1993 con experiencias demostrativas. Este programa contó con el patrocinio y apoyo técnico del UNFPA.

En tanto la sigla JOCAS significa Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad en la escuela, JOCCAS se utiliza para designar aquellas experiencias conversacionales promovidas a nivel comunitario (fuera del marco de la escuela)

El objetivo central de las JOCAS y JOCCAS, refiere a la “generación de espacios y condiciones conversacionales apropiadas para la emergencia y desarrollo de las inquietudes y demandas de los adolescentes en función de la información y autocuidado en afectividad y salud sexual y reproductiva, en base a una metodología educativa centrada en la participación de los educandos como sujetos activos y centrales en la consolidación de los aprendizajes requeridos;

Persigue asimismo fortalecer la capacidad de aprender conversando sobre afectividad y sexualidad, en un espacio protegido, con información fidedigna, en interacción respetuosa que permita la construcción de proyectos de vida compatibles con las realidades de los sujetos”. De esta manera las JOCAS/JOCCAS buscan ser una respuesta a las necesidades y demandas, generalmente insatisfechas, de la población adolescente en materia de educación sexual y reproductiva, que en una perspectiva sintética, pueden ser expresadas en términos de aprendizaje, atención en salud, visión de mundo, y reconocimiento.

Metodológicamente JOCAS/JOCCAS es una apuesta innovadora, puesto que supone una revolución a nivel pedagógico, integrando los preceptos de la enseñanza basadas en las necesidades de aprendizaje (Jomtien-1990).

Las Jornadas tienen un carácter de autogestión, es decir, cada escuela o comuna debe movilizarse para llegar a concretar el desarrollo de este “evento pedagógico”. Las JOCAS privilegian la conversación como espacio de aprendizaje, para ello se conforman grupos (de adolescentes, padres y profesores) quienes a través de un animador son invitados a conversar libremente sobre afectividad y sexualidad (90-120 minutos), durante este proceso de problematización los participantes son observados por un grupo de agentes educativos. En un segundo momento, los participantes se reúnen con los profesionales quienes a través de una exposición interactiva, entregan información y comentarios a la conversación anterior. El tercer y último momento, lo constituye el discernimiento y expresión, los participantes retoman la conversación del primer momento, poniendo en tensión sus reflexiones. Finalmente, los grupos comunican sus conclusiones, producto de su proceso de discernimiento, al resto de los grupos participantes.

Este programa está destinado a adolescentes y jóvenes escolarizados y no escolarizados; y comunidad en su conjunto.

Programa de Promoción Juvenil y Prevención Integral y Educación Familiar para el Desarrollo Infantil - Colombia

A partir de una Consulta Nacional sobre Educación Sexual (1993) que incluye a varios sectores de opinión del país se formula un Proyecto de educación (1994) con base a experiencias demostrativas, el cual se inscribe en las políticas de descentralización de la educación de ese país. Entre sus beneficiarios se cuentan coordinadores, promotores y técnicos regionales, docentes, alumnos y padres. Su carácter innovador tiene que ver con la articulación del ámbito formal con el no formal de la educación. Para ello se instalan dos programas: “Programa de Promoción Juvenil y Prevención Integral” y “Educación Familiar para el Desarrollo Infantil”. Los objetivos que se plantean ambos programas son el fortalecer las organizaciones juveniles en los establecimientos de educación secundaria, y con ello favorecer la participación escolar y comunitaria en la identificación y solución de problemas relevantes para la juventud.

Las estrategias contemplaron la capacitación de promotores y coordinadores regionales y departamentales que a su vez forman a adolescentes de la educación secundaria (16 – 17 años). Quienes realizan prácticas de servicio social en el ámbito comunitario.

Los temas abordados fueron recogidos a través de las experiencias demostrativas: sexualidad y vida familiar; amistad y noviazgo; reproducción humana; embarazo adolescente; métodos de regulación de la fecundidad; prevención de SIDA/ETS.

Debido a la carga que esto supondría a los docentes, la educación sexual no constituye una asignatura ni tiene criterio de obligatoriedad, sin embargo, se elaboraron normas que explicitan los conceptos de sexualidad y de educación sexual y los principios en que ella se enmarca. De este modo se busca promover la elaboración de proyectos por los docentes a través de seminarios de capacitación (con la colaboración de alumnos, padres y miembros de la comunidad, quienes también apoyarán el desarrollo de dichos programas), apoyados en un Manual de Proyectos Educativos Institucional (PEI), el que establece la educación sexual como un eje formativo transversal.

Programa Nacional de Educación Sexual: Educación para la Vida y el Amor - Colombia

Este programa, dependiente del Ministerio de educación y el Viceministerio de la Juventud, se encuentra en ejecución desde 1993. Su ámbito de acción es “la atención integral y orientación para las y los adolescentes respecto de situaciones relacionadas con la violencia, discriminación e ignorancia en la vida sexual, abuso sexual, embarazo no planeado, aborto, prostitución, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA”. Sus objetivos generales son el posicionamiento del tema de la educación sexual en el país; y la concertación a nivel nacional de sectores y poblaciones diversos en torno a la educación sexual. Dando cabida así a la pluralidad de ideas y creencias, expresada en la constitución Política Nacional de 1991, para la construcción de un nuevo país.

En relación a la metodología privilegiada este trabajo enfatiza valores como la autoestima, la responsabilidad, la autonomía, el respeto, la tolerancia y la equidad de géneros, entre otros. Se pretende atender efectivamente

una problemática que se refleja en “situaciones de violencia, discriminación e ignorancia en la vida sexual, abuso sexual, embarazo no planeado, aborto, prostitución, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA”.

Esta estrategia busca llegar a todos los niños y niñas que forman parte del sistema escolar colombiano, abarcando todos los grados de formación desde el preescolar hasta la básica secundaria.

Ecuador

La experiencia ecuatoriana (1992) se encuentra orientada básicamente al sistema formal de educación básica y a la formación docente. Se pueden distinguir tres pasos en su desarrollo: en primer lugar, la detección de las necesidades básicas de aprendizaje a través de instrumentos como talleres para docentes, alumnos y padres. En segundo término, la elaboración de propuestas curriculares y materiales educativos. Y finalmente, la coordinación con otros proyectos de investigación, por ejemplo, la inclusión de aspectos socio culturales en base a las investigaciones realizadas en la sierra y la costa ecuatorianas. Además contempla la coordinación con los centros de salud, en los sectores donde estos estén disponibles.

Reforma Educativa Boliviana - Bolivia

Este es el primer proyecto en educación en población que incluye las lecciones sobre estrategias de aprendizaje surgidas de Jomtien. Su estrategia se basa en su inserción en la Reforma Educativa boliviana, el trabajo de las ONGs en el ámbito no formal, y la formación de comunicadores sociales (radio y prensa escrita). Este proyecto distingue tres componentes: educación formal, educación no formal y comunicación social.

La educación sexual queda señalada como un eje transversal del currículo de la educación básica, y como parte de la formación y capacitación de los docentes.

En sus tres componentes el proyecto trabaja con talleres educativos, cuya primera tarea es la detección de necesidades básicas de aprendizaje. A partir de ello se conforma “un diálogo de saberes” entre los participantes, el que permite la formación de multiplicadores en las temáticas detectadas (violencia sexual e intrafamiliar; embarazo adolescente; inequidad de género; mortalidad materno infantil; paternidad responsable; ETS, etc.

