

# Tensiones y desafíos en la promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos en la adolescencia.

LLobet, Valeria.

Cita:

LLobet, Valeria (2005). *Tensiones y desafíos en la promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos en la adolescencia*. En *Sexualidad, Salud y derechos*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/valeria.llobet/78>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pKgk/x1d>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica* es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

## **Tensiones y desafíos de la promoción de la Salud Sexual y los Derechos Reproductivos en la adolescencia**

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar sobre algunas de las particularidades que asume la promoción de salud sexual entre la población adolescente en el ámbito educativo. Partimos de un enfoque que articula el enfoque de género con la perspectiva crítica de la promoción y prevención en salud. Ello nos permitirá hacer foco en algunos conflictos y tensiones que, de otra manera, pueden pasar desapercibidos para quienes intentamos desarrollar prácticas educativas en salud.

### **¿Qué significan Salud Sexual y Derechos Reproductivos?**

#### **Algunas precisiones conceptuales**

Las diversas formulaciones del concepto de salud reproductiva señalan la posibilidad de que los individuos y las parejas vivan experiencias sexuales placenteras, libres del temor a embarazos no deseados o no planeados, y a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Ello implica el poder para tomar decisiones informadas acerca de su fertilidad, los embarazos y partos, su salud ginecológica y sexualidad; y los recursos para llevar adelante tales decisiones en forma segura y efectiva.

El concepto de género por su parte, alude a la construcción social de las categorías de masculinidad y feminidad edificadas a partir de las características biológicas de los sexos, y a las relaciones jerárquicas, de poder, que se establecen entre ambas con asignaciones de características naturalizadas.

La inclusión de la perspectiva de género para considerar la salud sexual permite, en primer lugar, poner el énfasis en los derechos de las mujeres y los varones, antes que en su subsunción en la función reproductora que acompaña coyunturalmente el ejercicio de la sexualidad. Es decir, instala un espacio de reflexión que permite incluir reflexiones críticas sobre el placer, sobre el lugar de un embarazo no buscado en la vida de una mujer, sobre el peso que adoptan los estereotipos y mandatos sobre las identidades sexuales y la maternidad.

En segundo lugar, permite reflexionar y transformar las relaciones de poder entre varones y mujeres, desnaturalizando modalidades vinculares humillantes, autoritarias, violentas. En tanto el discurso de género es, no sólo un conjunto de enunciaciones y prácticas sobre la diferencia sexual, sino centralmente sobre el sistema de relaciones sociales, de poder, que es construido para jerarquizar tal diferencia, es un tipo de discurso que articula en la propia concepción teórica una afirmación ético-política transformadora.

En este sentido, este enfoque de Salud Sexual y Derechos Reproductivos articula:

- Un conjunto de conocimientos sobre prácticas de autocuidado de la salud
- Un debate sobre las modalidades dominantes de relaciones interpersonales
- Una propuesta integradora de los derechos de las personas

El enfoque de derechos posibilita la interpelación al Estado por su cumplimiento. Ello implica tanto las instancias de asistencia sanitaria como las acciones de distribución del conocimiento para el ejercicio de tales derechos. Las dos instituciones involucradas en

estas acciones son las de Salud y Educación, abarcando a las organizaciones privadas, en tanto se trata de la efectivización de derechos, lo que implica que incluso en el ámbito privado se trata de bienes públicos.

La pregunta que es entonces necesario formular es ¿Es posible, en las condiciones actuales, brindar un espacio de educación sexual en la escuela que posibilite decisiones autónomas, que brinde recursos para ellas? Parece complicado pensar este proceso como un contenido a ser transmitido en un espacio áulico.<sup>1</sup> Parece necesario reflexionar entonces sobre la posibilidad y licitud de reducir tal enfoque a un contenido pedagogizado, así como las condiciones para que tal proceso de transmisión se realice. Retomaremos este debate luego de un rodeo por una consideración sobre la sexualidad en la adolescencia.

### **El adolescente, ese extranjero**

Desde algunas perspectivas teóricas, una de las peculiaridades que marca el proceso adolescente es la actividad sexual, es decir, la asunción mediante un acto de alguna posición sexuada. Este proceso se articula con una revisión de los enunciados identificatorios por los cuales el sujeto encuentra un lugar en el mundo y puede reconocerse como parte de un linaje, de un grupo, y con una identidad con continuidad histórica.

