

ARTÍCULOS ORIGINALES

SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN VILLA CARMELA, TUCUMÁN

Sexuality and Sexual and Reproductive Rights in Adolescents: Representations and Practices in Villa Carmela, Tucumán

Horacio Javier Silva¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Es importante explorar las representaciones sociales (RS) sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (DSR) en adolescentes desde un enfoque socio-sanitario. OBJETIVOS: Describir y analizar las representaciones y prácticas sobre sexualidad y DSR que sostienen, producen y reproducen los adolescentes de Villa Carmela (Provincia de Tucumán). MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio exploratorio con diseño cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión, con una muestra de 45 adolescentes de 14 a 18 años. Se constituyeron categorías de RS para su análisis. RESULTADOS: Se observó una estrecha conexión entre las representaciones y las prácticas en el campo de la sexualidad y los DSR. Las prácticas sexuales se vinculan a las RS sobre género, profilaxis y la particular manera en que cada sujeto actualiza el discurso juvenil. Esto incluye no sólo las prácticas efectivas, sino también las potenciales o fantaseadas. CONCLUSIONES: Se requieren lineamientos adecuados en políticas y programas de salud con un enfoque local que, lejos de proponer posiciones moralizantes, tiendan a orientar, asistir y acompañar a los jóvenes en las diferentes situaciones e instancias que sus vidas sexuales y reproductivas les presenten.

ABSTRACT. INTRODUCTION: It is important to explore social representations (SR) about sexuality and sexual and reproductive rights (SRR) in adolescents from a socio-sanitary approach. OBJECTIVES: To describe and analyze the representations and practices about sexuality and SRR sustained, produced and reproduced by adolescents from Villa Carmela (Tucumán, Argentina). METHODS: An exploratory qualitative study was conducted. It included in-depth interviews and focus groups, with a sample of 45 adolescents aged 14 to 18 years. Different SR categories were identified for the analysis. RESULTS: A close connection was observed between representations and practices in the field of sexuality and SRR. Sexual practices are linked to SR about gender, prophylaxis and the particular way in which each subject updates the youth speech. This includes not only the actual practices, but also the potential or fantasized ones. CONCLUSIONS: Guidelines for health policies and programs with a local approach are required. Far from proposing any moralizing position, they should aim at guiding, assisting and supporting young people in different situations and instances through their sexual and reproductive lives.

PALABRAS CLAVE: Adolescente - Sexualidad - Derechos sexuales y reproductivos - Promoción de la salud - Representación social

KEY WORDS: Adolescent - Sexuality - Sexual and reproductive rights - Health promotion - Social representation

¹ Centro de Atención Primaria de la Salud de Villa Carmela

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 7 de junio de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27 de febrero de 2015

CORRESPONDENCIA A: Horacio Silva
Correo electrónico: hojasi@hotmail.com

RENIS N°: IS000196

INTRODUCCIÓN

La salud del adolescente supone un proceso dinámico, en el que se interrelacionan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales,¹ que se manifiestan en una fase de grandes cambios y crisis del sujeto.^{2,3} El despliegue de conductas asociadas a riesgos, tales como consumo de sustancias y prácticas sexuales no seguras,⁴ ha dado lugar a una serie de políticas tendientes a comprender y contener esas problemáticas. La salud sexual y reproductiva del adolescente es tema de Salud Pública, en tanto se trata de un período de la vida donde se producen el desarrollo de las identidades sexuales y la iniciación de sus prácticas: amorosas, eróticas y genitales. En función de esto se diseñan y proyectan acciones de promoción y prevención en salud,⁵ que por cierto se topan con una serie de obstáculos. Algunos autores destacan que se han priorizado los denominados enfoques de riesgo,⁶ según los cuales la sexualidad adolescente es considerada como algo negativo, vinculado sólo a embarazos

no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS), en un marco donde el adolescente no mide sus actos y posee poca capacidad de discernimiento.⁷ Otros equipos indagan acerca de la especificidad de los modelos preventivos⁸ y se preguntan si la prevención se limita o trasciende el plano de la información y la realización de acciones técnico-operativas puntuales, aun cuando estos niveles sean necesarios.⁹ Se apunta a deconstruir los conceptos generalizantes de la sexualidad adolescente, para así revelar los significados, priorizar las diversidades y tener en cuenta el contexto de referencia, las normas y los valores vinculados a un determinado orden social.¹⁰ Las etapas por las que atraviesa el adolescente no constituyen un todo homogéneo,¹ sino una fase vivida y significada de diferentes maneras según los tiempos históricos y las características socioculturales de un grupo,¹¹ los contextos y discursos sociales. Si se parte de modelos preventivos que desconocen las RS, no sólo se corre el riesgo de negar derechos esenciales, sino que además se imprime una visión homogénea acerca de lo que debe ser un adolescente, descontextualizando sus prácticas y desconociendo sus necesidades.

