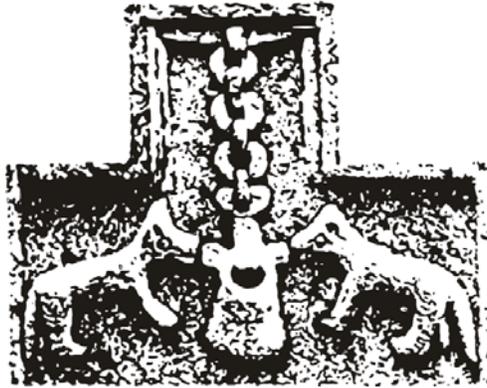


UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de abril de 1981



LA VERDAD NOS HARÁ LIBRES

“ADOLESCENTES, SEXUALIDAD E INTERACCIONES MEDIÁTICAS”

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN COMUNICACIÓN

Presenta

JANNET SOCORRO VALERO VILCHIS

Directora

Dra. Inés Cornejo Portugal

Lectores

Mtro. Luis Alfonso Guadarrama Rico

Dra. Delia Covi Druetta

México, D.F.

2007

Contenido

	Pág
Introducción	<u>5</u>
1.-Encuadre	<u>16</u>
1.1 Adolescentes, medios de comunicación y salud	<u>16</u>
1.2 Infecciones de Transmisión Sexual [ITS]	<u>19</u>
1.3 VIH/SIDA	<u>20</u>
1.4 Embarazo adolescente	<u>22</u>
1.5 Los desafíos para el campo de la comunicación	<u>27</u>
2.-Adolescentes, Sexualidad e Interacciones Mediáticas. Coordinadas para una conceptualización multidisciplinaria	<u>33</u>
2.1 Base teórica	<u>33</u>
2.1.1 Interacción	<u>34</u>
2.1.2 Elementos	<u>36</u>
2.1.3 Contenido y relación	<u>37</u>
2.1.4 Tipos de interacción	<u>39</u>
2.1.5 Adolescencia, rango etáreo como punto de partida	<u>41</u>

2.1.6	Condición bio-psico-social y mediática	42
2.1.7	Adolescencia y sexualidad	44
2.1.8	Adolescencia, aproximación a la sexualidad y contenidos mediáticos	52
2.1.9	Adolescentes, escuela y sexualidad	56
2.1.10	Padres, madres, adolescentes, noviazgo y sexualidad	60
2.1.11	La sexualidad [adolescente] como un tema de conversación en el ámbito familiar	66
2.1.12	Conductas de riesgo, salud adolescente y sexualidad	70
3.-	Estado del arte	74
3.1	Los inicios	74
3.2	Estudios	77
3.3	Balance	88
4.-	Metodología	94
4.1	Enfoque de estudio	94
4.2	Planteamiento del problema	95
4.3	Hipótesis	99
4.4	Grupos focales	101
4.4.1	Integración	103
4.4.2	Guía temática	106
4.4.3	Mecánica de trabajo y escenario para las sesiones	107
4.4.4	Periodo de levantamiento de información	108
4.4.5	Procesamiento cualitativo	108
4.4.6	Algunas dificultades	110
4.5	Encuesta a adolescentes escolarizados	111
4.5.1	Población adolescente escolarizada	111
4.5.2	Muestra de adolescentes en el estudio	114
4.5.3	Origen del cuestionario COMSALUD	118
4.5.4	Ampliación del contenido del cuestionario	118
4.5.5	Contenido del cuestionario y preocupación de los adolescentes	119
4.5.6	Aplicación	121
4.5.7	Procesamiento cuantitativo	123
5.-	Resultados y análisis	124
5.1	Predominio de la televisión en la vida de los adolescentes	124
5.2	Medios, salud y <<casi-interacciones>> en	

adolescentes	<u>126</u>
5.3 Interacción con la oferta musical, adolescencia y emociones	<u>128</u>
5.4 Medios impresos e interacciones mixtas	<u>130</u>
5.5 Revistas, secciones y creencias de los adolescentes	<u>131</u>
5.6 <<Casi-interaccional>> y audiovisual	<u>134</u>
5.7 Adolescentes, medios y sexualidad	<u>135</u>
5.8 La mayoría de los adolescentes saludables	<u>136</u>
5.9 Adolescentes, Internet y acceso a iconografía erótica	<u>139</u>
5.10 Alcance de la <<casi-interacción>> mediática en los mensajes saludables	<u>141</u>
5.11 Interacción cara a cara entre el mundo adulto y los adolescentes	<u>144</u>
5.12 Los padres, las madres y la conversación con los adolescentes	<u>148</u>
6. Recomendaciones	<u>151</u>
6.1 Bases para el desarrollo de estrategias de comunicación	<u>151</u>
6.2 Propuesta	<u>154</u>
6.2.1 Sexualidad como eje de otros problemas de salud	<u>154</u>
6.2.2 Importancia de la participación de madres y padres de familia	<u>158</u>
6.2.3 Por una cultura de la sexualidad saludable	<u>158</u>
6.2.4 Información especializada en sexualidad	<u>159</u>
6.2.5 Programa permanente de actualización y efecto multiplicador	<u>161</u>
6.2.6 Internet y la radio	<u>161</u>
6.3 El Modelo Comunicativo Sexualidad Adolescente y Vida Saludable	<u>164</u>
7. Bibliografía	<u>169</u>
Anexo 1.- Guía Temática para la Aplicación de Grupos Focales	<u>181</u>
Anexo 2.- Mapa conceptual para orientar la codificación de los Grupos Focales	<u>185</u>
Anexo 3.- Cuestionario FAMECOM (ampliado) Medios y Salud Pública: La voz de los adolescentes	<u>188</u>

Introducción

Los adolescentes han constituido, básicamente a partir de la década de los sesenta y setenta, del pasado siglo XX, uno de los temas de referencia ineludibles en el campo de las ciencias sociales así como en el campo de las ciencias biomédicas. En el primer ámbito, las preocupaciones han girado en torno al papel que desempeñan como grupo social de expresión cultural y, en el segundo, en tanto grupo de alta vulnerabilidad y riesgo para la salud.

Una de las problemáticas que han ocupado mucha tinta en la mayor parte del mundo se puede identificar como: la salud del adolescente. Organismos de alcance internacional como la OMS,

ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud [OPS], han realizado grandes esfuerzos para tratar de poner de relieve la importancia que tiene el hecho de que este grupo de población [compuesto por el rango de edad que va de los 10 a los 19 años], mantenga y fortalezca estilos de vida saludable. La razón principal de este planteamiento es que, de acuerdo con cálculos sociodemográficos, para la mayor parte de los países del mundo subdesarrollado [y especialmente América Latina y el Caribe], habrá de constituir una ventaja de primer orden el hecho de que este grupo de población se mantenga y desarrolle en condiciones saludables, a efecto de que el llamado “bono demográfico” contribuya –junto con el grupo de jóvenes¹ que va de los 20 a los 29 años de edad– al detonamiento del crecimiento económico y, con ello, la calidad de vida de la población en general.

En tal sentido se ha logrado colocar en el ámbito de las discusiones –tanto académicas como en las políticas públicas y en la propia gestión gubernamental– los estilos de vida de los adolescentes así como el claro combate a los factores de riesgo que son causas de enfermedades, invalidez progresiva y muerte, especialmente en este grupo de población que, dicho sea en toda su magnitud, no habría razones para imaginar una vida corta. Así, temas como: inicio en prácticas sexuales [coitales], hábitos alimentarios, consumo de alcohol y tabaco, formas temerarias de conducción de automóviles, uso y contenido del tiempo libre de los adolescentes [y jóvenes] han llamado poderosamente la atención, a fin de acrecentar esas formas de vida saludable.

Sin lugar a dudas, un tema de tal complejidad ha reclamado un tratamiento cada vez más multi e interdisciplinario, pues se ha reconocido no sólo la comprensible parcialidad que conlleva cada

¹ La Organización Panamericana de la Salud ha marcado al grupo de jóvenes, como el subconjunto de personas comprendidas en el rango de 20 a 29 años de edad.

disciplina científica por sí sola sino que se ha aceptado la ventaja que reviste el hecho de diseñar y operar proyectos de investigación así como programas de intervención, encaminados, de un lado, a indagar los factores que incentivan las conductas de riesgo o, del otro, a la búsqueda de estrategias que tratan de impulsar los estilos de vida saludable entre la población adolescente.

En este marco, básicamente desde el año 2000, la OPS dio un fuerte impulso a los proyectos de investigación y programas de acción que estaban claramente interesados en explorar el papel que estaban jugando –en la generación de conductas de riesgo– los medios de comunicación y sus contenidos. Indudablemente se trató de un punto de inflexión en la temática, pues los ejes que se habían derivado antes de ese año, estaban más bien dominados por una óptica biomédica.

La OPS, como instancia internacional, logró establecer un contacto estratégico con la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social [FELAFACS]. A través de esta Federación se convocó a un grupo de especialistas en comunicación, procedentes de 11 países, para diseñar un proyecto de investigación que fuese capaz de levantar información básica en torno al consumo mediático que hacían los adolescentes en dichos países y sus correspondientes estilos de vida. Los hallazgos sentarían las bases para poder trazar programas de acción que incentivaran [desde ámbitos microlocales, pasando por los estatales hasta la cobertura nacional] los comportamientos saludables, la reducción de conductas de riesgo y, en algunos casos, se abrazaba la idea de poder contribuir a la generación de políticas públicas orientadas a la protección de este grupo de población.

Vale señalar que muchos de los alcances previstos en los albores de aquel año 2000, han tenido que esperar largos procesos de maduración y quizá una mayor concienciación de otros actores sociales e

institucionales, para hacer posible esos objetivos trazados con largo aliento. Lo que sí se logró fue la participación de once equipos de investigación [de igual número de países] que, sobre la base de un proyecto de investigación común y compartido, supieron encontrar los apoyos, recursos económicos y humanos, para hacer posible el levantamiento de información de corte cuantitativo y cualitativo, acerca de la interacción mediática que tenían los adolescentes y un primer acercamiento a sus conductas, tanto de riesgo como saludables.

Es en este esfuerzo en el que me inscribo desde sus primeros pasos, al ser invitada a formar parte del equipo de investigación que para entonces integró la Universidad Autónoma del Estado de México [UAEM], a través de Luis Alfonso Guadarrama, quien entonces fungió como investigador responsable del proyecto COMSALUD: *Medios y Salud Pública. La Voz de los Adolescentes*.

Como resultado de una primera reunión de trabajo a la que convocó la OPS, Luis Alfonso Guadarrama regresó a la UAEM con un borrador del protocolo de investigación que se había logrado configurar en Ecuador, entre más de 15 investigadores. Inmediatamente me integré al equipo, en calidad de subcoordinadora del grupo de investigación UAEM, y nos dimos a la tarea de revisar tanto el protocolo como los instrumentos de investigación [cuestionario y guía para grupos focales] que se habían perfilado desde la reunión de Ecuador. El resultado que generamos fue un instrumento más amplio y logramos detallar nuestra guía de grupos focales, así como la adaptación de algunas preguntas.

Concluido el trabajo en el que logramos mejorar el proyecto de investigación, participé activamente en la planeación e instrumentación del trabajo de investigación, pues habíamos optado por efectuarlo en el municipio de Toluca, Estado de México, con población adolescente escolarizada. Enseguida, apliqué

varias decenas de cuestionarios, conduje tres grupos focales, procesé datos y tomé parte en el análisis de la información tanto cualitativa como cuantitativa que habíamos recabado entre todo el equipo de la UAEM. Una vez que cerramos la etapa de procesamiento general de datos, me dediqué a trabajar con mayor detalle dos subtemas: interacción mediática y sexualidad. Estos temas habían llamado especialmente mi interés, dado el programa de maestría que había cursado en la Universidad Iberoamericana y, en atención a que en mi papel de profesora de comunicación he tratado constantemente con población adolescente y juvenil.

Como se podrá apreciar en las siguientes páginas, se trata de un trabajo de investigación que si bien se inscribe en una demarcación municipal específica, parto de la premisa –y espero haberlo demostrado– de que muchos elementos que configuran la vida de los adolescentes urbanos y escolarizados, frente a la oferta mediática, así como sus prácticas sexuales, libran la condición sociocultural de cada país y, en realidad, se trata de una condición que puede ser de especial trascendencia para pensar en el ser adolescente mediático, frente a un mundo adulto que sigue agazapado en la atmósfera silente de la vida familiar cotidiana.

Agradecimientos

El presente estudio fue posible gracias al interés y capacidad de convocatoria que desplegaron tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), quienes lograron establecer contacto con once instituciones de educación superior en América Latina y, para fortuna personal y de la Universidad Autónoma del Estado de México, identificaron el interés que teníamos desde la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública así como en la Red Iberoamericana de Investigación en Familia y Medios de

Comunicación [FAMECOM] por tomar parte en un proyecto a escala continental y directamente vinculado con este campo emergente que constituye la comunicación y la salud. Asimismo, toda vez que el protocolo fue preparado por Rafael Obregón, merece especial mención la Universidad del Norte, ubicada en Barranquilla, Colombia, pues entiendo claramente el apoyo que se requiere para que un académico se dé a la tarea de formular un proyecto que estimule y promueva la participación de otras instituciones de educación superior y de investigadores interesados en esta valiosa e impostergable temática.

Quiero manifestar mi profundo agradecimiento por el claro y sostenido apoyo, no sólo para dedicar gran parte de mi jornada laboral a esta importante tarea, sino por permitirme emplear los recursos disponibles y, aún más, para la adquisición de equipo adicional que pronto se hizo necesario, en atención a las dimensiones que fue adquiriendo el trabajo de investigación. En forma especial, mi gratitud al Dr. José Martínez Vilchis, Rector de la Universidad Autónoma del Estado de México, a Luis Alfonso Guadarrama Rico, actual Secretario de Docencia de la misma UAEM y a la Mtra. Guillermina Díaz Pérez, directora de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, por la sensibilidad, comprensión y respaldo otorgado.

Inicialmente, el protocolo de investigación así como los acuerdos celebrados colectivamente con la propia OPS y la FELAFACS, nos ofrecieron la posibilidad de llevar a cabo el ejercicio de investigación en un radio de acción inmediato a nuestro entorno laboral, es decir, la Ciudad Universitaria que se ubica en el municipio de Toluca, Estado de México. Sin embargo, tuvimos la oportunidad de exponer la iniciativa de esta investigación ante la Presidencia Municipal de Toluca, así

como al Consejo Asesor, integrado por personal especializado en el campo de la salud y de atención a los Adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del propio ayuntamiento.

Una vez que las autoridades municipales conocieron las bondades y la relevancia del esfuerzo que se llevaría a cabo, el Ingeniero Juan Carlos Núñez Armas, entonces presidente Municipal de Toluca, brindó todo su apoyo. Basado en el dictamen del Consejo Asesor del propio Ayuntamiento, dictaminó otorgar recursos económicos, con el objetivo central de que nos diéramos a la tarea de ampliar la cobertura y alcance del estudio, en dos sentidos: por un lado, que –además de la labor prevista con los grupos focales– a través de la encuesta se tratara de conseguir información entre los adolescentes de varias clases sociales y que se procurara contar con datos provenientes de diferentes latitudes de la geográfica del municipio Toluca. Adicionalmente, que estableciéramos contacto con el personal que laboraba en el DIF municipal, para analizar, evaluar y, en su caso, generar nuevas acciones tendientes a mejorar la pertinencia, eficacia y eficiencia de los programas dedicados a los adolescentes del municipio.

Por ello, en forma particular testifico mi reconocimiento al entonces alcalde del municipio de Toluca y a su equipo de colaboradores, así como al Consejo Asesor que se encontraba bajo la dirección de la Lic. Luz María Hernández Becerril, en aquel tiempo, en su calidad de Secretaria Técnica del Ayuntamiento, por la sensibilidad e interés mostrados ante el proyecto y por la visión humanista que les caracteriza.

Cuando el estudio estaba en el último tercio de su desarrollo, el Licenciado Enrique Olvera Contreras, Gerente General de Farmacias Servet, conoció el esfuerzo que realizábamos en Toluca. Él captó la

trascendencia social que representaba contar con información sobre el amplio sector de los adolescentes y aportó recursos adicionales que permitieron atender y dar salida a una serie de procesos operativos que la investigación demandaba en su etapa final. Desde este espacio, le reitero mi más amplio reconocimiento por el respaldo proporcionado y por la amistad.

El trabajo con los grupos focales, así como la organización y aplicación de la encuesta en diversos planteles escolares de secundaria y preparatoria del municipio de Toluca, Estado de México, fue posible gracias a que contamos con la entusiasta participación de profesionales de Orientación Educativa y con profesores que laboran para el sistema educativo estatal. Quiero agradecer especialmente a María Eugenia Rivera (Preparatoria No. 5 Dr. Ángel María Garibay Kintana); Mónica Vera Salas y Alejandra Acosta (Preparatoria No. 2 Nezahualcóyotl); Marisela Osorio (Preparatoria No. 4 Ignacio Ramírez); Jesús Edgardo Pérez (Preparatoria No. 1 Adolfo López Mateos) y a Eduardo Mendieta, por su destacada y comprometida participación en este esfuerzo colectivo.

Sin duda, los protagonistas fundamentales de este trabajo son los y las adolescentes que se dieron cita tanto en los grupos focales como durante la aplicación de la encuesta en distintos espacios educativos. Cada uno, con su voz, me dieron la oportunidad de asomarme, junto con otros colegas de mi Facultad, al complejo y dinámico mundo que les arroja y al que buscan darle curso y sentido desde sus estilos de vida. Como parte de la Red FAMECOM, mi interés por ellos se ha tornado en un imperativo y estoy convencida que ha marcado para siempre la agenda de trabajo de los próximos años de todo el equipo de investigación que se integró para este noble propósito, así como de la propia Red FAMECOM.

Para realizar el procesamiento de información fue necesario contar con dos tipos de ayuda. Por una parte, en el caso del programa empleado para codificar y analizar las entrevistas generadas en los ocho grupos focales (Ethnograph), fue menester tomar parte en un programa de capacitación que me proporcionara a mi y a otros integrantes del equipo de investigación, los conocimientos y algoritmos básicos para el uso adecuado del programa. A este respecto, mi agradecimiento tanto a María Martha Collignon, profesora-investigadora del Instituto de Estudios de Occidente (ITESO), como a Igor Martín Ramos Herrera, en tanto fueron clave para realizar el trabajo de análisis de los Grupos Focales a través del Ethnograph.

Por otra, en el caso del procesamiento de los cuestionarios, recibí el apoyo entusiasta, profesional y plenamente comprometido de un equipo de estudiantes de la Licenciatura en Comunicación de la UAEM que, desde el inicio del proyecto, expresaron su más amplio interés en la temática. La labor de Crescencio Reyes Hernández, Marisol Guadalupe Serrano Cruz, Joel Pérez Hernández, Raymundo Hernández Reyes, Ricardo Hernández Hernández, Marco Antonio Ávila Díaz, Brenda Rodríguez Felgueres, María Edith Vélez Ruiz, Octavio Carrasco Melgarejo, Sandy Valdez Ordóñez y Alicia Rogel Bedolla. Cada uno de ellos, todos los días, hora tras hora, dedicaron su mejor esfuerzo y escrupulosa atención para hacer posible la codificación y almacenamiento de más de 1,700 cuestionarios. Sin duda alguna, una labor de esta naturaleza merece mi admiración y, por encima de todo, me ha comprometido con cada uno, más allá de las aulas universitarias.

Estoy en deuda con mi directora de tesis, la Dra. Inés Cornejo Portugal. Le agradezco, por encima de todo, la paciencia y comprensión prodigada para conmigo, pues durante varios años (y estoy siendo literal en el expresión) me animó a desarrollar y concluir este trabajo. Leyó, incansablemente, los

primeros borradores y con gran interés me orientó hacia mejores puertos. Afortunadamente, esta tesis se parece muy poco a aquellos primeros documentos que amablemente revisó. Inés, ha sido un privilegio estar acompañada por una investigadora de tu talla y calidad.

Debo mucho a Karla Brito, Antonio Quintero y David Arriaga, mis entrañables compañeros de trabajo académico en la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la UAEM y los mares y océanos de la Red FAMECOM. Ustedes lo saben: fueron parte los remos para navegar airosamente. Gracias, siempre.

Luis Alfonso Guadarrama ha sido el líder del trabajo de investigación que hemos desarrollado en nuestra Red FAMECOM a escala iberoamericana. Atesoro, siempre, las muchas ocasiones en que conversamos acerca de este y otros proyectos de investigación. Aún en medio de su amplia y vigorosa agenda, Luis Alfonso contribuyó, generosa e incasablemente, a que el navío que representa este trabajo, no encallara en las aguas de la desesperanza. Las horas prodigadas y compartidas en nuestro quehacer académico, han sido y serán –siempre– luminosas para mi formación.

Jannet S. Valero Vilchis

Capítulo I

Encuadre

1.1 Adolescentes, medios de comunicación y salud

El amplio sector de los adolescentes¹ ha empezado a cobrar especial importancia para los gobiernos de nuestros países. Por un costado, los programas públicos dedicados a mejorar la oferta educativa y, por otro, aquellos orientados a generar espacios laborales y a brindar atención en enfermedades de transmisión sexual y SIDA así como procurar la reducción del embarazo en adolescentes, han demandado grandes cantidades de dinero y muchos esfuerzos. Sin embargo, otros problemas

¹ Con el propósito de facilitar la lectura, en el presente trabajo de tesis, empleo el genérico “los adolescentes”, con una clara referencia e inclusión tanto a los masculinos como a las mujeres. En otros apartados del mismo trabajo, cuando es necesario, realizo las distinciones de adscripción al sexo masculino o femenino y, en su caso, realizo algunas aproximaciones a la perspectiva de género.

relacionados con la vida de los adolescentes y su desarrollo mental, configuran una agenda más compleja para todas las sociedades del orbe.

México es un país que presenta un perfil demográfico con una fuerte presencia de población adolescente. Por esta característica central, los problemas de salud que afectan a este grupo etáreo se han convertido en fuente de preocupación y de acción desde sus tres ámbitos de gobierno, desde el sector privado así como de algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y de la propia sociedad civil². Los problemas que aquejan a los adolescentes son múltiples. Prácticamente todos con una raíz multifactorial que demanda amplios proyectos y programas de tipo social, educativo, de salud, mediático, comunicativo en general, laboral, político y legislativo. También reclama acciones concertadas para promover el trabajo y la acción multidisciplinaria, así como la participación y orientación de organizaciones internacionales que pugnan por el bienestar de la población en general y de los jóvenes en particular.

Muchos autores señalan que nuestro país es un territorio de niños y jóvenes, pues casi cuatro de cada diez habitantes están concentrados en el rango de 0 a 14 años y prácticamente treinta de cada cien personas están en el grupo de 15 a 29 años (Mariño, et al, 2000). Si sumamos ambos rangos, la proporción se torna por demás considerable pues sobre diez habitantes, siete tienen menos de 30 años (INEGI, 2000). Estas cifras ayudan a explicar por qué desde el último tercio del siglo XX, las políticas públicas y en general las acciones gubernamentales se han visto impelidas a orientar sus esfuerzos hacia los infantes y los adolescentes.

² Destaca el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), fundado en 1985 por un grupo de profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

La estrategia ha sido acompañada de una sostenida campaña de control de la natalidad y de lucha contra las causas de mortalidad infantil, que aún muestran fuertes resistencias en zonas rurales y entre los grupos indígenas. Por ejemplo, China y Japón, han pretendido encarar este desafío coartando el número de vástagos por familia (reducido a uno) pero ello no ha sido óbice para encontrar otras salidas más sostenibles, tanto demográficamente como situacionalmente.

En tales perspectivas, México tiene ganado el undécimo lugar entre las naciones más pobladas del mundo. El gobierno federal estimó que durante las próximas décadas tendrá un lugar similar y que probablemente se establezca entre 130 y 150 millones de habitantes (SEP, 2001).

A riesgo de ofrecer un panorama excesivamente general, enseguida presento un resumen de los principales problemas que aquejan a este grupo de población y que guardan estrecha relación con los propósitos del presente estudio. Por el enfoque que presentó la investigación, en tanto se trata de un campo construido a partir de tres coordenadas: *medios de comunicación, salud y adolescentes*, sólo haré una breve referencia a cada problemática, tratando de destacar la prevalencia de cada una y algunas de las acciones o programas de cobertura nacional.

El repaso de las enfermedades o padecimientos y las conductas de riesgo que aquejan a los adolescentes en nuestro país, así como en otras partes del mundo industrializado, constituyen un amplio escenario sobre el que opté por realizar dicho recuento. A pesar de que en la presente tesis únicamente me dediqué al tema de las relaciones sexuales [coitales] que exploran los adolescentes y sus condiciones de autoprotección o de riesgo, la razón primordial de tal recorrido estriba en que –

como se ha documentado en otras investigaciones– diversos padecimientos y conductas de riesgo están imbricadas en los propios estilos de vida. Es claro que dichas pautas emergen desde la adolescencia para, luego, afianzarse o desaparecer durante el resto de la vida de las personas.

Por esta razón, quienes son adolescentes escolarizados, con matices diferenciados del resto de núbiles, pueden marcar estilos de vida generadores de conductas de riesgo en las que es posible que sobrevengan padecimientos o enfermedades que claramente lesionan el potencial y la vida de los adolescentes. Así, el interés de este trabajo es llamar la atención acerca de los factores de riesgo que pueden vivenciar los adolescentes escolarizados, especialmente en el tema de las relaciones coitales.

A continuación realizo un recorrido acerca de los principales problemas que pueden presentarse en la vida de los adolescentes, como consecuencia de incursionar en la vida sexual activa, especialmente cuando sucede desprovista de métodos de protección que pongan a salvo la salud física de los núbiles.

1.2 Infecciones de Transmisión Sexual [ITS]

También denominadas Enfermedades de Transmisión Sexual [ETS], constituyen un problema de salud que afecta a los adolescentes que han iniciado prácticas coitales. Los indicadores nacionales muestran la prevalencia más alta en tres tipos de infecciones: Virus del Papiloma Humano (VPH) seguido del herpes genital y la gonorrea. Las tasas que reportaba para el año 2000 la Secretaría de Salud del gobierno federal, en las tres enfermedades mencionadas, son 10.4; 6.52 y 4.62, respectivamente, por cada cien mil habitantes (CONASIDA, 2000).

Estas cifras reflejan varios problemas. Por una parte, en atención a que se ha observado que los adolescentes están iniciando su actividad sexual a más temprana edad, sin protección y con personas que representan riesgos por padecer alguna de estas enfermedades, este grupo etáreo se torna *vulnerable*, ya que estos padecimientos presentan aumentos considerables entre los adolescentes y jóvenes que ya han iniciado vida sexual, su incidencia en todos los casos es superior a la registrada en la población total” (CONAPO, 2001: 114).

Conjuntamente, como lo han señalado otros estudios (OPS, 1998) estas y otras ITS que padece la población no siempre son atendidas debido a factores socioculturales, a la falta de acceso a los servicios de salud, a carencias económicas y a la ausencia de conocimientos en la temática de la salud sexual. Personalmente agregaría, junto con Guadarrama Rico, que en los medios de comunicación no es frecuente observar o escuchar campañas dirigidas específicamente a los jóvenes para combatir las ITS, no sólo a través del sexo protegido sino para promover una cultura del diagnóstico y, en su caso, de la búsqueda y recepción del tratamiento respectivo (Guadarrama y Valero, 2006).

1.3 VIH/SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha tornado una epidemia que preocupa enormemente a todos los gobiernos del orbe. Con base en el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) sobre el VIH/SIDA hacia el final del año 1999, en todo el mundo, más de 34 millones de niños jóvenes y adultos vivían con el VIH/SIDA, pero desde que surgió la enfermedad hasta esa fecha, casi 19 millones de personas han muerto como consecuencia de este virus.

Sobre estas cifras, es importante señalar que una severa y lamentable prevalencia está alojada en la África Subsahariana, con más de las tres cuartas partes de los casos (ONUSIDA, 2000).

Se trata de una enfermedad que constituye la cuarta causa de mortalidad en todo el mundo y se calcula que actualmente un tercio de las personas que viven con VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años (ONUSIDA, 2001). Este sólo indicador, en términos de grupo etáreo, ha colocado como fuente de preocupación a los adolescentes en tanto se sabe de la proclividad a incursionar tanto en relaciones coitales no protegidas (sin uso de condón masculino o femenino) como al consumo de drogas vía intravenosa, aún a pesar de las campañas mediáticas –sobre todo radiofónicas y televisivas– que han tratado de sensibilizar a este y otros grupos de riesgo.

Por lo que toca a nuestro país, según cifras oficiales se ha diagnosticado un total de 45,133 personas pero se tasa un subregistro de 15 por ciento y, por ende, se calculaba que había 67,700 casos de SIDA. De este total, los índices de considerable incidencia –de mayor a menor– fueron identificados en el Distrito Federal, Jalisco, Morelos, Yucatán y Baja California; vale subrayar que estas entidades están por encima de la tendencia nacional, calculada en 0.044 (CONASIDA, 2000). Al 30 de junio del año 2000, tomando como referencia únicamente el total de casos conocidos³ y diagnosticados con VIH/SIDA, se reportaba poco más de la mitad de los casos (52%) con prácticas y preferencias homosexuales o bisexuales. Asimismo, más de un tercio reportó sostener relaciones heterosexuales. Una de las interrogantes que salta ante estas cifras es si: ¿hay campañas mediáticas en nuestro país (transmitidas por prensa, televisión abierta y/o radio nacional) que aluden –connotativamente al

³ Las cifras oficiales reportan 29,683 casos.

menos– a las audiencias cuyas prácticas y preferencias sexuales son homosexuales o bisexuales. Desde ahora, la respuesta es: negativa aún, a pesar de constituir un amplio segmento de los grupos en riesgo.

Como lo he señalado, este problema de salud no sólo guarda relación con prácticas sexuales de alto riesgo, sino que los estudios dan cuenta de correlaciones con el consumo de drogas, particularmente las que se administran vía intravenosa; con la transfusión sanguínea que se realiza sin control sanitario; las infecciones de transmisión sexual y la prostitución.

A este respecto, las campañas y los programas de acción que se realizan desde el sector salud y el educativo, así como la participación de los medios de comunicación en México, a través de radio, prensa escrita, televisión, revistas, cine y la *internet*, han dado muestras de una permanente preocupación pero, si hemos de atender a las cifras que dan cuenta del uso del condón masculino como una de las medidas preventivas más eficaces para la población activa sexualmente –y en especial entre los adolescentes⁴– aún no se logra la plena percepción del riesgo y la transformación del comportamiento sexual hacia un esquema de protección y salud.

1.4 Embarazo adolescente

La tasa de nacimiento en México, durante las últimas dos décadas, ha registrado una disminución de 50 por ciento. Sin embargo, aunque esta cifra es alentadora en términos globales, el embarazo en la

⁴ Según se indica en la *Campaña Mundial contra el SIDA 1999 con los niños y jóvenes. Desafíos para América Latina*, «las relaciones precoces se tienen generalmente sin protección, como los demuestran las consecuencias: el embarazo no deseado, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual» (<http://gbgm-umc.org/programs/wad99/wacs.html>).

población adolescente (menores de 20 años) se duplicó en el mismo periodo, aportando con ello la quinta parte de los nacimientos cada año.

Este fenómeno de salud y sociodemográfico ha sido recientemente estudiado en México. A pesar de que en nuestro país la fecundidad se estudia desde la década de los sesenta, tuvieron que pasar dos décadas más para que se iniciaran las investigaciones demográficas y de salud acerca del embarazo adolescente. Sin embargo, los indicadores obtenidos hasta entonces fueron resultado de procesamientos secundarios que tomaron como base los censos de población y las estadísticas vitales (Welti y Paz, 2001).