En este proceso de construcción de la identidad adulta, con sus ejes en la autodeterminación, la independencia, la generación de un proyecto de vida, el cuerpo toma un lugar privilegiado, productor de los mayores desconciertos y desasosiegos (y también temeridad). Las representaciones de qué es y de cómo se es mujer o varón —en los usos del cuerpo, la sexualidad, el amor— configuran una de las fuentes de las sensaciones de inadecuación, soledad, diferencia, temor de anormalidad, que marcan estos años.

Los avatares de tales trabajos imponen al proceso adolescente una inestabilidad característica, en la que los criterios de normalidad y anormalidad se ven modificados, como en la mayoría de los procesos que involucran un cambio acelerado, o crisis. Esta afirmación tiene como consecuencia práctica una necesidad de escucha y sostén peculiares, en tanto se conjuga con las siguientes cuestiones.

Por un lado, la asimetría que marcaba la relación entre adultos y niños es ahora situacional: sigue siendo necesario un adulto que tome la responsabilidad por la protección y provisión (de recursos, de límites, de cuidados), pero esta asimetría está siendo puesta en cuestión y tensionada por una de las necesidades cruciales de esta etapa, la consecución de mayores niveles de autonomía y paridad con los adultos.

Por otro, el rechazo de lo que es ofrecido y la construcción de un modo propio de ser se construye como un efecto de desconocimiento: los adultos no saben quién es el adolescente. Como en un laberinto de espejos, los adultos tratan de encontrar en los adolescentes sobre todo una promesa de continuidad, perdiendo en este paseo ciego la posibilidad de encontrar la salida...

Finalmente, el proceso de pasaje de la niñez a la adultez es, a nivel de las fantasías, un acto hostil. Esta agresividad se despliega en la relación del adolescente con sí mismo, con el mundo y con el mundo adulto, de distintas maneras según se de el sostén que los distintos adultos e instituciones puedan ofrecer.

---

<sup>1</sup> Quisiera clarificar que mi posición es completamente a favor de la inclusión de la Educación Sexual de modo obligatorio en las instituciones escolares tanto públicas como privadas. Ello no obsta discutir los conflictos que esta inclusión acarrea a los adultos que tenemos la responsabilidad de tal tarea.

Con esta hostilidad se termina de construir la figura de un extranjero que no es bienvenido.

### **Peculiaridades de la sexualidad adolescente**

La iniciación sexual acarrea una vulnerabilidad intrínseca que, al sumarse a las vulnerabilidades propias del proceso adolescente, constituye una situación de riesgo. Según diversas investigaciones realizadas en sectores urbanos medios y pobres, el momento de la iniciación sexual de los y las adolescentes estaría ligado a la imprevisión: no suele ser planificado, ni es acompañado de cuidado. Es productor de contradicciones: tanto deseado como temido, para las adolescentes, es mayoritariamente un momento provocado por la presión del varón, a la que ellas acceden sin reconocer o poner en juego su deseo. Indican casi exclusivamente la penetración como el momento de la iniciación, sin reconocerle valor sexual a otras prácticas. Las jóvenes se refieren siempre al placer masculino, sin advertir un placer propio: éste es reemplazado por afirmaciones relativas al amor (Grimberg, 2001)

Para los varones, la iniciación sexual se constituye en un rito de pasaje. La autoconstrucción como sujeto masculino, implica la exigencia de una predisposición permanente al acto sexual, una insistencia siempre presente, y la negativa de la mujer es vista como un hecho menor, incluso como un reforzamiento del deseo, lo que justifica para el varón el forzamiento. Tanto entre varones como mujeres, existen representaciones dicotómicas que separan el acto físico del amor (Grimberg, op. cit.).

La sexualidad, en particular la masculina, es asociada a imágenes de desborde, impulsividad, descontrol. Las mujeres son construidas con imágenes de sumisión, pasividad, moral, entrega y satisfacción del varón. La idea del amor romántico y altruista parece actuar como un obstáculo para que las adolescentes asuman posiciones activas de autocuidado (en tanto no se puede desconfiar de quien se ama, y a él hay que entregarse sin restricciones). Así, para una adolescente negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desea, autorizarse a que sea lícito no desear tener relaciones, o cuando no hay condiciones de protección, es una tarea ardua, en general muy pocas veces lograda (OPS, 2004; Grimberg, Op. cit.).