En lo que respecta a la teoría de las RS¹² y los aportes de las Ciencias de la Salud, la Sociología y el Psicoanálisis, la temática de la sexualidad pone en primer plano la relación sujeto-sociedad, ya que se hace necesario indagar e interceder tanto en el plano social/grupal como en el individual. El concepto de RS permite articular lo psicológico con lo social, identificando los modos de vinculación de un grupo con el mundo y sus objetos, es decir, la producción social de la subjetividad.¹³

Las RS son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, y así dominarlo. La RS implica un complejo proceso de construcción, dentro de un contexto histórico y social determinado. Se trata de sistemas de significaciones, que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos, y que se hallan inscriptas en el lenguaje y en las prácticas.¹⁴

Se parte de una definición ampliada de sexualidad, entendida como un proceso de construcción subjetiva y social que va más allá de la genitalidad. Sus dimensiones abarcan el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.¹⁵ La salud sexual implica la dimensión del derecho, a la vez que se funda en él. La Ley 25.673¹⁶ busca respaldar el derecho que tienen todas las personas a desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción. Las Naciones Unidas han consagrado los derechos sexuales y reproductivos (DSR) como Derechos Humanos, que incluyen: 1) acceder a educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad, posibilitando el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada; 2) estar libre de discriminación, presión o violencia en la vida sexual y la identidad sexual; 3) gozar de igualdad, respeto mutuo y responsabilidades compartidas en las relaciones sexuales; 4) derecho a sentir, recibir y dar

placer; y 5) ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción.¹⁷

El objetivo del presente estudio consistió en describir y analizar los saberes, opiniones, creencias, mitos y prácticas sobre sexualidad y DSR en adolescentes de Villa Carmela, Tucumán.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo de tipo cualitativo. Se trabajó con un encuadre de diseño emergente.¹⁸ La investigación se desarrolló entre junio de 2012 y mayo de 2013.

El ámbito de estudio fue la comunidad de Villa Carmela, Tucumán, correspondiente al espacio periurbano de la capital de la provincia y con diversas configuraciones sociales de clase. La población blanco fueron los adolescentes de entre 14 y 18 años de ambos sexos, con residencia y/o escolarización en Villa Carmela durante al menos dos años. Se incluyó a quienes brindaron su consentimiento informado. No se incluyó a sujetos en quienes se constató, por referencia de informantes clave y/o por evaluación de anamnesis del investigador, que atravesaran un cuadro psicopatológico.

Dado que Villa Carmela es una comunidad extensa compuesta por 17 barrios, se seleccionaron intencionalmente 8 para la muestra (ver Mapa 1). Se dio prioridad a sectores que desarrollaran sus interacciones socioculturales dentro de la comunidad, como usuarios del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y alumnos de la Escuela Secundaria de Villa Carmela. A partir de fuentes secundarias (censo del Sistema Provincial de Salud, 2010), se actualizó la información de la población blanco con encuestas sociodemográficas,

MAPA 1. Características socio-demográficas, Buenos Aires, 2011-2012.



Fuente: elaboración propia

indagando acerca de edad, sexo, condiciones de vivienda, constitución familiar, escolarización, trabajo y maternidad/paternidad. Se identificó a 286 adolescentes en los 8 barrios seleccionados. A partir de los datos, se definieron tres tipos de configuraciones sociales: clase media (viviendas sociales o particulares con servicios, amplio porcentaje de inclusión laboral, mayor nivel de instrucción), clase media-baja (viviendas con algunos servicios, porcentaje medio de inclusión laboral, nivel medio de instrucción) y clase baja (asentamientos y viviendas precarias, baja inclusión laboral, nivel de instrucción básico). Del total, se diferenció a 154 varones y 132 mujeres, con un 88% escolarizado y un 12% en situación de deserción escolar. A fin de conformar una muestra heterogénea que incluyera casos típicos y raros, de los 286 casos censados se constituyó una muestra final no probabilística de tipo intencional de $N=45$.