Hace apenas unos cuantos años que a través de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) se llevó a cabo una encuesta en los estados de Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León y Puebla⁵. Con base en lo expuesto por Carlos Welti y Leonor Paz, prácticamente siete de cada diez mujeres adolescentes entrevistadas expresaron haber tenido un embarazo alguna vez en su vida y uno de cada diez jóvenes comentó haber embarazado a una muchacha, una ocasión en su existencia (Ibídem, 2001).

Con relativa independencia de los problemas asociados al crecimiento de la población, la necesidad de ampliar los servicios de salud, el acceso a la educación y la creación de fuentes de empleo, los efectos en las condiciones de vida de las madres y los padres adolescentes así como los propios infantes, se ven considerablemente afectadas. La reflexión que formulan Welti y Paz al respecto es que, «el embarazo precoz limita las posibilidades de desarrollo de la mujer, o cuando menos le asigna una carga

⁵ La selección de estas entidades obedeció a que MEXFAM deseaba contar con indicadores que le permitieran evaluar la efectividad de sus programas dirigidos a la población adolescente.

de responsabilidades mayor y refuerza su carácter dependiente en la medida en que el ejercicio de la maternidad le impide cumplir con otros roles individuales» (Ibídem: 20). Todavía más, persisten de manera notoria dos factores concomitantes en el embarazo adolescente: coincide con bajos niveles educativos y pobreza extrema; condiciones que agravan aún más las repercusiones tanto en los progenitores como en la descendencia y entonces resulta no sólo difícil sino que se prolongan en el tiempo las posibilidades para romper los círculos de pobreza.

Ante este panorama, se ha buscado la prevención y atención clínica y nutricional de la mujer adolescente embarazada y, desde otra óptica, mediante la participación de asociaciones como *Pro-vida* y la propia iglesia católica, se impulsa la atención física y emocional de las madres adolescentes. Ante este panorama, algunas interrogantes centrales que se han formulado en esta temática giran alrededor de si basta con impulsar la difusión de métodos de planificación familiar –a través de la escuela, los medios de comunicación, las instituciones de salud y las organizaciones civiles– y pugnar por una buena comunicación intrafamiliar, a fin de reducir la frecuencia del embarazo adolescente.

Los estudios realizados en fechas recientes, dejan claro que una amplia proporción de adolescentes conocen los métodos para evitar el embarazo. De hecho, como lo veremos más adelante, los estudiantes de secundaria y preparatoria que formaron parte de este estudio, manifestaron –al igual que otros núbiles entrevistados– una sólida base informativa acerca de las formas en que se pueden evitar concepciones no deseadas, así como infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Sin embargo, según lo reflejan los resultados descritos y analizados más adelante así como los expuestos por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) a través de la Encuesta Nacional de Juventud 2000, parece que no se trata de «conocimiento», pues 85 de cada 100 jóvenes expresaron poseer información

específica en torno al uso de métodos anticonceptivos, pero más de las dos quintas partes declararon no emplear ningún método para evitar el embarazo⁶, a pesar de que una fuerte proporción de los jóvenes experimentan su primer encuentro sexual entre los 15 y 19 años de edad, es decir, justo en el último segmento de lo que etareamente se concibe como rango propio de la adolescencia (IMJ, 2000).

Visto que en el ámbito de la salud pública la mayoría de los países del orbe tienen una preocupación por reducir el embarazo adolescente, se han puesto en operación campañas mediáticas –dirigidas especialmente a las audiencias de las zonas suburbanas y rurales– encaminadas a promover el uso de métodos anticonceptivos así como a la búsqueda de asistencia a centros de salud para adquisición de productos capaces de regular la concepción. En paralelo, desde hace algunos años, el gobierno federal ha destinado fondos económicos, transformados en «becas» para estimular la permanencia y continuación de estudios en chicas de secundaria; especialmente en zonas indígenas, suburbanas y rurales, pues se sabe que es allí donde se presenta la mayor incidencia de embarazo no planeado, especialmente en adolescentes con estudios de secundaria o menores grados de formación escolar.

También hay que señalar que otra de las formas en las que se ha tratado de hacer frente a la reducción de embarazos no deseados así como a la problemática que puede representar el embarazo adolescente en particular, ha sido a través de movimientos legislativos que permiten a muchos países del orbe, la interrupción asistida clínicamente del embarazo no deseado; lo que comúnmente y más toscamente se denominan *leyes que autorizan el aborto*. México es uno de los países en que únicamente se puede aprobar la práctica del aborto cuando está en peligro la vida de la madre y/o, en algunas entidades

⁶ Se trata de una tendencia que guarda correspondencia con otros estudios realizados en el pasado. Según lo apunta la propia OPS/OMS, entre 1986 y 1992, aumentó considerablemente el uso de anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa, pero desde entonces se ha mantenido en alrededor de 36 por ciento; muy lejos de la meta cifrada (60%) prevista para el año dos mil (OPS/OMS, 1998).

federativas, incluso en caso de que haya sido consecuencia de violación. Actualmente países como Chile y El Salvador manifiestan una total prohibición, sin consideración de ninguna especie. Por el contrario, Canadá, Cuba, algunos estados de la Unión Americana, Puerto Rico y Guyana, para referir la masa continental americana, sí tienen permitido legalmente el aborto asistido en clínicas y hospitales (Ver <http://www.gire.org.mx/>). En tal sentido, lo que se pone de relieve es que un problema específico como el embarazo no deseado y particularmente el embarazo adolescente pueden tener un rostro distinto cuando operan leyes que permiten o condenan la práctica del aborto asistido.

Desde luego, existen otros problemas de salud que afectan a la población adolescente en particular y, con base en los objetivos de esta tesis, han quedado separados, pero no fuera de la óptica de lo que sucede en el mundo adolescente, asuntos como: tabaquismo, alcoholismo, accidentes, depresión, trastorno por déficit de atención y los llamados trastornos de la alimentación (Ver Valero et al, 2006). Sin embargo, mantengo presente, como espero demostrar páginas más adelante, que concibo al adolescente (hombre o mujer), así como a la interacción entre ambos y sus redes sociales, implicados en otro tipo de conductas de riesgo que trazan sus estilos de vida.

Ante este panorama de la vida de los adolescentes, en el que reconozco que he realizado un recorrido por «la parte oscura de la luna» –es decir, básicamente he abonado a la óptica de los «problemas» que viven los núbiles–, también debo reconocer que mayoritariamente en los medios urbanos, si algo les caracteriza es la baja prevalencia o incidencia de enfermedades. Pero ahí está el problema central, en mi opinión: los adolescentes (y he referido a hombres y mujeres) padecen poco, pero desde esa etapa «fundan», siembran o «cultivan» estilos de vida que a la postre van a repercutir en padecimientos transitorios o silenciosamente letales que limitarán su desarrollo ulterior y su calidad de vida. De aquí

la importancia de arrojar luz sobre aquellos espacios que, desde el campo de la comunicación, podrían ser cultivados para ayudar a que los(as) adolescentes edifiquen mejores estilos de vida, a pesar de la omnipresencia de los medios de comunicación.

1.5 Los desafíos para el campo de la comunicación

Si bien queda de manifiesto que los medios de comunicación abordan y difunden una gran cantidad de problemas de salud que aquejan a los adolescentes, en la mayoría de los casos ha sido insuficiente debido a que los núbles requieren de mayor profundidad y de un tratamiento informativo más apegado a sus intereses y necesidades.

Con base en los indicadores sobre ITS, crecimiento del VIH/SIDA, prevalencia del embarazo adolescente, queda de manifiesto que para el campo de la comunicación se abre una amplia agenda en materia de concepción, diseño, operación y evaluación de programas y/o estrategias capaces de contribuir a la apropiación –entre los adolescentes– de conductas saludables o de autoprotección en el ejercicio de su sexualidad, especialmente en lo que respecta a sus encuentros coitales.

Un desafío de esta naturaleza implica, al menos en principio, dos momentos: Uno, dedicado a conocer y valorar las formas de interacción y relación que establecen los adolescentes con los medios de comunicación y sus contenidos, así como a dar cuenta de quiénes son sus principales interlocutores: padres, madres, hermanos, amigos, compañeros, profesores, parejas entre otros. Para ello es indispensable contar con información que nos permita integrar un mapa general, pero específico de los adolescentes, acerca de sus consumos mediáticos y, por otro costado, que arroje luz sobre la red o

redes sociales que trazan cotidianamente para construir su saber sobre una parte de su sexualidad, especialmente los encuentros coitales y sus consecuencias para su vida inmediata y futura.

El segundo momento exigiría la transformación de los hallazgos en –al menos– un boceto de programa de acción en el que se vislumbrara la posibilidad de favorecer la construcción de estilos de vida saludable. Un propósito de esta naturaleza tendría que bordar sobre diversos ámbitos de la vida social de los adolescentes, pero sin perder de vista que uno de los centros neurálgicos de tal programa de acción tendría que ser el ejercicio saludable de su sexualidad, a fin de construir una etapa juvenil más sólida, sostenible y autoprotegida. En menos palabras, en la que su desarrollo y curso de vida se viese coloreado por un gran potencial de su existencia.

Es en este marco en el que se inscribió la presente investigación. Un esfuerzo que estuvo alojado en un trabajo de investigación más amplio que, operado en once países de América Latina y liderado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Washington, D.C., trató de indagar –a través de un acercamiento cuantitativo [encuesta]⁷ y cualitativo [grupos focales]– cuál era el papel que estaban desempeñando los contenidos mediáticos, desde la óptica de los propios adolescentes, particularmente en diversos temas de salud. Por esta razón, el informe regional que se integró entre los once países de América Latina fue titulado: *Medios y Salud: la voz de los adolescentes*, publicado en el

⁷ Como se podrá constatar en el capítulo de la metodología, inicialmente la intención del proyecto global operado desde la OPS, era aplicar ambos procesos de acercamiento [cualitativo y cuantitativo] a la vida de los adolescentes en condición de escolarizados o asistentes al sistema educativo en cuestión. Sin embargo, razones de orden presupuestario impidieron a la mayoría de los grupos de investigación de los diferentes países convocados, la realización de ambos acercamientos y únicamente se optó por la aproximación cualitativa. Afortunadamente, para el caso que aquí se reporta y que fue realizado en el municipio de Toluca, Estado de México, fue posible conseguir financiación para la realización de los acercamientos cuali y cuantitativos. Ver exposición a partir de la página 92 de esta tesis.

año 2003 por la propia OPS y apoyado tanto por la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social [FELAFACS] y la *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.

Así, en el marco general del protocolo de investigación a realizar en los once países, los objetivos del estudio cualitativo quedaron expresados en los siguientes términos:

Objetivo general del estudio latinoamericano

- Caracterizar el rol de los medios de comunicación en la cotidianidad de los adolescentes en América Latina⁸, particularmente en el ámbito de la salud.

Objetivos particulares en los once países participantes

- I. Identificar el nivel de acceso que tienen los adolescentes escolarizados de la región a los distintos medios de comunicación.
- II. Caracterizar la forma como los adolescentes escolarizados usan los medios de comunicación.
- III. Identificar el tipo de información relacionada con temas vitales de salud pública que están recibiendo los adolescentes escolarizados en América Latina.

⁸ Los países que tomaron parte en este esfuerzo a escala continental fueron: Argentina, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, El Salvador y Venezuela, es decir, un total de once países.

- IV. Identificar comportamientos esenciales de los adolescentes escolarizados relacionados con la salud.
- V. Conocer qué tipo de agenda perciben los adolescentes escolarizados de los medios masivos de comunicación y que agenda prefieren.
- VI. Conocer cómo esta información se vincula a sus actitudes y comportamientos frente a ciertos temas de salud.
- VII. Utilizar los resultados del estudio para tratar de influir en políticas públicas, en el diseño de programas de comunicación y salud dirigidos a adolescentes y en el desarrollo de nuevas líneas de trabajo.

Los objetivos particulares dieron cabida a una amplia gama de temas que fueron precisados en la guía de entrevista para grupos focales y, aunque se reconoció que no habría financiación para el acercamiento cualitativo, también se puntualizaron con mayor detalle los temas de salud adolescente y de contenidos mediáticos en un cuestionario inicial que contuvo un total de 120 ítems⁹. Para los fines particulares del presente documento, enseguida anoto los objetivos específicos que orientaron la realización de la presente investigación. Más adelante, en el apartado metodológico, apunto el problema de investigación y la hipótesis que orientó la presente tesis.

⁹ Como lo he señalado, más adelante especifico la participación que tuve al desarrollar el presente trabajo de investigación y que alimentó esta tesis.

Objetivos específicos

- I. Identificar el nivel de acceso a los distintos medios de comunicación que tienen los adolescentes escolarizados del municipio de Toluca, Estado de México.
- II. Identificar el tipo de información que reciben los adolescentes escolarizados del municipio de Toluca y que está asociada al tema de las relaciones sexuales [coitales].
- III. Identificar los comportamientos esenciales de los adolescentes escolarizados, relacionados con las relaciones sexuales.
- IV. Conocer qué tipo de mensajes, procedentes de los medios de comunicación, recuerdan o han ganado posicionamiento en la memoria de los adolescentes escolarizados, referente a cómo desarrollar prácticas sexuales [coitales] preventivas y/o saludables.
- V. Conocer cómo la información recibida de los medios de comunicación se vincula con actitudes y comportamientos que aluden o implican el ejercicio de su sexualidad y/o futuros encuentros coitales.
- VI. Utilizar los resultados del estudio para tratar de influir en políticas públicas, en el diseño de programas de comunicación y salud dirigidos a adolescentes.

En suma, el estudio global descansó en el enfoque de una cultura de la prevención estimulada desde los medios de comunicación, en tanto se asumió que precisamente estos pueden ser actores vitales para la edificación de conductas saludables y preventivas entre la población adolescente. Este énfasis en la prevención ha sido impulsado a partir del convencimiento de que la promoción de comportamientos saludables es una de las alternativas existentes para la solución de algunas necesidades en el área de la salud en la región. Asimismo, desde la propia manifestación de la Unicef, se sostiene que existe suficiente evidencia para plantear que la incidencia de muchas enfermedades puede ser reducida a partir de la promoción de ciertos comportamientos preventivos. (Unicef, 1997).

Capítulo II

Adolescentes, Sexualidad e Interacciones Mediáticas Coordenadas para una conceptualización multidisciplinaria

2.1 Base teórica

Enseguida desarrollo el aparato conceptual que constituyó el cimiento de la presente investigación. Si bien la adolescencia constituye una categoría de complejas dimensiones, decidí, en la primera parte, iniciar con una categoría central en el trabajo, y que de hecho constituye parte del título del mismo: la interacción. Enseguida, desarrollo la caracterización de los adolescentes y de la etapa, a partir de su condición etárea o rango de edad. Después acometo el aspecto bio-psico-social, en tanto entramado de vectores que ayudan a comprender qué sucede biológica y psicológicamente con las personas cuando entran a esta fase de la vida, pero poniendo de relieve que no debemos desligarla como resultante de una construcción social y cultural.

El eje central del trabajo de tesis se circunscribió al tema de la sexualidad, aunque enfocado a las relaciones coitales. Por ello, dediqué un poco de más espacio a esta categoría pero manteniendo una fuerte relación con las características que puede asumir la sexualidad, el interés por los encuentros coitales durante la adolescencia y su vinculación con las interacciones mediáticas.

La adolescencia, en tanto categoría relacional e históricamente construida, connota y alude a otros actores y procesos sociales que entretujan la vida de los adolescentes y que le dan sentido. La vinculación que mantienen los adolescentes con los contenidos mediáticos, la escuela y la familia, constituyen ámbitos que permiten comprender –en general– la forma en que se edifica el ser adolescente y la expresión o abordaje de la sexualidad, especialmente cuando está implicada la posibilidad y/o la preocupación por los encuentros coitales durante esta etapa de la vida. Desde tal visión, dedico varias páginas al desglose de estos elementos a fin de clarificar la óptica teórica que alimentó el presente trabajo.

Finalmente, concluyo el apartado teórico con un boceto en el que traté de aproximarme a las conductas de riesgo y a la salud adolescente. La idea de esas líneas dedicadas a esos dos conceptos responden a uno de los propósitos finales del trabajo: generar un planteamiento encaminado a impulsar estilos de vida saludable desde el campo de la comunicación.

2.1.1 Interacción

Lo primero que habré de recordar es que dicha expresión deviene de la categoría *acción*. Particularmente el pensamiento sociológico se ha ocupado de la acción. Max Weber, por

ejemplo, escribió “en la acción está contenida toda la conducta humana en la medida en que el actor le asigna un sentido subjetivo” (Weber, 1979). Autores como Durkheim, Pareto, Malinowski continuaron con el abordaje de la *acción* como categoría teórica. Uno de los debates que se han sostenido durante muchos años giró en torno a si la *acción* era puramente racional, es decir, si toda acción de un actor social correspondía necesariamente a un proceso decisional orientado por la regla: medios-fines, lo que significaba que toda acción se había decidido o realizado porque permitía lograr determinado fin u objetivo.

Otra visión era que no todas las acciones podían ser comprendidas sobre la base de la racionalidad sino que podían existir acciones que no tuviesen cabida en el mundo de la racionalidad; a este tipo de acciones que no correspondían con la lógica [que podía ser incluso una lógica defectuosa] Malinowski las denominó como acciones mediante *reglas rituales*. Se trata de prácticas que no se basan en el conocimiento ni en la lógica común. Por ejemplo, cuando un aficionado a cierto equipo de fútbol soccer se dispone a ver por televisión el partido y previamente se pone la camiseta de su equipo favorito, como tratando de contribuir a “mandar buenas vibras” para que el resultado sea favorable a su equipo, podríamos decir que no existe conocimiento común ni lógica que explique tal acción, pero cae en el ámbito de esas reglas ritualizadas de las que hablaba Malinowski.

Hasta aquí la *acción* está orientada hacia el actor social, sin implicar explícitamente la presencia de otro actor. ¿Qué sucede cuando una acción –sea racional, tradicional o emocional [en términos weberianos]-- ha sido el resultado o la consecuencia de la acción de otro individuo? O Bien, cuando la acción de un individuo parece provocar la acción de otro. Es aquí donde emerge la categoría de la *interacción* (Rex, 1968).

2.1.2 Elementos

Para que la interacción exista debe implicar la *presencia* de al menos dos elementos, en este caso, pueden ser sistemas, personas¹ o subsistemas. La interacción es característica de los seres [sistemas] vivos o de los sistemas mentales, e implica que si un ser vivo A interactúa con otro ser vivo B, la respuesta de B a la llamada “acción” de A no va a depender sólo de la fuerza de A sino que deberemos tener en cuenta la característica de B (Suárez, 2002: 126).

He aquí dos características importantes de la *interacción*. La necesidad de la co-presencia y el hecho de que las acciones de uno y otro (persona o sistema). Así, la interacción en realidad está comprendida dentro del mundo de la pauta y es co-generada, en tanto que en su expresión mínima al menos deben existir dos partes, [Adolescentes y madre o docente]. Sin embargo, lo que nosotros “observamos” o podemos registrar es el resultado de la interacción, puesto que no está <<atrapada o congelada>> en lo que alguien expresa, dice o hace, sino en esa co-generación que fluye entre una persona y otra. Como señala la misma Marinés Suárez, “la interacción está tan cerca del polo de la observación que casi podríamos decir que es observable” (Suárez, 2002: 126).

¹ Para el caso lumanniano recuérdese que los sistemas familiares están conformados por personas (sistemas psíquicos).

2.1.3 Contenido y relación

En la interacción está implicada la intención de comunicar algo a alguien o a más personas. Para ello, en términos generales, se intercambian mensajes que juegan un doble papel: dan cuenta del *contenido* y reflejan o dejan apreciar el tipo de *relación* que existe entre las personas que están implicadas en la interacción. A su vez, el contenido del un mensaje o *enunciación* [si es que hemos de pensar en interacción] marca, señala o indica algo a alguien, a través de su función referencial. Por ejemplo, en el enunciado “*Deja de ver ese programa que es para adultos*”, nos indica que al menos hay dos interlocutores, uno de los cuales ha dado una orden, basada en una apreciación: apagar el televisor, dado que se trata de un programa no apto para menores. El contenido referencial del mensaje ha involucrado a una persona que está mirando televisión, una pantalla chica y la valoración acerca de la pertinencia que presenta cierto contenido mediático. Respecto de tales referentes alguien espera que sucedan cambios.

Ahora vayamos al punto de la *relación*. Los enunciados que viajan circularmente entre los interlocutores también dan cuenta de esa relación que priva entre ambos. A partir del mensaje que he usado como ejemplo, podemos decir –en forma genérica-- que existe un vínculo de poder² entre ambos interlocutores. Más aún, que alguien ha proferido un par de órdenes cuya expectativa es que se cumplirán casi en forma inmediata. También es posible que supongamos de qué tipo de relación se trata; aventuraríamos que en dicha enunciación

² Como todo ejercicio de poder, alguien ejerce una fuerza sobre otro que, a su vez, genera sus propios mecanismos, pautas o comportamientos para resistir.

o mensaje la relación entre los comunicantes podría de un padre o una madre hacia su hijo/a.

Ahora bien, la *tonalidad*, el énfasis o más genéricamente la textura con la que se ha proferido el enunciado contribuye tanto a dar cuenta de la relación que priva entre los interlocutores como el sentido que puede adquirir, para uno o para ambos, dicho mensaje. Por ejemplo, cierta tonalidad y volumen [conocida por ambos] podría estar cerca de la súplica, de la desesperación o de la calidez y la concordia. Esta característica de la enunciación, siguiendo la aportación de la Escuela de Palo Alto, se le conoce como *modo* de producir el mensaje y contribuye a la edificación del sentido. A este respecto, Bateson indicaba que en la interacción o más genéricamente en la comunicación, aparte de palabras, priva una manera de decirlas o producirlas; aspecto que permite dar cuenta de la dimensión relacional entre los interlocutores.

Adicionalmente, sin dejar el ejemplo que he usado, el mensaje y por ende la interacción ocurre en un determinado *lugar*, en un escenario o *contexto*³. Así, lo que un interlocutor le ha dicho a otro, aún sin haber aportado ningún otro elemento más que el propio enunciado, podemos concluir que ello ha sucedido en el interior de una casa⁴.

³ El contexto no sólo está dado por las coordenadas espacio- temporales [lugar y hora]. Sin embargo, dicho escenario tiene significado; aporta elementos adicionales a la enunciación y por ende a la misma interacción. Algunas ocasiones el hecho de estar en cierto lugar o contexto *impide* que se formulen ciertas expresiones y en su lugar emerjan otras. Teun van Dijk (2000), ha arrojado luz acerca del discurso como acción e interacción y ha señalado que parte del contexto puede estar constituido —además del lugar o el escenario—por los interlocutores o participantes; sus roles de acción [padre, madre, hija, hijo, sobrino, abuelo, tío, profesor, directora, etc.] así como otras características de los participantes en la interacción como si son hombres, mujeres, adolescente, joven, adulto, viejo; con poder, sin él; con prestigio. (van Dijk, 2000).

⁴ En la actualidad no podríamos decir que sólo puede haber televisores encendidos en un hogar. Debido a la fuerte propagación de las pantallas chicas, a su miniaturización, abaratamiento relativo y al fuerte crecimiento de las telecomunicaciones, con relativa facilidad podemos encontrar televisiones encendidos en bares, oficinas, cafés, autobuses, mueblerías, tiendas, talleres, etc. Es decir, la pantalla chica ha cobrado mayor omnipresencia en la vida cotidiana de las personas y resulta difícil escapar a sus mensajes.

Pero cuando interactuamos no sólo articulamos palabras, mensajes en un determinado *lugar* y *tiempo*, sino que lo hacemos acompañando nuestras enunciaciones con ademanes, gestos, movimientos corporales [una cierta biomecánica aprehendida] tanto en el mundo familiar como en nuestra interacciones con otros, es decir, en el entorno que es propio o relevante⁵.

2.1.4 Tipos de interacción

Visto que fundamentalmente en este trabajo me ocupé de las interacciones con los medios, tomo como base las aportaciones de John B. Thompson. En un texto sobre los media y la modernidad, el autor llama la atención sobre el hecho de que con el surgimiento de los media, las acciones e interacciones se han diversificado y han sobrepasado la originaria y predominante interacción cara a cara (Thompson, 1998).

Thompson propone tres tipos de interacción: la interacción cara a cara; la interacción mediática y la casi-interacción mediática. El primer tipo de interacción [cara a cara] «tiene lugar en un contexto de co-presencia» Thompson, 1998: 117). Pero esta co-presencia tiene la particularidad de disponer de un sistema de referencia espacio-temporal compartido, en el que el alcance de las señales simbólicas que se proveen los interlocutores guarda una amplia multiplicidad que contribuye a dar *tonalidad* a aquello de lo que se habla o intercambia (Ibídem, 1998).

⁵ Cada sistema selecciona o se ve coaccionado a delimitar una parte del entorno como significativo para sí mismo.

Este tipo de interacción, aunque parece altamente rica en componentes y posibilidades, también debe concebirse con la suficiente complejidad. Muchas ocasiones, al interactuar cara a cara, suele revestirse de una atmósfera de conflicto, precisamente por dar pauta a que la interacción entre A y B, a través de un cúmulo de información que opera intencionalmente o fuera de todo propósito por parte de alguno de los interlocutores. A su vez, tanto el tema del que se habla como la relación que prima entre quienes interactúan, puede colorear acre o dulcemente el rumbo que tome la conversación.

El segundo tipo de interacción, Thompson lo denominó: interacción mediática. Caracterizada por la separación de contextos entre los interlocutores. Aunque este tipo de interacción, al igual que la cara a cara, está orientada específicamente a tratar de influir en otros, se diferencia de la primera porque al ubicar los contextos espacial y temporal de manera distinta, estrecha el radio de acción de las señales simbólicas (Ibídem, 1998). Ejemplos de este tipo de interacción mediática pueden ser las conversaciones telefónicas, la vinculación a través del chat, las videoconferencias, una carta que se escribe a una persona o grupos de personas.

Finalmente, el tercer tipo de interacción, Thompson lo clasificó como «casi-interacción mediática». En él incluye todo tipo de vínculo en el que los mensajes han sido producidos en forma unidireccional, monológica y está dirigida, valga la expresión, a un indefinido número de recipientes potenciales. En consecuencia, priva la separación de contextos espacio-temporales. Muchos ejemplos de este tipo de interacciones habitan nuestro mundo contemporáneo, pues está representado por la casi-interacción televisiva, radiofónica, cinematográfica, por la lectura del libro, entre otras (Ibídem, 1998).

A pesar de esa aparente limitación, muchos medios de difusión dan cuenta de un gran alcance para llegar a ese indefinido pero alto número de «recipientes» o receptores que pueden cuasi-interaccionar con dichos medios y contenidos. La limitante es que se torna muy estrecho o escasas las posibilidades para influir mutuamente en el «comportamiento» que exhibe el generador del mensaje. También, debido al estrechamiento de señales simbólicas, puede ser que la información recibida no tenga las condiciones adecuadas para su cabal interpretación y acción.

2.1.5 Adolescencia, rango etéreo como punto de partida

La Organización Mundial de la Salud [OMS], para el trazado de políticas y programas de atención y protección a los adolescentes y jóvenes, ha referido que el grupo que abarca de los 10 a los 29 años de edad incluye a toda aquella persona que debemos considerar como «joven». A su vez, ha señalado que el sub-rango que va de los 10 a 19 años, está constituido por los «adolescentes».

Este criterio [la edad] es apenas una variable que podríamos considerar de *superficie*, pues subsume otra serie de aspectos y condiciones que nos pueden ayudar a comprender mejor si la situación o desarrollo de una persona le ubican plenamente como «adolescente». Siguiendo a Pierre Bourdieu, también podría aplicarse su planteamiento en torno a que el rango etéreo que adscribe a un adolescente como tal es un complejo entramado entre la edad social y la biológica (Bourdieu, 1990). Por ello, la edad y su representación simbólica conlleva un proceso de significación que ha sido puesto en marcha, de manera dinámica, por una red social y cultural inmediata y mediata, en la que la propia persona y la cultura a

la que pertenece se asume y lo adscriben como «adolescente». Sobre esta base, a continuación trato de abordar las distintas dimensiones que contiene la adolescencia y, por ende, «ser adolescente».

2.1.6 Condición bio-psico-social y mediática

Uno de los aspectos más desarrollados dentro de la literatura científica para clarificar al concepto de adolescencia lo aportaron las ciencias biomédicas y la psicología, en tanto han contribuido con una serie de conocimientos acerca de las transformaciones físicas, fisiológicas, hormonales, emocionales, cognitivas y comportamentales que caracterizan a un adolescente⁶.

Básicamente se ha puesto en claro que ser «adolescente» implica la experimentación gradual de una fuerte transformación física [crecimiento] y hormonal [desarrollo] que se proyecta en el comportamiento individual y colectivo, la actitud, los intereses, los estilos de vida y los valores de cada persona, inserta en su propia cultura. A su vez, dichas dimensiones y la forma en que se despliegan y capilarizan los comportamientos, las actitudes, intereses, valores y estilos de vida, en el micro y macro-contexto de cada adolescente, repercuten en el desarrollo físico y hormonal para re-activarlo nuevamente hacia la dimensión del comportamiento. En suma, para expresarlo de alguna manera gráfica, se trata de un circuito en el que es difícil determinar dónde está el punto de partida o la causalidad: si en el aspecto hormonal; en la transformación del comportamiento que se

⁶ En la concepción que manejo de adolescentes a lo largo de la tesis, sobre todo en el apartado del análisis de resultados, aplico las aportaciones de la perspectiva de género, en tanto permite matizar y diferenciar lo que sucede entre adolescentes masculinos y las diferencias que encontré en sus pares de género femenino.

exhibe durante esta etapa de la vida o, mejor, en una mixtura que compromete una mutua y concomitante interrelación entre cambios hormonales y transformación del comportamiento, tanto a escala personal como social.

Durante el pasado siglo XX, los aportes de los psicólogos del desarrollo y aún de los pedagogos que datan de los años 70 en adelante, llamaron la atención acerca de la importancia capital que revestía esta etapa de la vida en el ser humano, en tanto emergía una profunda crisis, caracterizada por el llamado «derrumbamiento» del mundo infantil y el emergente enfrentamiento al esquema de normas, valores y seguimiento de reglas impuesto por el mundo adulto. Durante esta fase del desarrollo, los adolescentes tienden a exhibir frecuentes cambios de comportamiento que pueden ir desde la alegría hasta el enojo; pasando por periodos de aislamiento y una actitud fuertemente silente ante las instigaciones o solicitudes del mundo adulto.

A este respecto, es frecuente constatar que la mayoría de los propios adolescentes y de sus respectivas madres y/o padres, describen a la adolescencia como una etapa caracterizada por la dificultad, el desentendimiento y el conflicto en las relaciones y las interacciones familiares, de cara al mundo de los adolescentes. Uno de los ángulos que con relativa frecuencia aflora en los temas que son objeto de conflicto entre el mundo adulto y los adolescentes está referido a las prácticas interaccionales que despliegan sus hijos e hijas adolescentes con los medios de comunicación; pueden ir desde el tipo y género de música que escuchan, el alto volumen que imprimen a la hora de reproducir sus canciones favoritas, hasta las altas horas de la noche en la que suelen interaccionar con los contenidos de la pantalla catódica.

Asimismo, antes de que se registrara el despunte, comercialización y acceso a los teléfonos celulares [o teléfonos móviles, como le denominan en España y otras latitudes] una queja frecuente de las madres y los padres se refería al «uso excesivo» del teléfono domiciliario que hacían sus hijos e hijas adolescentes, limitando con ello la interacción con otros elementos inter e intrafamiliares. Ahora priman nuevas preocupaciones en torno a las interacciones mediáticas que pueden experimentar los adolescentes, de cara al acceso y uso de contenidos que viajan en la red de *Internet* y que pueden poner en riesgo la salud mental y física de los adolescentes que cuentan con dicha tecnología mediática⁷.