Programas Operativos Anuales (POA) - Honduras

A través de la Secretaría de Educación Pública se da inicio a un proceso de “transformación educativa” en 15 escuelas a través de la elaboración de Programas Operativos Anuales (POA) y de proyectos curriculares en el marco de los procesos de descentralización y flexibilización curricular a partir de los ejes transversales. El nuevo currículo promueve la transversalidad, interdisciplinariedad e integralidad. Entre sus componentes se encuentran las áreas curriculares, los ejes transversales y los valores. Entre los ejes transversales destacan la educación en población, ciudadanía y democracia, identidad nacional y salud- y a su vez dentro de ella la salud sexual y reproductiva. El objetivo de el eje salud, en su dimensión sexualidad y reproducción, es la formación de hábitos saludables para el ejercicio de una sexualidad placentera y responsable, previniendo las ETS/SIDA.

Proyecto PIVES Implementación de Valores en La Educación Secundaria -Nicaragua:

Este proyecto se desarrolla desde 1999. Su objetivo general -enmarcado en la Política de Educación en Población de este país- es el de "contribuir a aumentar significativamente la edad de iniciación de las relaciones sexuales y de las uniones maritales mediante la elevación de los niveles de educación y formación, así como acciones educativas específicas y reducir las uniones que se inician antes de los 20 años" y de "desarrollar en hombres y mujeres desde el comienzo de la adolescencia la capacidad de relacionarse con respeto mutuo y de ejercer la sexualidad con fidelidad y responsabilidad, postergando la actividad sexual hasta la decisión responsable de formar una familia".

Específicamente el Proyecto PIVES entiende la sexualidad orientándola decididamente en la búsqueda y fortalecimiento de la familia desde una concepción valórica precisa y concreta. Al no existir un marco

jurídico-legal referido específicamente a la salud sexual y reproductiva de la adolescencia y juventud, las políticas oficiales de educación se basan "en una perspectiva de valores morales con objetivos de formación y no de información en materia de sexualidad y reproducción".

Como estrategia PIVES se compone de tres fases.

Primera fase: Se realiza un diagnóstico de la realidad del Centro (educativo) en cuanto a los valores que se viven en el mismo así como sus anti-valores para detectar las necesidades concretas de capacitación y asesoría.

Segunda fase: Se procede a la capacitación de docentes y estudiantes líderes (presidentes de aulas) sobre valores y su implementación. Se logra que los docentes y estudiantes trabajen en conjunto y realicen diseño de proyectos para ponerlos en práctica en sus aulas de clase y en la escuela. También se contemplan talleres de capacitación a padres de familia, y por último la identificación de aquellos estudiantes con necesidades especiales (problemas disciplinarios) sobre autoestima y cambio de actitudes.

Tercera fase: Esta supone la realización de charlas a los estudiantes en las aulas sobre las temáticas de educación sexual y alcoholismo.

Cuarta fase: Se incorpora la implementación de algún proyecto diseñado por los estudiantes para fomentar valores. Se les proporciona asesoría a los líderes para la elaboración de un Plan de seguimiento y sostenimiento de proyectos de implementación de valores. Además está la programación de actividades fuera del ámbito de la sala de clase: feria por la vida, mañanas deportivas, martes cívico (una hora de actividades culturales organizadas por cada año del nivel secundario), presentación de videos, exposición de mural de la vida, entrega de documentación.

Paralelamente se propone brindar de atención personalizada a los casos críticos de estudiantes con problemas de droga y alcoholismo, a fin de rescatarlos y fomentarles el sentido de superación de su problemática.

Este programa es de cobertura nacional, orientado a los alumnos y alumnas del sistema de educación secundaria y sus maestros. Desde su inicio, en Abril 1999 hasta la fecha, se ha capacitado a unos 3000 estudiantes y 60 docentes aproximadamente.

Programa de Educación Formal para una Conducta Sexual Responsable - Cuba:

Dependiente del Ministerio de Educación, el Programa de Educación Formal para una Conducta Sexual Responsable, viene realizándose desde 1997. Su objetivo general en el ámbito de la educación sexual es "contribuir, a través del Sistema Nacional de Educación, a la formación progresiva de una conducta sexual responsable en adolescentes escolares, que promueva la disminución de la deserción escolar por matrimonio, así como de la tasa de embarazo y de aborto inducido". Si bien sus objetivos a largo plazo son la disminución de tasas de embarazo precoz, de maternidad temprana, utilización de aborto como método anticonceptivo y ala deserción escolar causada por los hechos anteriores, sus objetivos intermedios se plantean en términos diferentes:

- Lograr la adquisición de saberes mínimos sobre la sexualidad.
- Sensibilizar a docentes, alumnos, alumnas, padres y madres sobre la necesidad de educar una sexualidad responsable, a la vez placentera, potenciadora y sana.
- Lograr un grado de compromiso asumido por docentes, alumnos, alumnas, padres y madres a aplicarse en las acciones del Proyecto, expresado mediante su participación.
- Generar la movilización actitudinal en docentes, alumnos y padres.

La metodología planteada para alcanzar los objetivos antes expuestos contempla la capacitación del personal pedagógico en el ejercicio y en la formación de manera escalonada, incluyendo a cuadros de dirección de los distintos niveles. El estudio y perfeccionamiento de los programas docentes en las diferentes asignaturas y actividades extra-docentes para la educación y orientación sexual y familiar. Por último, trabajo directo de educación y orientación para la vida sexual y familiar con los adolescentes de uno y otro sexo y sus padres y madres.

Este programa se encuentra destinado a todos los adolescentes de escuelas secundarias, las madres y padres de los adolescentes, y al personal pedagógico en ejercicio.

Hasta el momento el Programa abarca el 25% de las secundarias básicas de la Ciudad de La Habana y el 50% de las secundarias de Holguín.

Programa de Promoción de la Salud Integral de los Adolescentes (PROSIA) - México

Dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud, el PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES, conocido por sus siglas PROSIA, viene operando desde 1997. Busca fomentar la cultura del autocuidado en los jóvenes mexicanos, enfatizando distintas líneas de acción: educación para la salud; atención integral de problemas de salud de los adolescentes; ambientes escolares saludables; participación social; y organización.

El principal objetivo de PROSIA apunta al fomento, entre los adolescentes, del desarrollo de una cultura de la salud que les permita autocuidarse y promoverla en sus medios familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, “coadyuvar al desarrollo de una cultura de la salud, que propicie el desarrollo armónico e integral de los adolescentes, a través de la implementación de acciones diversas que les permitan aprender a valorar su vida y su salud, y a promoverla en sus medios familiar, escolar, laboral y social”.