Considerando casos típicos aquellos que por su valor numérico constituían la moda de la población: insertos en una estructura familiar, condición laboral familiar esporádica o estable, inclusión escolar, y que aún no son padres ni madres; y casos raros aquellos adolescentes que se diferenciaban en uno o todos los parámetros anteriores, por ejemplo: que trabajan, que son padres o madres, que no poseen vivienda estable, en deserción escolar, entre otros. Para recoger datos, se trabajó con fuentes primarias y se utilizaron instrumentos que facilitaran la exploración de las RS, privilegiando los relatos orales y las dinámicas relacionales en sus ámbitos reales. En consecuencia, se diseñaron grupos de discusión y entrevistas en profundidad a fin de recoger relatos, puntos de vista, saberes, preguntas, elementos manifiestos y latentes. Todos los participantes de los grupos de discusión ($N=28$) se hallaban escolarizados; no fue posible constituir grupos con sujetos no escolarizados ya que al no hallarse físicamente vinculados a una institución nuclear como la escuela, no asistían a las reuniones convocadas, siendo que poseían horarios laborales disímiles. Las entrevistas en profundidad ($N=17$) fueron tomadas en los domicilios de los entrevistados, razón por la cual sí pudieron incluirse a sujetos no escolarizados.

Se conformaron cuatro grupos según edades y sexo: a) mixto de 17 años, b) varones de 15 y 16 años, c) mixto de 14 años, y d) mujeres de 15 y 16 años.

Tanto los grupos como las entrevistas se desarrollaron de acuerdo con grillas tópicos previamente estructuradas, donde se indagaban las distintas dimensiones de las RS sobre sexualidad y DSR, con preguntas, temas disparadores, frases incompletas y representaciones gráficas. Por tratarse de temas vinculados con la dimensión de la intimidad, ambas técnicas demandaron la construcción de un espacio simbólico de confianza, facilitado en gran parte por la relación previa del investigador con determinados líderes juveniles y actores de la institución escolar.

Las RS fueron operativizadas de acuerdo con las categorías de sexualidad (relaciones de género, prácticas sexuales, profilaxis, identidades grupales, erotismo, amor y placer) y DSR (planificación familiar, abortos y embarazos no deseados,

sexualidad como derecho).

Se constituyeron patrones, códigos, temas emergentes y categorías a partir de la información obtenida. Se redefinieron categorías de análisis con el objetivo de volverlas más asequibles e incorporar elementos novedosos. Las RS fueron reagrupadas en seis ítems: prácticas, profilaxis, discursividad grupal, relaciones de género, maternidad/paternidad y transmisión de saberes. Las respuestas fueron codificadas con el programa Atlas-ti.

El estudio preservó la confidencialidad de los datos personales y de la información relevada.

El Comité de Ética responsable de su evaluación y aprobación fue el Tribunal de Ética del Colegio de Psicólogos de Tucumán

RESULTADOS

Los resultados expuestos responden a los datos recogidos y analizados de la muestra de 45 adolescentes participantes de entrevistas y grupos de discusión, de los cuales 23 eran varones y 22 mujeres. Los 28 participantes de los grupos de discusión estaban escolarizados; 14 eran varones (1 de ellos, padre) y 14 mujeres (1 de ellas, madre); 3 pertenecían a la clase media, 17 a la media-baja y 8 a la baja. Con respecto a los participantes de las entrevistas individuales, 14 de los 17 estaban escolarizados, 9 eran varones (1 de ellos, padre), 8 mujeres (1 de ellas era madre, y otra estaba embarazada); 6 pertenecían a la clase media, 7 a la media-baja y 4 a la baja.