2.1.7 Adolescencia y sexualidad

Los aportes de la sociología y la antropología han puesto de relieve que la «adolescencia» tiene distintos rasgos, según la cultura de la que se trate. Es decir, que aquellos comportamientos, estilos de vida y actitudes que «se le permiten» o que se esperan de los adolescentes tienen como cimiento a la cultura, la clase social, el género y la temporalidad en la que se exhiben determinadas manifestaciones de conducta considerados como «típicamente adolescentes». Por lo que toca al ejercicio de la sexualidad, que es el correlato de las funciones hormonales, el crecimiento corporal y el desarrollo, desde hace poco más de media centuria, el significado de «ser adolescente» fue marcando paulatina pero firmemente el lindero de que no existen condiciones psicológicas, biológicas a plenitud, económicas, axiológicas ni educativas para incursionar en relaciones coitales, pero menos aún en el embarazo y la crianza.

⁷ Me refiero de manera expresa a contenidos que pueden ir desde sitios que incentivan a pugnar por la esbeltez extrema y que conllevan trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia; información que pugna por la promoción de actitudes racistas; de grupos terroristas y, desde luego, acceso a contenidos de pornografía infantil y la llamada pornografía «dura».

Este acotamiento respecto al ejercicio de la sexualidad adolescente pone de relieve que, como otras categorías, «la adolescencia» es un concepto históricamente construido, es decir, responde al contexto socioeconómico, cultural y político de una época determinada (Valenzuela, 1997). Desde la misma óptica de las ciencias biomédicas y de la psicología, especialmente la evolutiva, también han dejado en claro que –hoy– se ha encumbrado como característica de la «adolescencia» la condición de vulnerabilidad o inmadurez para encarar responsabilidades de mayor envergadura y trascendencia como las relaciones coitales (también denominadas sexuales o íntimas), el embarazo y la crianza de vástagos. Por la misma razón, la OMS así como la Organización Panamericana de la Salud [OPS], han marcado que una mujer en la que ocurre un embarazo antes de los 20 años, es considerada como «madre adolescente».

Desde luego, se trata de una óptica muy reciente en la historia de las sociedades contemporáneas así como las inscritas en el llamado mundo occidental, pues en otras épocas y culturas –la romana de los siglos III y IV (a. de J.C.) por ejemplo– se fijaba, en el caso de las mujeres, que la etapa más propicia para contraer matrimonio y para iniciar la procreación debía estar inscrita en la adolescencia, mientras que sus respectivos cónyuges masculinos alcanzaban los treinta años (Coontz, 2006). Puesto en forma más amplia, se diría que el tema de la permisividad social para que las mujeres pudieran consentir las relaciones coitales, ha cambiado a lo largo del tiempo.

La historiadora y socióloga norteamericana Stephanie Coontz, apunta que «...la edad en la que se consideraba que una niña podía consentir las relaciones sexuales (...) [era] entre los 10, 11 ó 12 años... [y que al final del siglo XIX] los reformadores de Estados Unidos y de

Europa habían establecido la edad de consentimiento entre los 16 y los 18 años» (Ibídem: 226) . Algunos años más adelante, en México, al revisar las estadísticas históricas sobre nupcialidad, se puede apreciar que durante los primeros decenios del siglo XX, una fuerte proporción de mujeres iniciaba su vida reproductiva entre los 13 y 14 años de edad, es decir, justo en la parte media de la adolescencia.

Si desde hace varios lustros la construcción histórico-social de ser adolescente ha marcado como linderos la inconveniencia sociopsicológica y cultural de incursionar en las prácticas coitales en sí mismas y consecuentemente en levantar una muralla temporal capaz de posponer el embarazo y la crianza, entonces ¿qué está permitido o qué se espera socio-culturalmente acerca del ejercicio de la sexualidad en los adolescentes? Desde luego, se trata de una pregunta que exige formular respuestas no desprovistas de matices o, también, de eventuales «recortes» o ampliaciones de límites y funciones, según se trate de adolescentes de los medios urbanos, de clase media, baja o alta; tanto como si se trata de pueblos indígenas o, más ampliamente, si nos queremos referir a la adolescencia y el ejercicio de la sexualidad en culturas enclavadas en países como Afganistán, Irak, China o la India, donde el papel que juega la religión es aún más acentuado que en los pueblos que profesan, por ejemplo, la religión católica.

Para el caso de los adolescentes de medios urbanos, escolarizados y agrupados en las clases sociales media y media baja, puede cifrarse que existe un relativo pero dominante consenso en torno a que los «adolescentes saludables» que van de los 10 a los 19 años pueden incursionar paulatinamente en las relaciones de noviazgo; acaso cuando sobrepasan la franja de los 12 ó 13 años. Es de esperar que dichas relaciones amorosas estén aprobadas y

preferentemente vigiladas por la madre y/o el padre [en caso de estructura conyugal-nuclear], a efecto de tratar de evitar que la relación e interacciones que comportan el noviazgo adolescente no arribe a los encuentros coitales.

Aunque en este sentido las expectativas de las madres y los padres de medios urbanos y de clase media y media baja, es que durante el periodo del noviazgo o los noviazgos sucesivos de sus hijos e hijas adolescentes no transgredan los límites de abrazos y besos, como si se tratase de una cándida exploración de la vida estrictamente romántica entre los adolescentes, lo cierto es que dichas alambreras se mueven dinámicamente en cada historia de pareja de adolescentes. En tal sentido, al entrar abruptamente y por distintos factores y condicionantes a las relaciones coitales o íntimas, los adolescentes se ven impelidos a correr riesgos caracterizados en el mundo de los jóvenes sexualmente activos.

Salvador Arciga y Juana Juárez, apoyados en una serie de estudios precedentes, exponen un total de siete rasgos característicos en las actitudes y comportamientos de los jóvenes, con respecto a su conducta sexual. Enseguida los anoto. Aunque alude expresamente al grupo de jóvenes [y para ello coloco el planteamiento de los autores al inicio de cada inciso como cita textual] considero que cada uno de los rasgos y sus atributos me permiten ilustrar las similitudes y diferencias entre los jóvenes y los adolescentes, por lo que toca al ejercicio de su sexualidad, así como las interacciones y relaciones que se gestan y desarrollan en pareja, cuando se limitan a las fases de enamoramiento.

1. «La mayoría de los jóvenes realizan sus primeras actividades sexuales sin planificar y sin uso de métodos preventivos». Cuando se trata de adolescentes, si bien la gran

mayoría no incursiona en la actividad sexual, cuando ello sucede, comparten la no planificación y la ausencia de usos de métodos preventivos.

2. «El riesgo suele ser un valor y una norma en la cultura juvenil». Podríamos considerar que constituye parte exclusiva de la llamada cultura juvenil, pero sostengo que «el riesgo» como parte de la norma, también comienza a irradiar desde la adolescencia y quizá se expande a plenitud y de manera más clara durante la etapa de la juventud.

Hace poco más de cinco años, Henry Giroux nos recordaba que tradicionalmente el cuerpo ha sido, para los jóvenes [yo agregaría a los adolescentes] el centro de atención fundamental, en tanto que a través del territorio corpóreo y sus formas interaccionales y relacionales, se da cuenta de formas de resistencia mediadas a través de conductas de riesgo, el placer y el sexo (Giroux, 2001).

3. «Es frecuente el cambio de pareja». Aunque en la etapa de la adolescencia la pareja se mueve más en el ámbito del enamoramiento y no suele llegar a las relaciones coitales, también es cierto que prima la mudanza de pareja.
4. «Poseen un fuerte sentimiento de invulnerabilidad frente a enfermedades y eventos negativos». Desde la adolescencia, este sentimiento de invulnerabilidad brota porque tiene como referente tangible un cuerpo que prácticamente no se enferma; salvo excepciones, padece poco o casi nunca sufre enfermedades convencionales.

Ante ello, la idea de inmunidad emerge de un registro cotidiano que le da cuenta de una bajísima frecuencia de padecimientos o enfermedades.

5. «Dado que la adquisición de pareja se lleva a cabo dentro de sus redes de amistad hace que se subvalore el riesgo». En el caso de los y las adolescentes escolarizados es altamente probable que las relaciones de noviazgo estén enmarcadas en el vecindario o en la atmósfera escolar. Sin embargo, es importante poner de relieve que la mayoría de los adolescentes presentan niveles de riesgo bajos, en materia de relaciones coitales, pues el grueso de este grupo etéreo circunscribe su relación afectiva a los códigos sociales del noviazgo; e incluso a un tipo de enamoramiento que puede referirse a un compañero/a de escuela o, como lo señala Francesco Alberoni, a una estrella del espectáculo (Alberoni, 1999).

6. «La intensidad de implicación emocional con la pareja parece ser el factor más importante para explicar las altas tasas de relaciones no protegidas». Por supuesto, esta pauta puede manifestarse en la adolescencia si y sólo si los núbiles forman parte del grupo de los y las sexualmente activos. Usualmente, como la mayoría experimenta una amplia fase de enamoramiento romántico [sobre todo durante el primer lapso de la adolescencia: 10 a 15 años], como lo marca el propio Alberoni «las fantasías femeninas se tejen sobre una historia, una relación rica en emociones y en significaciones. En cambio, las fantasías masculinas, normalmente, se basan en unas pocas imágenes visuales, referentes a una relación sexual, incluso a algún detalle del acto sexual» (Ibídem: 15).

7. «El uso del preservativo masculino se integra sólo como mecanismo contraceptivo de transición y no como método de prevención contra el SIDA» (Arciga y Juárez, 1997: 99-100). Como parte constitutiva de los adolescentes sexualmente activos, sostengo que, cuando tienen condiciones para usar el preservativo [sobre todo el confeccionado para masculinos] se adscriben al mismo esquema de uso, es decir, a su uso para evitar embarazos no deseados, pues considero que asumen como problema central –para su entorno familiar y su proyecto de vida– las dificultades que representaría un embarazo imprevisto. Este horizonte problemático, más el sentido de invulnerabilidad que les acompaña, lleva a que no tengan a la vista la posibilidad de adquirir alguna ITS o el letal VIH/SIDA.

Habría que señalar que los límites esperados por el mundo adulto, en torno al contenido del noviazgo entre adolescentes, puede mantenerse dentro o fuera de los linderos anhelados, en función de aspectos como: el temperamento y desarrollo psicosexual de los novios adolescentes; el contenido y textura de la propia relación; la duración temporal de la relación de noviazgo; las características, contenido y dimensión del «tiempo libre» con el que cuentan los adolescentes en su vida cotidiana; la religión y religiosidad⁸ que portan las y los adolescentes involucrados; la presión de los grupos de pares para incursionar en determinadas formas de relación e interacción, todo ello entretelado de manera compleja, como lo apunto líneas adelante, con las nuevas pautas de relación que marcan los

⁸ Por *religiosidad* entiendo la intensidad o grado de cumplimiento que opera el creyente para mantener plena congruencia entre los preceptos o mandamientos de su religión, con la conducción y orientación de su vida cotidiana. Es decir, un amplio grupo de personas pueden profesar, por ejemplo, la religión católica, pero cada individuo, según su «religiosidad», conduce a piejuntillas o de manera más o menos laxa, su forma de vida diaria, sobre la base del perfil que –según la Iglesia Católica– ha de caracterizar a una buena persona que se asuma como católica.

contenidos mediáticos a través series televisivas y más fuertemente sobre las propuestas que se difunden permanentemente a través de la telenovela infantil y juvenil.

Lo que así se expresa para efectos de la clarificación de este capítulo es que en atención a la fragilidad que representa la condición bio-psicológica y social del «adolescente», se propone como inconveniencia y riesgo para su salud, la incursión en las relaciones coitales durante el tramo etéreo que comprende esta etapa. Por ende, me adscribo a la posición de que, en todo caso, superando la frontera de los 20 años, las personas de medios urbanos, escolarizadas y de clase social alta, media o media baja, podrían estar en mejores ventajas físicas y psicológicas para encarar, de inicio, las relaciones coitales. Y subrayo, adicionalmente, que desde mi óptica constituye una pauta de salud sexual, mantener relaciones coitales empleando condón masculino o femenino, para fines de autoprotección ante ITS, VIH-SIDA y, en su caso, embarazo no deseado.

Indudablemente, como lo he anotado con Luis Alfonso Guadarrama et al, no podemos ni debemos edificar un especie de «banderazo de salida» hacia el encuentro coital únicamente sobre la variable edad, es decir, por el sólo hecho de arribar a la edad de los 20 años. A este respecto, tal como lo ha señalado Rossana Reguillo, «*la edad* [...] no se agota en lo biológico, en lo psicológico o en lo demográfico, pues abre una diversidad no sólo entre sociedades distintas, sino al interior de una misma, en función de los lugares que [diría aquí: los adolescentes] ocupan en ella...» (Reguillo, 2000:18).

Con base en estos elementos, queda de manifiesto que el camino por recorrer es no sólo prolongado y acaso escarpado, sino que está entreverado con dimensiones actitudinales,

culturales, de salud, educativas, familiares y mediáticas que llevan a trazar no sólo la necesidad de profundizar aún más en la temática adolescente y juvenil, sino también en buscar estrategias de intervención multidisciplinaria que promuevan estilos de vida saludables.

En otro trabajo que denominamos «*El top ten de la sexualidad saludable*» hemos expuesto con mayor amplitud un racimo de condiciones concomitantes que sería deseable reunir para incursionar en la experiencia coital. En términos generales, hablamos de la importancia de que a la relación íntima le preceda o cobije una historia emocional en la pareja; que sea el resultado de una mutua decisión; que esté protegida con el uso y correcta colocación del preservativo masculino o femenino, según se prefiera; que se desarrolle entre personas adultas (por ende, mayores de 18 años) sin parentesco de primer y segundo nivel; que ninguno de los integrantes de la pareja sea lastimado o lesionado antes, durante o después del encuentro; que el encuentro coital redunde en el crecimiento sexual y espiritual de ambos integrantes y que se desplieguen las visitas correspondientes con los servicios médicos y de laboratorio, a fin de mantener a la vista el adecuado y saludable estado de salud físico y de las funciones reproductivas que se comprometen con una vida sexual activa (Ver Guadarrama et al, 2005).

2.1.8 Adolescentes, aproximación a la sexualidad y contenidos mediáticos

Sobre la base de lo expuesto líneas arriba, tendría que formular la siguiente cuestión: Si, como se ha dicho, los encuentros coitales han de ser postergados por los y las adolescentes ¿qué alternativas saludables quedan para liberar la energía erótica que constituye la vida

personal y social en este grupo etéreo? Quizá con menor consenso, pero en el mundo adulto de los medios urbanos cada vez se acepta más el hecho de que la energía erótica que portamos todas las personas, durante la etapa de la adolescencia, se vea liberada a través de prácticas de autoestimulación⁹, como una forma de experimentar aproximaciones sucesivas a lo que más tarde será el encuentro íntimo en pareja. También es cierto que gravitan hondas preocupaciones y no pocas ideas equivocadas entre los adolescentes, jóvenes e incluso en el mundo de los padres y las madres, acerca de lo «pernicioso» que puede resultar física y/o mentalmente recurrir excesivamente a las prácticas de autoestimulación sexual.

Sobre dicho cimiento de preocupaciones, algunos textos que versan sobre la conducta o pulsión sexual, especialmente referidos a los adolescentes y jóvenes, han propuesto a los padres y madres de familia que procuren que sus hijos e hijas realicen actividades físicas o deportivas, a fin de generar con ello una especie de «agotamiento» o «liberación» de la energía erótica que les convoque más al descanso que a la búsqueda de prácticas de autoestimulación sexual. Si bien reconozco las bondades temporales de este tipo de «recomendaciones», creo que en realidad subyace una postura culpígena en torno a lo que, en condiciones normales, representa la auto-estimulación erótica entre el mundo de los adolescentes y aún en el grupo de los jóvenes.

Desde hace varios lustros se ha generado una amplia gama de libros, revistas, folletines, artículos, sitios de Internet, programas radiofónicos y televisivos, orientados a tratar de

⁹ Hace varios años a las prácticas de autoestimulación sexual se les denominaba «masturbación». Más antiguamente se empleaba el término Onanismo. Asimismo, se sabe que la Iglesia Católica y otras religiones continúan desaprobando la autoestimulación sexual o masturbación.

aclarar y ofrecer elementos de juicio para comprender que las prácticas de autoestimulación sexual, conservando determinados límites en cuanto a frecuencia y condiciones, forman parte «natural» de las manifestaciones de la sexualidad tanto adolescente como juvenil y que pueden resultar benéficas para la vida adulta. Al mismo tiempo, este tipo de consejos han buscado desdibujar los sentimientos de culpa que históricamente había logrado construir la visión judeo-cristiana desde hace varios siglos, acerca del Onanismo.

Entendido que las prácticas de autoestimulación sexual constituyen no sólo una forma de prodigarse sensaciones placenteras a través de las caricias o estimulación de zonas erógenas, sino que también conllevan la generación e interjuego personalísimo de imágenes (referenciales y/o mentales), sostengo que ha sido clave en la generación y reproducción de este tipo de iconografía estimulante para la vida sexual, el papel que han jugado los medios de comunicación.

No obstante, la expresión de la sexualidad adolescente y sus pautas de averiguación a través de contenidos mediáticos, se despliega en espacios que escapan a la mirada de sus respectivos padres y madres. Así, determinados libros, novelas, folletines, historietas, *comics*, revistas, filmes y sitios de Internet de contenido erótico, suelen ser buscados y consumidos por los adolescentes, a fin de acrecentar la iconografía erótica que se puede requerir para la autoestimulación y, como una suerte de inspección furtiva o de *vouyer* para «aproximarse» al encuentro coital. En tal sentido, me parece que asistimos a lo que Carles Feixa denomina escenario de una cultura generacional (Feixa, 1998), en tanto que se ha visto ampliado el «espectro de experiencias mediático-sexuales» —si la expresión es pertinente— que pueden tener los adolescentes, de cara al desarrollo de sus prácticas de autoestimulación así como de los futuros encuentros coitales.

El mismo Henry Giroux advierte que, en materia de difusión de lo sexual a través de la vitrina de los medios de comunicación, la sociedad exhibe lo que yo estipularía como una «doble moral», pues en tanto parece haber una honda preocupación por el sexo en Internet, las tiendas que venden o rentan filmes pornográficos, prima un sospechoso silencio acerca de las formas como se presentan a las audiencias infantiles y adolescentes el sexo en la películas, la publicidad y en la oferta cultural en general (Giroux, 2001).

A este respecto, por el costado de las relaciones de poder de padres y madres hacia sus hijos adolescentes (Valenzuela, 1997) los adultos tratan de mantener, ya sea en forma discreta o abierta, no sólo un esquema de vigilancia en torno a las relaciones de noviazgo que apunté párrafos arriba, sino también por lo que toca al acceso que tienen sus hijos e hijas adolescentes a través de los medios de comunicación tanto convencionales como mediante las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación [NTIC]. En particular la vigilancia que tratan de operar los padres y/o las madres, intenta evitar o reducir la autoestimulación sexual de sus hijos o hijas, con temas de carga erótica o, más aún, con imágenes y relatos que refieran «pornografía dura»¹⁰, pues se sabe que dada la fragilidad e incipiente desarrollo bio-psicológico y sexual que caracteriza a los adolescentes, dichos contenidos podrían generar parafilias o desviaciones patológicas en el comportamiento sexual y a la correspondiente búsqueda del placer¹¹.

¹⁰ Se denomina «pornografía dura o sexo duro», a las escenas que denotan relaciones coitales que sobrepasan los linderos del encuentro coital considerado como «normal». Esta acepción involucra parafilias, sexo colectivo, sexo anal y uso de objetos o partes del cuerpo que, al ser introducidos por vía vaginal, anal u oral, regularmente lesionan la salud e integridad de la persona. En consecuencia, el hecho de que una persona, durante la adolescencia o, peor aún en la infancia, inspeccione –incluso mediáticamente—este tipo de escenas, puede generarle trastornos de orden emocional que vulnerarán su salud mental y sexual.

¹¹ Aunque se sabe que la etiología de una parafilia o desviación sexual es de carácter multicausal, se reconoce que las experiencias con imágenes o escenas sexuales a edades tempranas, pueden ser uno de los factores precipitantes de las parafilias y otros desórdenes de la conducta sexual.

2.1.9 Adolescentes, escuela y sexualidad

Aparte del ámbito familiar, de la iglesia y del ejercicio de la medicina (Coontz, 2006) otro de los espacios en el que históricamente se ha cultivado la «formación» socio-cultural en torno a lo que pensamos de la sexualidad, su permisividad y su ejercicio, ha sido la institución educativa, la escuela. A través del currículum escolar, una vez que se vislumbró la importancia de hacer llegar información a los estudiantes acerca de la sexualidad, comenzó un mayor control acerca de las ideas que debían tener las nuevas generaciones escolarizadas acerca de lo que estaba bien y aquello que era erróneo en torno al amplio y complejo mundo de la sexualidad humana.

Los Estados Unidos de Norteamérica, por lo que respecta a la parte occidental del orbe, fueron los pioneros en introducir la educación sexual durante las primeras dos décadas del pasado siglo XX (Ibídem 2006). Desde entonces, se vieron las bondades de poner al alcance de las nuevas generaciones de estudiantes, información relacionada con temas de sexualidad. Casi cuatro décadas después, en México se dio inicio a lo que se conocido como «educación sexual». Aunque en nuestro país, durante gran parte de la historia curricular de la enseñanza sobre sexualidad ha viajado en los carriles de una visión higienista y claramente médica [anatómico-funcional de los aparatos reproductor femenino y masculino], lo cierto es que aún con esa óptica limitada, se han abierto –para los adolescentes escolarizados y para otros grupos etéreos– muchos temas sobre el mundo de la sexualidad.

Es en el espacio de la escuela donde más recientemente se ha puesto al alcance de los adolescentes una serie de temas acerca de la sexualidad, aunque priva una visión profundamente arraigada en la cultura del «riesgo». Así, los temas asociados a la llamada educación sexual se han tratado desde ángulos como: embarazo adolescente, embarazo no deseado, aborto, VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] y prostitución. En paralelo, se ha estimado –ante dicha problemática de salud– que la «educación sexual» ha de consistir en conocer la anatomía, fisiología e higiene de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como en la revisión de las alteraciones de comportamientos generadas por los cambios hormonales que suceden a partir de la adolescencia.

A pesar de sus profundas limitaciones para generar una más amplia educación sexual, no es menos cierto que este tipo de contenidos ha detonado que algunos adolescentes escolarizados hayan encontrado entre sus profesores, profesoras y orientadores educativos, verdaderos confidentes a los que pueden acudir para tratar a mayor profundidad sus dudas en torno al mundo de la sexualidad. En paralelo, estos actores sociales que emergen desde la escuela, la mayoría de las veces resultan de gran ayuda para una buena cantidad de chicos y chicas que tratan de conocer a mayor profundidad las condiciones, riesgos, consecuencias y pautas de autocuidado que deben aplicar para llevar una vida sexual protegida y plena.

Al mismo tiempo, dentro de la propia institución educativa, se trata de operar la vigilancia en torno a los consumos mediáticos con carga erótico-sexual que pueden desplegar los adolescentes en este espacio. Los adolescentes que asisten a clases, saben que pueden ser reprendidos por sus profesores orientadores educativos o por las autoridades

administrativas, en caso de ser sorprendidos con medios impresos cuya iconografía presente semi-desnudos o desnudos masculinos, femeninos o relaciones coitales de pareja.

Por lo que han expresado los adolescentes entre sus mismos pares, se sabe que a dicha vigilancia suelen escapar en mayor o menor medida y suelen aludir a reuniones en casa de alguno de sus amigos para, por ejemplo, ver una película de contenido pornográfico, especialmente cuando sobrepasan la edad de 14 ó 15 años. También se registran cuasi-interacciones con películas y revistas clasificadas «para adultos, mayores de edad o mayores de 21 años». Dicha codificación parece constituir la principal credencial o referente para que sean buscadas furtivamente por los adolescentes.

También saben que en caso de contar con acceso a Internet en las instalaciones del colegio, no está permitido el acceso a sitios de contenido pornográfico. Ante ello, en la institución escolar se han desplegado dos mecanismos para operación de esta vigilancia mediática. Por un lado, una gran cantidad de salas de cómputo de las instituciones educativas, han hecho instalar «candados» o llaves electrónicas que impiden el acceso a Internet en general o bien a sitios pornográficos. Por otro costado, en la parte más extrema del control, las escuelas han circunscrito el uso de sus salas de cómputo a portales y sitios de claro contenido educativo o bien a bases de datos controlados.

Ante ello, los adolescentes saben que pueden tener acceso a este tipo de información y muchos otros temas que demanda su vida escolar o estudiantil, mediante los llamados *cibercafés* que han configurado parte de las nuevas opciones urbanas, suburbanas, rurales y en zonas indígenas que buscan cubrir, no sin lucrar, las emergentes necesidades que pautan

el arribo de las NTIC en el mundo globalizado y particularmente en el grupo de adolescentes escolarizados.

Cierto es que nuestra inclusión en el campo educativo, particularmente en los niveles de secundaria y preparatoria, nos coloca interaccionalmente ante un tipo de adolescente que resulta más bien atípico, es decir, que no forma parte de la generalidad de adolescentes mexicanos. Con base en cifras oficiales, podríamos afirmar, conservadoramente, que más de 70% de la población que oscila entre los 15 y 19 años está fuera del sistema educativo (INEGI, 2000).

Para el caso del Estado de México, el porcentaje de población adolescente y juvenil que tiene acceso a la educación media superior [conste que no sólo agrupa a los estudios de preparatoria] mejora ligeramente, pero ello confirma el hecho de que la mayoría de los adolescentes y jóvenes en nuestra entidad, más de 60%, también se mantienen –lamentablemente– fuera del sistema educativo (Ibídem, 2000).

Así que estamos frente a un grupo de adolescentes¹² que –podríamos decir– forman parte de una élite; debido a una multiplicidad de factores, esfuerzos individuales y compartidos, capacidades, coincidencias y, si se quiere, azares que les configuran como grupo y como personas que distan del grueso de la población. Este segmento de los habitantes que todos los días acude a las aulas de los espacios académicos, aún sin saberlo, constituye una minoría, pero se trata de un subconjunto del que se espera que dedique una parte de su vida

¹² Aludo especialmente a los que ingresan a los estudios de preparatoria y que pueden estar en el rango de los 15 a los 19 años. Desde luego, en el presente estudio incluyo únicamente el sub-rango de los 12 a 17 años.

cotidiana a la formación académica; al cultivo del pensamiento; a la nutrición del espíritu; al acrecentamiento de la palabra, del diálogo y de la comprensión de cuanto observa y le rodea.

Sobre la base del conocimiento y de la reflexión, se espera que los adolescentes y jóvenes que están dentro del sistema educativo, pre-vean; que serán capaces de posponer ante el embate del aquí y del ahora, porque contarán con los conocimientos, actitudes y valores para ponderar los riesgos y alejarse de ellos; que optarán más a menudo que el resto de la población [sin formación educativa], por el autocuidado y la preservación de su integridad y de su salud. Al menos hipotéticamente hablando.

2.1.10 Padres, madres de familia, adolescentes, noviazgo y sexualidad

En el marco de las relaciones de noviazgo, entre las madres y los padres de familia, gravita una preocupación más. Saben que dadas las pautas de caricias que se fraguan en la mayoría de los noviazgos, aumenta la posibilidad de que sus vástagos exploren paulatinos pero constantes acercamientos a las relaciones coitales, a través de «juegos» en los que mutuamente se prodigan estimulaciones en diversas zonas erógenas. Este tipo de pautas, si bien han formado y constituyen parte de las historias privadas e íntimas de una gran cantidad de parejas adultas, generan dosis de intranquilidad en el mundo de los padres y madres, debido a que se concibe cierto rompimiento de «valores» impulsados desde el ámbito familiar.

Aunque desde luego las posiciones y pensamientos están cambiando en forma acelerada y adquieren diversos matices, según se trate de medios rurales, indígenas o urbanos, todavía se aprecia un fuerte predominio en torno a lo «impropio y riesgoso» que conlleva desarrollar este tipo de prácticas de estimulación sexual compartida, durante el noviazgo entre adolescentes. Los novios de este grupo etéreo, cuando participan de este tipo de caricias, especialmente las mujeres, suelen reconocer que se trata de conductas transgresoras que pueden lesionar el ideal de «buena chica» y que puede connotar que «no se están dando a respetar» por el novio respectivo; lesionando con ello la imagen social que se puede edificar sobre ella tanto en el presente como a futuro.

Ante dicho escenario de «riesgo», tanto las madres como los padres suelen pretender controlar o limitar a sus hijos, mediante el establecimiento de reglas y metarreglas como: el control de permisos para salidas a discotecas; el regreso a temprana hora a casa; la visita cuasi-vigilada de los amigos que arriban a casa, sobre todo si se trata de la compañía de la novia o del novio respectivo; el impedimento tácito de que los novios incursionen o permanezcan en las habitaciones de sus hijas o hijos; la llegada de los novios adolescentes cuando no hay en el hogar presencia de adultos o de alguna autoridad familiar, entre otros.

También es cierto que existen padres, madres [y aún hermanos mayores] más o menos permisivos en torno a las pautas que esperan de sus hijos, hijas o hermanos, a la hora de construir historias de noviazgo adolescente. Los hay desde aquellos adultos que han tratado de marcar una edad a partir de la cual se acepta que los hijos o las hijas tienen autorización para tener novio o novia [y puede sobrepasar los 20 años] hasta aquellos que

más bien responden con gran alegría y entusiasmo compartido acerca de los inaugurales escarceos que se forjan para dar lugar a la primera relación de noviazgo.

Nuevamente, el papel que los contenidos de los medios de comunicación han jugado –a través de historietas, telenovelas, series televisivas y filmes– resultan especialmente capitales pues se puede advertir que la frontera de la edad en la que se permite o espera la relación de noviazgo se ha desplazado a partir de relatos vehiculizados por los medios de comunicación. Así, lo que otrora podría ser una reacción enconada en torno al «atrevimiento» por osar tener el primer novio alrededor de los 10 u 11 años, en algunas madres y padres más permisivos, dichas historias pueden iniciar con amplias y visibles sonrisas en torno al «enamoramiento» de sus vástagos.

Cierto es que, durante los últimos cinco decenios del Siglo XX y lo que va del XXI, en la mayor parte de países como Estados Unidos y Canadá, buena porción de Europa Occidental y Latinoamérica, los padres y [de manera preponderante] las madres de familia han sido referidas para hacerse cargo de la «educación sexual» de sus vástagos. En consecuencia, a la familia se le otorgó, además del peso primigenio de gestar, procrear y cuidar el desarrollo de cada hijo/a, la de abarcar la educación sexual, misma que tiempo atrás habían cumplido articuladamente el sacerdote y el médico familiar.

En consecuencia, la familia, pero más específicamente a la madre se le ha encargado la «educación sexual» de las hijas y, más silenciosamente, del padre de familia se espera que, llegado el momento, ponga en operación su experiencia y conocimientos para orientar a sus

hijos en torno al tema genérico de la llamada educación sexual y particularmente acerca de ante quién y cómo ha de encarar las relaciones coitales.

No obstante, en la mayoría de los sistemas familiares en México la orientación que la madre logra proporcionar a sus hijas gira en torno a temas como la menstruación y algunos hábitos higiénicos que han de tenerse en cuenta al respecto. También suelen tocar por los bordes temas como «el respeto» que deben ostentar las hijas al interactuar y relacionarse con sus pares masculinos, especialmente cuando se traban relaciones de noviazgo. Así, expresiones como «no dejarse tocar» o impedir ser acariciadas en zonas como el busto, las piernas o la entrepierna, constituyen parte del rosario de recomendaciones que deben llevar a cabo sus hijas, si quieren ser consideradas como chicas «decentes» o con «los valores» que, dicho sea de paso, se presume que fueron infundidos por las propias madres o por la familia en general.