Sus objetivos específicos son:

- Estimular en el adolescente el desarrollo de habilidades, actitudes y aptitudes encaminadas a ser y actuar como promotor de cambio en los patrones y costumbres que afectan la salud, sobre todo con adolescentes de la comunidad.
- Proporcionar a los equipos de salud escolar elementos para poder organizar, implementar y evaluar acciones en favor de la salud integral de los adolescentes en su Entidad Federativa.
- Promover que diferentes sectores integren sus acciones para cuidar, educar, orientar, atender y proteger a los adolescentes.
- Formar individuos informados, reflexivos, solidarios, responsables respecto a su salud y a la de los demás que aprendan a autocuidarse, a valorar su vida y su salud y a promoverla en sus medios familiar y social.
- Contar con personal de salud y docentes capacitados para atender adecuada y oportunamente las demandas de los adolescentes con relación a información, atención, educación, rehabilitación.
- Instalar y fortalecer coordinadamente con otras instancias de la Secretaría de Salud, módulos de atención integral de los adolescentes en Unidades de salud y Centros educativos con personal capacitado para atender a sus demandas.
- Formar promotores de salud adolescentes de las secundarias para que sus conocimientos trasciendan el ámbito educativo y lleguen a sus familias y a aquellos adolescentes que estén fuera del sistema educativo formal por diversas razones.
- Contribuir a abatir los índices de enfermedades y muertes por causas prevenibles a través del desarrollo de conductas saludables y responsables.
- Coadyuvar al desarrollo de microambientes seguros, agradables, saludables en el aspecto físico, ambiental y social: el hogar, la escuela, los centros de trabajo, de recreación, etc.
- Fomentar el rescate, formación o reafirmación de valores personales y sociales, que permitan a los adolescentes fortalecer su autoestima y lograr una convivencia sana, productiva, efectiva, afectiva y asertiva con todas las personas que traten.
- Desarrollar una conciencia solidaria en donde los adolescentes se den cuenta que la salud es resultado de acciones individuales con repercusiones colectivas.
- Lograr la coordinación y concertación efectiva entre instancias gubernamentales y no gubernamentales que participen, apoyen o complementen acciones en favor de un programa de salud integral.

El diseño de las estrategias para abarcar estos propósitos se han orientado hacia la formación de promotores de salud. Para ello contempla también la capacitación dirigida al personal de salud, docentes y prefectos de secundaria, los adolescentes promotores y padres de familia. A un nivel más masivo, utiliza la comunicación social y educativa. Se enfatiza la coordinación y concertación institucional, territorial, interinstitucional e intersectorial. Por último, incluye la necesidad de investigación, a partir de la realización de un diagnóstico de salud de los adolescentes.

El Programa recurre a la educación formal a través de los contenidos educativos curriculares vigentes en las escuelas secundarias; la capacitación para la formación de promotores adolescentes; a la difusión de información dirigida a los adolescentes fuera del sistema educativo; y por último, la educación no formal a grupos de adolescentes cautivos (conscriptos en servicio militar).

PROSIAS pretende llegar a todos los adolescentes escolarizados dentro del sistema educativo nacional, pero también a grupos cautivos en programas de educación no formal (adolescentes en servicio militar). Formación

de promotores adolescentes y adolescentes que han abandonado el sistema educativo nacional a través de su labor informativa.

Programa de Orientación Educativa a Secundarias. Educación Formal: Asignatura de Orientación Educativa – México

Privilegiando “la conservación de la salud y la prevención de enfermedades; en particular las que se relacionan con las adicciones o sustancias tóxicas; el desarrollo de la sexualidad y su ejercicio responsable; y las oportunidades de estudio y de trabajo que permitan al estudiante la realización de sus potencialidades y preferencias” se inició este programa, responsabilidad del Ministerio de Educación, en 1993.

Explicitando el no pretender imponer principios y valores, la asignatura de Orientación Educativa busca “ofrecer la información necesaria para proponer diversas alternativas de análisis que permitan que los y las adolescentes construyan y resignifiquen los propios principios y valores” y “proporcionar al educando los medios que le faciliten identificar y desarrollar sus potencialidades y, con ello, seleccionar con pertinencia su futuro laboral o vocacional, así como lograr una integración más plena a su entorno social”.

Como metodología se privilegia el consenso del grupo curso con el maestro o la maestra para seleccionar los contenidos específicos a tratar, así como las estrategias y actividades que permitan la construcción de conocimientos, actitudes y valores. Así como la coordinación de actividades en las que el intercambio de opiniones o las discusiones tome en cuenta la perspectiva de género, la información recopilada, la experiencia propia de vida y el entorno sociocultural en un marco permanente de absoluto respeto. En este sentido la responsabilidad por la ejecución de este programa recae en los profesores.

Como parte del currículo oficial esta asignatura está dirigida a todos los alumnos de tercer grado de enseñanza media o secundaria del territorio mexicano.

Programa Nacional de Educación Sexual – Perú

El Programa Nacional de Educación Sexual que viene desarrollando el Ministerio de Educación, se inscribe en el marco de la Política Nacional de Población, la política del Gobierno de lucha contra la pobreza, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y el mejoramiento de la calidad de la educación, con un plan de ejecución trienal, de 1998 a 2002.

En este contexto, el programa propugna:

- Crear conciencia de la dignidad de la persona humana.
- La formación de actitudes positivas y la práctica de valores para una maternidad y paternidad responsables.
- La comprensión del sentido y valor de la sexualidad.
- La toma de decisiones con libertad asumiendo responsablemente las consecuencias. Educación en salud y sexualidad dirigido a la población escolar.

Como objetivo general el Programa se plantea “contribuir en la formación Integral de los educandos a fin de que, con libertad y acorde con su realidad sociocultural, tomen decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social en el marco de equidad de género, ciudadanía y democracia”

- En relación a sus objetivos de carácter específico:
- Incorporar contenidos de educación sexual en los Programas Curriculares de educación inicial, primaria, secundaria y formación magisterial.
- Capacitar, actualizar y profundizar los conocimientos de los docentes, relacionados con la familia, la sexualidad y la paternidad responsable.
- Promover el desarrollo de habilidades y actitudes positivas en el docente, frente a la sexualidad humana, en un marco de valores.
- Desarrollar metodologías y técnicas de aprendizaje significativas.
- Desarrollar habilidades para el diseño y producción de material educativo.

- Supervisar y evaluar el desarrollo del Programa Nacional de Educación Sexual en los centros y programas.

Los contenidos de aprendizaje básicos que el Programa se plantea son:

- En los centros educativos de educación inicial y primaria: Aspectos básicos de la vida familiar y del desarrollo de la sexualidad, enfatizando la educación de la persona en valores, desarrollo de la autoestima, roles y equidad de género. Asimismo, se proporciona información relativa a los derechos del niño, la mujer y la familia.
- En educación secundaria, se prioriza el tratamiento de los contenidos relacionados con la sexualidad responsable, dentro de un marco de educación familiar de pareja y de preparación para un ejercicio saludable de la misma, postergando el inicio temprano de las relaciones sexuales, previniendo las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, y los embarazos de adolescentes.
- En la formación docente, se proyectará un currículo integral dentro del cual, se considerará la educación sexual, priorizando la metodología participativa.

La estrategia metodológica del Programa de Educación Sexual tiene 4 componentes: desarrollo curricular, capacitación docente, material educativo y material de difusión:

Desarrollo curricular: Abordaje del tema de salud familiar y sexualidad en el currículo de estudios del nivel primario y secundario.

Capacitación docente: capacitación a docentes, directores, especialistas, del sistema escolar.