Las prácticas amorosas y sexuales se presentan como noviazgos o relaciones ocasionales. Existe una marcada tendencia en las mujeres a buscar chicos "más grandes" (entre 2 y 4 años mayores) tanto para sus noviazgos como para la iniciación sexual. Mencionan la insistencia del varón para llegar al acto sexual, asociada a cierta idea de que la mujer es "utilizada". Suponen que si deciden no tener relaciones, la pareja "no va a durar". Otros piensan que esa espera tiene que ver con el amor. Además, las personas de ambos sexos consideran que si la mujer "se hace esperar", obtiene mayor respeto por parte del hombre y del grupo de pares. La mayoría de los sujetos de ambos sexos ubica la iniciación sexual entre los 14 y 16 años, y valora negativamente la iniciación antes de los 14. Se adjudica al hombre el papel de ser el que "guía", quien "sabe" cómo conducir el encuentro sexual, mientras que la mujer "se deja llevar por el momento". El temor generalizado en las mujeres es a quedar embarazada y, en mucho menor grado, a contraer enfermedades. En varones aparecen ambos temores en igual proporción. Según lo relatado, muchos de ellos se inician sexualmente con una prostituta, lo que es vivido a veces como una experiencia grata y otras como una "presión". El "debutar" masculino implica "cobrar experiencia" y así llegar "más experimentado cuando tengas una relación con tu novia". En cambio, para las mujeres, la virginidad se simboliza como un don preciado, algo que se "pierde", de una vez y para siempre, por lo que esa pérdida no debe ser en vano. En ambos sexos, la primera relación

representa la puesta en juego de sentimientos, temores y fantasías, donde el vínculo amoroso o algún conocimiento previo del partenaire sexual pueden oficial de atenuantes y favorecer un encuentro placentero; en otras ocasiones, la iniciación se produce en el marco de relaciones circunstanciales, asociadas a consumo de sustancias y sin mediar demasiada conciencia.

La profilaxis es disímil, según edad, género y condiciones de inclusión social. Tanto varones como mujeres, escolarizados y no escolarizados, refieren no haber tenido una práctica profiláctica completa: al menos en una o más ocasiones no se cuidaron con ningún método. Persiste la idea, real o fantaseada, de que hay algo que no se puede prever, sino que "sucede", "es un momento de calentura". Las mujeres consideran como primera opción de método anticonceptivo (MAC) las inyecciones y las pastillas, elección que se enfrenta con una dificultad: la consulta ginecológica. La vergüenza experimentada ante esa consulta se suma a la exposición social de ser vistas en el CAPS. En las mujeres parece no hallarse inscripta la práctica profiláctica contra las ETS, y la preocupación se reduce a prevenir el embarazo. Otro MAC elegido es la píldora del día después, pero se utiliza de manera inadecuada. En embarazadas y mamás aparece o bien la no utilización de MAC alguno, o bien la utilización no metódica. Los varones ubican al preservativo como primera opción de MAC y a los métodos hormonales de sus parejas en segundo término. También indican tener prácticas sexuales sin ninguna protección, valiéndose del denominado método de retiro. Los y las adolescentes con menor inclusión social desconocen los MAC, o bien conocen el preservativo y no lo usan.

Si se delimitan dos extremos y un centro, en un extremo hay un pequeño grupo con un saber profundo y fundado sobre profilaxis y en el otro se halla otro pequeño grupo con un desconocimiento casi total, mientras que en el centro se ubica la amplia mayoría, que alterna algunos saberes fundados con mitos, dudas y preguntas sobre la salud sexual.

Del total de la muestra, 41 sujetos escolarizados identificaron al VIH/sida como ETS y al uso del preservativo como método para evitar su contagio (aunque ello no se refleje en sus prácticas). En tanto los adolescentes no escolarizados no pudieron identificar esta enfermedad ni su profilaxis. Sobre otras ETS, en todos los sujetos existe un gran desconocimiento o un conocimiento mínimo.

En lo que respecta a la discursividad grupal existen contradicciones en torno al cuerpo y la estética: los adolescentes consideran que el físico nada tiene que ver con poder mantener un encuentro erótico y/o sexual, pero le otorgan suma importancia al cuerpo de acuerdo con los modelos grupales de género, asociados a mujeres lindas, desarrolladas y delgadas, y varones atractivos, cariñosos, compañeros y musculosos. Pese a la aceptación y tolerancia sobre la homosexualidad, el matrimonio igualitario y aun la adopción gay, se reconoce lo homosexual como objeto de burla y secreto. Se destaca una mayor tolerancia a lo

homosexual en mujeres que en varones. Respecto a los modos de seducción, se indica que para conquistar a una chica es necesario "hablarle con amor", "chamuyarla", "tener buen cuerpo" y "ser respetuoso", en tanto que para atraer a un chico hay que "sentirse segura", "no tener vergüenza" y "saber chamuyárselo".