El preservativo es construido sólo como una protección contra el embarazo, y representa el momento inicial de las relaciones interpersonales. Una vez afianzada una relación, se deja de usar. Ello a pesar de contar con información sobre los modos de contagio de HIV. Así, las muchachas de entre 15 y 24 años (es decir, las sexualmente activas) constituyen el grupo de mayor aumento de la incidencia de HIV. Las construcciones que asocian la pareja heterosexual estable con una garantía de cuidado y protección operan aumentando el riesgo de contagio, en particular en sectores en los cuales la promiscuidad masculina no sólo está bien vista sino es promovida, y el preservativo se ve como “cosa de hombres”. Las muchachas deben confrontar constantemente estos riesgos con los de infidelidad de la pareja, abandono o violencia (OPS, Op. Cit., Grimberg, Op. Cit., Consejo Nacional de la Mujer).

Finalmente, el embarazo temprano aparece asociado, entre las adolescentes, con un nuevo lugar social: el de madre, rodeado de connotaciones positivas de las que carecen cuando son “adolescentes sexualmente activas”. Así, el embarazo se convierte en pasaporte a la vida adulta, reafirmando la condición de mujer. Este hecho desencadena muchas veces una salida del hogar familiar, lo que se ve como una manera de resolver conflictivas familiares.

Otras construcciones de género se refieren al control social y masculino de la sexualidad femenina, a normas que proscriben la sexualidad no procreativa en mujeres solteras, que impulsan la maternidad temprana, que promueven el silencio y el desconocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad, que valoran la maternidad como único canal de satisfacción para las mujeres y que legitiman socialmente el ejercicio de la poligamia, de la violencia sexual y de la violencia doméstica. De acuerdo con estas normas, la procreación constituye un medio de legitimación social, un símbolo de adultez, una afirmación de la femineidad y de la masculinidad, y un camino para formar y afianzar uniones conyugales. Limitan las posibilidades de usar anticonceptivos, sobre todo si se trata de jóvenes solteras o si los métodos requieren la participación o aceptación del varón. También inhiben el uso de medidas preventivas de ETS, y retrasan el uso de los servicios de salud frente a daños que expresan infracción al recato sexual o al deber maternal femenino, como las ETS y las consecuencias del aborto.

Si bien el HIV/SIDA afecta en menor medida a las mujeres, ha tendido a incrementarse la proporción de infectadas y las defunciones por esta causa entre la población femenina. Entre los años 1988 y 2002 la razón entre hombres y mujeres infectados pasó de 20,7 en el primer año a 2,24 en 2002. El aumento de los casos de SIDA entre las mujeres y la incidencia de la transmisión heterosexual demuestra que las mujeres se han transformado en un "grupo vulnerable".

El 67,9 % de los 21.865 casos de SIDA registrados en Argentina hasta agosto del 2002, corresponde a menores de 35 años. La relación varón mujer es de 3 a 1 pero disminuye a 2,4 a 1 en el grupo de 15 a 24 años, lo que indica mayor exposición de las adolescentes al contagio, sobre todo por la vía sexual (que representa el 52,6% de los casos). Los casos registrados de SIDA se concentran cada vez más en la población joven urbana, en especial entre aquellos con menor nivel educativo y baja calificación laboral. El 41,8 % de los casos masculinos y el 49,1 % de los femeninos tienen solo escolaridad primaria como máximo nivel educativo alcanzado. En la provincia de Buenos Aires se concentra el 44.7% de los casos denunciados de SIDA del país. El conurbano bonaerense concentra el 79% de esos casos. El área metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) concentra el 75% del total de casos del país.

Entre 1995 y 2000 se incrementaron en un 46% las internaciones por complicaciones de aborto. Una reciente investigación realizada en el Hospital Paroissien, de zona suroeste del Conurbano Bonaerense, donde se realizan alrededor de 3000 partos anuales, indica que de cada 5 mujeres internadas por parto, 1 es internada por consecuencias de un aborto (600 abortos anuales). Ese estudio calcula la incidencia del aborto inseguro en un 28.9% del total de abortos asistidos (alrededor de 200 abortos anuales). Los responsables del servicio de Tocoginecología indican que las mujeres están utilizando el aborto como método de planificación familiar, ya que no acceden a programas de salud reproductiva.