Otro tipo de comentarios que gravitan en las interacciones que se fraguan entre madres e hijas para tratar de brindar «educación sexual» a quienes transitan por la adolescencia y/o dan muestras de interés o evidente relación de noviazgo, giran sobre la idea de «cuidarse» o tomar precauciones. Sobre dicha óptica y forma de encarar el tema de la sexualidad entre padres e hijos/as, pueden registrarse expresiones como: «con cuidado», «regresa temprano», «cuídate», o bien manifestaciones que ya reflejan preocupaciones más claras en torno a la posibilidad o riesgo de sostener relaciones coitales y, adicionalmente, no protegidas. A este respecto, se aprecian frases más rípidas como: «no vayas a salir con tu domingo siete», «no quiero que traiciones mi confianza», «espero que no andes en malos pasos con...», etc. Sin embargo, no es común que a partir de este tipo de interacciones las

madres y sus respectivas hijas adolescentes incursionen en una conversación más profunda. En realidad, gran parte de las escenas parecen quedar reducidas a dichos señalamientos, como si se tratara de pautas de advertencia y nada más.

En el otro ángulo, cuando el padre forma parte de la estructura familiar, el vínculo y esquema de relación e interacción entre el padre y sus hijos adolescentes, acerca del tema de la sexualidad y sus vericuetos, parece transitar por una zona más indefinida y brumosa en torno a los comentarios que se entretajan de padre a hijo acerca de este complejo tema. Creo que se generan acercamientos al tema de la sexualidad desde distintos frentes, pero no me atrevería a trazar un conjunto de pautas capaces de envolver a la mayoría de los padres y de sus hijos adolescentes.

Lo que sí puedo señalar es que algunos padres de familia esperan que a través de las relaciones sociales que trenzan sus vástagos con sus grupos de amigos, compañeros o hermanos mayores, constituyan los ejes orientadores y referenciales para ir construyendo un paulatino acercamiento sobre su sexualidad. Otros progenitores incursionan en el tema de la sexualidad con sus vástagos adolescentes, a través de preguntas sueltas acerca de cómo marcha la relación con la novia en turno o las amigas que integran la red social de sus hijos, como tratando de entrar en materia de sexualidad. Unos más, acaso instigados por la respectiva cónyuge, intentan comenzar a dialogar más francamente sobre el tema pero, como lo he expresado conjuntamente con Luis Alfonso Guadarrama, «pronto los padres [y las madres] encuentran como respuesta el silencio de sus hijos o bien paulatinos y atrancados monosílabos que dan clara cuenta de que el diálogo familiar como práctica [en este caso entre padre e hijo] permanece sepultado por el vértigo de la vida cotidiana, la

jornada extenuante, la falta de práctica y de competencia comunicativa para encarar un desafío de esta magnitud» (Guadarrama y Valero, 2006: 7).

Otra de las facetas que asume la llamada «educación sexual» que brindan los padres y madres a sus hijos adolescentes, está centrada sobre la esperanza de que con la gran cantidad de información que prodigan los medios de comunicación, la propia escuela y el acceso que representa la Internet, ya no hace falta más esfuerzo para contribuir a dicha formación sexual en los vástagos, pues la información que abraza a los adolescentes ha de contribuir a edificar lo que los salubristas denominan la «resiliencia», es decir, una especie de capa protectora que impedirá o reducirá sensiblemente las conductas de riesgo y las enfermedades que pueden aquejar a los adolescentes.

En menos palabras, me parece que en general los padres y las madres de familia, consideran que ante la gran cantidad de información que circula en el mundo social de los adolescentes ya no se puede aducir «ignorancia» en el tema y, por ende, dichos núbiles han de asimilar dicha información a plenitud para enrumbar su comportamiento, actitudes y valores hacia estilos de vida saludable. Esta premisa, me parece, ha atravesado no sólo la visión del mundo adulto en general y de las familias en particular, sino incluso parece constituir la base sobre la que el sector salud opera muchas campañas mediáticas dirigidas a temas como la sexualidad saludable.

2.1.11 La sexualidad [adolescente] como un tema de conversación en el ámbito familiar

Este panorama desalentador que he trazado acerca de lo poco que hacen [o pueden lograr] los padres y las madres para encarar la educación sexual de sus hijos e hijas adolescentes, nos lleva a formular la siguiente pregunta. ¿Por qué el tema de la sexualidad y especialmente las relaciones coitales representan una gran dificultad para llevarla al terreno de la comunicación profunda entre padres e hijos? Aunque no es la intención de esta tesis ofrecer un tratado acerca de un tema tan complejo como la sexualidad, pues reconozco su longeva construcción sociocultural e histórica, quiero dejar señalados algunos aspectos que me parecen centrales para, luego, tratar de interpretar los datos que recabé a través de la encuesta aplicada y de los grupos focales.

El tema de la sexualidad, cuando alude a aspectos que sobrepasan la higiene genital, pone de relieve que la persona, ontológica y culturalmente ha construido una «zona íntima» en la que sólo puede inspeccionar ella misma y que únicamente en caso de padecimiento o enfermedad, permitirá la exploración o auscultamiento de dicha zona. Por esta primigenia razón, el tema de la sexualidad en general y de los encuentros coitales en particular, puede ser objeto de manifiesta negación para conversar con otra persona, pues se asume el derecho del individuo para preservar esta dimensión de su existencia en una región amurallada. Este derecho a la intimidad, le ha sido conferido por el hecho de ser persona.

Cuando la conversación «sobre sexo» quiere ganar terreno entre dos o más interlocutores, se asume que hemos de tener, en primer término, la predisposición, o la voluntad de atenuar

ese derecho que opera a escala humana y que constituye parte de nuestra intimidad. Segundo, esa disposición a dialogar en torno a nuestra sexualidad asume que esa interacción dialógica ha de transitar por los bordes de la región amurallada, so riesgo de lesionar ese derecho a la intimidad o, todavía más, so peligro de caer ya sea en expresiones procaces que ofendan la integridad de la persona o en un abordaje claramente pornográfico e igualmente ofensivo.

Ante ello, en general el mundo adulto y la escuela, suelen tener en consideración esta pauta cultural para dialogar y abordar el tema de lo sexual [más allá de los hábitos higiénicos o de aspectos meramente anatómicos o fisiológicos] justo por la región liminar. Esta característica la vemos reflejada a través de enunciaciones de diversa índole como: «tener relaciones», «estar juntos», «hacer el amor», «acostarse», «tocarse» entre otras. Expresiones como las referidas dejan en claro que para abordar el amplio tema de lo sexual –refiriéndome a los encuentros genitales en pareja– se espera que la mayoría de las personas caminemos por la delgada línea fronteriza de la intimidad, sin sobrepasarla; sabiendo que los interlocutores desplegarán una cooperación suficiente para llenar los huecos o para aportar en silencio –pero interlocutivamente– la información o las escenas necesarias para cristalizar el acto comunicativo en torno al tema o microtema que se trate.

Es cierto que durante las últimas cuatro o cinco décadas, en nuestro país y en gran parte de América Latina, una de las puertas por la que formalmente se incursiona al tema de la sexualidad ha sido la escuela. En este ámbito escolar, prácticamente desde los dos últimos años de la educación primaria, a lo largo de toda la secundaria y parte de los estudios de nivel medio superior, se ha considerado que la temática sexual o la llamada «educación

sexual» para los adolescentes escolarizados logra traspasar más cómodamente la zona limítrofe de la intimidad, a través de un tratamiento médico o anatómico-funcional de la conducta sexual.

Este enfoque médico-funcional ha hecho creer al mundo adulto que la enseñanza de los aparatos reproductor femenino y masculino; el estudio de las manifestaciones de los caracteres secundarios [que emergen a partir de la adolescencia] e información relativa al ciclo menstrual, la eyaculación, métodos de planificación familiar, coito, embarazo y parto, constituyen los pilares para brindar «educación sexual» a los adolescentes y jóvenes escolarizados. A pesar de la gran labor de difusión que se ha realizado mediante la actividad docente, ha quedado en evidencia que en todo caso, dicha labor educativa ha quedado a la zaga de lo que piensan, creen, sienten y necesitan los adolescentes para edificar una vida sexual más saludable.

Sin embargo, son las madres y los padres de familia quienes confían en que sus hijos adolescentes, al asistir a la escuela, recibirán de sus profesores y orientadores, la «educación sexual» que requieren y con ello habrá de levantarse el muro protector que impida que sus hijas e hijos adolescentes tengan relaciones coitales; o imposibilite que las sostengan sin «las precauciones» correspondientes [uso de condón, pastillas anticonceptivas, pastillas postcoitales] y sobrevenga un embarazo no deseado. Comparativamente con el riesgo de embarazo no deseado, es posible que una menor proporción de padres y madres de familia se preocupen realmente por los riesgos que tiene para la salud de una persona sostener relaciones coitales sin la protección que prodiga el uso correcto del condón masculino o femenino. Poca información detallada y precisa

circula en los medios de comunicación acerca de las ITS y el cáncer cervicouterino, aunque es cierto que se ha destinado más espacio mediático para el VIH/SIDA.

Por otro costado, la condición generacional de las madres y/o los padres de familia, parece constituir otro elemento que limita considerablemente el abordaje del tema de la sexualidad con sus hijos e hijas adolescentes. A pesar de que se ha considerado que a la madre le corresponde la educación sexual de sus hijas y a los padres los de sus respectivos vástagos, si hemos de referir a los adolescentes que en el año 2002 estaban en el rango de los 12 a los 17 años podemos imaginar que los respectivos progenitores oscilaban entre 35 y 50 años, es decir, una generación de adultos cuyos respectivos padres les habían prodigado «educación sexual» a partir de la segunda mitad de los años sesenta, en el siglo XX.

A este respecto, solamente colocaré como referente de esa generación de padres y madres formados al inicio de la segunda mitad de la centuria, que las pastillas anticonceptivas comenzaron a difundirse paulatinamente y en determinados sectores de la sociedad, a partir de 1968. Asimismo, durante gran parte de la década de los setenta, aunque se abrió considerablemente la tolerancia hacia las relaciones sexuales, en realidad apenas comenzaba a ser más claro el rompimiento y reordenamiento de la cadena secuencial: matrimonio-sexo-embarazo, dando cabida a la cadena emergente: sexo-embarazo y matrimonio como opción que adoptaría una pequeña pero notable proporción de jóvenes parejas (Coontz, 2006).

Esta condición generacional de los padres y madres que hoy tienen hijos adolescentes tiene un componente más. En consonancia con la vinculación intergeneracional, se puede

considerar que la gran mayoría de los padres de los adolescentes del naciente siglo XXI, mantuvieron pautas relacionales e interaccionales con sus padres, caracterizadas por un sistema adultocrático en el que no se podía conversar abiertamente sobre el tema de las relaciones coitales; había poco espacio para edificar una cultura dialógica horizontal entre padres e hijos y, desde luego, aunque el derecho al placer sexual comenzaba a florecer desde hacía varias décadas en otros países del orbe, en México tendríamos que esperar algunos años más, antes de comenzar su capilarización en algunos segmentos del tejido social. Desde esta óptica, lo generacional puede constituir una limitante para que sean los padres y las madres los mejores interlocutores con sus hijas e hijos adolescentes, en materia de sexualidad, en tanto que históricamente provienen de una cultura familiar silente, vertical y con poco o nulo espacio para el abordaje a profundidad.

El cuadro que he trazado sobre las pautas de relación, interacción y abordaje de contenidos sobre sexualidad entre padres, madres e hijos adolescentes escolarizados, sin lugar a dudas ha dejado fuera a un grupo de progenitores que abordan de manera profunda, clara y atinada la educación sexual de sus hijas e hijos. Sin embargo, asumo que este tipo de excelsos padres y madres de familia lamentablemente no representan a la mayoría de las personas adultas que circundan a los adolescentes escolarizados.

2.1.12 Conductas de riesgo, salud adolescente y sexualidad

He sostenido en este capítulo que una de las dificultades para el abordaje de la sexualidad, aún constreñida sólo a las relaciones coitales, es que se edifica en la zona de la intimidad personal; en un derecho que posee y que ha de ejercer la persona en tanto ser humano. Si

admitimos tal precepto ¿cómo es que de esa zona amurallada y éticamente resguardada como un derecho, podemos o debemos tratarla desde el ámbito de lo público?

Aunque las discusiones éticas no están desprovistas de discusión o libres de debate, como lo señala Victoria Camps, la ética tiene que encarar situaciones, grupos, personas y contextos específicos, porque «vivimos un mundo incierto y contingente, donde no hay que buscar lo mejor en términos absolutos, sino lo mejor en las circunstancias que nos son dadas» (Camps, 2001: 117). Entonces aquí hablo de adolescentes escolarizados que dado su desarrollo bio-psico-social y cultural, hoy reconocido así en la mayoría de los países industrializados, están en condiciones de fragilidad, o de vulnerabilidad, por lo que toca a los riesgos que implica para su salud física y emocional, las relaciones coitales, al menos antes de la frontera de los 18 años si hemos de considerar las leyes que priman en México acerca de cuándo considerar a una persona adulta] y, por ende, responsables de sus actos.

Parto de la premisa kantiana de que la vida de la persona constituye el valor primigenio de la especie humana. Por ende, como lo refiere Gilles Lipovetsky en su amplio ensayo acerca de la ética moderna¹³ «Kant puede considerar la conservación del propio ser como el primero y el más importante de los deberes del hombre hacia sí mismo, el hombre que se destruye se ofende a sí mismo, atenta contra la dignidad de la humanidad en su propia persona ya que dispone de su cuerpo como un simple medio (Lipovetsky, 1998: 85).

¹³ Me refiero al texto: *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Editado por primera vez en 1994 por Anagrama.

Conservar la vida, sin embargo, no bastará para la ética contemporánea que ya circunda y nutre muchos otros temas y problemas bioéticos como el consumo del tabaco y el alcohol. Se trata de revalorar la vida como imperativo categórico, pero es menester llevarla más allá, es decir, potenciar su existencia física para llevarle a estadios más desarrollados y plenos como parte del propio curso de vida.

Para potenciar la vida física de los adolescentes, es menester disponer de «un mayor conocimiento de las prácticas de unos y otros, junto al esfuerzo de ver las cosas desde la mirada ajena, [pues] son condiciones básicas para avanzar en la deliberación bioética» (Camps, 2001: 128). Así, hemos de aproximarnos con cuidado, con la cautela necesaria a las prácticas de la vida sexual de los y las adolescentes, respetando su derecho a la intimidad y resguardando su identidad, a fin de impulsar prácticas saludables que les mantengan alejados de conductas de riesgo que atenten contra su salud y su integridad.

Una persona adolescente, independiente de su adscripción al sexo masculino o femenino, tiene grandes potenciales para que su vida florezca en distintos aspectos y dibuje un curso de vida que, en condiciones óptimas, debiera mantenerle dentro del sistema familiar, educativo, social y cultural para consolidar su preparación hacia la vida adulta. En contraparte, un adolescente que incursiona en las relaciones coitales dentro del rango de la etapa adolescente, marca una incursión abrupta, precoz, ausente de claridad sobre la implicaciones físicas, emocionales y de pleno desarrollo de su sexualidad que, en condiciones de esa vulnerabilidad, marcará un punto de inflexión en su potencial de vida física, social, cultural, educativa y familiar, para colocarlo en situación de riesgo, pues sin

protección está sujeto a contraer Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y/o enfrentar un embarazo no deseado.

Diversas investigaciones en la temática, señalan con amplia contundencia que las relaciones coitales sostenidas por los y las adolescentes sexualmente activos o de primer encuentro, ocurren mayoritariamente con personas adultas, es decir, entre un adolescente y una persona mayor de edad. Esta condición también coloca en situación de riesgo a los propios adolescentes, pues las condiciones que marcan la distancia generacional entre uno y otro, acentúan la vulnerabilidad en la que se encuentra una persona adolescente y su pareja sexual.

Trazados así los elementos conceptuales que sirvieron de base para la presente investigación, enseguida presento un breve recorrido en torno a los hallazgos reportados por estudios similares que han tratado de contribuir a la comprensión de la sexualidad adolescente, tanto en México como en otros países.

Capítulo III

Estado del arte

3.1 Los inicios

El tema de las relaciones sexuales, los riesgos y la asociación a problemas de salud y padecimientos patológicos, históricamente ha ocupado espacio en las ciencias biomédicas y en los tratados de sexología. Por ende, constituye más bien un tema amplio y longevo. Pero es posible sostener que a partir del surgimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), identificado en los inicios de década de los años 80, en el pasado siglo XX, el tema de las relaciones sexuales, la promiscuidad y las diversas prácticas y

preferencias, dieron un nuevo giro y cobraron gran dimensión en todos los gobiernos de los países del orbe.

Después de haber transitado por diversos episodios, creencias e hipótesis que luego cayeron ante la contundencia de los datos generados por las investigaciones, no sin dificultades, se aceptó que el VIH/SIDA, lejos de ser una enfermedad exclusiva de los homosexuales o un «castigo divino» para los promiscuos, emergía como una nueva epidemia que igualmente podía afectar a personas heterosexuales, monogámicas, infantiles y jóvenes de cualquier clase y condición social.

Resultante de esta epidemia, el tema de las prácticas y las preferencias sexuales comenzaron a llamar la atención de organizaciones multilaterales que buscaban, con denuedo, detener el avance de la epidemia del VIH/SIDA, así como generar prácticas preventivas y amplios esfuerzos para difundir las formas de contagio que presentaba el letal y mutante virus.

Cuando se descubrió que el estallamiento del síndrome de inmunodeficiencia tenía un largo proceso de «incubación» que podía ir desde los 6 hasta los 12 años, los especialistas comenzaron a preocuparse por grupos y etapas del desarrollo del ser humano que precedían a la vida adulta. En esta lamentable coyuntura --que dicho sea de paso afectaba al grueso de la población del África Subsahariana (y continúa haciéndolo)-- cobran el mayor relieve tanto la etapa de la adolescencia como el de la juventud.

No es que en el pasado más reciente hubiese estado lejos de las preocupaciones médicas el desarrollo de la etapa de la adolescencia y las posibles repercusiones en la salud sexual. Más bien se había considerado que en la mayor parte de las sociedades industrializadas, la etapa de la adolescencia había logrado levantar una muralla capaz de proteger la salud sexual de los núbiles. No obstante, la contundencia de los casos de seropositivos dejaba en claro que a pesar de esa creencia, muchos jóvenes y adultos habían iniciado sus primeros contactos genitales en la región fronteriza de la adolescencia y el comienzo de la juventud.

Paralelamente, los estudios realizados por organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo [BID], acerca del impacto del embarazo adolescente, especialmente en grupos altamente marginados, ponía de manifiesto que no sólo se reproducía el círculo de la pobreza en el ámbito familiar y comunitario sino que estaban asociados otros efectos no menos importantes como la desnutrición de la madre y las deficiencias físicas y psicológicas en el nuevo ser humano que nacía en estas condiciones. Es así como el tema de la adolescencia y la sexualidad, me parece, cobra especial relevancia y atención en una gran cantidad de países.

No obstante el ascenso en el interés por el grupo de adolescentes a escala internacional y nacional, desde el ámbito de las políticas públicas dirigidas al tema de la salud así como en el terreno de los medios de comunicación, la atención efectiva de este grupo vulnerable de población ha sido lenta y regularmente episódica. Esta situación quizá obedece a que, por lo que toca a nuestro país, los indicadores que arrojó la Encuesta Nacional de Salud Pública en el año 2000, dan clara cuenta de que el grupo de los adolescentes conforma el segmento poblacional más sano y en el que se registran menos defunciones. En consecuencia, lo que

aún falta por llamar la atención en todos los órdenes es que a partir de la adolescencia la gran mayoría incursiona en conductas de riesgo, consumo de alcohol y tabaco y, aunque en menor medida pero también, en prácticas coitales no protegidas (Cfr. Celis de la Rosa, 2003).

3.2 Estudios

El primer antecedente localizado sobre el tema que me ocupó, data del año 1990. Es decir, prácticamente diez años después de que la epidemia del SIDA comenzó a asomar en algunos países del globo. En ese año la *Johns Hopkins University* publicaba un informe en el que hacía un llamado al uso del condón para evitar el embarazo no deseado en jóvenes; para impedir ser contagiado de VIH/SIDA o alguna ITS. El mismo documento hacía una explícita referencia al hecho de que no había crecido, como entonces se esperaba, el consumo de los preservativos. Reconocía que la promoción era altamente efectiva a través del uso de los medios de difusión pero que solamente entre los jóvenes suizos había logrado subir vertiginosamente el uso de preservativos (Liskin, et al., 1990).

Ante dicho panorama el reporte insistía en la necesidad de vencer la resistencia a la promoción del condón, tratando de imprimir una imagen positiva acerca del protector sexual de látex; buscar estrategias para motivar a usuarios potenciales y activos sexualmente y, en su caso, distribuir los condones desde todos los organismos de servicios sociales y gubernamentales que atendían al público (Ibídem, 1990).

Cuatro años más tarde, en el marco de la Conferencia de Población y Desarrollo, efectuada en El Cairo, Egipto, se da especial atención al tema de los y las adolescentes desde la dimensión de su salud sexual y reproductiva. A partir de una serie de indicadores aportados en dicha conferencia, se conciben formalmente a los adolescentes como un «grupo de riesgo». Este planteamiento detona una serie de estudios, basados en encuestas demográficas y de salud en varios países y arriban a la conclusión de que si bien el embarazo adolescente no adquiere grandes dimensiones como para considerarla como «epidemia», los indicadores dejan claro que los embarazos [y abortos] en la etapa de la adolescencia ocurren con mayor frecuencia en estratos pobres y sin instrucción o con bajos niveles educativos: primaria o secundaria (Burak, 2001).

Sharon Thompson, una investigadora norteamericana, reportó en el año 1995, un estudio con 400 jóvenes en el que concluye que tres cuartas partes de ellas, cuando eran adolescentes, habían tenido relaciones sexuales y prácticamente un 25% había sido madre durante la etapa de la adolescencia. Otro dato que aportó el estudio es que una décima parte de las entrevistadas se había declarado con preferencias lesbianas y algunas más, aunque habían tenido encuentros íntimos con otras chicas, no se identificaron como lesbianas (Thompson, 2001)¹.

El trabajo aportado por la misma Thompson logró incursionar en el papel que juegan las relaciones amorosas en las prácticas sexuales. La información que logró coleccionar la investigadora correspondió al lapso comprendido entre 1978 y 1986, en tres regiones

¹ El trabajo de Sharon Thompson lo consulté en castellano, usando una traducción publicada por la Revista **Jóvenes**. Por ello, doy la referencia correspondiente al año de 2001.

geográficas del territorio norteamericano. Quizá debido al periodo en que se llevaron a cabo las entrevistas con las chicas adolescentes, determinó que ellas hicieran poca referencia al uso del condón como método de protección o contraceptivo²; y más bien aceptaron emplear pastillas anticonceptivas y la colocación del diafragma intrauterino (Ibídem, 2001).

Pero de regreso con el tema en el que se enfocó la investigadora, señala que en las chicas adolescentes el enamoramiento constituye el elemento primordial que abre la puerta hacia la relación coital y que el uso de métodos para controlar la natalidad, además de ser colocado en segundo sitio, era objeto de conversación con la pareja en turno, si los encuentros íntimos comenzaban a formar parte de una relación más estable.

Con base en la versión de las 400 chicas entrevistadas por Thompson, en contraste, las parejas masculinas de las adolescentes aducían que no necesariamente debía primar el amor o el enamoramiento para lograr tener relaciones coitales. Este tipo de concepciones ponen de manifiesto claras diferencias emotivas y axiológicas entre hombres y mujeres, aunque en mi opinión no constituye un rasgo exclusivo de la etapa adolescente. Como lo marca el estudio referido, cuando así ocurrió, las adolescentes enfrentaron un embarazo no deseado o prácticas abortivas, lejos de sus respectivas parejas; al margen del conocimiento de sus padres y, muchas ocasiones, tampoco confesadas a sus amigas (Ibídem, 2001).

A pesar del predominio de este tipo de experiencias que encontraron en las chicas adolescentes, sexualmente activas y con pautas de relaciones coitales no protegidas, la

² Debemos recordar que la epidemia del VIH-SIDA comenzó a ocupar espacio a partir de la década de los años 80 pero durante los primeros años, equivocadamente, sólo incluía a los homosexuales, bisexuales y trabajadoras sexuales como portadores del virus.

autora brinda pistas un poco más esperanzadoras. En este ángulo, Sharon Thompson observa que al transcurrir el tiempo va ganando terreno –en la conceptualización de las adolescentes y jóvenes—la idea de que el sexo es un derecho; que se debe buscar el placer en la relación coital y que puede perder el vínculo estrecho con el amor (Ibídem, 2001).

En México, el primer estudio que logré localizar data del año 1997. Salvador Arciga y Juana Juárez, dos investigadores afincados en la Universidad Autónoma Metropolitana, se dieron a la tarea de aplicar un cuestionario a 100 estudiantes de secundaria y preparatoria, distribuidos igualitariamente con arreglo al nivel de escolaridad y la adscripción al sexo. Sus hallazgos ponen de relieve tres características de especial relevancia para este trabajo de tesis, mismas que a continuación transcribo:

«La mayoría de los jóvenes realizan sus primeras actividades sexuales sin planificar y sin uso de métodos preventivos»

«Poseen un fuerte sentimiento de invulnerabilidad frente a enfermedades y efectos negativos»

«El uso del preservativo se integra solo como un mecanismo contraceptivo de transición y no como un método de prevención contra el VIH/SIDA» (Arciga y Juárez, 1997:43).

Otras respuestas que ofrecieron los adolescentes escolarizados estudiados por Arciga y Juárez en el Distrito Federal, pone de relieve que los adolescentes exhiben una actitud más

liberal hacia la sexualidad y que el matrimonio ya no constituye el templo por que el que se debe pasar para incursionar en las experiencias coitales. También aprecian que, durante los últimos años, las adolescentes han experimentado transformaciones cualitativas más significativas que sus pares masculinos (Ibídem, 1997) pues han ganado mayor libertad [yo diría recuperado] que las adolescentes que transitaron por esta etapa durante los años sesenta y setenta, en la centuria que acaba de concluir.

Un aspecto más que ponen de manifiesto los psicólogos sociales referidos en el párrafo anterior es que las relaciones sexuales son concebidas por los adolescentes como una elección compartida. Por otro costado, que «la ternura» no es patrimonio exclusivo de la mujer y que, para el caso de la muestra de adolescentes escolarizados y radicados en la capital del país, no se vislumbran a sí mismos en los trajines del embarazo y la consecuente maternidad o paternidad, antes de cumplir los 18 años de edad (Ibídem, 1997).

En el mismo año de 1997, la Organización Panamericana de la Salud [OPS], emprendió un estudio comparativo en doce países de América Latina. El objetivo central estuvo cifrado para tratar de averiguar cuál era el estado que guardaba la comunicación en salud y el periodismo en salud en los países convocados. Para ello, formularon varias interrogantes que le dieron cauce y dirección al esfuerzo, pero lo que me interesa señalar es que en dicha investigación se trataba de saber cuáles eran los contenidos de los mensajes «saludables» emergentes en los medios; si la salud estaba cubierta en forma adecuada en los medios y, lo más trascendente para los propósitos de esta revisión, si los medios estaban difundiendo información útil en cuanto al autocuidado, la prevención de enfermedades, la identificación de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable (Alcalay, et al., 2000).

La metodología estuvo basada en la identificación de medios, el género y formato del mensaje, descriptores temáticos, argumento y apelación, sujeto referente, demografía referente, nivel socioeconómico y auspicio del mensaje y lenguaje.

Los resultados del estudio referido dejaron en claro que las noticias constituyeron la principal fuente para comunicar mensajes vinculados a la salud. Sin embargo, las autoras concluyeron que los temas predominantes fueron servicios de salud, salud ambiental, violencia y accidentes. Asimismo, que los mensajes fueron dirigidos en menor proporción a los adultos mayores y a los jóvenes. Paradójicamente, el tema del desarrollo de pautas de autocuidado presentó una frecuencia notablemente baja. Finalmente, dado el esquema de apelación o de persuasión empleada en la confección de los mensajes de salud, parece que los medios de comunicación y sus patrocinadores apuestan a la apelación cognitiva, capaz de persuadir –si acaso— a largo plazo (Ibídem, 2000).

En el mismo estudio referido, por lo que corresponde al tema de mensajes sobre VIH-SIDA, los datos arrojaron un registro bajo, comportamiento que se aduce pudo haber guardado estrecha relación con tabúes culturales (Ibídem, 2000).

Este estudio constituye el antecedente más inmediato y cercano al trabajo que se desarrolló con la misma OPS y que dio como resultado el amplio reporte titulado: *Medios y Salud Pública: La voz de los adolescentes*. Como lo señalo a lo largo de este trabajo de tesis, este documento fue desarrollado a partir del estudio impulsado por la misma OPS en varios países de América Latina.

Basados en la revisión de diversos informes a escala internacional, el Centro Latinoamericano sobre Juventud, instancia que a su vez ha creado una red de instituciones dedicadas a la atención y estudio de los jóvenes en América Latina, publicó un balance acerca de las principales transformaciones que se han observado en la salud de los jóvenes y su calidad de vida. A este respecto, el documento resalta que en sólo un año, de 1996 a 1997, se registraron cambios significativos en las experiencias sexuales de los adolescentes, pues se estimó que prácticamente la mitad de los núbiles de América Latina, menores de 17 años, eran sexualmente activos. Desde tales cifras, el informe señala que, con base en los planteamientos de la OPS, «la actividad sexual temprana, junto con el bajo rendimiento escolar, suelen ocasionar mayores tasas de natalidad [...] y [que] expone a las adolescentes al riesgo de quedar embarazadas y de contraer VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual». Este y otros aspectos sobre los hijos de madres adolescentes, consultar la siguiente dirección <http://www.colombiajoven.gov.co/injuve/instit/unesco/10>.

Si hemos de tener en cuenta tan solo uno de los indicadores que arroja la estadística latinoamericana que acabo de apuntar líneas arriba, resulta alarmante el hecho de que OPS estime que la mitad de los adolescentes, menores de 17 años son sexualmente activos. Sin embargo, también es importante tomar un poco de distancia respecto a la tendencia promedio referida en dicho ámbito geográfico. En un estudio realizado en el año 2000 por Cecilia Gayet y cols., advierten rasgos de la conducta sexual de los adolescentes que resultan reveladores. Enseguida anoto las principales conclusiones del estudio:

- México se encuentra entre los países de menor proporción de adolescentes sexualmente activos.

- El uso del condón en la primera relación sexual, en adolescentes mexicanos, presenta un nivel bajo comparado con los adolescentes de Argentina, por ejemplo.
- La actividad sexual, cuando la emprenden los adolescentes, es más frecuente en masculinos que en sus pares de sexo femenino. Consecuentemente, prevalece la tendencia de que la iniciación de las experiencias sexuales de las adolescentes se cristalizan más tarde de lo que sucede en los masculinos.
- Parece haber indicios de que cuanto más tarde se inicie la relación sexual, es más probable que se opte por usar preservativo como medio de protección.
- Finalmente, como lo refieren las autoras, el conocimiento de métodos de prevención por parte de los adolescentes no influye en la decisión de haber usado o no condón en «la primera vez» (Cfr. Gayet y cols., 2003: 638-639).

Cuando hago referencia a que en México presentamos una media que nos mantiene lejos de las tendencias latinoamericanas con respecto a la proporción de adolescentes sexualmente activos, en realidad admito que englobo una tendencia que desdibuja las características y variabilidad que puede presentar la adolescencia en nuestras comunidades indígenas. Por ejemplo, Gabriela Rodríguez y Benno de Keijzer, llevaron a cabo una serie de entrevistas a profundidad a informantes clave de una comunidad ubicada en Chietla, Estado de Puebla, a fin de indagar cómo se construye socialmente la sexualidad en adolescentes.

Los autores mencionados concluyen que el rango etéreo que va de los 10 a los 19 y que usualmente se emplea para adscribir a las personas como adolescentes, presentaba marcadas diferencias en comunidades rurales mestizas, pues hallaron que los padres y la comunidad en general no trata a los núbiles como adolescente que alcanzan estas edades; de hecho señalan que –desde su óptica—la adolescencia no existe como tal y que más bien, a través de las prácticas de cortejo, uniones de pareja y la actividad sexual que sobreviene entre los 15 y 17 años, las personas entran súbitamente a la adultez, procedentes de una especie de niñez tardía (Rodríguez y de Keijzer, 2000).