Material Educativo: Elaboración, publicación y distribución de un Juego de 5 Guías de Educación Familiar y Sexual, para Docentes y Padres de Familia de Primero a Quinto Grado de Educación Secundaria de Menores. Una Guía de Educación Familiar y Sexual para Educación Primaria de Adultos. Un Rotafolio de Educación Familiar y Sexual. Una Guía de Educación Familiar y Sexual para Quinto y Sexto Grado de Educación Primaria de Menores. Una Guía de Educación Familiar y Sexual para Coordinadores de Escuelas de Padres. Una Guía Educación Familiar y Sexual para Formación Magisterial. Un Cuaderno de Preguntas y Respuestas de Educación Sexual para Adultos.

Material de Difusión: Mediante un conjunto de Acciones de Difusión, se ha generado una corriente de opinión favorable respecto a la necesidad de la Educación Familiar y Sexual en los Centros Educativos y Comunidades.

Elaboración y Difusión de 4 spots para televisión con temas de Educación Familiar y Sexual: “El Programa Nacional de Educación Sexual”, “Explicando a Nuestros Hijos”, “Autoestima” y “Estableciendo Límites”.

Elaboración y Difusión de tres vídeos dirigidos a padres de familia, serie casos familiares: “Los Hermanos”, “El Permiso” y “La Mentira”)

Auspicio del Vídeo “Hablemos Claramente”, producido por el Consejo Británico.

Elaboración de Spots con temas cuya problemática se ha agudizado en los últimos años: “Prevención del Abuso Sexual Infantil”, “Postergación del Inicio Sexual Temprano”, “Prevención de la Maternidad y Paternidad Adolescente”, “Prevención del VIH-SIDA” y “Paternidad Responsable”.

Está dirigido a todos los niños y adolescentes, alumnos de educación inicial, primaria y secundaria del Perú.

Proyecto Servicios de Salud Sexual y Reproductiva - Costa Rica

De responsabilidad del Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, este programa está orientado al ámbito de la educación para la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, operando desde el año 1998 a la fecha.

Sus objetivos generales son:

- Fortalecer el énfasis preventivo y de atención integral que el PAIA ha desarrollado durante casi una década de existencia;
- Favorecer la inserción de lo aprendido en el pasado a las condiciones actuales;
- Contribuir a resolver limitaciones identificadas en la sistematización de una estrategia que incorpore los requerimientos de información y proyecte hacia el futuro la promoción de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en las formas operativas que impulsa las reformas del sector salud en los tres niveles de atención readecuados a la modernización.

El programa ha definido como sus líneas de acción:

- Participación de las y los adolescentes e incorporación de otros actores sociales: capacitación de adolescentes dentro y fuera del sistema educativo; desarrollo de proyectos específicos y su evaluación junto a los adolescentes; producción local de materiales educativos con participación de los y las adolescentes; participación en el diseño y las actividades relacionadas con la promoción, prevención y cuidado de su salud sexual y reproductiva, con inclusión de las estrategias desarrolladas como adolescentes protagonistas; realización de talleres de intercambio entre grupos de adolescentes de las subredes piloto; etc.
- Grupos prioritarios de adolescentes y diagnóstico comunitario: los insumos para efectuar un diagnóstico comunitario serán desarrollados y recolectados por adolescentes que identificarán las condiciones de vida adolescente y, como uno de los grupos de alto riesgo, a los adolescentes que no están escolarizados y en particular, a los que no estudian ni trabajan.
- Implementación del enfoque de género: en todas las acciones se considerará un enfoque de género, cuidando que se de la participación de hombres y mujeres, en forma balanceada, en todos los niveles del proyecto. Se velará por evitar la transmisión de estereotipos sexuales en todas las actividades y se trabajarán los procesos de construcción de la masculinidad y la femineidad durante la adolescencia en las estrategias de prevención.
- Implementación de un enfoque integral de la salud adolescente: se tendrá una perspectiva integral de la salud y sexualidad adolescente, acorde con las Bases Programáticas del PAIA. Presta especial atención a la sexualidad y la maduración de la función reproductora, a los aspectos básicos del crecimiento y desarrollo normal de la adolescencia y a los problemas de salud que por una multiplicidad de factores pueden manifestarse, como son las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, el embarazo adolescente con todas sus implicaciones psicosociales, sobre todo en la relación niño, madre y padre adolescente.
- Estrategia de coordinación interinstitucional: se contempla la coordinación con aquellas instituciones gubernamentales y no gubernamentales que puedan apoyar y contemplar todas las estrategias antes mencionadas, que favorezcan la extensión, profundización y permanencia de líneas de acción del proyecto. Se fortalecerán y ampliarán las experiencias que se han desarrollado a nivel local con organizaciones no gubernamentales y con otros.

Este proyecto está destinado a la población adolescente de ambos sexos, de 10 a 19 años y 11 meses. Es de carácter nacional.

Programa Amor Joven - Costa Rica

Dependiente de la Oficina de la Primera Dama (Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente), el Programa Amor Joven tiene como plazos de ejecución entre Marzo de 1999 y Marzo del año 2002. El objetivo general del programa es “desarrollar un modelo de prevención integral de carácter educativo en el campo de la sexualidad, para y con niñas, niños y adolescentes, que facilite a las instituciones públicas y a las organizaciones no gubernamentales y comunitarias la tarea de reconceptualizar sus enfoques teórico metodológicos convencionales de prevención en ese campo, para lo cual se aplicarán metodologías con instrumentos de trabajo específicamente diseñados y validados para tales propósitos”

En relación a sus objetivos específicos, estos son:

- Promover la participación positiva y protagónica de niñas, niños y adolescentes en las acciones de capacitación, información y divulgación del modelo educativo preventivo en sexualidad.
- Capacitar a agentes educativos multiplicadores, para que promuevan acciones preventivas en el campo de la educación para la sexualidad, orientadas a niñas, niños y adolescentes.
- Impulsar campañas masivas y focalizadas en centros educativos y comunidades en educación para la sexualidad, a fin de informar, educar y fortalecer a niñas, niños y adolescentes referente a sus derechos.
- Revisar, reorientar y proponer cambios en la legislación y la normativa técnico administrativa, para sustentar el modelo preventivo en educación para la sexualidad.
- Garantizar servicios informativos y educativos en sexualidad, de cobertura amplia, que aseguran la confidencialidad, ofrecen horarios adecuados, y están a cargo de personal debidamente capacitado, que promueve el acceso de los grupos meta a dichos servicios y brinda información clara y oportuna en sexualidad.
- Realizar investigaciones de tipo cuantitativo y cualitativo que permitan profundizar en los factores sociales, culturales, políticos y económicos que inciden en las concepciones y prácticas referentes a la sexualidad de niñas, niños y adolescentes.

- Crear mecanismos y espacios para la coordinación intersectorial e interinstitucional, entre entidades estatales, no gubernamentales y de la cooperación internacional, que facilite la operativización y funcionamiento del modelo educativo preventivo.
- Desarrollar un sistema de información, seguimiento y evaluación permanente de las acciones y logros del programa.