El bajo acceso al sistema sanitario y a métodos anticonceptivos y de protección de contagio de VIH y ETS, sumado a información no problematizadora o de difícil apropiación, es indicador de una situación de riesgo para las/os púberes y adolescentes de sectores populares.

“sostenemos que las propuestas de prevención deben partir del conjunto de la práctica social y, sobre todo, de la especificidad de las relaciones de género; articular estrategias relacionales entre mujeres y varones y promover en ellos la reflexión crítica en torno de núcleos claves de su vida cotidiana y su

participación activa en la construcción de relaciones y prácticas sociales de reciprocidad y equidad” (Mabel Grimberg, *op.cit.*)

El sostén, el espacio para confrontar requiere, por parte de los adultos, confrontar la propia mortalidad, y rememorar el proceso adolescente, para reencontrar sufrimientos, inseguridades, irresoluciones, similitudes y diferencias. Para acompañar, desde un lugar de adulto los procesos adolescentes, parece necesario trabajar con los propios obstáculos y contradicciones que la adolescencia revive, para permitir a los y las adolescentes que desplieguen sus temores, inseguridades, incertezas, permitiendo una reflexión. El lugar de adulto se relaciona, sin embargo, con la ley: es adulto quien representa para los jóvenes al colectivo social, como promesa de lugar y como herencia común. Es decir, no habilita un todo vale, no avala la impunidad –incluso la impunidad de la violencia cotidiana.

En tanto las instituciones sociales ya no garantizan un futuro, soporte de las proyecciones que los adolescentes harían sobre sí mismos como adultos, la recepción de los nuevos adultos se realiza bajo la amenaza de exclusión. Cuando tales operaciones se han producido ya sobre los padres, la matriz social y subjetiva de creación de adolescencia (relación con los adultos –padres- y con instituciones educativas) falla, haciendo que nuestras viejas concepciones y conceptualizaciones sobre lo que es ser adolescente sean, precisamente, viejas.

En ese sentido, la relación adultos – adolescentes es una relación desconcertante: no se sabe qué es ser adolescente, no se sabe cómo se es adolescente, no se sabe (no sabemos) cómo ser adultos. Se requiere entonces trabajar con tal desconcierto.

### **Estrategias y escenarios de promoción de la salud durante la adolescencia**

¿Qué tipo de estrategias son posibles para la promoción de salud, cuando se opera en un contexto cargado de urgencias y necesidades? ¿qué balance encontrar entre las intervenciones tradicionales de corte preventivo y el estímulo a las habilidades de autocuidado que serán determinantes en el largo plazo? Sergio Meresman  
*Promoción de salud en la escuela*

Tanto la escolarización como la participación social pueden funcionar como catalizadores de un ejercicio seguro de la sexualidad y, en general, para el desarrollo de hábitos saludables. En particular, los espacios de participación social proveen de un escenario de inclusión alternativo al hogareño, que posibilita a las y los adolescentes la integración social y cultural, desarrollando proyectos de vida (como parte del proceso adolescente) que permiten moderar el efecto de la pobreza y la desocupación. Por otra parte, las campañas de prevención no parecen tener efectos duraderos ni provocar apropiación de información y adopción de estrategias de autocuidado.

Las prácticas en promoción y prevención tendrían que ser objeto de permanente reflexión y adaptación por parte de los equipos, para estar en relación con los conocimientos y valores sociales de los grupos con los que se trabaja. Valores, actitudes y pautas culturales y grupales, problemas en la inserción social y económica, información inadecuada y dificultades en la accesibilidad de los servicios de salud son

dimensiones determinantes de las problemáticas en salud y salud sexual y reproductiva.

Las posibilidades de modificar los estilos de vida generando pautas de autocuidado y potenciando los procesos protectores, requieren de un abordaje que contemple la multidimensionalidad de la vulnerabilidad intrínseca al proceso de salud sexual y reproductiva. En particular, es necesario recordar la diferencia entre los procesos de construcción de conocimientos sobre salud y los procesos protectores que articulan recursos simbólicos, habilidades psicosociales, competencias emocionales necesarios para resolver conflictos y desenvolverse en la vida cotidiana. Entre los últimos, pueden resaltarse como procesos que pueden promoverse en los espacios de taller: el pensamiento crítico, la habilidad para resolver problemas, la habilidad para tomar decisiones, la capacidad de expresión de sentimientos y conflictos, las relaciones interpersonales respetuosas.