Cuando se aborda el tema de la sexualidad adolescente y los riesgos que pueden implicar las relaciones coitales, usualmente se hace más referencia a los riesgos que implica el sexo no protegido y su consecuente asociación a las ITS y al VIH/SIDA. Sin embargo, varios estudios refieren que las ideas que tienen los y las adolescentes –aunque conocen este tipo de enfermedades y su asociación al sexo no protegido—en realidad lo que más les preocupa es el embarazo no deseado. Y ello se debe a que, cuando se han realizado estudios con madres adolescentes, como el que reporta Noemí Ehrenfield, se ha logrado saber que iniciaron sus primeras relaciones sexuales alrededor de los 15.6 años y, poco más tarde, registran una media de 1.2 embarazos. También refieren las propias madres adolescentes que les habría gustado posponer el embarazo (Ehrenfield, 2000).

¿Por qué los adolescentes transponen en primer sitio el tema del embarazo y delegan el riesgo letal de ser infectado por el VIH? Es posible que la concepción no planeada y enclavada en la etapa de la adolescencia les represente un tema más tangible e inmediato por cuanto les provocará un viraje o cambio de rumbo en cuanto a su estilo, proyecto de

vida y efectos dentro de su sistema familiar. Sin embargo, el embarazo en sí mismo, más allá de ese punto de inflexión que cambia el rumbo de su devenir diario, a diferencia del VIH/SIDA, no compromete la vida, es decir, la existencia del adolescente.

Quizá como parte de un hilo conductor similar al que acabo de referir, Ramiro Caballero y Alberto Villaseñor, aplicaron en el año 1995 un cuestionario a 758 adolescentes [entre 15 y 19 años] radicados en Guadalajara, Jalisco. La idea central fue explorar los conocimientos que tenían los chicos en torno al VIH/SIDA; sus formas de transmisión y métodos para evitarlo y qué relación concomitante guardaban dichos conocimientos con fácticos o potenciales encuentros coitales y, digamos, las creencias que tenían los adolescentes acerca de medios que debían emplearse para lograr una eficaz protección contra el VIH.

Son especialmente reveladores e interesantes los develamientos que logran los investigadores a través de un cuestionario adaptado sobre conocimientos, actitudes y prácticas, elaborado originalmente por el Programa Global de SIDA de la OMS. Caballero y Villaseñor, concluyen que los conocimientos que tienen los adolescentes acerca de las vías de infección para adquirir el VIH guardan plena correspondencia con lo que ha demostrado la ciencia en este campo. Es decir, los adolescentes escolarizados y urbanos poseen juicios claros y validados acerca de las vías de transmisión del virus (Caballero y Villaseñor, 2003).

También los adolescentes encuestados sabían que, por ejemplo, este padecimiento es mortal y que el cloro no es capaz de matar al VIH. Hasta ahí, todo marchaba como debiera. Pero cuando las preguntas incursionaron acerca de la capacidad que tienen los condones para

evitar el contagio de VIH/SIDA, los adolescentes entrevistados consideraron que no es del todo seguro que este tipo de barrera de látex logre evitar la letal contaminación; algunos de ellos, debido a que no estaban ciertos de si los condones se dañaban o caducaban, con la consecuente merma de su capacidad protectora. Y prácticamente toda la muestra de adolescentes escolarizados, procedentes de medios urbanos, consideraron que es probable que el virus del VIH traspase el hule de los condones, debido a que el diámetro de los orificios intramoleculares de los preservativos son más grandes que el virus y, consecuentemente logra pasar e infectar (Caballero y Villaseñor, 2003)³.

Estas aportaciones arrojan luz en dos sentidos. Por un lado, los adolescentes escolarizados y urbanos tienen claros conocimientos acerca de las vías de transmisión del VIH/SIDA y del condón como método para evitar su contagio. Pero habitan en ellos dudas considerables en torno a la «capacidad» o efectividad que posee el látex para impedir la contaminación de VIH. Estas dudas en los adolescentes [y quizá en otros grupos etáreos] posiblemente conduzcan, lamentablemente, a optar por la no incorporación del uso de preservativos para los encuentros coitales. Se trata, me parece, de una conducta en la que subyace una actitud de derrota o resignación y que podría resumirse en la siguiente expresión: «Da lo mismo que uses condón o no; de todas formas el virus pasará por el preservativo». Indudablemente, falso.

³ Como está demostrado científicamente, el diámetro del virus del VIH mide 100 nanómetros y los espacios intramoleculares en el látex del condón apenas alcanza los 25 nanómetros. Un espermatozoide tiene una medida aproximada de 3,000 nanómetros (Para un abordaje escrito para adolescentes y jóvenes, Ver, Reyes et al., 2004).

En el mismo eje del ángulo que me ocupa, los estudios internacionales que regularmente efectúan organismos como ONUSIDA, han encontrado que muchos masculinos de distintos países y culturas creen que tener relaciones coitales con una mujer virgen puede curar el VIH/SIDA (Kiragu, et al., 2001). Estas y otras creencias erróneas también operan como barreras que impiden cristalizar las metas que se han marcado para tratar de aumentar el uso de preservativos como medios para evitar que la epidemia del VIH-SIDA se propague.

3.3 Balance

El recorrido planteado para construir el estado de la cuestión, debe ser considerado como una suerte de piadosa «muestra incidental» de investigaciones halladas, pues una no está exenta de haber quedado a la zaga al realizar una pesquisa documental suficientemente amplia. Sin embargo, creo que puede ser considerado como un panorama representativo de los ángulos y aspectos que han interesado a los especialistas en el tema.

La sexualidad adolescente, especialmente en el tema de las relaciones coitales, cobró especial relevancia a partir de la aparición del VIH. Creo que este componente y la socio-epidemiología de la propagación mundial del virus, condujo a que una de las dimensiones de la vida de los adolescentes --lo sexual coital-- se colocara en la palestra de las preocupaciones.

Derivado de la aparición del letal virus, una gran cantidad de gobiernos de los países han decidido crear instituciones dedicadas a la atención, investigación y desarrollo de programas tendentes a mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes. Sin embargo, todavía

no son del todo palpables los éxitos de este tipo de organismos, en torno al impulso efectivo de conductas saludables entre la población adolescente. Me temo que todavía falta mucho por construir en el plano de los hechos para demostrar que el «interés» ha traspasado las fronteras de la preocupación y de las declaraciones mediáticas.

En las investigaciones localizadas acerca del binomio adolescentes-relaciones coitales, aprecio un fuerte predominio de los subtemas: riesgos de VIH/SIDA, embarazo no deseado, aborto y, en menor medida, las ITS. Desde allí, los adolescentes han sido edificados como un «grupo de riesgo», a pesar de que el grueso de la población urbana adolescente exhibe conductas saludables, pues en mayor porcentaje no han incursionado en las relaciones coitales. Baste poner de relieve, a propósito de lo expuesto en páginas anteriores, que la llamada actividad «sexual temprana», cuando brota en la etapa adolescente, ha estado más asociada a personas de bajo rendimiento escolar y en condiciones de pobreza, aunque no son los únicos.

En tal sentido, el presente trabajo de tesis se suma a la tendencia predominante en el horizonte internacional, al ocuparse justamente de la sexualidad de los adolescentes urbanos y escolarizados y su relación con el subcampo de las relaciones coitales. Pero la distinción de esta investigación, como espero demostrarlo en las siguientes páginas, es que trata de llamar la atención sobre las ideas, nociones y sentimientos que experimentan los/as adolescentes acerca de su sexualidad y las interacciones que despliegan con sus pares, con sus respectivos padres y con los contenidos mediáticos.

Regresando a los indicadores que aportan los estudios revisados, se puede apuntar que las relaciones coitales se tornan más probables cuando los adolescentes se acercan a la región etárea que transita entre los 15 y 17 años, aunque con mayor predominio por parte de los adolescentes masculinos. En contraparte, cuando los adolescentes urbanos y escolarizados postergan el primer contacto sexual y rebasan la frontera de los 17 o más años, crece la probabilidad de que usen preservativo como medio de autoprotección.

El subgrupo de núbiles que optan por las relaciones coitales en estas edades [15 al 17 años] lo harán, mayoritariamente, con personas que forman parte de su red social, sin protección mediante condón y cambiarán de pareja. Lo harán sin preservativo porque prima un sentido de invulnerabilidad, acompañado de la idea de que el virus del VIH puede lograr traspasar la barrera del látex y, en consecuencia, ser infectados. Ante ello, como una *sui generis* «resignación» o acomodo, optan por no usar preservativo como medio de autoprotección.

Si bien es cierto que la adolescencia como etapa de vida socioculturalmente edificada se ha logrado posicionar claramente como una fase de la vida en la que las relaciones coitales y el matrimonio se han de postergar varios años, ello no siempre incluye a las etnias ni a las comunidades rurales o campesinas. Allí es posible encontrar una especie de «salto» de la niñez tardía a la adultez.

Los adolescentes conocen los métodos que pueden usar para evitar ITS, VIH/SIDA y embarazo no deseado. Sin embargo, ello no se traduce en la edificación de una conducta saludable que incorpore el uso del preservativo.

Sobre la base testimonial de los estudios, queda un rango etáreo que corre de los 10 a los 14 años. Esta región de la adolescencia, en el tema de las relaciones sexuales, presenta características dominadas por el enamoramiento, las prácticas de autoestimulación, el consumo de mensajes acerca de historias amorosas y las relaciones de amistad o el flirteo. Ello exigiría, al menos en el campo de la sexualidad y de la comunicación, una reconceptuación capaz de hallar y analizar las características particulares que se gestan y desarrollan en sus estilos de vida.

Se reconoce que los adolescentes, al constituirse en un grupo de reciente emergencia histórica y sociocultural pueden estar compartiendo rasgos comunes en sus estilos de vida, conductas de riesgo y padecimientos. Por ello, varios organismos multilaterales e instituciones de investigación, han impulsado estudios comparativos, especialmente en lo que se refiere, en orden de importancia, a la sexualidad, adicciones y causas de muerte. Este tipo de esfuerzos ha generado un cúmulo de significativos informes que han arrojado luz sobre los rasgos que comparte la población adolescente, con independencia del país y la cultura a la que pertenece, así como las cualidades específicas que los diferencian de un país a otro y de comunidad a comunidad.

El perfil que deja apreciar el conjunto de los estudios localizados, marca una clara tendencia de investigaciones que se han ocupado de adolescentes escolarizados de medios urbanos. Desde luego, hay que señalar que dicho predominio puede corresponder con la presencia, concentración y distribución de la población urbana que presenta la mayoría de los países y entidades del orbe. Por otro costado, también puede ser explicado en tanto la

cobertura de la educación básica presenta altas tasas de atención en los niveles de secundaria y, en menor medida, en el acceso al nivel medio superior.

Con relativa independencia de ello, es necesario marcar la trascendencia que podría tener el hecho de orientar más esfuerzos para realizar investigaciones con adolescentes no escolarizados y alejados de los medios urbanos.

En el ámbito internacional --y México como país no ha sido ajeno--, al mantener como línea de investigación ese binomio adolescentes-relaciones coitales, los estudiosos han avanzado hacia capas y entretelones más profundos en torno a las condiciones, sentimientos, expectativas y valoraciones que priman en los y las adolescentes, cuando de relaciones íntimas se trata. Entre adolescentes y jóvenes especialmente, los datos aportados dejan en claro que las relaciones coitales han ganado terreno al resignificarse paulatinamente como un derecho al placer. Se asume que es un tipo de vivencia en el que debe primar el deseo o la voluntad de ambas partes. Y también se ha desdibujado entre las adolescentes escolarizadas de países avanzados, aunque no sin tensiones, el trenzado que debía primar entre amor y sexo.

En la última parte del pasado siglo XX, hacia finales de la década de los 90, paulatinamente surgió el interés en los investigadores por tratar de explorar qué papel juegan las relaciones emocionales (amorosas) en las relaciones coitales, así como los procesos de negociación para el uso del condón como método de contracepción.

Generado desde la OPS, en 1997 se abrió una amplia veta para incursionar en el cruce de coordenadas entre adolescentes, salud y medios de comunicación. Desde allí se han generado avances que han ensanchado esa veta y ahora se encuentran en la fase de difusión de hallazgos en torno a *la voz de los adolescentes*. Qué piensan, sienten, cómo viven la sexualidad y qué asumen.

Desde esta óptica, el presente trabajo de tesis trata de generar información más detallada y profunda acerca de cómo están viviendo su sexualidad los adolescentes, tanto en el ámbito de las relaciones coitales como en aquellas pautas de comportamiento, ideas y nociones que logran mantener a raya la incursión en conductas de riesgo.

Capítulo IV

Metodología

4.1 Enfoque del estudio

Esta investigación fue, en primer término, de carácter exploratorio y descriptivo. Exploratorio, en cuanto trató de identificar tendencias de la interacción que establecían los adolescentes con los medios de comunicación, específicamente en aquellos mensajes interconectados con las relaciones sexuales [coitales] saludables o de riesgo. Descriptivo, en cuanto permitió identificar las características de la serie de elementos que dieron cuenta del acceso y tipos de interacción mediática por parte de los adolescentes escolarizados que radicaban en el municipio de Toluca, Estado de México. Intentó, además, establecer algunas relaciones entre esos tipos de interacción [cara a cara, casi-interacción y mediática]

con la forma en que empleaban la información sobre los encuentros coitales pasados, actuales y/o futuros en este grupo etéreo.

Con esto se buscó proporcionar un punto de partida acerca de la relación entre la información que los adolescentes escolarizados reciben de los medios masivos de comunicación y el potencial o fáctico ejercicio de su sexualidad [encuentros coitales] saludable o de riesgo, y cómo utilizan dicha información en su cotidianidad.

Una investigación de este corte podría abordarse de diferentes maneras. Sin embargo, dadas las características de la investigación en medios, y particularmente la tendencia hacia los estudios de recepción existente en América Latina, era casi imperioso trabajar con dos opciones. Una, encaminada a tratar de analizar la llamada «influencia» o impacto de los medios en los adolescentes a nivel de sus percepciones en torno a temas relacionados con la sexualidad saludable. La segunda base teórica, referida a la exploración de los procesos que los adolescentes edifican cotidianamente con otros actores sociales con los que construyen redes relacionales e interaccionales y que les permiten conocer, ampliar, modificar, reducir, deformar y/o comprender las implicaciones que tienen para sí mismos y para sus familiares el desarrollo de su comportamiento sexual.

4.2 Planteamiento del problema

Como otras etapas de la vida, la adolescencia reviste un estadio de desarrollo de alta complejidad en la que concurren vectores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, escolares, económicos, mediáticos y culturales. Desde luego, como lo he expuesto en el

corpus teórico de esta tesis, las características específicas que en esta época nutren y colorean el ser adolescente, guardan estrecha relación con las condiciones históricas que arropan cada época y que le dan sentido social a las relaciones, interacciones y estilos de vida que se espera del «ser adolescente».

En el ángulo de la sexualidad adolescente, específicamente las relaciones coitales, socioculturalmente se tiene la expectativa normativa de que este tipo de encuentros han de ser auto-postergados hasta pasar la frontera de los 18 años o más. Si ello ocurre, los y las adolescentes pondrán a salvo la vulnerabilidad bio-psicológica y social que les constituye como núbiles enmarcados en esta etapa culturalmente construida.

Para lograr lo anterior, se parte de la premisa que el tejido institucional [familia, escuela, iglesia] y cultural, a través de las relaciones e interacciones tanto mediáticas como cara a cara, habrán de ser capaces de operar como fuentes de información, formación y acotamiento para que las manifestaciones de la sexualidad adolescente se circunscriban, en su caso, a las relaciones amorosas de noviazgo y a la autoestimulación erótica. Esta última forma de manifestación de la sexualidad, se asume como parte de la zona íntima y por ende sub-vigilada desde el mundo adulto, a fin de mantenerla dentro de los límites de «lo saludable».

En esta dimensión de la sexualidad adolescente, al incursionar en capas más profundas acerca de formas de comportamiento saludable, se ha considerado que toca a la relación e interacción cara a cara que provee el ámbito familiar, un papel primordial. En consecuencia, también en el plano de la expectativa normativa, se espera que la madre y/o

el padre jueguen un papel de primera magnitud para tratar de contribuir, desde las pautas interaccionales con sus hijos e hijas, a la gestación y consolidación de elementos valorativos, actitudinales y comportamentales en sus hijos adolescentes. Si dicha expectativa se cumple, los adolescentes tendrán estilos de vida capaces de postergar el encuentro coital, a favor de su propia calidad de vida y de su ulterior desarrollo individual, familiar, educativo y social en general.

Un cometido y responsabilidad de esta naturaleza para el ámbito familiar, comprende una serie de cualidades que –también se espera-- han de caracterizar la vida privada en la que se mueve cotidianamente el adolescente. En términos generales, se asume que primará la capacidad interaccional y relacional entre el mundo adulto y los adolescentes. El objetivo primordial de esa capacidad es aprovechar la información que proveen las interacciones mediáticas, para conducirla a la conversación cara a cara y con plena confianza entre los progenitores y sus vástagos adolescentes, justo cuanto el tema implica la sexualidad, sus manifestaciones y los riesgos que conlleva.

Como institución que entreteje un conjunto de actores de la vida académica, a la escuela se le concibe como el espacio en el que un conjunto de saberes educativos, experiencias [conferencias, seminarios, charlas, jornadas saludables], relaciones e interacciones con el mundo adulto y entre pares, brindarán los conocimientos necesarios para comprender cabalmente los riesgos que puede generar, en su caso, los encuentros coitales durante la adolescencia. Y se espera que dicha información y proceso formativo actuará como «escudo protector» para evitar conductas de riesgo en el campo de la sexualidad.

Los contenidos mediáticos y de manera más específica algunos programas, series, *spots*, sitios en Internet, programas de radio y un amplio abanico de campañas y programas de acción operados de manera predominante por los tres ámbitos de gobierno, tratan de llegar a los adolescentes y a las familias para reducir la incidencia del VIH/SIDA, las ITS y el embarazo adolescente. Asimismo, este tipo de campañas y de anunciantes de la industria del látex, promueven el uso de preservativos, aunque –con pleno apego la preservación de la salud adolescente–, en realidad los mensajes [texto e imágenes] están focalizado hacia los usuarios adultos.

No obstante todo lo anterior, estos elementos y procesos comunicativos e interaccionales que circundan el mundo adolescente, no se conocen a suficiente profundidad. Por esta razón habría que plantear: ¿qué piensan, perciben y sienten los adolescentes en torno a los riesgos que implican las relaciones coitales en la etapa de la adolescencia? ¿cuáles son los anuncios o *spots* que mejor recordación o posicionamiento logran para que ellos adviertan? Ignoramos, desde la óptica de los propios núbiles, si el mundo adulto [padre, madre de familia, docentes, médicos] representa para el adolescente escolarizado una posibilidad relacional e interaccional para conocer y comprender mejor la dimensión sexual de su vida y sus riesgos. Poseemos poca información a profundidad acerca de sus ideas, sentimientos y las nociones que les habitan cuando se trata el tema de las relaciones coitales.

Desde luego, contar con información de superficie y profunda acerca de un tema tan particular, íntimo y complejo como es la sexualidad, reclama la puesta en marcha de un esquema de acercamiento cuidadoso en el que se preserve la identidad de los propios adolescentes y se dé cauce al ensanchamiento de la confianza y la libre expresión, para

aproximarnos a la propia voz de los y las adolescentes. Desde allí, con el conocimiento más detallado acerca de las múltiples mesetas que conforman los estilos de vida de los adolescentes, en el aspecto de la sexualidad, quizá más adelante estaremos en condiciones de impulsar estrategias y programas de acción que, en primera instancia, estén alimentados con y por la propia visión del mundo adolescente.

4.3. Hipótesis

Gran parte del hilo conductor de este trabajo de investigación sobre la sexualidad adolescente, descansó sobre las siguientes cinco hipótesis de trabajo:

1. Los adolescentes escolarizados del municipio de Toluca, tienen acceso a una gran cantidad y diversidad de medios de comunicación y de mensajes que abordan el tema de las relaciones coitales y sus riesgos [ITS, VIH/SIDA y embarazo no deseado]. Sin embargo, a pesar del posicionamiento o alto nivel de recordación que logran las campañas o los *spots* especializados en el tema, dichos mensajes no pautan ni reorientan el comportamiento hacia estilos de vida saludable.
2. El mayor porcentaje de los adolescentes escolarizados, de 12 a 17 años de edad, del municipio de Toluca, Estado de México, expresan no haber incursionado en las relaciones coitales; condición que puede sostener que su vida sexual está caracterizada por un estilo saludable y por ende enmarcado en las expectativas sociales del mundo adulto que les circunda.

3. Los argumentos, ideas o nociones que arguyen los adolescentes para no haber incursionado en las relaciones coitales están referidas a la pertinencia o idealización de la pareja, más que a condiciones de la vulnerabilidad bio-psico-social que es propia de la condición de «ser adolescente».
4. En el caso de aquellos adolescentes que por distintas razones han incursionado en relaciones coitales, se espera que hayan sido en forma mayoritaria adolescentes masculinos, debido a que prima una perspectiva de género en la que se torna más permisiva para los hombres e incluso como parte del «reconocimiento» o aceptación que se celebra entre el grupo de pares.
5. Cuando se trata del ámbito de la sexualidad y de los riesgos que pueden representar los encuentros coitales, los adolescentes, en proporciones mayoritarias, prefieren buscar la conversación profunda y mayor información con sus pares y, en segundo término a través de los medios de comunicación, especialmente la información disponible en Internet.
6. El padre y/o la madre del adolescente, dada su condición generacional y posición frente al tema sexual, ha desarrollado pautas relacionales e interaccionales con sus hijos/as que impiden desarrollar interacciones cara a cara y a suficiente profundidad en el tema de las relaciones coitales.

Enseguida abordo las técnicas e instrumentos que constituyeron la base fundamental del diseño metodológico para contar con la información requerida para el desarrollo de la

presente investigación. Es importante recordar que la perspectiva del estudio incluyó dos tipos de acercamiento: uno cualitativo y otro cuantitativo. En la primera parte, hago referencia a las características que guardó la aplicación de los grupos focales y, en la segunda sección, comento el acercamiento cuantitativo, a través de la aplicación de un cuestionario, sobre la base de una encuesta.

4.4 Grupos Focales

Como se puede ver en la siguiente figura, la propuesta instrumental giró en torno a un primer acercamiento construido a partir de siete grupos focales [fase cualitativa], aplicados a estudiantes escolarizados radicados en distintos centros escolares del municipio de Toluca, México, tanto de régimen público como de sostenimiento privado y cuyas edades de los adolescentes podían fluctuar entre 12 y 17 años, es decir, estudiantes de secundaria y preparatoria.

Figura 1.

**Esquema general del proyecto de investigación aprobado
por la OPS, en Ibarra, Ecuador, 2001.**



La técnica de grupo focal, como lo han señalado diversos autores, es de amplia utilidad para explorar usos, significaciones de mensajes y condiciones en que se presentan determinados fenómenos culturales en un grupo social determinado. También se ha considerado de manera más amplia como un buen recurso metodológico cuyo «*principal propósito [...] es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias*». (Gibbs, 1997: 27). En forma resumida, las ventajas que representó para esta investigación desarrollar un acercamiento de tipo cualitativo con esta técnica se puede resumir de la siguiente forma:

- I. Permite profundizar de mejor manera en las diferentes variables del estudio.
- II. Dadas las características de algunas variables, y los rangos de edad, los grupos focales permiten un mejor abordaje metodológico y alcanzar una mejor calidad de la información.
- III. Las características de algunas variables requieren su abordaje desde una perspectiva cualitativa.
- IV. Con una cantidad moderada, se abarcan diferentes grupos demográficos de adolescentes: por edad, género, estrato, entre otros.

4.4.1 Integración

Se sabe que más allá de la especificidad de la microhistoria de cada uno de los integrantes del grupo [adolescentes escolarizados], en esta técnica de investigación es menester instigar la participación del grupo de enfoque para tratar de transformar su interlocución –a través del circuito de preguntas-respuestas-nuevas preguntas–, en la «representación social» del grupo de referencia: adolescentes escolarizados de una ciudad como Toluca, en el Estado de México.

Por ello, para la integración de Grupos Focales (GF), se tuvo en consideración que al conformarlos guardaran entre sí un rango de baja variabilidad en cuanto a su procedencia social, en el sentido de procurar que no existan fuertes o notables diferencias de clase social entre los integrantes, pues la clase superior podría reducir ostensiblemente la participación activa y relajada de otros interlocutores de clase social inferior. Por esta razón, la unidad muestral fue constituida como un «microuniverso» de selección en cada escuela secundaria y preparatoria seleccionada radicada en el Municipio de Toluca, Estado de México. Al interior de la misma, se eligieron al azar de 6 a 8 estudiantes, procedentes de distintos salones, a efecto, también de reducir la posibilidad de que pre-existieran redes relacionales o interaccionales que sesgaran las aportaciones temáticas en uno u otro sentido o bien que fuesen «monopolizadas» las participaciones por liderazgos conformados con anterioridad y que podían emerger cuando se trata de grupos de amigos o compañeros de salón.

Se aplicaron un total de 8 grupos focales tanto para mujeres y varones adolescentes. Sin embargo, una vez revisadas las características y condiciones en que se desarrollaron las

sesiones, se consideró que para los fines de esta investigación sólo se tomarían en cuenta 7 grupos focales, que habían mantenido los mejores tratamientos en la conducción, fidelidad de la audiograbación y exploración temática.

Tabla 1. Características de cada Grupo Focal

No.	Nivel Socioeconómico	Clave de grupo Focal	Lugar de aplicación
1	Medio	GF1 P5 F	Plantel No 5 de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México
2	Bajo	GF2 P5 F	Plantel No 5 de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México
3	Medio	GF3 P2 M	Plantel No. 2 de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México
4	Medio	GF4 P2 M	Plantel No. 2 de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México.
5	Medio	GF5 INEB F	Escuela Secundaria Anexa al Instituto Norteamericano de Estudios Bilingües INEB Toluca, Estado de México.
6	Bajo	GF6 SEC 6 M	Escuela Secundaria Oficial No. 6 <i>Niños Héroes</i> Toluca, Estado de México.
7	Medio	GF7 P2 M	Plantel No. 2 de la Escuela Preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Como se puede apreciar en la tabla superior, la mayoría de los interlocutores de los GF procedieron de escuelas preparatorias y se logró considerar la información procedente de tres grupos de estudiantes de secundaria de sostenimiento público y privado. Pese a esta limitante, ha de considerarse que en el acercamiento cuantitativo, cristalizamos un acercamiento más amplio y diverso del mundo adolescente escolarizado.

Las sesiones de los Grupos Focales fueron trabajadas por grupos conformados, exclusivamente, de acuerdo con los rangos etáreos definidos, el género, el estrato social y el tipo de población. Cada grupo se formó con seis o siete integrantes. Como lo he señalado en párrafos anteriores, el propósito fue reducir algunos problemas asociados con la inhibición que puede producir en algunos muchachos el hablar acerca de ciertos temas frente a miembros del sexo opuesto o frente a jóvenes de mayor o menor edad y también para poder construir conclusiones sobre cada uno de estos grupos (Ver tabla 2).

Tabla 2. Esquema aplicado para la integración de Grupos Focales

		RANGO DE EDAD 12 a 16		RANGO DE EDAD 16 a 19	
		MEDIO	BAJO	MEDIO	BAJO
 			●	●	●
		●		●	●

Para facilitar la participación y expresión abierta o espontánea de los/as adolescentes participantes en las sesiones de GF, se procedió a iniciar con temas vinculados a los principales artistas, grupos de música y/o exhibiciones de películas más recientes. Asimismo, se pidió a cada integrante del GF emplear un nombre ficticio y colocarlo en una tarjeta personal para que tanto el/la moderador/a como el resto de los integrantes se

dirigieran a él o ella con ese nombre artificial. Cada sesión fue grabada en audiocasete y tuvo una duración que osciló entre 70 y 90 minutos.

4.4.2 Guía temática

Los GF permitieron profundizar en la mayoría de las variables de la investigación, concretamente en torno a los usos de los medios, a la información sobre salud en medios recibida por los adolescentes, a las percepciones sobre la información sobre temas relacionados con salud y a los usos de la información relacionada con salud por parte de los adolescentes (Ver guía temática para la aplicación de grupos focales en el Anexo 1). También nos permitieron profundizar en los mensajes relacionados con temas de salud pública existentes en los medios y cómo los adolescentes hacían uso de ellos con especial atención a las dinámicas de tipo social y cultural que afectan dicha relación. De esta forma, se generó el escenario propicio para indagar en torno a los procesos de recepción y de construcción de sentido, con especial atención a los temas de salud que fueron objeto de interés para todo el proyecto en su conjunto y para la presente tesis en particular.

Los ejes temáticos de las sesiones de los GF estuvieron circunscritos a los siguientes temas: acceso y uso de medios de comunicación; mensajes de salud recordados por los adolescentes; sexualidad, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA; consumo de tabaco, alcohol y otras adicciones; comportamientos saludables y conductas de riesgo.

4.4.3 Mecánica de trabajo y escenario para las sesiones

En los GF se contó con la participación de un moderador y un relator quienes previo al trabajo en los grupos recibieron capacitación acerca de los aspectos teóricos y técnicos del proyecto, así como en la forma en que se recomendaba conducir la sesión con cada GF. Para cuidar la aplicación y desarrollo de cada sesión de trabajo, se optó por realizar sesiones de simulación de GF, con estudiantes de licenciatura, dentro del *campus* de Ciudad Universitaria en la UAEM, a efecto de tratar de ilustrar de la mejor manera posible cómo se operaba la guía temática *in situ*. Asimismo, es importante señalar que los moderadores/as y relatores/as fueron capacitados, seleccionados y asignados a uno o dos Grupos Focales de su misma adscripción de género (Hombres, para GF de masculinos y Mujeres para GF femeninos). La razón de ello obedeció al hecho de que se iba a incursionar en temas sobre sexualidad, y se pensó que dicha condición podría abrir cauces de confianza mínima necesaria para lograr profundizar en los entretelones de cada temática.

Con base en los criterios señalados líneas arriba, la conducción de cada sesión de GF estuvo a cargo de una moderadora o moderador, de acuerdo con la pertenencia al sexo del grupo en cuestión, más un/a observador/a que se mantuvo a un costado de los participantes pero a una distancia suficientemente distante para evitar interferir durante el desarrollo de la sesión.

4.4.4 Periodo de levantamiento de información

Los Grupos Focales se llevaron a cabo entre los meses de Diciembre de 2001, a febrero de 2002. Los espacios utilizados para su aplicación fueron centros escolares de nivel Secundaria y Preparatoria del municipio de Toluca, México. Los rangos de edad de los participantes fue: 12 a 15, en alumnos de las escuelas secundaria y, de 16 a 19, en la Preparatoria.

4.4.5 Procesamiento cualitativo

Para realizar el procesamiento de información fue necesario contar con dos tipos de ayuda. Por una parte, en el caso del programa empleado para codificar y analizar las entrevistas generadas en los siete grupos focales (Ethnograph), fue menester tomar parte en un programa de capacitación que nos proporcionara –a todo el equipo de la UAEM– los conocimientos y algoritmos básicos para el uso adecuado del programa. A este respecto, gracias a la iniciativa de María Martha Collignon, profesora-investigadora del Instituto de Estudios de Occidente (ITESO), tuvimos la fortuna de conocer a Igor Martín Ramos Herrera, quien amablemente aceptó dictar un intenso, dinámico y muy acertado curso que, además de lograr plenamente los objetivos previstos, brindó recomendaciones clave para realizar el trabajo comprometido.