La metodología que busca implementar el programa es tendiente a la información, educación, fortalecimiento y participación de la población femenina y masculina de 5 a 19 años, escolarizada y no escolarizada, para su desarrollo integral y para la promoción de una sexualidad responsable y sana. Esta línea de acción, en opinión de sus gestores, debe promover procesos informativos y educativos sustentados en la participación y organización de los grupos meta. En ese sentido las estrategias metodológicas son:

- Divulgación de información sobre sexualidad sana y responsable, por medio de campañas de comunicación masiva y campañas focalizadas en centros educativos y comunidades, orientadas hacia la educación para la sexualidad.
- Capacitación a agentes educativos multiplicadores –docentes, personal técnico y profesional de instituciones de salud, protección especial, madres y padres de familia, y niñas, niños y adolescentes- para que promuevan acciones preventivas en el campo de la educación para la sexualidad, bajo un enfoque de Derechos Humanos, de Género y Generacional.
- Análisis de la legislación nacional e internacional y de los procedimientos técnico administrativos vigentes, referente a los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes, para identificar mecanismos de exigibilidad y vacíos que requieren nuevas propuestas de legislación o de procedimientos técnico administrativos. Tal análisis involucra el trabajo con los actores políticos e institucionales encargados, en el primer caso de crear y en el segundo de aplicar la normativa administrativa y legal, necesaria para promover una nueva cultura institucional jurídica, así como la participación de las personas menores de edad usuarias de los servicios.
- Investigación e información que permitan profundizar en la problemática, en sus aspectos conceptuales y metodológicos, tanto cuantitativos como cualitativos, así como la puesta en marcha de un sistema de información para el seguimiento y monitoreo permanente de las acciones y logros del Programa.
- Coordinación interinstitucional e intersectorial a nivel central y local para la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones y actividades en el campo de la educación para la sexualidad de las niñas, niños y adolescentes.

El programa espera llegar a niños y niñas adolescentes entre 5 y 19 años de edad, escolarizados y no escolarizados, especialmente aquellos que no cuentan con medios propios para satisfacer sus necesidades básicas y que no tienen acceso al conocimiento pleno de sus derechos.

Madres, padres y otras personas adultas que interactúan con las niñas, niños y adolescentes.

Personal del sistema de educación formal, sistema de salud, de protección especial, sistema judicial y otras instituciones públicas de diferentes niveles, planificadores de políticas y programas y personas ejecutoras de acciones y actividades.

Personal de instituciones privadas que trabajan en el campo de la educación sexual.

Grupos organizados de las comunidades, que apoyan acciones en favor de los derechos de la niñez y la adolescencia.

Personas formadoras de opinión pública, medios de comunicación, sectores académicos y parlamentarios, etc., en calidad de agentes que pueden favorecer el cambio social y la divulgación de este nuevo enfoque.

Programa de Educación en Población - Costa Rica

Desde 1985 se ejecuta este programa dependiente del Ministerio de Educación, centrado en desarrollar Educación sexual en las aulas, específicamente a través de textos de estudios.

Por ello, su metodología se basa en la producción de Guías Didácticas para ser utilizadas en establecimientos de enseñanza formal. En ellas se abordan temas tales como qué es la sexualidad, qué es el amor, la respuesta sexual humana, valores y sexualidad, ETS, paternidad y maternidad responsables.

El programa está orientado a todos los estudiantes de la enseñanza formal a nivel nacional

Sub-Programa de Salud Integral del Adolescente- Argentina

Este es un subprograma del Programa Materno Infantil, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, y opera desde 1993. Tiene como objetivos las áreas de crecimiento y desarrollo; nutrición; aprendizaje; salud mental; salud bucal; prevención de accidentes; sexualidad y salud reproductiva.

En relación a la sexualidad esta es considerada como una manifestación psicoafectiva individual y social que trasciende su base biológica (sexo) y cuya expresión está normatizada por los valores sociales. Se señala que "los tabúes existentes, sumados a las normas sociales que no aceptan algunas manifestaciones de la sexualidad, y la falta de estrategias educativas que alcancen a la mayoría de la población adolescente, generan sentimientos contradictorios en ella que se reflejan en un crecimiento acompañado de preocupaciones, ansiedades y problemas: iniciación de la actividad sexual prematura, experiencias frustrantes que conducen a disfunciones sexuales, contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, embarazo no planificado, constituyéndose así en una población en riesgo". Continúa el documento afirmando que "los roles sexuales determinados por nuestra sociedad nos hacen creer erradamente que el varón es inexorablemente un ser genital preparado naturalmente para el coito y la mujer, con su instinto maternal debe priorizar por sobre todo la reproducción. Los adolescentes no están libres de preocupaciones sobre su desempeño sexual ya que, como todo en la vida, *la maternidad y paternidad son el resultado de un aprendizaje*".

En cuanto a la salud reproductiva se consigna que "el adolescente, que se encuentra conformando su identidad sexual masculina o femenina puede, en el ejercicio de esa sexualidad, enfrentarse y padecer consecuencias indeseables tales como embarazo inoportuno, enfermedades sexualmente transmisibles, aborto, explotación sexual, abuso, etc.". Se parte de la base de que el adolescente necesita de una "comprensión y aceptación de su sexualidad por parte de los adultos", y que en el marco de esa aceptación "se podrá brindar la información suficiente y adecuada a cada etapa que se vaya presentando".

Los objetivos de este subprograma están orientados a promover el crecimiento y desarrollo integral de la población comprendida entre los 10 y 19 años. Se entiende por salud integral del adolescente el equivalente al desarrollo humano pleno del joven, siendo este proceso una construcción social, en continua interacción con el contexto socio - cultural. Para que éste sea posible es necesario que la sociedad brinde oportunidades de empleo, recreación, educación, legislación apropiada y servicios de salud adaptados a sus necesidades. Se requiere generar una red de personas e instituciones comprometidas con los adolescentes y articuladas en una política de juventud explícita y coherente. Es necesario además que las personas que ejercen una influencia como referentes en la toma de decisiones de los jóvenes, como los padres, los docentes y los líderes de organizaciones juveniles, tengan como cimientos sobre cómo potenciar el desarrollo pleno de los adolescentes. En cuanto a sus objetivos específicos:

- Coordinar la red intersectorial de programas y servicios de salud para adolescentes, con el sector educativo, social, recreativo, deportivo, judicial, laboral y de organizaciones no gubernamentales, a partir de objetivos coincidentes.
- Promover el desarrollo de servicios de salud con capacidad para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los riesgos bio -psicosociales de los adolescentes, asegurando calidad y cobertura.
- Comprometer la participación directa de los adolescentes y sus familias en la programación, ejecución y evaluación de acciones de los servicios de salud.

Considerando que el adolescente interactúa en forma permanente con su núcleo social primario: la familia y la comunidad que lo rodea, las acciones del subprograma están dirigidas a mantener o recuperar la salud integral del adolescente deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención primordial y primaria, promoviendo estilos de vida saludables.

Metodologías específicas:

- Sensibilización a los responsables locales de las distintas instituciones comunitarias para la generación de redes intersectoriales para adolescentes y la promoción de intervenciones oportunas.
- Apoyo a las Regiones Sanitarias y las redes de salud local para el diseño y ejecución de proyectos de desarrollo integral para adolescentes.
- Capacitación de agentes de salud para la organización de servicios desde el primer nivel de atención, basados en la participación directa de los jóvenes.
- Reforzamiento de la capacidad de gerenciamiento de programas y servicios de salud integral.
- Capacitación a jóvenes en liderazgo para incorporar su participación en programas de consejería juvenil.

- Elaboración y difusión de normas de prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas prevalentes, como salud reproductiva y sexual, acciones y violencias, alimentación, consumos de alcohol y drogas, trastornos depresivos.
- Producción y distribución de guías de promoción de la salud de adolescentes para padres, docentes y jóvenes.