En materia de relaciones de género, las RS sobre el comportamiento sexual femenino poseen un fuerte núcleo tradicional asentado en el recato. Las mujeres suponen que "los varones son más determinados" y "más libres". Esto no implica que se permitan ciertas prácticas "libertinas", que luego son juzgadas moralmente. En cuanto a las diferencias, acentúan la "manera de pensar", los varones más "inmaduros" y las mujeres más "vergonzosas" y preocupadas por el "qué dirán". Persiste la idea de que la mujer asume mayores responsabilidades que el varón, ya que muchas veces trabaja y es sostén de la familia. En relación con el placer, el hombre "goza más" y "a la mujer le duele". Las mujeres indican que "el varón sólo lo hace por placer y la mujer lo hace por amor". Los varones aducen temor a "ser dejados".

La mayoría conoce y/o tiene amigos que han sido madres o padres antes de los 18 años. Asimismo, los datos revelan que las madres suelen tener parejas mayores a ellas. Se piensa que el embarazo a esta edad ocurre por "accidente", por un "descuido", y que sólo en algunas ocasiones es resultado de la planificación. Las parejas no siempre continúan luego de un embarazo; muchas no estaban constituidas como parejas o culminan a partir de ese acontecimiento. Resulta relevante la figura de los abuelos de ese bebé por llegar: la tercera generación aparece como soporte de la crianza. Los entrevistados no escolarizados de zonas vulnerables consignan un escaso o nulo cuidado anticonceptivo y la ausencia de pregunta en torno al deseo o no de tener hijos, el momento adecuado o la cantidad. Los y las adolescentes con mayor inclusión social y contención familiar cuentan con más apoyo para afrontar un embarazo no planificado. El aborto en general es desacreditado en los dichos, aunque se indica esta práctica extendida en forma clandestina y se ubica a los propios padres como facilitadores del acto.

Los sujetos identifican para la transmisión y construcción de saberes sobre la sexualidad y sus derechos, la necesidad de una "relación de confianza". Se trata de temas "íntimos", que producen "vergüenza". Los adolescentes incluidos en este estudio hablan con amigos, hermanos, padres y otros familiares. Los varones suelen conversar con los padres y las mujeres, con las madres. Sin embargo, mientras los varones manifiestan confianza en sus padres, muchas mujeres dicen tener vergüenza o temor a ser reprendidas por sus madres. Ellos reciben recomendaciones por el cuidado y el rol a desempeñar durante el encuentro sexual, pero no se topan con una valoración moral sobre sus actos. Las dos preocupaciones ampliamente presentes son cómo atravesar el debut sexual y cómo cuidarse de un embarazo no planificado. En cuanto a la sexualidad

como derecho, existe una clara idea de que cuándo, con quién y cómo sostener prácticas sexuales es una elección propia. La escuela aparece como un ámbito importante en la transmisión de algunos saberes.

DISCUSIÓN

Se observa una estrecha conexión entre las representaciones y las prácticas en el campo de la sexualidad y los DSR. Las prácticas sexuales se vinculan a las RS sobre género, profilaxis y la particular manera en que cada sujeto actualiza el discurso juvenil. Esto incluye no sólo las prácticas efectivas, sino también las potenciales o fantaseadas. Las RS se organizan en un núcleo común orientado a conservar esas significaciones, a la vez que se evidencian variaciones en función de género y contextos socioculturales. Aunque hay una marcada tendencia de conductas de riesgo profiláctico en adolescentes no escolarizados, no podría inferirse una conclusión directa, ya que debería ser puesta en relación con sus contextos familiares. La vulnerabilidad estaría dada no sólo por las condiciones socioeconómicas, sino también por el contexto simbólico.¹⁹ Las prácticas eróticas y sexuales aparecen asociadas a los roles de género en el cortejo y el acto sexual: "el guía" y "la que se deja llevar". Dado que al varón se le adjudica la conducción de ese encuentro, se delega en él la profilaxis de ambos. Por ello, la mujer corre más riesgos. El varón es quien "sabe" cómo manejarse en ese momento y quien proporciona los medios para que el encuentro se desarrolle. El peso otorgado al varón lo lleva a que intente cobrar "experiencia". El género, como construcción social, asigna roles a hombres y mujeres, creando arquetipos de masculinidad y feminidad con características supuestas de lo que deben ser y hacer, y comprende también una condición erótica: la hembra ingenua sobre lo que va a suceder, y el macho que se lanza a su caza. Esto se observa también en la tendencia femenina de buscar "chicos más grandes", hombres más experimentados que las ayuden a vencer el difícil pasaje de la iniciación sexual.²⁰