Cada sesión de GF fue transcrita en el programa Word 2000 para Windows y después trasladada al programa Ethnograph, versión 5.0. Con base en las bondades del programa y un mapa conceptual desarrollado a partir de los ejes temáticos, se generaron los reportes

cualitativos de interés para el presente estudio. En el Anexo 2 de esta tesis se puede ver el mapa conceptual aplicado para ingresar la información de cada grupo focal y, con ello, facilitar ulteriormente la búsqueda de información cualitativa y la generación de reportes.

Para orientar el ejercicio analítico se procedió al tratamiento de cada uno de los GF, empleando las funciones de búsqueda y generación de reportes que brinda el Ethnograph.

Dicho trabajo partió, en lo general, de una guía de cuatro ejes generales:

- I. Eje 1: análisis descriptivo e interpretativo de la relación de los adolescentes con los medios. Incluye elementos de acceso, conocimiento y consumo de medios de comunicación, así como elementos de juicio valorativo que hacen de los mismos.
- II. Eje 2: análisis descriptivo e interpretativo de la relación de los medios con la variable salud. Incluye todos aquellos elementos en los que pueda constatarse la agenda de salud pública que manejan los medios de comunicación, su impacto, su valoración y por supuesto, su reconocimiento por parte de los adolescentes mismos.
- III. Eje 3: análisis descriptivo e interpretativo de la relación de los adolescentes con la variable salud. Intenta explorar el capital de conocimientos, actitudes, valores y significados que los adolescentes poseen en relación a la salud en general, la salud de

los adolescentes y su propia salud. Es aquí donde se explora de manera específica la relación con el VIH/SIDA.

- IV. Eje 4: identificación, y análisis descriptivo-interpretativo de la relación entre tres aspectos sustanciales que escapan a los otros ejes, como es la relación entre adolescentes, medios y contexto social específico. Esta interrelación triple aparece a partir de la lectura del discurso adolescente del cual emergen referencias a la religión (católica en su mayoría), a la violencia social y problemáticas específicas: identidad cultural (mexicana en este caso), el género como perspectiva de interpretación y diferenciable entre los participantes, etc.

4.4.6 Algunas dificultades

Es cierto que los Grupos Focales fueron audiograbados, para su posterior análisis, en ocasiones, por ruido, bajo volumen o falta de enunciación, la identificación del “hablante” se dificultó, lo que llevó a tomar la decisión de distinguir al enunciante cuando era claro el nombre ficticio, y al moderador, privilegiando el discurso grupal.

Aun sabiendo que la transcripción es ya un discurso “traducido” que elimina, por obvia necesidad, elementos que son significativos en su discurso oral (entonación, volumen, modulaciones, ritmo, etc.), se procedió a la estandarización del formato, de tal manera que fuera relativamente sencillo el paso posterior: la “traducción” al formato del Ethnograph.

La utilización de este software resultó mucho más compleja de lo previsto aunque ciertamente necesaria para poder estandarizar los análisis y datos a nivel regional.

Con base en los objetivos de la presente tesis, la información que fue objeto de interés y análisis, procedente de los grupos focales, estuvo centralizada en los ejes 2 y 3, mismos que están descritos en la página anterior de este documento.

4.5 Encuesta a adolescentes escolarizados

En el acercamiento cuantitativo interesó que la información a recabar –y sobre todo las conclusiones o hallazgos del estudio-- estuvieran en posibilidad de contar con indicadores que permitieran formular algunas generalizaciones o inferencias, al menos por lo que correspondía a los adolescentes escolarizados que asistían a centros educativos [secundarias y preparatorias] radicados en el municipio de Toluca¹. Por esta razón, en el estudio tuvimos en consideración las características del universo de estudio [adolescentes escolarizados] así como su distribución en el ámbito escolarizado. A continuación presento las cifras que sirvieron de base para realizar el cálculo de la muestra.

4.5.1 Población adolescente escolarizada

El municipio de Toluca, Estado de México, según cifras del XII Censo General de Población y Vivienda, reporta una población de 666,596 habitantes (INEGI, 2000), de los cuales prácticamente nueve de cada diez viven en el área urbana. Toluca constituye una

¹ Recuérdese que el estudio logró obtener financiación de las autoridades municipales.

demarcación geográfica con alta urbanización, una vigorosa oferta educativa, una fuerte terciarización de la economía y un creciente movimiento migratorio tanto intramunicipal como interestatal.

En atención a que los grupos etáreos empleados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) se mueven en rangos de cinco años, los cohortes que se emplearon para tener un panorama acerca del tamaño de la población de interés y que constituyó parte del estudio, corresponden a la población de 10 a 14 y 15 a 19. Entre ambos, sumaron 135,583 adolescentes, es decir, 20.33% de la población total del municipio de Toluca² (INEGI, 2000^a). Como en la mayoría de los casos del país, la distribución de la población por sexo –en estos rangos etáreos– está prácticamente dividida en partes iguales.

Para este acercamiento cuantitativo, el estudio se concentró en la población escolar de 12 a 19 años. Al respecto, es importante anotar cuál es la participación de este rango de población en el sistema educativo formal, a escala municipal. Con base en cifras oficiales, del grupo de adolescentes que va de 10 a 14 años, 45.28% no tienen instrucción posprimaria, pero de los que no continúan su formación escolar en el nivel medio básico (secundaria) una proporción ligeramente superior está constituida por hombres.

Por lo que refiere al rango de 15 a 19 años, el panorama es más alentador, pues sólo 16.78% de este sector poblacional no participa en el sistema educativo formal. Sin embargo, comparativamente con los adolescentes de 10 a 14 años, se concluye que

² Esta misma proporción se mantiene en el ámbito estatal y está ligeramente debajo de la tendencia nacional, pues para México se reporta 21.26% en el rango de población que va de 10 a 19 años (INEGI, 2000).

conforme la edad avanza las mujeres, en mayor proporción, son excluidas del beneficio educativo, pues en este rango (15 a 19 años), ochenta y cinco de cada cien adolescentes hombres continúan su formación educativa, contra 80 por ciento de participación de las mujeres (Ibídem).

Estas cifras, al compararlas con los indicadores estatales y nacionales, permiten afirmar que Toluca es un municipio aventajado en el renglón de la participación de jóvenes en el sector educativo, pues muestra un comportamiento más alentador que la tendencia reflejada en el Estado de México y en el país. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Porcentaje de población de 10 a 19 años

Instrucción posprimaria

	RANGO 10 a 14		RANGO 15 a 19	
	TOTAL		TOTAL	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
México	42		72	
	50	40	72	73
Estado de México	50		81	
	52	49	80	82
Toluca	55		83	
	56	54	81	86

Fuente: Cálculos a partir de Tabulados Básicos Nacionales y por Entidad Federativa. Base de datos y tabulados de la muestra censal. México: INEGI.

Es importante precisar que esta característica presentada en la población Toluca, entendida como factor, atraviesa una serie de pautas de comportamiento, estilos de vida,

interacción mediática y percepciones que pueden alejarse ligera o drásticamente de otras poblaciones del Estado de México y, por supuesto de otras entidades del país. Por ello, será de especial trascendencia impulsar otros estudios similares en localidades con distintos perfiles socioeducativos.

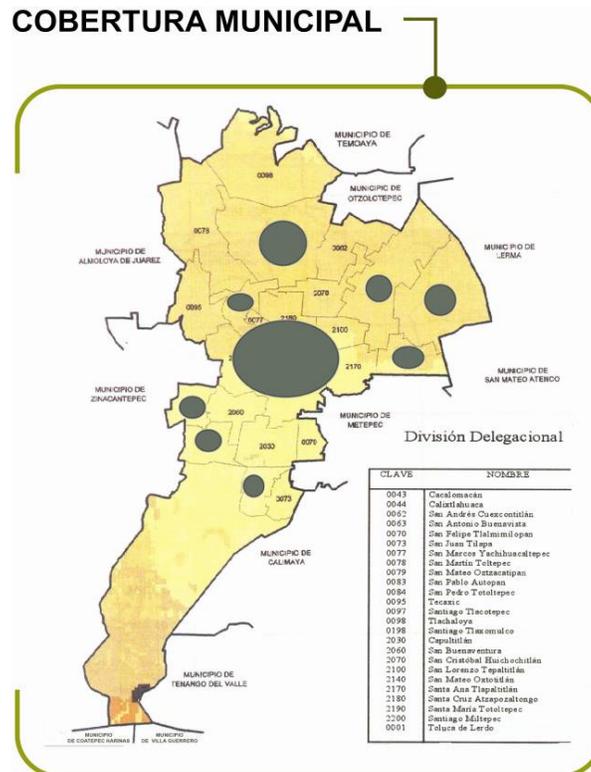
4.5.2 Muestra de adolescentes en el estudio

La población que respondió al cuestionario fue de 1,707 estudiantes de secundaria y preparatoria, cuyas edades oscilaron de 11 a 19 años. Aunque convencionalmente los alumnos que ingresan y transitan por este nivel de estudios en México debe tener entre 12 y 18 años de edad, el rango real puede reflejar tanto la precocidad cognitiva de algunos estudiantes y/o la prisa que tienen algunas madres y padres de familia por hacer que sus vástagos alcancen, a temprana edad, niveles educativos superiores. Pese a ello, ocho de cada diez alumnos estaban en el nivel y grado que les corresponde normalmente.

La distribución y selección de los elementos muestrales (adolescentes escolarizados) tuvo como base, para la localización de centros escolares, la forma en que se distribuye la población en la demarcación municipal. Para ofrecer una idea gráfica de lo que representó dicho esquema de selección, se puede ver en la figura dos, que muestra tanto la delimitación geopolítica del municipio de Toluca, como la concentración de la población en todo el territorio local.

Figura 2

Esquema de distribución de la muestra de adolescentes escolarizados en el municipio de Toluca, Estado de México



Tipo de muestreo: Aleatorio, estratificado por nivel socioeconómico [alto, medio, bajo], edad y sexo.

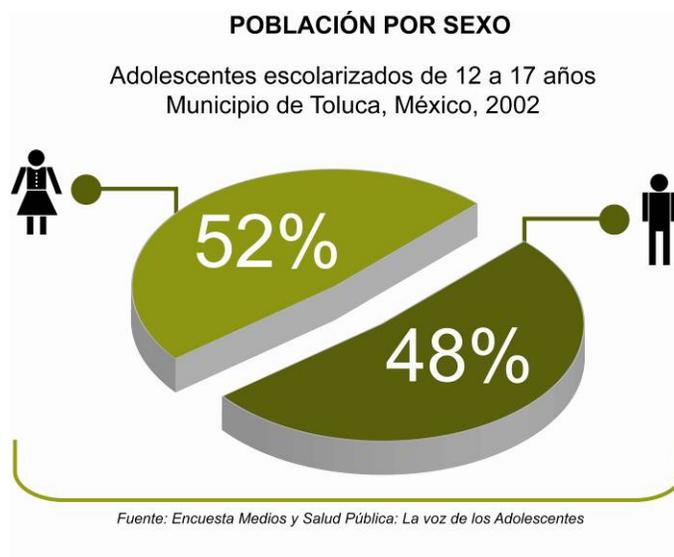
Con tales bases, los 1,707 cuestionarios se aplicaron, de manera diferencial. Mayor número de cuestionarios aplicados a adolescentes escolarizados que radicaban en la parte central del municipio [la más urbanizada] y un menor número de instrumentos aplicados a los adolescentes que radicaban en la parte sur de Toluca.

En las siguientes dos gráficas se puede apreciar cómo quedó conformado el tamaño de la muestra, según el sexo de pertenencia y la edad de los adolescentes encuestados.

Puede notarse que prácticamente contamos con la misma proporción de adolescentes mujeres que de masculinos, aunque con una ligera ventaja para la representación de las adolescentes que respondieron el cuestionario. En realidad, el esfuerzo colectivo realizado trató, en todo momento de mantener un equilibrio y control en el número de instrumentos aplicados. Sin embargo, al realizar una revisión cuidadosa de cada cuestionario resuelto, nos vimos en la necesidad de eliminar aquellos que presentaban fuertes inconsistencias en las respuestas, dando lugar a este ligero aumento de la presencia de las adolescentes, pero sin el riesgo de atentar contra la suficiencia del muestreo por sexo.

Figura 3.

**Distribución del número de cuestionarios aplicados
en el Municipio de Toluca, Estado de México.**

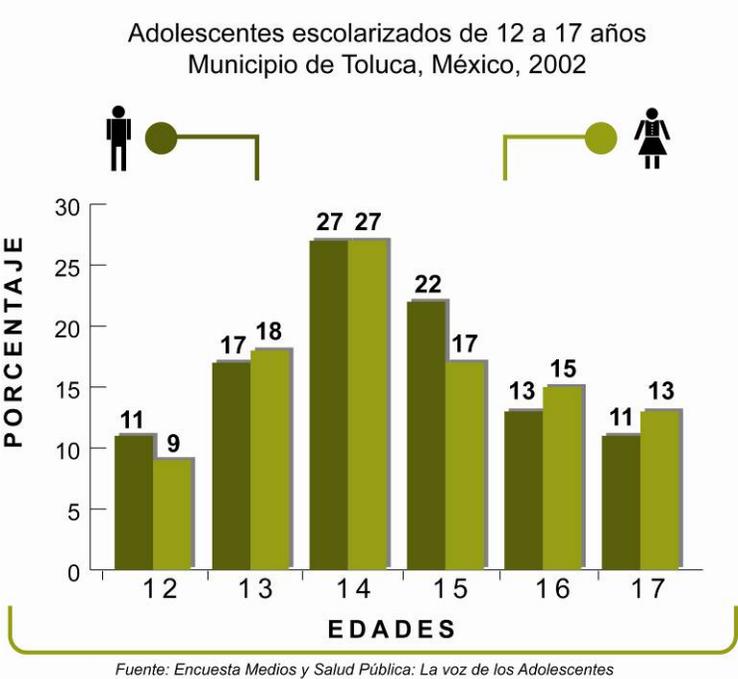


En la siguiente página se puede cotejar cómo quedó la distribución de la muestra de los adolescentes que respondieron al cuestionario de las 174 preguntas formuladas para el estudio. Como lo he anotado líneas arriba, la idea original era tratar de llegar a adolescentes que estuviesen en el rango etéreo que va de 12 a 19 años. Sin embargo, cuando se analizó la distribución de los cuestionarios que teníamos capturados en la base de datos, con arreglo a la variable de la edad, se observó que el número y porcentaje de los adolescentes que tenían entre 18 y 19 años y que habían respondido al instrumento de la encuesta, era considerablemente bajo y perdía suficiencia en el muestreo original. Por ello, se optó por dejar la distribución de la muestra de adolescentes en el rango de los 12 a los 17 años.

Figura 4.

Distribución de la muestra de adolescentes que respondieron al cuestionario

FAMECOM, Medios y Salud Pública: La voz de los Adolescentes



4.5.3 Origen del cuestionario COMSALUD

Como lo he anotado en páginas anteriores, para el caso del presente trabajo, logramos desarrollar también el acercamiento cuantitativo, a través de la aplicación de una encuesta a los adolescentes escolarizados del municipio de Toluca. Debo aclarar que el instrumento [cuestionario] original fue concebido por el grupo de investigadores que conformaron el protocolo OPS, en Ibarra, Ecuador. La extensión y contenido del mismo dio como resultado un cuestionario de 120 ítems, en su mayoría de tipo cerrado, aunque con una gran cantidad de opciones de respuesta precodificada. Esta característica facilitó tanto el levantamiento de información como el almacenamiento y procesamiento ulterior.

4.5.4 Ampliación del contenido del cuestionario

Si bien se trataba de un instrumento extenso, en atención a los tres ejes que incluía [jóvenes, medios de comunicación y salud], para el caso de la UAEM, junto con el equipo de investigación del que formo parte en la Red FAMECOM, optamos por revisar con detenimiento cada una de las preguntas y agregamos 54 preguntas más, a efecto de incursionar en otros ángulos de la temática principal y adjuntar preguntas que permitieran explorar algunos aspectos de la violencia intrafamiliar, religión, relaciones de noviazgo y, en el ámbito de la salud, incorporar interrogantes acerca del sobrepeso; prácticas que siguen los adolescentes para el cuidado de la salud y, finalmente, preguntas iniciales en torno a las expectativas futuras que entonces tenían los jóvenes respecto a la procreación (Ver siguiente tabla).

Tabla 4. Ejes temáticos de la encuesta

Versión FAMECOM



4.5.5 Contenido del cuestionario y preocupación de los adolescentes

Queda claro que los contenidos relacionados con sexualidad, violencia intrafamiliar, consumo de drogas y alcoholismo, debido al *control social*³ que priva sobre ellos, a pesar de su amplia presencia en los espacios públicos, resultan de difícil acceso al pretender respuestas que guarden un pleno isomorfismo con los estilos de vida de los jóvenes.

³ Aquí aludo al concepto de *control social de la narrativa*, expuesta por Kristin Langellier y Eric Peterson (1997), en la que sostienen que el relato o la expresión verbal de las personas [en particular los autores se refieren al tema de las historias de familia] no escapan al control que ejerce la sociedad, acerca de aquello que es aceptado como modelo normativo y, por ende, se castigan u ocultan los discursos y comportamientos que transgreden el orden sociocultural.

A este respecto, durante la aplicación de los cuestionarios y de los grupos focales, se presentaron casos de jóvenes que manifestaron su preocupación por la posible difusión de la información y, desde luego, su inquietud porque se diera a conocer a sus progenitores. Se acentuó tanto la confidencialidad de la información como el tratamiento estadístico que tendría toda la encuesta y, en el caso de los grupos de enfoque, la preservación de la identidad de cada interlocutor/a.

Ante ello, como en la mayoría de este tipo de instrumentos, se debe atenuar esta dificultad evitando solicitar información personal de los jóvenes como: nombre, grupo, grado escolar y turno. También se deja en claro que la información no sería remitida a los padres, madres, profesores/as o autoridad similar y que el interés central del estudio era conocer lo que *“realmente hacían y pensaban los adolescentes en su vida diaria”*.

En el mismo sentido, otros temas como la vinculación con determinados contenidos mediáticos, por ejemplo, programas televisivos, radiofónicos, lectura de historietas consideradas de baja o nula calidad y la inspección de revistas que versan sobre sexo explícito, están abrazadas por el mismo control social, como ya se ha reportado en otros trabajos (Guadarrama 1997, 1998^a, 1998^b, 1998^c, 1999 y 2000).

No obstante, mayoritariamente, se registró una actitud y participación favorables por parte de los/as jóvenes, tanto para responder al cuestionario como aquellos/as que integraron los grupos focales.

4.5.6 Aplicación

Operativa y organizativamente aplicar un cuestionario de 174 preguntas es complicado por lo que en primer término, se optó por gestionar y conseguir el apoyo de instituciones de educación media básica y media superior, a efecto de contactar a los adolescentes en sus propios espacios escolares y lograr que se concediera al menos una hora para la aplicación de la encuesta.

En la mayoría de los casos, adicionalmente se contó con el apoyo de orientadores educativos y profesores de tiempo completo de las escuelas participantes, para coordinar la administración colectiva de los cuestionarios. Asimismo, en el caso de las instituciones de sostenimiento privado [tanto secundarias como preparatorias], debido al régimen de vigilancia y control disciplinario que regularmente se aplica hacia la población estudiantil, la participación de los profesores u orientadores no fue solicitada, a fin de evitar que los adolescentes se cohibieran ante la presencia de un referente de autoridad y, con ello, se trato de estimular la generación de respuestas sinceras. A este respecto, no se descarta que la presencia de los aplicadores también haya sido fuente de desconfianza.

Respecto a la participación de los propios jóvenes, con el sólo hecho de hojear la cantidad de preguntas que presentaba el listado de interrogantes, la reacción inicial dejó ver desencanto y resistencia inicial. Sin embargo, en la mayoría de los casos, cuando advertían el contenido y estructura del instrumento de medición y, al comprobar que había una gran cantidad de cuestiones en las que sólo debían marcar una cruz en la opción que más se ajustara a su condición, se reanimaban para emprender la extensa tarea.

Con base en los registros de tiempo que se obtuvieron a lo largo de las distintas administraciones con los grupos de estudiantes de secundaria y preparatoria del municipio de Toluca, Estado de México, en promedio, el tiempo que consumieron los/as adolescentes para contestar el cuestionario fue de 42.5 minutos. En términos de la extensión [174 preguntas], parece que tanto la estructura como la amplitud del documento de exploración, presenta una eficiencia aceptable para su administración y ello también guardó correspondencia con el diseño que se proporcionó a cada pregunta.

Sobre el particular, es importante señalar que los adolescentes seleccionados para formar cada uno de los grupos de enfoque no respondieron el cuestionario y viceversa. El propósito de esta medida estuvo basado en la idea de evitar posibles *efectos reactivos* generados por la intervención en ambos procesos que, a fin de cuentas, guardaban estrecha relación en cuanto a contenido y estructura. En la teoría de la medición se alude a los *efectos reactivos* como el impacto positivo o negativo que puede generar el hecho de que una persona o grupo tome parte en una actividad, cuya experiencia pueda ser fuente de alguna ventaja o desventaja en el momento de emprender otra acción o tarea que también interesa estudiar. Para el presente caso, la participación en un grupo focal, podría sesgar las respuestas que se expresarían en el cuestionario en forma individual⁴.

⁴ Una exposición más amplia se puede ver, entre otros, en: Donald Campbell y Julian Stanley (1979). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu, editores.

4.5.7 Procesamiento cuantitativo

El procesamiento de los datos de la encuesta se llevó a cabo, previa codificación de los cuestionarios, mediante el uso de una matriz de datos elaborada en Excel para Windows y, para generar los principales cruces de variables, la información fue transferida al programa SPSS 10.0 para Windows.

Sobre la misma base de los objetivos explicitados en este trabajo de tesis, de los 174 reactivos que contuvo el cuestionario, fueron procesados y analizados aquellos ítems que guardaron estrecha relación con los ejes temáticos del inciso 4, 6, 7 y 9 y que están anotados en la tabla número 4 de este capítulo.

Capítulo V

Resultados y Análisis

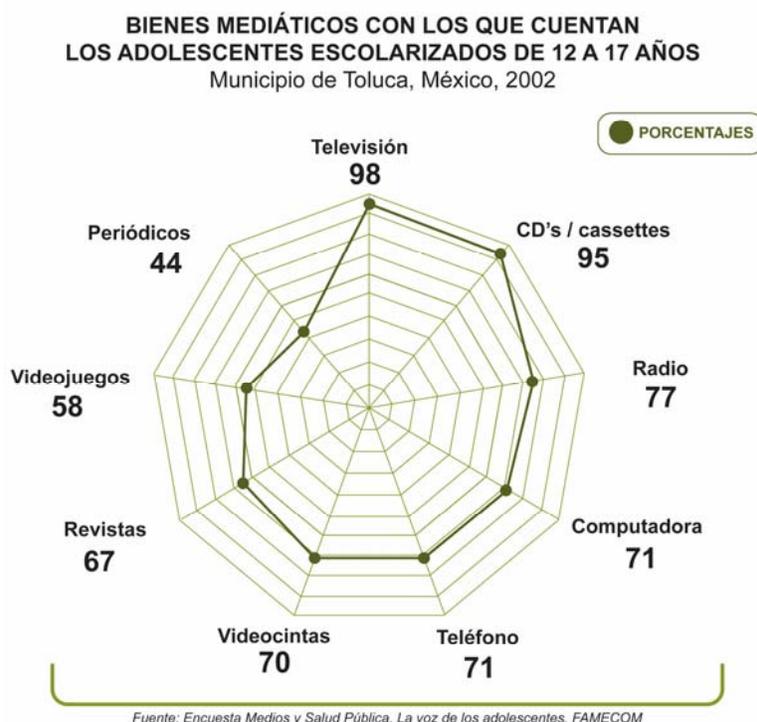
5.1 Predominio de la televisión en la vida de los adolescentes

El hecho de formar parte de una comunidad urbana, prácticamente en forma consecuyente, provee a los adolescentes de altas posibilidades de tener acceso a medios de comunicación en sus hogares. Dicha condición les permite entretener «casi-interacciones mediáticas». En la siguiente gráfica se puede apreciar que el acceso a la pantalla catódica fue prácticamente para la totalidad de los adolescentes, en tanto que 98% de ellos manifestaron poseer televisor en sus casas.

La fuerte presencia de la pantalla catódica en los hogares de los adolescentes busca lograr el cautiverio de la atención de los distintos segmentos de la audiencia. Karl Popper y John Condry hacen hincapié en que “para conquistar nuestra atención, la televisión se ve

obligada a transformarse de continuo. Se interesa exclusivamente por el presente inmediato; no tiene ningún interés por detenerse en problemas que no admiten una solución a cierto plazo. [En consecuencia] La televisión está gobernada por el reloj. Cualquier elemento dramático y cualquier incertidumbre que sean introducidos deben ser resueltos y satisfechos durante la duración del programa. En ese espacio se promoverán los productos por venderse” (Popper y Condry, 1994: 78).

Figura 5



El resultado de este tipo de interacciones, particularmente con la pantalla chica, es que los adolescentes se van habituando a la información, a las notas breves, en movimiento, desprovistas de contexto, sin historia; en suma, a los contenidos troquelados en forma de

cápsulas que poco contribuyen a la formación plena de las capacidades psíquicas y emocionales. Como también lo apuntan Karl Popper y John Condry, en un breve texto que titularon *La Televisión es una mala maestra*:

En la televisión, cada momento deber ser emocionante, cada acontecimiento debe llamar la atención. En estas condiciones es imposible configurar la relación causal entre trabajo y riqueza u otras que nos son fáciles de representar ni presentables en el plano visual (Popper y Condry, 1994: 80).

Las casi-interacciones mediáticas que establecen cotidianamente los adolescentes escolarizados, radicados en el municipio de Toluca, México, están dominadas por la televisión y la oferta musical que se propaga en su entorno, a través de medios como la radio, los audio-casetes, los discos compactos y el acceso a la computadora y/o el Internet.

5.2 Medios, salud y «casi-interacciones» en adolescentes

Estos medios de difusión –porque tendríamos que considerarlos en esta acepción a partir de Thompson—, mantienen amplia y diversa oferta de contenidos entre los que suelen estar incluidos, comparativamente en baja proporción, temas sobre salud, sexualidad, métodos anticonceptivos y, de manera particular, mensajes relacionadas con las vías de transmisión o contagio del VIH-SIDA, así como métodos para evitar el virus del VIH.

He de señalar que, cuando de mensajes de salud se trata, predominan las campañas mediáticas financiadas con fondos procedentes de la ciudadanía, destinados por gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud. Este esquema de pago por mensajes o campañas orientadas a informar a la población en general y a segmentos como los adolescentes, lamentablemente se debe a que el gobierno mexicano optó por un sistema de concesión privada para hacer llegar señales mediáticas al país. En otros países como el Reino Unido, España o Alemania las propias televisoras y concesionarias radiofónicas tienen, por ley, la responsabilidad de dedicar un espacio más generoso para difundir mensajes tendentes a impulsar conductas saludables o bien para dar avisos de interés para la población o para algún segmento en particular.

Los adolescentes urbanos y escolarizados, al estar inmersos de manera predominante en mensajes que han sido diseñados para una audiencia amplia, indefinida y cuya interacción está pautada por el accionar monológico y unidireccional, impide que, en materia de mensajes de salud y de sexualidad, tengan condiciones efectivas para tratar de interpelar o profundizar en temas que pudiesen resultar de alta significación, al menos durante el proceso interaccional con los contenidos mediáticos.

Sostengo que la salud y la sexualidad, como otros subcampos de la vida de los adolescentes, reclaman del uso de interacciones y relaciones que den más posibilidades a la conversación profunda, a través de interacciones cara a cara y, en su caso, mediáticas.

5.3 Interacción con la oferta musical, adolescencia y emociones

La fuerte interacción que sostienen los adolescentes con medios como la radio, los discos compactos y los audiocasetes¹, los ponen en contacto con la amplia oferta musical que se generan desde las empresas trasnacionales de la industria discográfica. ¿A qué se deben estos altos porcentajes que muestran los adolescentes al interaccionar con la oferta musical? Posiblemente debemos traer a este sitio el planteamiento de Stuart Walton. El autor británico señala que «La música tiene el maravilloso poder [...] de recordar, de modo vago e indefinido, las emociones intensas que sentimos en el pasado [...] Y como varias de nuestras emociones más intensas – la pena, la alegría inmensa, el amor y la compasión – nos hacen llorar, no es de extrañar que a causa de la música nuestros ojos puedan llenarse de lágrimas. Por ello, --sigue Walton-- «La música, de una manera única e indefinible, es el gran desencadenante de las respuestas emocionales» (Walton, 2005: 187-188).

Por supuesto, siguiendo al mismo autor, la conexión entre estímulos sonoros o musicales y la conexión con las emociones no es exclusiva de los adolescentes, sino genérica para la especie humana. Lo que sí es claro es que debido a las transformaciones hormonales que viven los cuerpos adolescentes y la manera en que hoy se construye sociológicamente esta etapa, los adolescentes experimentan una multiplicidad de estados emotivos que –como lo apuntamos en el capítulo teórico de esta tesis—puede ir desde la euforia hasta el silencio o la tristeza.

¹ Debido a la fecha en que se recogieron los datos, aún no estaba en el mercado dispositivos como el *Ipod*. Seguramente para este año 2007, la presencia, propagación e interacción con esta tecnología cobraría altos porcentajes en las respuestas de los adolescentes escolarizados.

Desde otra óptica, identificamos un circuito social que se integra entre televisión, radio e Internet. Los adolescentes seleccionan propuestas musicales (videomusicales) a través de señales como MTV. Una vez que forma parte de sus preferencias –mismas que pueden estar entrelazadas con la estrategia mercadológica que sigue la industria discográfica y con procesos identitarios de determinado sector de jóvenes—suelen dar seguimiento a través de la oferta musical radiofónica y, seguida o alternadamente, emplean la microcomputadora para conseguir, a través de Internet, copias digitales de sus preferencias musicales. En otros casos, cuando no tienen acceso a esta tecnología, aprovechan sus vínculos con su grupo de pares para conseguir que la grabación digital de la música o el videomusical de su preferencia.

TANIA: A veces sí se prestan, pero por ejemplo en mi caso se me hace más fácil como mi mamá vive en el DF y vive cerca del mercado pues se me hace más fácil en vez de comprar los originales y gastarte la lanota [mucho dinero], mejor te vas a unos chafas [mala calidad] pero que estén bien y te compras con el dinero que te puedes comparar un original en una tienda buena, te puedes comparar cinco o seis en una chafa. O bien, los quemas, ajá; los bajas del Internet y los quemas en el CD y ya está, ajá. O los clásicos originales, los quemas.

En muchos casos, los adolescentes suelen conseguir información detallada acerca del estilo de vida de los integrantes de los grupos musicales y/o de artistas de su preferencia. Asimismo, entre los núbiles las preferencias de grupos musicales, intérpretes y artistas

suelen ayudar a proporcionar o reforzar rasgos de personalidad que les identifican entre sus pares, así como el nivel socioeconómico al que pertenecen. Por ejemplo, cuando alguien refiere que le gusta la música «metalero» suele asociarse como un adolescente de clase media baja o baja y quizá guarde relación con su forma de vestir.

5.4. Medios impresos e interacciones mixtas

A partir de lo expuesto por John Thompson (1998), podríamos clasificar a los periódicos dentro de los medios que generan procesos casi-interaccionales². Me parece que se trata de un tipo de interacción marcadamente distinta del fenómeno que se genera a partir de la «casi-interacción» con la pantalla catódica. En el tema que nos ocupa, podemos imaginar la siguiente situación: un periódico, en determinada sección, dedica espacio –digamos en el género de columna— a un tema sobre métodos de prevención del VIH-SIDA o el embarazo adolescente.