Los modelos de intervención asociados sólo a la educación (en su aspecto de transmisión de información) suelen fallar en tanto apelan a un sujeto ideal: al de la racionalidad de las decisiones en materia de salud y salud sexual. Las prácticas sociales se sostienen en un tipo de conocimiento que no es veritativo ni verificable, sino inmediato y afectivamente valorado. Por ello no son en-sí ni falsas ni verdaderas, sino efectivas. Al transmitir información en un sistema de conocimiento científico, se debería conducir a desestimar alguna de las proposiciones contradictorias. En un sistema de conocimiento social, por el contrario, nos encontramos con que ambas proposiciones coexistirán sin inconvenientes en el ámbito discursivo, siendo el conocimiento previo el que aporta la matriz para las prácticas en salud. Los cambios actitudinales y subjetivos requieren la transmisión de conocimiento sumada a otras operaciones.

Las teorías del aprendizaje han señalado con énfasis que en la construcción de nuevos conocimientos se entraman las ideas previas, teorías implícitas existentes, con los nuevos datos. Por lo tanto, las formas de pensar la salud, la enfermedad y la educación se pondrán en juego como obstáculos o facilitadores cuando se las ponga en contacto con nuevas concepciones. *Chardón, Cristina (2002)*.

Una conducta en salud es el efecto observable de una estructura de determinación que conjuga niveles sociales (conocimiento y prácticas socialmente valoradas, inclusión y pertenencia a grupos particulares, clase social, estereotipos de género, educación formal disponible, espacios socialmente disponibles para el despliegue de prácticas saludables, formas de organización familiar) y niveles singulares (historia y experiencias, modelos identificatorios, posición subjetiva, particularidades del proceso adolescente). Para que la información adquiera peso en esta constelación, es necesario que se provea el espacio para que entre en conflicto con la experiencia. Ello se puede lograr en talleres en los que la dinámica posibilite la interpelación singular en un marco de contención y cuidado.

El enfoque de riesgo, por su parte, presenta el problema de que lo que es un factor de riesgo para el sistema sanitario o educativo, es el modo natural de vivir de las personas que lo padecen. Ello obstaculiza el desarrollo de necesidades en salud y no hay demanda de asistencia. Los modelos de cálculo de costo-beneficio (por ejemplo, el beneficio del uso del preservativo es mayor que las complicaciones de su uso, por lo que las personas tendrían con ello una fuerte motivación para elegir usarlo) como matrices para producir modificaciones de los hábitos de salud, parten de un supuesto que es aquí considerado erróneo, en tanto las evaluaciones racionales que propician no necesariamente conducen a un cambio personal, sino sólo a una constatación de riesgo

que acarrea una conducta. Incluso, la peculiaridad de los procesos adolescentes puede dar lugar a que la constatación de encontrarse en una situación de riesgo sea la clave para evitar que se produzca un cambio. Las situaciones de excepción (ser distinto y “peligroso”) y de exposición (generar eventos para demostrar tal condición) son la norma en la adolescencia. Se trata de un momento vital en el que es esperable encontrar un aumento de la exposición a innumerables riesgos por parte de adolescentes que serán “adultos normales”.

Los discursos de prevención alejados de las necesidades cotidianas de las y los adolescentes, que no entran en conflicto con sus prácticas de cuidado de la salud y que transforman en signo de diferencia, anormalidad o riesgo los procesos adolescentes no resultan eficaces. Al mismo tiempo, dejarían intactos los espacios de producción de sufrimiento: la fallida diferenciación y conflicto con los adultos, la incertidumbre sobre la sexualidad, la búsqueda de experimentación y placer lindante con la muerte, la ausencia de espacios de acogida para anticipar un tiempo futuro y desarrollar un proyecto.

## **Reflexiones finales**

Decir que la escuela silencia la temática de la sexualidad es enfocar la cuestión de manera demasiado restrictiva: efectivamente se “habla” poco y nada de las relaciones íntimas, del amor o del placer. Pero eso no implica que no se esté “diciendo” algo y, menos aún, que la cuestión del sexo permanezca ajena a las prácticas cotidianas.  
Graciela Morgade

Quisiéramos retomar aquí las reflexiones abiertas al inicio: ¿bajo qué condiciones es posible trabajar en Educación Sexual para adolescentes en las escuelas?