En la iniciación sexual, el principal temor se asocia a lo desconocido y estresante de ese encuentro con el otro, más que a los cuidados profilácticos. Un estudio²⁰ indica que las mujeres se sienten cuidadas cuando son tenidas en cuenta en sus sentimientos. La edad de inicio sexual de esta población no difiere de los hallazgos aportados por otras investigaciones,¹ ni la tendencia en mujeres de comenzar en relaciones amorosas y los varones en vínculos ocasionales.

La pérdida de la virginidad en varones supone el pasaje a otra instancia y la confirmación de su masculinidad. En tanto, en las mujeres, la virginidad se simboliza como un don preciado, una representación anclada a la tradición. El tiempo para conocer al otro y conocerse a sí mismo puede operar de sostén en ese ansiado y temido encuentro. A la vez, si la mujer "se hace esperar", obtiene mayor respeto por parte del hombre y del grupo de pares. Dos caras de la espera: como condición de preparación subjetiva y como asignación moralizante de género.

Tras la iniciación sexual, los temores se orientan hacia la

profilaxis (principalmente, hacia la prevención del embarazo no planificado). Tanto respecto a MAC como a ETS, existe una brecha entre los conocimientos y las prácticas efectivas, que se acentúa de manera preocupante en adolescentes situados en contextos con menor inclusión social. La idea en ambos sexos de lo no prevenible, de cierta inconsciencia en el encuentro sexual, es un elemento importante que desnuda la complejidad de la sexualidad humana y las limitaciones de las acciones técnico-operativas desde un enfoque netamente sanitario.

El discurso juvenil reproduce representaciones sobre el cuerpo, la seducción y las elecciones sexuales. Aunque se identifica una exaltación del cuerpo ideal, en la vía del acercamiento al otro aparece una primacía de lo simbólico: la palabra como herramienta fundamental de contacto, el "chamuyar". Lo homosexual como identidad se halla instalado, pero ello no implica que su práctica se presente con igual aceptación que la heterosexual.

El embarazo es vivido como un "accidente", y sólo en casos aislados se indica un deseo consciente de tener un hijo. Mientras algunos adhieren a una idea de planificación familiar, otros suponen que los hijos "llegan", elemento que se reitera en estudios sobre familia y anticoncepción.²¹ La maternidad/paternidad es asumida de modos diferentes según el contexto sociocultural y las historias de vida. Allí se ponen en juego los recursos materiales y simbólicos para enfrentar las consecuencias del acto, ya sea en la decisión de tener el bebé o de interrumpir el embarazo. La figura de los padres de los adolescentes adquiere gran fuerza y funciona muchas veces como soporte de esa crianza. La relación madre-hija no parece transmitir adecuadamente los contenidos para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable, y menos aún aquellos ligados al encuentro con el placer y el deseo, como si evitar hablar sobre ese tema fuera precisamente una forma de control sobre la sexualidad.²²

La responsabilidad vinculada al cuidado del cuerpo propio y del otro no aparece priorizada desde las prácticas profilácticas, sino que más bien se apunta a cuestiones del erotismo y el placer en ese contacto. En el campo de la sexualidad y los DSR, nada parece responder a un orden natural. Muy por el contrario, existen representaciones, imaginarios e identidades que los grupos y comunidades construyen y reproducen, y de los que habrá que partir para trabajar en promoción en salud.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Las estrategias preventivas y asistenciales en salud sexual y reproductiva deberían abordar no sólo la profilaxis (prevención de ETS y uso de MAC), sino también las diferentes dimensiones que implican la sexualidad desde una definición ampliada. Este estudio indica que la palabra representa la herramienta fundamental para explorar las RS y la vía para operar como agentes de salud, tal vez con la estrategia grupal como el dispositivo más apropiado para

trabajar con adolescentes.