En esta situación hipotética, supongamos un columnista avezado en el tema del sexo inseguro y las repercusiones en la salud de los adolescentes. El texto está a disposición de un adolescente que ha tomado en sus manos la columna periodística y decide leerla. Cumple la condición de lo «casi-interaccional» pero –por su condición de «mensaje cualificado»-- puede entrar en la red social del estudiante (sean compañeros de clase, amigos, profesores), a efecto de construir un proceso de transición hacia la interacción y relación cara a cara. Puede argüirse que lo mismo podría suceder con un mensaje

² Por ende, no co-presenciales, orientados a un indeterminado número de receptores potenciales, monológicos y colocados en el mismo estamento que la pantalla chica.

procedente de la radio o de la televisión. Sin embargo, el texto impreso, me parece, tiene condiciones marcadamente distintas al mensaje y a la interacción que pauta un medio electrónico con respecto a la que puede detonar un medio impreso.

Desde luego, también acepto que esta cualidad que tiene la «casi-interacción» con un texto, mantiene profundas e históricas conexiones con el valor socio-cultural que adquiere un documento impreso, dada nuestra impronta con el libro y el valor que le hemos asignado en la cultura digital. No obstante, como lo abordo enseguida, ello no significa que cualquier medio impreso contenga valor científico en sí mismo, pues en otro tipo de publicaciones que prefieren los adolescentes, las características de estos medios así como las secciones que prefieren los núbiles, dejan en claro el escaso valor que contienen para impulsar estilos de vida saludable.

5.5 Revistas, secciones y creencias de los adolescentes

Otro indicador que llama la atención acerca de los tipos de interacción que establecen los adolescentes escolarizados, es el acceso que declararon en materia de revistas y diarios. Desde sus hogares, 67% de los núbiles expresaron que en sus familias se acostumbraba a tener o comprar revistas. Pero cuando se les preguntó si ellas/os solían leer revistas, 69% respondieron afirmativamente. Los títulos de las publicaciones periódicas que más alta frecuencia interaccional alcanzaron entre los núbiles fueron, como se muestra en la tabla No. 5, revistas que se dedican a dar cuenta de la vida de los grupos y artistas mediáticos [básicamente generados por las dos empresas televisoras que mantienen el duo-polio de las señales abiertas].

Los contenidos con los que interaccionan los adolescentes versan acerca de modas, vida privada de los artistas y de sus grupos, así como consejos para el flirteo y las relaciones amorosas. Con frecuencia, las publicaciones referidas abordan, de manera lateral, recomendaciones para conquistar a la pareja, así como orientaciones para el cuidado del cuerpo, la higiene, así como temas relacionados con la vida sexual pero aluden a los jóvenes, más que a los adolescentes, en el tema de las relaciones sexuales.

Tabla 5

REVISTAS MÁS LEÍDAS	SECCIONES MÁS LEÍDAS EN REVISTAS	PERIÓDICO QUE HAS LEÍDO ÚLTIMAMENTE
1 ● 15 a 20	1 ● Cotilleo	1 ● El Sol de Toluca
2 ● Por Tí	2 ● Deportes	2 ● Prensa
3 ● Cómic	3 ● Espectáculos	3 ● Jornada
4 ● Eres	4 ● Horóscopos	4 ● Reforma
5 ● Tú	5 ● Moda	5 ● Ovaciones
6 ● Muy Interesante	6 ● Todas	
7 ● Deportes		

También se puede advertir, según los resultados de la encuesta aplicada, que las secciones preferidas por los adolescentes están concentradas en el cotilleo, los deportes (aunque no sólo los masculinos), noticias sobre la vida del espectáculo y los horóscopos. Acerca de esta gustada sección pseudo-científica de los horóscopos, vale traer a colación lo que hace poco escribió John Allen Paulos. El autor es un matemático especialmente interesado en la

importancia de que los adolescentes se acerquen al conocimiento de esta área. Allen refiere que: «Según una encuesta Gallup de 1986, el 52 por ciento de los adolescentes norteamericanos cree en la astrología, y una inquietante cantidad de gente de todas las edades parece aceptar algunas de sus antiguas pretensiones» Y luego nos obsequia la siguiente puntilla: «Si la gente cree en los astrólogos y en la astrología, da miedo pensar en quién o en qué más pueden llegar a creer» (Paulos, 2005: 90).

Considero que la interacción con los medios impresos, en términos de lo que señala Thompson (1998) como casi-interacción, se diferencia cualitativamente del tipo de interacción que se establece con la pantalla chica y con la radio. Medios impresos como las revistas y los diarios, si bien cumplen con las condiciones que marca el tipo «cuasi-interaccional»³, lo cierto es que el medio impreso permite y pauta un tipo de interacción más reposado. El lector, en términos de su condición, si lo desea, puede regresar cuantas veces lo desee, a interactuar con los mensajes que contiene la revista o el diario; puede mostrarlo a otros compañeros, amigos o familiares y detonar, desde allí, nuevas pautas interaccionales de interlocución.

Adicionalmente, los medios impresos poseen la característica de generar otro tipo de procesos cognitivo-emocionales que se desarrollan a partir del complejo proceso de lectura. Desde esta óptica, es posible que la «casi-interacción mediática» con medios impresos marque diferencias respecto al impacto que pueden producir, por ejemplo, mensajes relacionados con la salud, los estilos de vida y determinadas formas de entender el ser

³ Las características señaladas por Thompson (1998), como se recordará son: Unidireccionalidad, generación monológica de mensajes, audiencia indeterminada y la dimensión espacio-temporal también está separada entre el medio y, en este caso, los adolescentes.

adolescente [urbano] en este época. También debo señalar que la característica predominante en este tipo de medios impresos es que el espacio dedicado a los mensajes digitales (texto) es considerablemente breve y el tratamiento se torna, la mayoría de las veces, muy superficial.

5.6 «Casi-interaccional» y audiovisual

En suma, a través de esta primera mirada a los datos arrojados por el estudio, puedo señalar que los adolescentes urbanos escolarizados presentan una notable tendencia a establecer casi-interacciones mediáticas. Los mensajes con los que interaccionan los núbiles están fuertemente cargados de estímulos audiovisuales que son difundidos por la pantalla chica, las videocintas, los discos compactos, audiocasetes, radio, la computadora y los videojuegos. En menor proporción, se muestran tanto las revistas como los diarios.

A través de estos medios es comprensible que los mensajes de salud, así como aquellos referidos a diversos temas de la sexualidad, arriben al entorno de la vida diaria de los adolescentes y logren un cierto posicionamiento cognitivo y quizá emocional. Sin embargo, por las características que tienen estos medios de difusión en términos de sus cualidades «casi-interaccionales», es difícil profundizar en algún tema; más bien se puede lograr tan sólo un posicionamiento de carácter inicial. Por ello sostengo que a través de este tipo de «casi-interacción», no debemos esperar más que un conocimiento básico, de carácter informativo. Para avanzar hacia estadios de mayor conocimiento y, sobre todo, hacia la formación de conductas saludables, es menester incursionar en interacciones y relaciones cara a cara y de tipo mediático; sobre todo si de salud se trata.

5.7 Adolescentes, medios y sexualidad

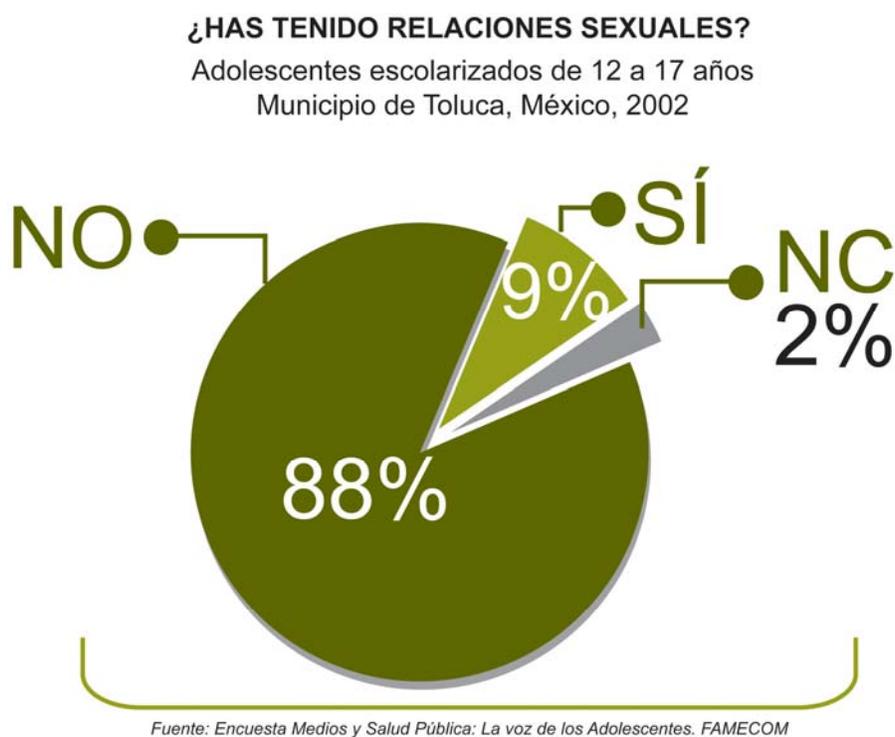
Como se recordará, el cuestionario se integró con un total de 174 ítems. A través de él tratamos de explorar el tema de las relaciones coitales, en el grupo de los adolescentes escolarizados. Para el acercamiento cualitativo, este tema fue abordado mediante la técnica de grupos focales y la guía de entrevista contuvo preguntas detonadoras para explorar diversos ángulos. Enseguida expongo los hallazgos y trato de llamar la atención acerca del papel que juegan los tipos de interacción que viven los adolescentes y de qué manera éstos se vinculan con los mensajes generados por los medios de difusión así como la forma en la que circulan en la red social que envuelve la vida cotidiana de los núbiles urbanos y escolarizados.

En los medios de comunicación y con relativa frecuencia en seminarios, conferencias y charlas informales, circula el comentario de que las relaciones coitales comienzan más temprano en la presente época. Particularmente se afirma que cada día más adolescentes inician su vida sexual activa y que ello representa altos riesgos para su salud. Ante ello, las expresiones afirmativas sobrevienen, dando por ello que se trata de una evidencia incuestionable.

Las investigaciones referidas en el capítulo III, dan cuenta de que las relaciones coitales se pueden presentar durante la adolescencia, pero no constituyen un porcentaje elevado. Los resultados que arrojó nuestra encuesta confirman que, prácticamente nueve de cada diez adolescentes escolarizados entre 12 y 17 años no ha tenido relaciones íntimas. En otras

palabras, sólo nueve por ciento de este grupo etáreo declaró haber tenido relaciones sexuales. Consecuentemente, se puede afirmar que la gran mayoría de este grupo etáreo presenta conductas saludables, por lo que toca a esta dimensión de su vida sexual.

Figura 6



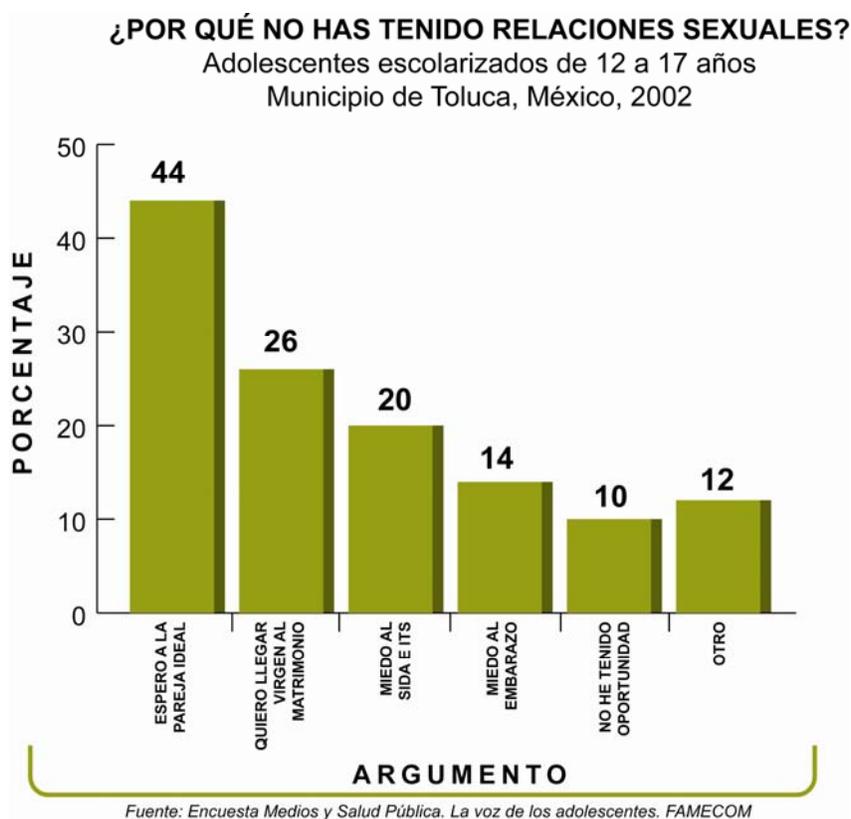
5.8 La mayoría de los adolescentes, saludables

Me parece que sobre la base de estos primeros datos, debemos formular una pregunta básica: ¿Cuáles pueden ser las relaciones, interacciones, ideas, percepciones y actitudes que habitan en los adolescentes escolarizados para mantener a raya sus límites y evitar transitar

hacia las prácticas coitales, que indudablemente, les pondrían en riesgo? A continuación trataré de ofrecer algunas respuestas.

Cuando les preguntamos a los núbiles escolarizados por qué no habían tenido relaciones coitales, la gran mayoría de ellos y ellas expresaron que esperaban la llegada de la pareja ideal; casi un tercio de las adolescentes dijeron que pensaban llegar vírgenes al matrimonio y la quinta parte de quienes respondieron a esta pregunta, dijeron que tenían miedo al SIDA o bien a contraer alguna Infección de Transmisión Sexual. El miedo o la preocupación de un embarazo no deseado, como resultado de un encuentro íntimo no protegido, presentó una frecuencia muy baja entre el grupo (Ver figura siguiente).

Figura 7



Seguramente ello se debe a que el rango que va de los doce a los catorce años –debido a las incipientes condiciones de crecimiento y maduración hormonal y emocional— no conciben ni la posibilidad de relación sexual y consecuentemente tampoco la de riesgo de embarazo. A este respecto, es ilustrativo el comentario que hizo una de las participantes en los grupos focales.

CARLA: Yo creo que también hay un grado de madurez, para saber cuándo haces las cosas y cuándo no [...] Muchas veces en las revistas lo comentan y dicen: No, pues yo tuve relaciones y salí embarazada y mis papás y eso... Y hay mucha gente que, a veces, como digo, se centra en el problema y busca consejo en las revistas y hace lo mismo que dice las revistas [GF1-P5-F].

ÁLEX: Bueno, yo tuve una conversación con mis amigas; que era sobre que a veces tienes tantas ganas de hacerlo. Pero te pones a pensar de que no puedes, por lo mismo de que puedes quedar embarazada... y te puedes contagiar de algo y te quedas con las ganas. O sea, sientes, no sé, raro [GF5-INEB-F]

En la intervención de Carla se pueden vislumbrar dos movimientos. Por un lado la edificación de un juicio propio seguramente derivado de un amplio marco de relaciones e

interacciones, tanto cara a cara como mediáticas y casi - interaccionales. Por otro, la idea de que algunas otras adolescentes suelen tener experiencias coitales no protegidas con el consecuente embarazo no deseado. Este segundo aspecto parece pautar en algunas adolescentes la conveniencia de no correr riesgos, por lo que toca a las relaciones coitales. Desde luego, se aprecia cómo las interacciones con medios impresos pueden modular, en algunos adolescentes, la puesta en marcha de conductas saludables.

Por lo que toca a Alex, la segunda adolescente aquí referida, pone de manifiesto como la interacción cara a cara puede dar pauta a construir algunos elementos tendentes a la argumentación para evitar tanto las relaciones coitales no protegidas –o riesgo al embarazo—como la conveniencia de la contención o abstinencia. Esta segunda alternativa (abstinencia) se espera que constituya in estilo de vida y conducta saludable en el mundo de los adolescentes.

5.9 Adolescentes, Internet y acceso a iconografía erótica

Por otro costado, los adolescentes consiguen información de distinta índole. Parece que el género orienta el tipo de información sobre sexualidad. Mientras las adolescentes suelen buscar información en torno a procesos fisiológicos de la sexualidad, trastornos de la menstruación, métodos anticonceptivos y embarazo, los masculinos, están interesados en páginas pornográficas y en salas de conversación sobre prácticas y preferencias sexuales. A este respecto, los escolares masculinos expresaron incursionar marginalmente a páginas de sexo duro (*hard sex*).

JORDAN: Bueno, yo opino que respecto a eso de la pornografía, que las revistas están bajando mucho [en cuanto al consumo y preferencia] por la entrada de Internet y además ya hay muchos videos; hay lugares donde venden videos pornográficos y entonces, un joven prefiere ver los movimientos, la imagen que únicamente ver la fotografía. Entonces, yo pienso que la revista ya está bajando por el Internet y por los videos.

CHESTER: Si tienes la privacidad de estar solo en tu casa, las llegas a abrir [páginas pornográficas] o al menos de que no estés haciendo algo muy importante para el otro día, por ejemplo, tienes la opción de hacer trabajos, chatear o ver pornos, y buscas la opción que sea muy importante. (Risas). Depende, si es para mañana el trabajo, pues lo haces; o si es para la próxima semana, chateas o ves pornos.

JORDAN: Es que luego a veces en los mail que te llegan te mandan pura pornografía quien sabe como te buscan, el chiste es que te encuentran bueno en mi caso me llega pornografía (risas).

En suma, la búsqueda de información, la elaboración de tareas, el entretenimiento, la comunicación con otras personas y la adquisición de música son actividades que los adolescentes realizan a través de la Computadora Personal. El uso de *Internet* en todos los grupos se hace presente, su utilización se encuentra limitada al lugar donde se hace uso de este nuevo medio de comunicación (casa, escuela, cibercafés, casa de los amigos o

parientes). Los lugares más solicitados para las actividades antes mencionadas son la casa y el cibercafé.

5.10 Alcance de la <<casi-interacción>> mediática en los mensajes saludables

De acuerdo con lo expuesto en la base teórica de esta tesis, los medios de difusión como la televisión y la radio detonan un tipo de «casi-interacción» mediática. Esta condición hace que los mensajes que transmiten tengan como características la unidireccionalidad, el funcionamiento monológico, y la búsqueda de un indefinido conjunto de «recipientes» con los que puede llegar a establecer esta «casi-interacción». Sin embargo, debido a su funcionamiento, alta propagación y constante difusión (prácticamente las 24 horas del día y los 365 días de año) son capaces de lograr un alto nivel de posicionamiento y de recordación de los mensajes en determinados segmentos de la audiencia.

Con base en el párrafo anterior se pudo constatar que la mayor proporción de los adolescentes escolarizados que se encuestaron, así como la participación de los grupos focales, dieron clara cuenta de un alto nivel de recordación de los cuatro mensajes que habían estado gravitando mediáticamente en los núviles. Puede verse en la tabla siguiente cómo identificaron el mensaje de que era necesario usar condón para evitar ITS, VIH/SIDA o embarazo no deseado.

Tabla 6



Durante el periodo en que se realizó el levantamiento de información, en los medios de información electrónicos (la televisión y la radio específicamente) había mensajes relacionados con métodos de protección, Como parte de una campaña que impulsaba fuertemente el sector salud desde el ámbito nacional, se trataba de convencer a los adultos y jóvenes activos sexualmente acerca de los riesgos que representaban las relaciones coitales casuales. Para ello manejaron como analogía la secuencia conectiva de enchufes para corriente eléctrica; mientras el mensaje de *voz en off* connotaba la asociación de *contacto* por cada *persona* y *enchufe* por cada encuentro sexual. En los últimos segundos del *spot*, el último contacto- persona y enchufe declaraba que era portador de VIH. Consecuentemente, al vincularse con parte de la cadena de contactos *personas* y *enchufes* la propagación del VIH/ SIDA crecía exponencialmente.

Dos mensajes mediáticos adicionales, también difundidos por estos dos medios electrónicos corrían en paralelo como parte de la campaña cuyo eje central era el de los *enchufes*. En la misma tabla referida, tanto los encuestados como los participantes de los grupos focales manifestaron el *slogan* «No pienses en corto, protégete, así como: «El SIDA si dá».

Las respuestas y las altas frecuencias registradas por parte de los adolescentes al recordar este tipo de mensajes, permiten ratificar el alto poder que tienen medios de difusión como la televisión y la radio e incluso en un grupo etéreo como los adolescentes, al que se supone no está dirigida expresamente la campaña. Aún más, para este caso, queda de manifiesto que a pesar de tratarse de una «casi-interacción mediática» el posicionamiento mediático fue claramente marcado y notable.

Los medios transmiten información acerca de temas de salud. Los jóvenes expresan la importancia de tener preservativo como medida preventiva, sobre todo cuando acuden a discotecas, reuniones o fiestas, por ser los espacios de socialización donde se puede dar la posibilidad de conocer alguna chica con la que pueden tener relaciones sexuales. Expresan que los preservativos los llevan en la cartera, pero aclaran que no todos los jóvenes los utilizan. Algunos chicos dicen que la primera relación la tendrían con una novia y no con una prostituta, por seguridad. Sin embargo, manifiestan que una gran mayoría de jóvenes – como están pensando en «quemar sus ganas»– sostienen relaciones sexuales con alguna «trabajadora» sexual.

Asimismo expresaron que el uso del condón es una manera de cuidarse de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA. Pero también aseveran que si la primera no pasó nada, y

que la sensación es mejor sin condón, pues una segunda vez también puede ser sin condón. También nos dicen que son normalmente las mujeres las que piden que se use preservativo, para evitar el embarazo.

Como lo veremos enseguida, el poder mediático, en el marco de las «casi- interacciones» ganó buen terreno en el tema que ocupó en este documento. Pero pronto asoman otras limitaciones para efectivamente convertir este posicionamiento o recordación en un estilo de vida saludable y en conducta de autocuidado.

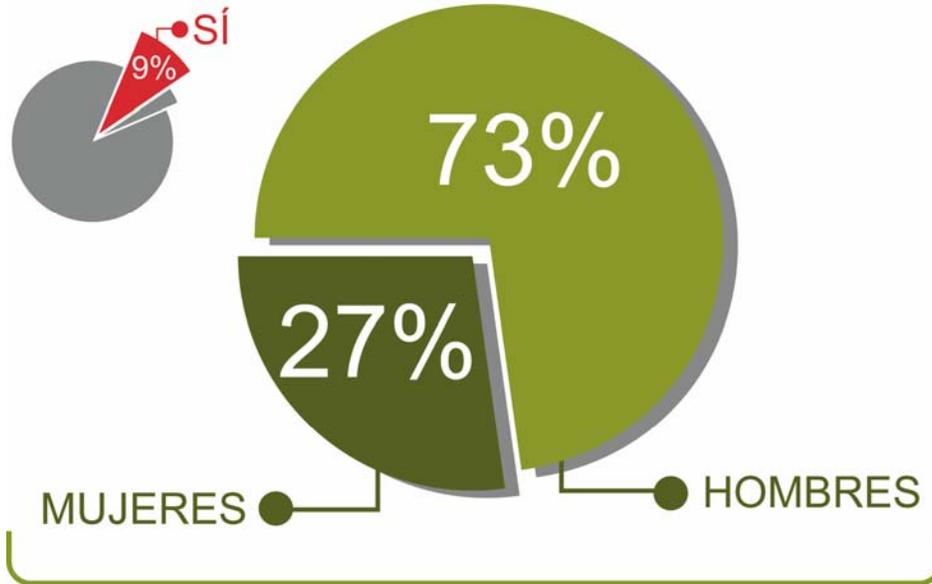
5.11 Interacción cara a cara entre el mundo adulto y los adolescentes

Quiero regresar al tema de la pregunta que incluimos en el cuestionario acerca de si los adolescentes habían tenido relaciones íntimas. Recordaré que aunque sólo el nueve por ciento de los y las adolescentes manifestaron haber tenido relaciones coitales, la cifra -- aunque pequeña-- se torna reveladora a cerca de las conductas de riesgo que presentan algunos adolescentes respecto a una de las dimensiones de su sexualidad

Se puede apreciar en la siguiente figura 8, cómo prácticamente ocho de cada diez adolescentes que han tenido relaciones íntimas pertenecen al género masculino. Ello pone de relieve no solo una obvia promiscuidad en el género masculino, si no también se traduce la forma en que se construye la masculinidad en países como el nuestro y de que manera el riesgo también se va asociando a la condición de ser hombre.

Figura 8

¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?
DISTRIBUCIÓN POR SEXO
Adolescentes escolarizados de 12 a 17 años
Municipio de Toluca, México, 2002



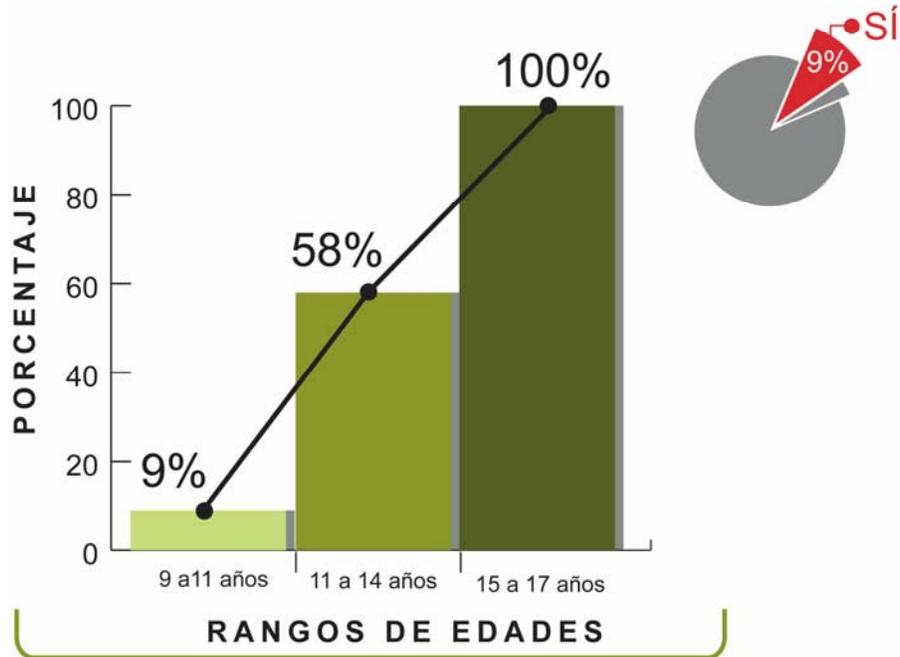
Fuente: Encuesta Medios y Salud Pública: La voz de los Adolescentes. FAMECOM

Cuando inquirimos acerca de la edad en la que había sucedido la primera relación coital, se pudo constatar por las respuestas vertidas que conforme se acercan a la franja que va de los quince a los diecisiete años, crece la probabilidad de que ocurra el primer contacto sexual (Ver figura 9). En tal sentido, de acuerdo a lo anotado en el párrafo anterior, mayoritariamente serán masculinos. Estos hallazgos mantienen consistencias con otras investigaciones que reportan las mismas tendencias (Ver: Arciga y Juárez 1997; Rodríguez y de Keijzer, 2000 y Ehrenfield, 2000).

Figura 9

¿A QUE EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

Adolescentes escolarizados de 12 a 17 años
Municipio de Toluca, México, 2002

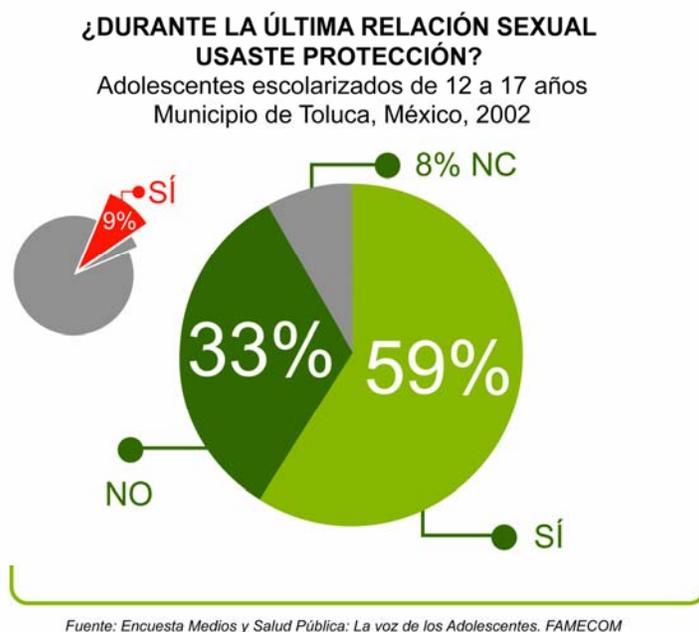


Fuente: Encuesta Medios y Salud Pública: La voz de los Adolescentes. FAMECOM

En otro ángulo del mismo tema preguntamos a los adolescentes si durante esa primera relación íntima habían usado algún método de protección o medio de contracepción. Recordaré dos puntos que me parecen centrales. Primero, que prácticamente la totalidad de adolescentes tenía claro que para evitar el VIH/SIDA había que usar condón y/o que en caso de embarazo no deseado era indispensable hacer uso de algún método contraceptivo. Segundo, que una relación coital si se a de tener sin protección debería mediar, para ambas partes, (aunque parezca un radicalismo) un examen de laboratorio que despejara la duda acerca de la no presencia de ITS y mucho menos la condición de seropositivo.

Las cifras que se pueden ver en la siguiente figura 10, ponen en evidencia que el conocimiento o por lo menos la información claramente posicionada entre los y las adolescentes acerca de la importancia de usar métodos de protección no viaja linealmente hacia el comportamiento saludable.

Figura 10



Nótese en la figura respectiva que apenas sesenta por ciento de los adolescentes que declararon haber tenido relaciones sexuales usaron algún método de protección o en su caso se contracepción. Esta especie fractura o divorcio entre los conocimientos y su correspondencia con el comportamiento también fue encontrado por Caballero y Villaseñor (2003), con adolescentes urbanos escolarizados radicados en Guadalajara, Jalisco.

5.12 Los padres, las madres y la conversación con los adolescentes

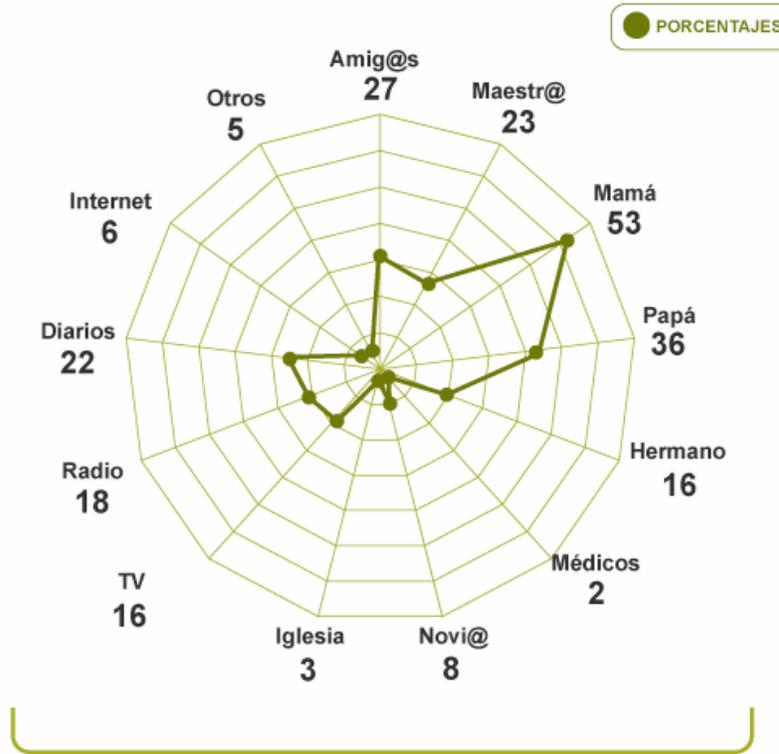
Puedo decir que la llamada «casi-interacción» mediática que establecen los adolescentes a través de la televisión y la radio logra informar y posicionar mensajes de interés para la calidad la vida de los núbiles. Estos mensajes pueden detonar interacciones mediáticas e incluso interacciones cara a cara entre sus pares. Sin embargo no sólo se aprecia una especie de disfunción o dislocación entre esa claridad o dominio de conocimientos con su accionar.