“Una propuesta para insertar educación de la sexualidad en el nivel escolar” ONG EDUK - Chile

Dicho modelo está diseñado para ser aplicado en el sistema escolar formal, poniendo énfasis en la relación con algunos puntos estratégicos de su entorno territorial, principalmente el Consultorio de Salud local.

Los objetivos del modelo son:

- Generar una estructura funcional que oriente, planifique, ejecute y evalúe un programa de educación en sexualidad a partir de la detección de necesidades básicas de aprendizaje.
- Facilitar a adolescentes y adultos la adquisición de herramientas que les permitan resolver necesidades básicas de aprendizaje
- Incrementar en la Comunidad Educativa los mensajes, estrategias y contenidos informativos y educativos sobre afectividad, sexualidad y salud reproductiva.
- Conformar con las diversas organizaciones e instituciones que trabajan a nivel local una red de apoyo al liceo para la ejecución del programa.

Además, se plantean ejes temáticos a desarrollar que surgen de una definición previa establecida por el equipo EDUK, y del currículum emergente derivado del diagnóstico participativo. Los ejes previos son:

- Valoración del cuerpo como instrumento de expresión, en el que tienen importancia todos los sentidos.
- El conocimiento y la comprensión de la relación entre el desarrollo corporal con las posibilidades de dar origen a una nueva vida.
- La conciencia sobre el papel que juegan los sentimientos y emociones en la comunicación de los seres humanos.
- La necesidad de establecer relaciones no discriminatorias entre hombres y mujeres que favorecen la convivencia para la familia y la sociedad en general.

La propuesta comprende cuatro componentes: Desarrollo Institucional, Capacitación, Sistema Referencial y el componente "Información, Educación y Comunicación" (IEC).

El Componente **Desarrollo Institucional** consiste principalmente en la formación de un "Equipo de Desarrollo Institucional" integrado por alumnas/os, apoderadas/os y docentes representativas/os. Es convocado por el o la directora y sus colaboradores más cercanos, con asesoría del “especialista”. Su principal función es orientar el planeamiento, ejecución y evaluación del modelo en el marco de la institución y de su proyecto educativo.

La **Capacitación** se entiende en el modelo como “...el proceso intencionado y sistemático que se planifica, programa, realiza y evalúa para actuar sobre los niveles de información, actitudes y conductas de los y las participantes”

Existen destinatarias/os directas/os e indirectas/os de este componente. Las/os destinatarias/os directas/os de la capacitación son el Equipo de Desarrollo Institucional y las/os docentes. Los padres, madres, apoderadas/os, alumnas/os y sistema referencial recibirán capacitación indirecta a través de la capacitación al Equipo de Desarrollo Institucional y las/los docentes.

El **Equipo de Desarrollo Institucional** se capacita durante la implementación misma del modelo, o sea, en la acción. El peso más fuerte en términos de capacitación es la de las/los docentes las/os cuales participan talleres de aproximadamente 120 hrs. pedagógicas, dirigido por profesionales de la ONG, en un período también aproximado de 8 meses. Los objetivos de este proceso de capacitación serán el que lleguen a promover el desarrollo de actitudes y conductas responsables en el ámbito de la sexualidad. Estos talleres de capacitación deberán traducirse en talleres que realizarán las/los docentes con las/os alumnos.

El componente **Sistema referencial** se refiere a la tarea de operacionalizar el trabajo intersectorial e interinstitucional para ofertar a la comunidad educativa, en especial a las jóvenes, una atención integral que satisfaga sus demandas y necesidades en sexualidad y salud reproductiva.

Finalmente, el componente **Información, Educación y Comunicación (IEC)** se refiere a intencionar procesos de información que se transmiten por diferentes canales de comunicación para generar en los y las participantes procesos internos que inciden en sus niveles de reflexión, conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad y salud reproductiva. La meta es crear una resonancia comunicativa en el Establecimiento Educativo, en que todos los actores se informan y se comunican sobre temas relacionados con afectividad, sexualidad y salud reproductiva de los y las jóvenes.

Educación en salud en las escuelas para prevenir el SIDA y las ETS - UNESCO/OPS/OMS

- La propuesta – que constituye la adaptación de original en inglés titulado “School Health Education to Prevent AIDS and STD” OMS/UNESCO, 1994-

A partir de documentos base se diseña una propuesta basada en métodos participativos destinada a la enseñanza de las habilidades necesarias para mantener y desarrollar comportamientos apropiados para la prevención de las ETS y el VIH/SIDA en adolescentes entre los 12 y los 16 años pertenecientes al sistema escolar.

- El Manual para planificadores de programas de estudios define los pasos en la planificación educativa e incluye una serie de instrumentos de evaluación;
- El Cuaderno de actividades de los estudiantes incluye 53 actividades que cubren diversos objetivos para la enseñanza de un programa sobre ETS y SIDA. Se trata de una propuesta que se asume flexible y admite adaptaciones a la realidad local.
- El documento Guía del profesor reúne instrucciones para la planificación y dirección de actividades.

Unidades y Objetivos de Aprendizaje

Unidad 1: Conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA y las ETS.

1. Diferenciar entre VIH, SIDA y ETS
2. Identificar formas de relación del VIH
3. Identificar formas por la que no se transmite VIH/ETS
4. Ordenar los métodos de prevención del VIH y de otras ETS según su eficacia
5. Identificar fuentes de ayuda en la comunidad.

Unidad 2: Comportamiento responsable: postergar las relaciones sexuales.

6. Debatir las razones para postergar las relaciones sexuales
7. Responder con firmeza a las presiones para tener relaciones sexuales

Unidad 3: Comportamiento responsable: relaciones sexuales con protección.

8. Debatir razones y métodos de protegerse tanto si ya se es sexualmente activo como cuando lo sea
9. Rechazar con firmeza las presiones para tener relaciones sexuales sin protección.

Unidad 4: Cuidado y apoyo a personas con VIH/SIDA

10. Identificar formas de mostrar compasión y solidaridad hacia las personas que tienen VIH/SIDA
11. Cuidar de la gente con SIDA en la familia y en la comunidad

El manual del planificador incluye los diversos pasos necesarios para el desarrollo de un programa de estudios sobre ETS y VIH/SIDA: cómo hacer una evaluación de condiciones, la definición del tipo de programa, la selección de los objetivos, el diseño del plan del programa de estudios, la planificación de la producción del material, el desarrollo de las actividades de los estudiantes, de los líderes de grupo, de la guía del profesor, la validación de los programas, de la capacitación de los profesores y evaluar la evaluación del programa.

En particular, la evaluación de proceso se destina a conocer la opinión de las audiencias relevantes del programa sobre el funcionamiento de éste, en función de incorporar acciones correctivas. Se incluye una batería cuanti-cuali de instrumentos: cuestionarios y entrevistas individuales y grupales.

Para la evaluación del impacto, se propone un diseño cuantitativo de grupo experimental y de control. El cuestionario consta de 19 temas de conocimiento, 11 declaraciones de actitud (percepción de riesgo, presión de compañeros, abstinencia, condones, drogas, tolerancia y apoyo a personas que viven con el SIDA), 3 preguntas de destreza sobre confianza para rechazar las relaciones sexuales, las relaciones sexuales sin condón y uso de condones. Incluye una batería argumental para seducir a las audiencias relevantes y un conjunto de preguntas para promover las conversaciones entre los estudiantes y sus apoderados. Asimismo,

contiene algunos consejos para organizar el trabajo con los líderes de opinión y el manejo de grupos pequeños. Por último, organiza el manejo de fuentes de ayuda.