Cabe revisar la accesibilidad a los servicios de salud, tanto en consultas como en el circuito de entrega de MAC. Se debería partir de las RS de género que obstaculizan los cuidados profilácticos, apostando a que hombres y mujeres, en relaciones hetero y homosexuales, puedan adoptar conductas de cuidados. Esto demandaría la inclusión de figuras parenterales como transmisores de las RS tradicionales. Si bien es prioritario definir estrategias de intervención en sectores con menor inclusión social, ellas deberían estar vinculadas a otras acciones de mejora en las condiciones reales y, sobre todo, simbólicas de vida.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El estudio ayuda a trabajar en la formación crítica de profesionales y operadores en salud para construir modelos de abordajes no limitados a la sexualidad como conducta de riesgo. Las estrategias no deberían asentarse en una valoración moral de los actos, ni en un ideal de aplaza-

miento de las prácticas, sino en la orientación, asistencia y acompañamiento de los jóvenes en las diferentes situaciones e instancias vinculadas a sus vidas sexuales y reproductivas.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Esta investigación permite efectuar estudios similares en otras poblaciones para cotejar RS en diferentes contextos socioculturales. Además, promueve la realización de estudios de investigación-acción que pongan en práctica estrategias sanitarias vinculadas a las aquí propuestas.

AGRADECIMIENTOS

A la directora de esta investigación Lic. Romina C. Solitario, a la Lic. Fernanda Bonet de la Comisión Nacional Salud Investiga, a la directora del CAPS Villa Carmela Dra. Andrea F. Núñez, al agente sanitario Silvio Ruiz, al Prof. Claudio Gareca de la Escuela Secundaria Villa Carmela, y a los y las adolescentes que proporcionaron sus testimonios.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Silva HJ. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes: representaciones y prácticas en Villa Carmela, Tucumán. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):29-34.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ H1 Necchi S, Shufer M, Méndez Ribas J. Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

² Giraldi G. ¿Qué es la adolescencia? Fort-Da, N°6, 2003. [Disponible en: www.fort-da.org/fort-da6.htm]. [Último acceso: 3 de marzo de 2015].

³ Díaz G, Hillert R. El tren de los adolescentes. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 1998.

⁴ Fleischer D. La salida de la adolescencia. Psicoanálisis y el Hospital, N° 37. Buenos Aires: Editorial del Seminario; 2010.

⁵ El Libro de la Salud Sexual, Reproductiva y la Procreación Responsable. Ley 25673, Art. 2° d. Argentina, 2003.

⁶ Stern C, Medina G. Adolescencia y salud en México. En: Coleta M, org. Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil e México. Campinas, Brasil: Consorcio de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad en América Latina, 1999:98-160

⁷ Villa A. Cuerpo, sexualidad y socialización: intervenciones e investigaciones en salud y educación. Buenos Aires: Novedades Educativas; 2007.

⁸ Mozzi M, Ygel F. Problemáticas sociales en adolescentes. II Congreso de Psicología del Tucumán. Universidad Nacional de Tucumán, 2011.

⁹ Grimberg M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH sida en jóvenes de sectores populares. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Horizontes Antropológicos. 2002;17:47-75.

¹⁰ Jones D. Entrevista con Ana María Amuchástegui Herrera, 2009. [Disponible en: <http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Entrevista-con-Ana-Amuchastegui.pdf>]. [Último acceso: 3 de marzo de 2015].

¹¹ Zimmerman D. Asaltos de la adolescencia. Biblioteca virtual EFBA, 1998. [Disponible en: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1081.pdf]. [Último acceso: 31 de marzo de 2015]

[Último acceso: 31 de marzo de 2015]

¹² Moscovici S, Jodelet D. La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En: Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1998.

¹³ Fernández AM. Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. En: Fernández AM, et al. Instituciones Estalladas. Buenos Aires: Eudeba; 1999.

¹⁴ Jodelet D. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: Jodelet D, Guerrero A. Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales, UNAM, México, 2000.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 2002.

¹⁶ Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Argentina, 2002.

¹⁷ Cárdenas E, Tandeler L. Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: una revisión de la legislación y la jurisprudencia. Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, 2008.

¹⁸ Salamanca Castro C, Martín-Crespo B. El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigación, n° 26, España, 2007.

¹⁹ Flachsland C. Pierre Bourdieu y el capital simbólico. Madrid: Campo de Ideas; 2003.

²⁰ Sikos G. Modificación de concepciones y conductas de riesgo sexual en el imaginario y las costumbres. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

²¹ López E. Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2000.

²² Geldstein R, Domínguez G, Delpino N. La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas. Pantelides E, Bott S (ed.). Buenos Aires: Biblos; 2001.