¿Cómo promovemos activamente la participación, el protagonismo de las y los adolescentes en el cuidado de su salud y la de los otros?

En general, la transferencia de saber en un plano de desigualdad y jerarquía obstaculiza la participación. ¿Cómo sostenemos, como adultos, la asimetría y la diferencia que van a permitir desplegar a los adolescentes sus conflictos, sin transformar esa diferencia en un espacio de cristalización del poder?

Desde nuestro punto de vista, las necesidades de las y los adolescentes, su propia perspectiva, tendrían que poder tomados como el punto de partida para diseñar estos espacios. Procesos secuenciales, que se dirijan a la reconstrucción del sentido común y de los contratos autoritarios, con espacios para la revisión conjunta del proceso de enseñanza-aprendizaje y para la contención afectiva singular, parecen ser los más eficaces en construir relaciones de confianza entre adultos y adolescentes y en permitir a los últimos el logro de la autonomía y el cuidado de sí y de los otros.

En principio ningún espacio en el que se trate a la sexualidad meramente como contenido de manual; sobre el que todos y todas tenemos certezas; atravesado por principios morales; en donde no se permita reflexionar sobre las propias vivencias, sobre el poder entramado en el sexo, sobre el placer y la violencia; que no haga lugar al temor; resultará creíble para las y los adolescentes.



No será, seguramente, bajo la forma de la evitación del conflicto, de la zozobra, del silenciamiento de aquello que nos desconcierta. No será, tampoco, en una escena marcada por la diferencia de poder, la desconfianza, el temor del otro.

Si la relación entre adultos y adolescentes está marcada por la extranjería con que, como adultos, los construimos, quizá tengamos que pensar, en primer lugar, que aquello que queremos ofrecer no necesariamente es lo que los adolescentes quieren recibir. Quizá debamos soportar que no quieran nada de lo que tenemos para ofertar, ni nuestra forma de vivir la sexualidad, ni nuestras elecciones, ni nuestra moral, y sin embargo debamos quedarnos ahí, sosteniendo desconcertados que lo que los adolescentes rechazan es nuestra misma incertidumbre sobre el mundo que hemos construido.

Proponemos a la prevención como un proceso que intenta asegurar, dentro de lo posible, las condiciones mínimas para que el destino de cada sujeto pueda permanecer incierto. Preservar la incertidumbre sería un objetivo ético de la prevención, frente a lo irreparable e irremediable de un destino signado por la certeza. *Graciela Fabi: Las mujeres jóvenes y la salud.*

## **Bibliografía**

Bianco, Mabel y Correa, Cecilia (2003): La adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza. FEIM, Buenos Aires

Chardón, Cristina (2002): Educación, salud y prácticas cotidianas en los temas transversales. En Ensayos y Experiencias N° 45, Salud<>Educación.

Fabi, Graciela (2000): Las mujeres jóvenes y la salud sexual/derechos reproductivos. En Zaldúa, G (comp): Salud y Género. EUDEBA, Buenos Aires.

FEIM, CLADEM, ADEUEM (2002): Derechos Humanos de las Mujeres: asignaturas pendientes del estado argentino.

Grimberg, Mabel (2001): Sexualidad, cuidado sexual y VIH-Sida. Problemáticas de prevención en jóvenes de sectores populares. En Ensayos y Experiencias N° 38: Sexualidad y Educación.

Meresman, Sergio (2002): Promoción de salud en la escuela: ¿qué sentidos perduran? En Ensayos y Experiencias N° 45, Salud<>Educación.

Morgade, Graciela (2001): "¿Existe el cuerpo... (sin el género)? Apuntes sobre la pedagogía de la sexualidad. En Ensayos y Experiencias N° 38: Sexualidad y Educación.

OPS: Salud Sexual y desarrollo integral de adolescentes en las Américas.

OPS (2004): La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas

Pantelides, E (2001): La iniciación sexual bajo coerción, Centro de Estudios de Población, Buenos Aires.

Valeria Llobet

Psicóloga,

JTP Programa de Democratización de las Relaciones Sociales, UNSAM