Programa “Conversemos de Sexualidad” - Centro Interdisciplinario de Desarrollo de la Educación CIDE, Chile

Es un programa dirigido a padres, madres, estudiantes y docentes, elaborado con la finalidad de que éstos puedan abordar el tema de la educación sexual en todo el ciclo escolar (de kinder a cuarto medio), fomentando que la comunidad educativa –en su conjunto- pueda hacerse cargo de la educación sexual de niños, niñas y adolescentes.

A través de él se busca que los y las alumnas logren crecer y desarrollarse en armonía respecto de su desarrollo sexual, afectivo y valórico, alcanzando una autoestima positiva, confianza en sí mismo y habilidades para la toma de decisiones responsables.

El programa desarrolla por medio de una capacitación conjunta de los adultos de la comunidad educativa (apoderados, docentes y directivos), quienes posteriormente trabajan actividades diferenciadamente por edad, con los niños, niñas y adolescentes y sus familias, en diferentes espacios curriculares

La metodología usada en los talleres es de tipo participativa, realizando trabajos grupales con la participación de todos los integrantes del curso. La metodología al favorecer los espacios de conversación en grupos, permitía que a través del intercambio de experiencias personales se fuera conversando acerca de las creencias y valores de cada uno de los miembros de la comunidad educativa, compartiendo visiones e intercambiando puntos de vista al respecto

Programa “Teen Star” - Centro de Biología Reproductiva (CEBRE) Pontificia Universidad Católica De Chile- Chile

Este programa “ofrece capacitación, asesorías, programas de estudio, textos y materiales educativos relativos al tema de la educación en afectividad y sexualidad, destinado a profesores, orientadores, psicólogos y otros profesionales que deseen alcanzar un nivel de preparación en torno a la sexualidad humana, la familia y la educación, que les permita diseñar, proponer, conducir y evaluar acciones destinadas a trabajar con esta dimensión del ser hombre y mujer, en el contexto de los objetivos transversales del currículum”. la propuesta consiste en “poner en contacto a un equipo académico experto en el tema para trabajar con equipos directivos de establecimientos educacionales en la formulación e implementación de proyectos de educación en sexualidad, que desde una perspectiva antropológica humanista cristiana, permita trabajar con niños, adolescentes, apoderados y padres de familia en el contexto del desarrollo personal del alumno”

Objetivos:

Estimular a los jóvenes a integrar su capacidad biológica de ser padres en todos los aspectos de su vidas: social, emocional, intelectual y espiritual.

Enfatizar la comprensión de la identidad sexual y el compromiso requerido en la comunicación de ese valor Formar valores en los adolescentes y no entregarles una mera información.

El programa considera la realización de un Taller de 16 sesiones, en el cual se abarcan temas tales como: anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino, respuesta sexual femenina y masculina; relación sexual; importancia de la familia como entidad formadora de la persona; anticoncepción; ETS, formas de prevención y consecuencias de las mismas; planificación natural de la familia; como manejar los mensajes sexuales presentados por los medios de comunicación.

La metodología privilegiada mezcla exposición de contenidos, con actividades de participación activa, utilización de videos, diapositivas, documentos bibliográficos, cartillas de identificación para la identificación y comprensión de los cambios emocionales y físicos marcados menstruales.

Es un programa curricular que se implementa desde los primeros cursos de la educación básica hasta la educación media.

Asociación Chilena de Protección de la Familia, APROFA, Chile

Con más de 30 años de existencia, APROFA ofrece a través de su área de capacitación, cursos de actualización -dirigidos a profesores y profesoras- sobre estrategias metodológicas para la educación sexual de los y las adolescentes, junto con talleres de desarrollo personal, sexualidad y desarrollo de la autoestima. Entre los cursos y talleres ofrecidos a los establecimientos educacionales destacan “¿Cómo prevenir el embarazo no deseado?”, el cual está diseñado para trabajar temas tales como: ¿qué es la sexualidad?, ¿cómo se puede mejorar la autoestima?, comportamientos de riesgo y embarazo precoz, cómo prevenir un embarazo no deseado, toma de decisiones responsables en relación a la sexualidad, etc. Este curso se complementa con un modelo educativo que incluye Manual de aplicación, textos de autoaprendizaje para alumnos, videos y guías para trabajos en grupo donde se presentan una serie de actividades orientadas al desarrollo de los contenidos del modelo.

Programa “Adolescencia: Tiempo De Decisiones” - Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

El diseño del programa “Adolescencia. Tiempo de decisiones” se basa en la experiencia de trabajo del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA) y surge de la revisión de diferentes temáticas, metodologías, técnicas y del trabajo con grupos focales de adolescentes, tomando como base la experiencia preliminar adquirida en el Centro con adolescentes, padres y profesores.

El objetivo del programa es contribuir al desarrollo de los y las Adolescentes, incorporando un concepto integral de sexualidad como parte de su proyecto de vida.

El programa “Adolescencia: Tiempo de Decisiones” cuenta con dos manuales: uno con actividades para realizar con adolescentes y otro para trabajar con los padres.

Los profesores aplican el programa de 18 sesiones, a través del año con los alumnos. Los temas que se abordan son entre otros: desarrollo evolutivo, autoestima, nuestro cuerpo y la reproducción, relaciones afectivas en pareja, afectividad y relaciones sexuales, embarazo en adolescencia, paternidad responsable y sus caminos. Paralelamente los profesores realizan 5 sesiones de trabajo con los padres: recordando mi adolescencia, relaciones afectivas en adolescentes, comunicación y asertividad, comunicación padres e hijos.

Se usa una metodología activa, participativa y reflexiva a través de talleres grupales y con uso de técnicas motivadoras, variadas y lúdicas. Estas dinámicas hacen surgir inquietudes, dudas, vivencias, experiencias, valores, sentimientos, creencias, mitos, etc., referentes al tema que trabaja. Esto ayuda a los adolescentes a entender y tomar conciencia de sus valores, creencias, actitudes y conductas, de modo que en forma responsable, libre e informada tomen sus propias decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abarca, H. y Sepúlveda, M. (2001). Estudio sobre Barras Bravas. Informe final. Fundación Carlos Chagas, Sao Paulo, Brasil.
- Aggleton, P.; Kegeles, S.; Genevro, J. (1992) "Risk taking and health". En J. F. Yates (Ed.), *Risk-Taking Behavior*. John Wiley and Sons, New York.
- Beck, U. (1996) "Teoría de la sociedad del riesgo". En: Beriain, Josetxo (comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Editorial Anthropos, Barcelona.
- Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós, Barcelona.
- Beriain, J. (comp.) (1996) *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Editorial Anthropos, Barcelona.
- Blanco, A. y otros (2000) "Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de riesgo". En: Yubero, Santiago y Larrañaga, Elisa (Coord.) *SIDA: una visión multidisciplinar*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Blanco, A., Sánchez, (1993) "Factores psicosociales en el SIDA (II): El riesgo como valor y como norma". Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA.
- Bromiley, P., Curley, S (1992) "Individual differences in risk taking". En J. F. Yates (Ed.), *Risk-Taking Behavior*. John Wiley and Sons, New York.
- Cáceres, C. (1999). "Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del vhi/sida en América Latina y El Caribe" En: Izazola, J. A. (Ed) (1999) *El Sida en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. SIDALAC, ONUSIDA y Fundación Mexicana para la Salud. México.
- Camacho Hubner, A. (2000) *Perfil de Salud sexual y reproductiva de los y las Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión Bibliográfica, 1988-1998*. Serie OPS/FNUAP N°1.
- CONASIDA y ANRS (2000) *Estudio Nacional del Comportamiento Sexual*. CONASIDA/ANRS, Santiago de Chile.
- Czeresnia, D. y otras (comp.) (1995) *AIDS, Pesquisa social e educação*. Editora HUCITEC y ABRASCO, Sao Paulo – Río de Janeiro.
- Douglas, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Editorial Paidós, Barcelona.

- Douglas, M.; Wildavsky, A. (1992) *Risk and Culture. An essay on the Selection of technical and enviromental dangers*. University of California Press, Berkeley, CA.
- Gerrard, M.; Gibbons, F.; Buhsman, B. (1996) "Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior". *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.
- Giddens, A. (1995) *Modernidad e identidad del yo*. Editorial Península, Barcelona.
- Giddens, A. (1996) Modernidad y autoidentidad. En: Beriain, J. (comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Editorial Anthropos, Barcelona.
- Gobierno del Distrito Federal, Ciudad de México; Afluentes, S.C. (2000) *La prevención del embarazo entre las y los jóvenes de la Ciudad de México: Por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos*. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social; Afluentes, S.C. México, D. F.
- Gogna, M.; Pantelides, E.; Ramos, S. (1997) Las enfermedades de transmisión sexual: Género, Salud y Sexualidad. Cuaderno del CENEP N°52. CEDES; CENEP, Buenos Aires.
- Gómez, A. (ed.) (1998) *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer Salud/3. RSMLAC, Santiago de Chile.
- González V., A. (2000) "Reproducción y erotismo: el caso de la doble protección. Aportes a la sexualidad femenina". En: Gogna, M. (comp.) *Feminidades y Masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. CEDES, Buenos Aires.
- González, S. Y Arraigada, M. (1999). "Ciudadanía y Autocuidado en Salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio en mujeres trabajadoras de los sectores salud y educación". *Revista de Psicología*. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Vol VIII n° 1. Santiago, Chile.
- Grunseit, A. (1997) *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: Actualización de un análisis*. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA⁵⁰.
- Heimer, C. (1988) "Social structure, psychology, and the estimation of risk". *Annual Review of Sociology*, 14, 491-519.
- Kendall, C. (1995) "The construction of risk in AIDS control programs". En: Parker, Richard y Gagnon, John (Edit) *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. Routledge, New York and London.

⁵⁰ La serie Prácticas Óptimas / Best Practices de ONUSIDA está disponible en formato pdf en <http://www.unaids.org>

Krause, M. (2001). "Hacia una Redefinición del Concepto de Comunidad". Revista de Psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Vol. X n° 2. Santiago, Chile.

Laumann, W. and Gagnon, J. (1995) "A sociological perspective on Sexual Action" In: Parker, R. y Gagnon, J. (Edit) (1995) *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. Routledge, New York and London.

Lemos, M.; Vellinho, L.; Meloni, E. (org) (1999) *Prevenção HIV/AIDS: a experiência do Projeto AIDSCAP no Brasil*. Associação Saúde da Família, São Paulo.

López, J. A.; Luján, J. L. (2000) *Ciencia y política del riesgo*. Alianza Editorial, Madrid.
Luhmann, N. (1996) "El concepto de riesgo". En: Beriain, J. (comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, Contingencia y Riesgo*. Editorial Anthropos, Barcelona.

Malcolm, A.; Dowsett, G. (1998) *Partners in prevention: International case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*. UNAIDS Best Practices Collection.

ONUSIDA (1997) *Educación sobre el SIDA en la escuela*. Actualización Técnica ONUSIDA.

ONUSIDA (1999) *Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/SIDA con Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe*. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.

ONUSIDA (2000) *Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas*. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.

Paicheler, G. (1996) *Frente al SIDA: Las modalidades de manejo del riesgo*. Texto preparado para el seminario: "Aporte de las Ciencias Sociales al enfrentamiento del SIDA", Santiago, Noviembre 1996.

Paicheler, G. (1996) *Visiones del riesgo de transmisión del SIDA: Incertidumbres y percepción del contagio*. Texto preparado para el seminario: "Aporte de las Ciencias Sociales al enfrentamiento del SIDA", Santiago, Noviembre 1996.

Parker, R. y Gagnon, J. (Edit) (1995) *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. Routledge, New York and London.

Parker, R.; Herdt, G.; Carballo, M. "Cultura sexual, transmissao do HIV e pesquisas sobre AIDS". En: Czeresnia, D. y otras (comp.) (1995) *AIDS, Pesquisa social e educação*. Editora HUCITEC y ABRASCO, Sao Paulo – Río de Janeiro.

Prohaska, T; Albrecht, G.; Levy, J.; Sugrue, N.; Kim, J. (1990) "Determinants of self-perceived risk of AIDS". *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 384-394.

- Rodríguez, G.; Mayen ; B. (2000) *Los caminos de la vida. Manual de capacitación*. Conasida, México.
- Roysamb, E. (1997) "Risk Behavior. Towards a model of affectively constructed action". *Personality and Individual Differences*, 22, 33-46.
- Sheppard, D. B., HartwicK, J. and Warsshaw, P. R. (1998). "The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research whith Recommendations for Modifications and Future Research". *Journal of Consumer Research* #15: 325-43.
- Slovic, P. (1987) "Perception of Risk". *Science*, 236, 280-285.
- UNESCO (1998) *Educación en población y la educación sexual en América Latina*. Separata del Boletín 43 del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe. Oficina Regional de Educación, UNESCO, Santiago de Chile.
- Uribe, P.; Magis, C. (eds.) (2000) *La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. Secretaría de la Salud. Conasida, México.
- Van der Pligt, J. (1996) "Risk perception and self-protective behavior". *European Psychologist*, 1, 34-43.
- Vera, R. (1998). "Educación Comunitaria de Resonancia para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y de Adultos." Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y El Caribe. Santiago, Chile.
- Villela, H., Palma, I. Y Canales, M. (1998). "Prevención de Embarazo Adolescente: Una Mirada desde el Estado". SERNAM. Documento # 59, 1998.
- Villela, W. "Vulnerabilidad de las mujeres respecto del VIH". En: Gómez, A. (ed.) (1998) *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer Salud/3. RSMLAC. Santiago de Chile.
- VV.AA. (2001) *Una mirada a Experiencias Escolares de Educación en Afectividad y Sexualidad*. MINEDUC; SERNAM; CIDE. Santiago de Chile.
- Weeks, Jeffrey (1998) *Sexualidad*. Editorial Paidós, México D.F.
- Yates (Ed.), (1992) *Risk-Taking Behavior*. John Wiley and Sons, New York.
- Yates, J. F., Stone (1992) "The risk construct". En J. F. Yates (Ed.), *Risk-Taking Behavior*. John Wiley and Sons, New York.