Es aquí donde quiero plantear la siguiente interrogante. ¿La interacción cara a cara entre los adolescentes y su mundo adulto podría lograr que el conocimiento los llevara a tener conductas de autocuidado y estilos de vida saludable? Los resultados de este estudio indican que hay mucho por hacer para lograr edificar pautas de conversación profunda entre el mundo adulto y los adolescentes. En el siguiente gráfico se puede apreciar que la interacción cara a cara, cuando el tema es la sexualidad, básicamente la madre «pero apenas para la mitad de los adolescentes » constituye una puerta de relación e interacción profunda y, lamentablemente, el padre conversador apenas alcanza poco mas de un tercio de los casos.

Figura 11

**CUANDO NECESITAS INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SEXUALIDAD,
¿LA BUSCAS CON/EN?**

Adolescentes escolarizados de 12 a 17 años
Municipio de Toluca, México, 2002



Fuente: Encuesta Medios y Salud Pública. La voz de los adolescentes. FAMECOM

Los adolescentes que tienen entre 12 y 15 años, manifestaron que no habían tenido relaciones sexuales y que por la misma situación no era necesario llevar condón; que más bien estaban en la etapa de la autoestimulación. Además subrayaron que estos temas no los abordan con sus padres, sino más bien suelen obtener información sobre sexualidad o problemas cotidianos de los adolescentes a través de programas televisivos, con los amigos y algunas amigas que se puede platicar sobre sexualidad.

ADRIANA: Bueno, yo de hecho, veo Friends, es una serie de Estados Unidos que son puros jóvenes y siempre sacan sus problemas; que se enferman o algo así. Por ejemplo, a mí me gusta ese tipo de programas porque aparte de que te divierten, te da información, cómo por ejemplo, cómo te puedes proteger con tu novio y cosas así; protegernos de las enfermedades. Aparte te dan información, y divierten, no lo hacen tan pesado, te ríes y todo. Para mí es mi serie favorita.

JAZMÍN: Hay veces que nuestros papás, por el trabajo, por cualquier cosa, les prestan más atención a otras cosas que a uno mismo. Y pues nos hace falta esa información; en lugar de irse a ver la tele [el papá], un ratito platicar con uno: Sabes qué hija, esto es así y así. Pero muchas veces no nos dan esa... esa atención hacia nosotros, no hay ese tipo de atención (...) y pues sucede que muchas chavas ya tuvieron relaciones y al rato ya salió embarazada la chava o equis cosa, por falta de información nada más.

Quedan a la zaga los maestros y los profesionales de la medicina. Ambos interlocutores, indudablemente, están llamados a hacer un papel más trascendental para que junto con el adolescente, cara a cara, ensayen formas interaccionales y relacionales capaces de traspasar la epidermis de lo «cuasi-interaccional» para construir estilos de vida saludable y un compromiso genuino y en cada ocasión para el uso de métodos de autoprotección.

Capítulo VI

Recomendaciones

Dados los resultados obtenidos en el presente trabajo de tesis, y de cara a los desafíos que representa la problemática de salud adolescente, estimo posible plantear algunas ideas básicas que permitan diseñar y, en su caso, desarrollar una propuesta de atención para y con los adolescentes del municipio de Toluca, teniendo como punto de partida la promoción – desde una óptica comunicativa-- de estilos de vida saludable.

6.1 Bases para el desarrollo de estrategias de comunicación

Las expresiones de los jóvenes respecto de los formatos, contenidos y tratamiento del tema de salud, en general, son poco alentadoras. En términos de un acercamiento discursivo

reconocen que los medios de comunicación, en sus diversas modalidades, les ofrecen variedad de temas aunque no necesariamente articulados, relacionados con sus intereses y necesidades, y en la mayoría de las ocasiones, con una visión adulta, que ellos, califican como poco abierta y poco clara.

Aunque reconocen que una de las fuentes de información que tendría mayor credibilidad y confianza entre la población juvenil serían los médicos y los maestros, no son necesariamente estos actores sociales quienes serían sus principales «personajes» mediáticos.

Las propuestas de estrategias de comunicación para participar en la construcción de modelos saludables en los adolescentes mexicanos, incorporarían elementos significativos para esta población: formatos creíbles, sencillos (no simples), atractivos (multimediación, cortes dinámicos), y ágiles.

El impacto de los diversos mensajes de salud podrían potenciarse si se articulara la veracidad de la información (fuentes con autoridad moral reconocida por los jóvenes, presentación de evidencias, etc.), con formatos frescos, ágiles y directos. Una de las propuestas que los mismos jóvenes presentaron para tener mejores y más adecuados mensajes de salud, es incorporar personas y problemáticas «reales», es decir, sustituir los formatos de ficción-actuación, por formatos testimoniales.

De la misma forma, las estrategias para cambiar la oferta de mensajes de salud para la población adolescente debería aprovechar la iniciativa de los mismos adolescentes:

incorporarlos en los mensajes que promuevan la salud, tanto como diseñadores, productores y conductores de programas y mensajes, así como fuentes de significados, lenguajes, necesidades y expectativas;. Adolescentes hablando a adolescentes.

Los adolescentes prefieren mensajes claros, concretos e impactantes, que incorporen elementos que les permita la articulación con su vida cotidiana (como lo es el despertar a la sexualidad y a la relación afectivo-amorosa), con sus intereses (música, moda, relaciones, adscripciones grupales, etc.), así como su necesidad de independencia de los mundos y los límites que los circunscriben: el infantil y el adulto; límites impuestos no por ellos, sino precisamente por esos otros mundos.

La información comprobada, veraz, fiel, objetiva (si es que estas características puedan existir), relacionada con la salud de los jóvenes, podría provenir de dos actores sociales reconocidos como relevantes en el mundo adolescente: médicos (especialistas) y maestros. Ellos podrían ser fuente inagotable de conceptos y marcos de referencia, sin embargo las estrategias de comunicación habrán de sobrepasar los límites de la información para ofrecer a los adolescentes elementos de sentido que permitan construir y articular ópticas, perspectivas y visiones del mundo y de la sexualidad mucho más amplias de lo que ahora han sido.

Las estrategias de comunicación para ser efectivas han de cimentarse en una plataforma de confianza en la población adolescente: reconocer que estos actores sociales tienen capacidad suficiente para percibir, comprender, analizar y articular un conjunto de elementos informativos y con ello, decidir, desde sus propios marcos referenciales, su

futuro. Si se sigue calificando a los adolescentes como sujetos inmaduros, incapaces de decidir responsablemente, sujetos de riesgo por su falta de autocontrol, las estrategias de comunicación serán, velada e impositivamente, propuestas de estrategias de control.

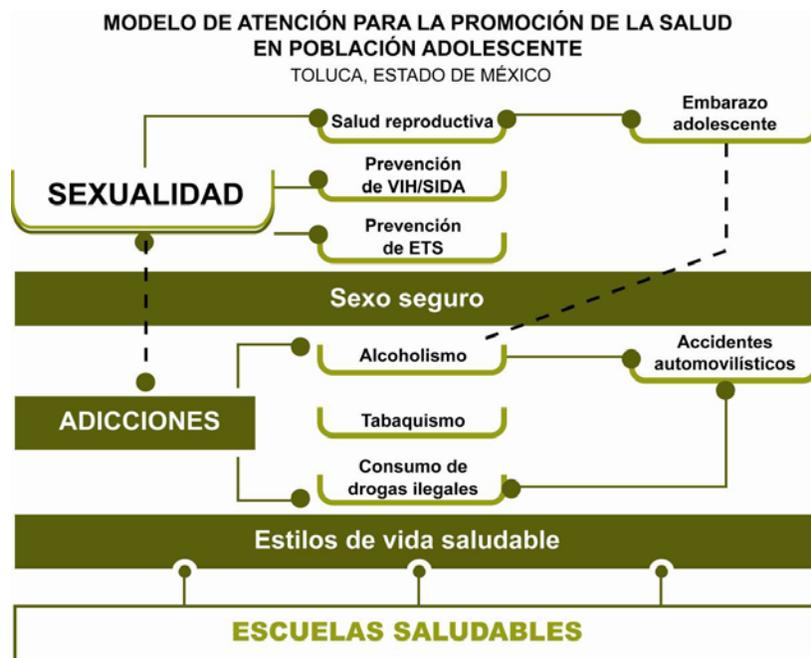
6.2 Propuesta

La propuesta podría ser estructurada sobre la base de tres temas que, tras el análisis de los resultados expuestos, considero mantienen una fuerte vinculación tanto por su naturaleza como por su relación en la vida cotidiana de los y las adolescentes.

6.2.1 Sexualidad como eje de otros problemas de salud

Como se puede apreciar en la siguiente figura, en primer término la propuesta gravitaría en torno a la extensa temática de la sexualidad. A través de este eje se trataría de vincular los temas específicos de salud reproductiva, embarazo adolescente, prevención de VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual [ITS] y, en términos de salud, **sexo seguro** [que debe abarcar el abanico decisional y axiológico que va desde la abstinencia, para el caso de los y las adolescentes, hasta las pastillas del día después, para adolescentes activos sexualmente].

Figura 12



Parto del supuesto que es indispensable abordar la sexualidad como gran campo de la dimensión humana y no segmentar las acciones en temas particulares como las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA o el embarazo adolescente.

Desde el sector clínico y en general de las políticas públicas de salud, se ha pretendido abordar [y tal vez atender en forma segmentada] los problemas de ITS; el VIH-SIDA y el embarazo adolescente. La óptica que alimenta a la presente propuesta es que estos problemas de salud pública no pueden ser atendidos integralmente si se desvinculan de la vida sociocultural y educativa de las personas y de las condiciones que tienen los y las adolescentes. Menos aún si en este segmento de la población se integran condiciones de escolaridad y conductas sociales como el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas

prohibidas, pues los datos y las propias expresiones de los y las núbiles mostraron que las relaciones coitales están arropadas no sólo por las relaciones emocionales de pareja sino acaso más por “oportunidades” detonadas por la trilogía: fiesta, consumo de alcohol y sexo no protegido.

En este sentido, como se concluye en el estudio realizado “las condiciones en que se presentan las relaciones sexuales iniciales o quizá subsecuentes entre los/as adolescentes, guarda estrecha relación con la ingestión previa de bebidas alcohólicas (tequila y/o cerveza) y una atmósfera de fiesta, ya sea en una discoteca, en alguna casa-habitación o en una reunión tipo *rave*¹. En este marco, téngase en cuenta que –sobre todo los masculinos– en los grupos focales expresaron que no contaban con condiciones para “detenerse a pensar” en las posibles consecuencias (embarazo no deseado o adquisición del VIH, en ese orden) de un contacto sexual que surgía espontáneamente y al calor de la ingestión alcohólica y, menos aún, pretender –en ese contexto de excitación sexual– la búsqueda o compra de un preservativo”. Es importante subrayar que en los mismos grupos focales, los adolescentes masculinos expresaron que era incómodo acudir a una farmacia a comprar preservativos, debido a que mayoritariamente el personal de mostrador que atiende, está constituido por mujeres y, a veces, además son personas adultas o adultas mayores y ello dificulta la petición de este tipo de productos. Indicaron que sería conveniente que los dueños de las boticas tomaran en cuenta esta condición de género y generacional y que deberían contratar a jóvenes masculinos para favorecer el acercamiento entre iguales.

¹ Una fiesta tipo “*rave*” consiste en una reunión en la que los/as jóvenes se organizan para alquilar un terreno baldío pero cercado para evitar la inspección policíaca; hacer sonar música electrónica que contratan a bajo costo y establecen cuotas reducidas de cooperación económica entre los asistentes, a fin de contar con grandes cantidades de tequila, cervezas, charanda o bien mezclas de infusión de yerbas con aguardiente. Este tipo de fiestas suelen durar al menos 24 horas o pueden prolongarse durante dos o tres días.

Esta pauta de comportamiento, como lo indican Valero y cols., (2002) y Guadarrama (2002), no sólo guarda vínculos con las condiciones descritas previamente, sino con una clara falta de percepción del riesgo. Todavía más, no encontré relación entre estas cifras y la información o conocimientos que poseen los adolescentes respecto a diversos métodos anticonceptivos y específicamente al uso del condón para evitar enfermedades como el SIDA o el embarazo no deseado.

Ante el presente panorama, considero que se deben poner de relieve varios aspectos que se encuentran imbricados en el complejo comportamiento de la sexualidad y genitalidad de los/as adolescentes. Por un lado, la ingestión alcohólica que sobrepasa los límites de tolerancia para el autocontrol del comportamiento social e interaccional, debido a la forma en la que opera en el sistema nervioso central, pues estimula a que los/as jóvenes actúen fuera de control y por ende su comportamiento ingresa al terreno de la precipitación y del riesgo para su salud.

Por otro, el hecho de que los y las jóvenes de este grupo etéreo, aún contando con información genérica que proporcionan los medios de comunicación masiva y la condición favorable que les ofrece el hecho de participar en el sistema educativo, no parecen tener condiciones para dialogar profunda y claramente con sus padres o con su madres sobre temas de sexualidad, pues ambos o uno de los progenitores está enfrascado en el empleo y/o en una doble jornada que parece limitar considerablemente el diálogo a profundidad para tratar estos y otros temas como las adicciones.

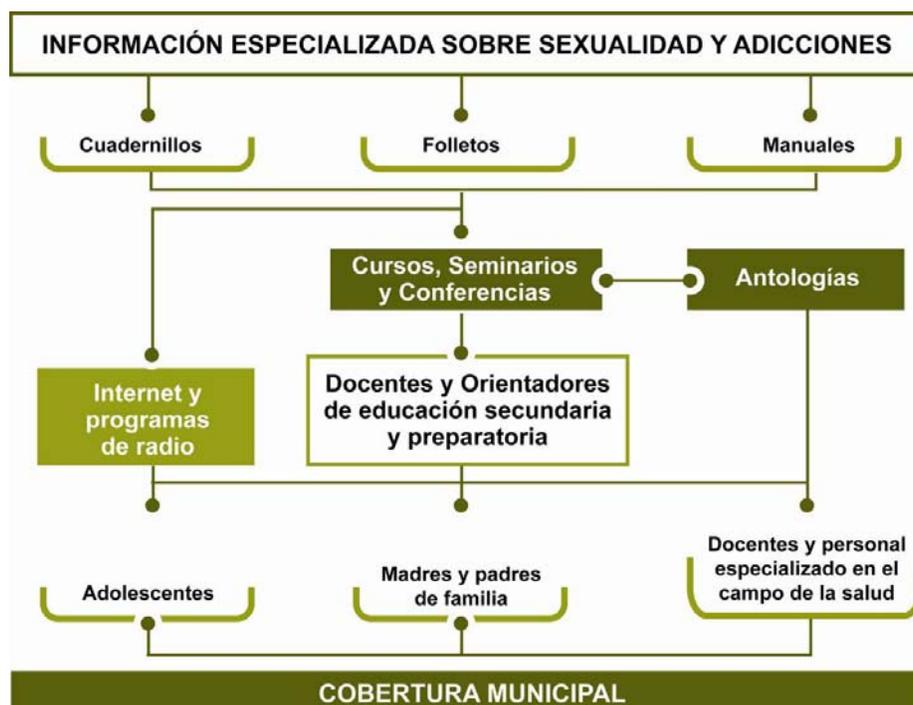
6.2.2 Importancia de la participación de madres y padres de familia

Cierto es que no resulta nada fácil construir y mantener un proceso de conversación con los hijos adolescentes, pero mientras los padres y, en menor medida la madres, así como los docentes e incluso el personal médico, no se den tiempo para edificar este proceso, otras voces y miradas compiten fuertemente en la partida de la información.

6.2.3 Por una cultura de la sexualidad saludable

Como se podrá apreciar en el siguiente esquema, la propuesta que podría contribuir a la edificación de un municipio saludable en la capital de la entidad, tendría especial énfasis en la puesta en marcha de procesos y acciones capaces de estimular la colaboración proactiva de madres, padres de familia, docentes, personal especializado en salud y a los propios adolescentes, con la finalidad de promover esquemas de participación y diálogo permanentes sobre el amplio tema de sexualidad, con las vertientes expuestas [ITS, VIH/SIDA, embarazo adolescente y sexo seguro].

Figura 13.



6.2.4 Información especializada en sexualidad

El esquema de operación deja al descubierto la hipótesis de que hace falta generar y poner a disposición un cúmulo de información precisa, oportuna, actualizada y altamente especializada sobre tópicos que involucran la vida cotidiana de los adolescentes. Sobre la base de tal información, se deberían buscar medios, canales y esquemas interaccionales en red, para hacerla llegar a profesores/as, orientadores/as, personal experto en el campo de la salud, así como de madres, padres de familia y los propios adolescentes, a efecto de impulsar una cultura más y mejor formada en la temática de la sexualidad.

Para hacer posible dicho propósito, se proyecta el diseño, elaboración y edición de una serie de materiales [cuadernillos, folletos, manuales y antologías] que contengan información altamente seleccionada en materia de sexualidad, con énfasis en los temas de embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA y prácticas saludables que conduzcan a la población a optar por conductas preventivas que impulsen el sexo seguro entre la población adolescente [como se ha señalado, desde la abstinencia hasta las pastillas postcoitales], a efecto de contribuir a la reducción de la prevalencia de los problemas de salud que presenta este grupo etáreo.

Los mecanismos estarían basados en la generación oportuna de información precisa, especializada y sistemática, en materia de sexualidad; a efecto de proporcionar –a través de diversos vasos comunicantes– elementos de juicio que promuevan entre los actores aludidos, la recepción y búsqueda de información adicional, así como la interacción dialógica como un mecanismo permanente para promover estilos de vida saludables entre los adolescentes del municipio de Toluca, a favor de una sexualidad que redunde en mejores condiciones para el desarrollo humano y la participación comunitaria.

Paralelamente, se podrían generar los mismos tipos de materiales para abordar los temas de las adicciones, pero colocando de relieve la trascendencia que tiene impulsar estilos de vida saludable entre los y las jóvenes.

6.2.5 Programa permanente de actualización y efecto multiplicador

Una vez generados los materiales, se pondría en marcha un programa permanente de actualización que será dirigido a docentes, orientadores, personal especializado en el campo de la salud, padres y madres de familia y a los propios adolescentes, con la finalidad de generar un efecto multiplicador desde el ámbito familiar, las instituciones educativas y el sector salud, a fin de llegar a los grupos vulnerables de todo el municipio de Toluca.

Vale señalar que se conoce y entiende claramente la gran carga de trabajo y cúmulo de responsabilidades que cotidianamente atienden los docentes de secundaria y preparatoria, así como la serie de actividades que en los últimos años se han sumado a su jornada laboral, como resultado de otros programas que operan a escala federal y estatal. Por esta razón, si bien plantea tomar como uno de los ejes del programa el tema de **Escuelas Saludables**, el proyecto tiene como premisa fundamental la búsqueda de la cooperación de docentes, orientadores educativos y especialistas en salud que dispongan de condiciones y del interés necesario para sumarse al proyecto.

6.2.6 Internet y la radio

Análogamente, se podría diseñar una página de Internet que centralmente editaría mensualmente boletines electrónicos con distintos microtemas sobre sexualidad y adicciones. Con ello, se buscará ampliar su distribución entre la población de los y las adolescentes del municipio de Toluca, a través de los planteles educativos de secundaria y

preparatoria que dispongan de salas de cómputo con acceso a Internet para estudiantes y profesores.

Asimismo, se propone que el municipio, mediante convenio con el Sistema de Radio y Televisión Mexiquense, produzca programas quincenales por separado, uno sobre aquellas temáticas de sexualidad que mayor interés muestren entre la población del municipio y otra acerca de estilos de vida saludables que pueden contribuir evitar el vínculo con las adicciones.

En suma, la idea de este modelo la he desprendido de los reiterados planteamientos que usualmente formula la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, a través del Programa de atención a la Salud de la Adolescencia, en el que plantea la necesidad de involucrar a la escuela, la familia y al propio adolescente, a favor del impulso de acciones que redunden en beneficio de los adolescentes y de toda la sociedad. Ver esquema del modelo integrado de atención a la salud de las y los adolescentes (Secretaría de Salud, 2002: 57).

En materia de sexualidad saludable, se podrían formular los siguientes objetivos centrales:

- Apoyar, mediante la generación de información especializada, oportuna y adecuada, el desarrollo de una cultura de autocuidado de la salud sexual en los grupos de adolescentes que radican en el municipio de Toluca.

- Impulsar entre los y las adolescentes, prácticas saludables del ejercicio de la sexualidad, con pleno apego a sus valores culturales, familiares e individuales.
- Contribuir a la reducción de la prevalencia del embarazo adolescente, con especial énfasis en prácticas preventivas dirigidas a grupos no escolarizados.
- Coadyuvar a la reducción de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual [ETS o ITS] que presenta la población adolescente en el municipio de Toluca, estado de México.
- Favorecer la percepción del riesgo entre la población adolescente, a efecto de que opte por prácticas de sexo seguro que contribuyan a la reducción de la prevalencia de VIH/SIDA en el municipio.
- Promover mecanismos de participación social, educativa, comunitaria y familiar que contribuyan a fortalecer una cultura saludable entre la población adolescente que radica en la geografía municipal.
- Vincular los hallazgos de la investigación científica en materia de salud y adolescencia, a la promoción de prácticas saludables y al desarrollo de la sociedad en su conjunto.

6.3 El Modelo Comunicativo Sexualidad Adolescente y Vida Saludable

Una gran cantidad de problemas de salud, así como de conductas de riesgo que aquejan a la población tanto adolescente como juvenil y al resto de los grupos no sólo guarda relación con sus pautas de interacción social y mediática, sino —de manera clara y evidente— con las condiciones de pobreza y pobreza extrema, así como con bajos niveles educativos (Cfr. Auerbach, Kivimae y Lefkowitz, 2000). Sin embargo, lo que deseo exponer en este boceto de recomendaciones es tratar de colaborar al “fortalecimiento del apoyo social (...) para la (re)construcción de redes sociales que promuevan el desarrollo económico y social (...) [y que dichas redes sean] capaces de reducir o mitigar los efectos de la segregación económica y racial.” (Ibidem, 2000).

Como se puede apreciar, con lo expuesto líneas arriba, se concibe una propuesta cuyo eje central sería la generación de material especializado en materia de sexualidad adolescente y la búsqueda de alternativas prácticas para detonar procesos interaccionales cara a cara y mediáticos capaces de proporcionar elementos argumentativos para favorecer la comunicación saludable entre adolescentes; entre padres, madres e hijos; así como entre docentes y profesionales de la salud que se vinculan cotidianamente con los jóvenes.

En consecuencia, dichos materiales tendrían como lectores potenciales a los propios adolescentes, así como a los padres, las madres, los docentes y orientadores tanto de secundaria como de bachillerato y al personal de salud o profesionales que desde diversos programas gubernamentales, tanto de cobertura estatal como municipal, tuviesen contacto con el mundo de los adolescentes.

Asimismo, el tipo de documentos que se generarían serían tanto en papel como a través de un sitio web especialmente diseñado para la cuasi-interacción mediática, a efecto de potenciar todo lo posible la cobertura.

Las características centrales que deberían tener los materiales que se podrían escribir, reproducir y distribuir para impulsar estilos de vida saludable y comportamientos de autocuidado, serían las siguientes:

- I. **Ganar el mayor espacio posible en el discurso saludable.** Si bien prevalecen conductas de riesgo y problemas de salud que deben ser abordados en términos de las implicaciones que tienen para la vida de los jóvenes en particular, estimo, junto con mis colegas del equipo FAMECOM, que muchos materiales que se producen para abordar temas de salud, básicamente tratan el problema y dejan poco espacio para la enunciación de conductas saludables propiamente dichas y, sobre todo, para la argumentación acerca de las ventajas, por ejemplo, de beber agua simple; de hacer ejercicio al aire libre; de tener momentos de descanso y de recreación, etc. Mi punto de vista es que es asombroso cuánto sabemos de los problemas que generan determinadas enfermedades o conductas de riesgo y el poco campo que dominamos cuando nos piden que hablemos de conductas saludables y sus ventajas.

- II. **Hacer referencia expresa a las acciones e interacciones que promueven los comportamientos saludables.** Cada uno de los materiales a producir tendrían que cerrar el micro-tema con una serie de recomendaciones en torno a las conductas que se deben procurar en forma cotidiana, así como algunas pistas para enfrentar

proactivamente interacciones que, en el marco de la vida social de los y las jóvenes, operan como elementos de presión grupal para correr riesgos como fumar cigarrillos o iniciar el consumo de alguna sustancia prohibida; aceptar beber excesivamente o sostener relaciones sexuales no protegidas ni deseadas.

III. Promover interacciones mediáticas entre pares. Sería importante explorar alternativas para hallar distintos interlocutores o generadores de estos discursos saludables, en tanto la comunicación entre pares puede, al menos hipotéticamente, dar mejores dividendos que tratar de emitir todos los enunciados y argumentos desde un solo grupo o dimensión social. Así, se podría capacitar a un pequeño pero entusiasta grupo de jóvenes estudiantes de nuestras licenciaturas en comunicación, enfermería y nutrición (mismos que bordean entre los 21 y 23 años de edad), a fin de que también ellos y ellas se dieran a la tarea de escribir textos breves –pero manteniendo su propio estilo discursivo—para abordar temas de nuestra agenda comprometida en el programa de acción.

Respecto a otros interlocutores como los padres, las madres y los orientadores de secundaria y de bachillerato, teniendo clara cuenta de la multiplicidad de ocupaciones cotidianas que cada uno/a tiene, sería deseable generar una estrategia basada en la recolección de dudas, inquietudes o exposición verbal de las problemáticas que usualmente enfrentan con sus hijos e hijas, a fin de producir el material de orientación respectivo.

IV. **Incluir como línea discursiva el buen sentido del humor.** El abordaje del tema adolescente, sobre todo cuando se trata de sexualidad, conductas de riesgo y de la morbilidad, ha estado cobijado por la trama de la problemática, el riesgo y de la preocupación. Hay poco o nulo espacio para el humor, para la risa o el relajamiento. Paradójicamente, si algo caracteriza a la mayoría de los adolescentes es que portan a flor de piel la broma, el chiste, el sentido del humor, sin que por ello no sean capaces de abordar un tema o asunto con plena seriedad o asomo de preocupación. Desde tal óptica, el material a producir también debía tratar de contener, en la medida de lo posible, algunas líneas discursivas cuya textura diera cuenta de ese buen sentido del humor que caracteriza a los jóvenes y que debería ser recuperado cada vez más por el mundo adulto, sobre todo cuando se trata de hablar de salud.

V. **Incluir la condición mediática de nuestros interlocutores.** En atención a que los adolescentes así como el resto de los grupos sociales mantenemos una alta interacción mediática, un programa de acción como el que aquí se sugiere podría tratar de aprovechar una buena parte del material que todos los días emiten medios electrónicos como la televisión, la radio e Internet, a fin de contar con una gran cantidad de puntos de referencia que rápidamente son del dominio común, y que –reutilizados desde una perspectiva de la salud y del autocuidado—pueden resultar de gran utilidad para ilustrar tanto comportamientos saludables como conductas de riesgo. Dicho uso exige –como lo ha señalado Joan Ferrés– que el material recabado sea utilizado “más para implicar que para explicar (...) por cuanto cumpliría una función de primordial importancia: motivar, ilustrar, ejemplificar, facilitar la comprensión” (Ferrés, 2000: 220).

VI. Potenciar el uso multimediático de los textos generados. Si bien sería factible, con los recursos económicos necesarios, generar material impreso y en línea a través de un sitio web especialmente diseñado para ello, considero de especial importancia usar todas las alternativas posibles para reproducir el mayor número de ejemplares posibles de cada folleto, cuadernillo, manual o artículo que se comprometería en el programa de acción. Para ello, la idea de explorar los distintos tratamientos que podría tener cada texto elaborado para promover comportamientos saludables entre jóvenes y adolescentes.

Tengo claro que en este tipo de programas de acción cuyo objetivo central sería contribuir, a través de estrategias comunicativas y educativas, a los comportamientos saludables de la población adolescente, tiene como prueba contundente los indicadores que genera el sector salud y las instancias del propio Ayuntamiento de Toluca, en materia de conductas de riesgo y problemas de morbilidad y mortalidad que se presenten en los y las adolescentes del municipio. Aún así, también concibo que dada la complejidad de los procesos sociales, no es posible esperar que desde un solo ángulo –en este caso, un programa de acción—o vector se pueda resolver o disminuir una problemática que de suyo es multifactorial.

A pesar de ello, pienso que un programa de acción como el pintado aquí, con trazos toscos, podría constituir un valioso punto de referencia para otras experiencias y para analizar los alcances que pueden tener un conjunto de estrategias comunicativas y educativas que han tenido como eje fundamental la búsqueda de interacciones sociales capaces de contribuir a la edificación de comportamientos saludables entre la población adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

Alberoni, Francesco (1999). **El vuelo nupcial ¿De qué y de quién se enamoran los adolescentes?**. España: Gedisa.

Alcalay, Rina y Mendoza, Carmen (2000). **Proyecto Comsalud: Un estudio comparativo de mensajes relaciones con salud en los medios masivos latinoamericanos**. Washington: Organización Panamericana de la Salud /OMS/FELAFACS/BASICS/UNESCO/ USAID.

Arciga, Salvador y Juárez Juana (1997). «**Actitudes de los jóvenes frente a la sexualidad**», en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud*. México. Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud.

Auerbach, James, Kivimae, Barbara y Lefkowitz, Bonnie (2000). **Improving health: it doesn't take a revolution**. Washington, D.C.: Academy for Health Services Research and Health Policy.

Badinter, Elisabeth (1993) **XY La Identidad Masculina**. España: Alianza editorial.

Banco Interamericano de Desarrollo (1998). **América Latina frente a la desigualdad**. Washington: Inter-American Development Bank.

Bourdieu, Pierre (1990). «**La juventud no es más que una palabra**». en *Sociología y Cultura*, México: CONACULTA-Grijalbo, Colección Los Noventa. pp. 163-173.

Brown, J y Newcomer, S (1991). «**Televisión viewing and adolescent's sexual behavior**», en *Journal of Homosexuality*. No. 21. USA: Sage Publications.

Burak, Donas (2001). **Adolescencia y Juventud en América Latina y el caribe**. México: LUR-Universidad de Colima.

Caballero, Ramiro y Villaseñor, Alberto (2003). «**Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres**», en *Salud Pública de México*. Vol. 45, suplemento 1. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Campbell, Donald y Stanley, Julian (1979). **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Argentina: Amorrortu, editores.

Camps, Victoria (2001). **Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética.** Ed. Ares y Mares España.

Cantor, Joanne (2000). «**Media violence**», en *Journal of Adolescent Health*. Vol. 27. No. 2. New York: Society for Adolescent Medicine.

Castells, Manuel (1999). **La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura. El poder de la identidad.** Vol. II. México: Siglo XXI.

Celis de la Rosa, Alfredo (2003). «**La salud de adolescentes en cifras**», en *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 45, suplemento 1. México: México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Centro de Documentación y Biblioteca del Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (2007). <http://www.gire.org.mx/>. Consultada el 8 de enero de 2007.

Consejo Nacional de lucha contra el SIDA (2000). **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de SIDA.** México: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud/CONASIDA.

Consejo Nacional de Población (2001). **La situación Actual de los Jóvenes en México.** México: CONAPO.

Cootnz, Stephanie (2006). **Historia del Matrimonio. Cómo el amor conquistó el matrimonio.** España: Gedisa.

Cornejo Portugal, Inés (1995) «**Televisión sí, pero con orden**», en Anuario de investigación de la comunicación. CONEICC II. México: CONEICC.

Crovi Druetta, Delia (1994) «**Televisión y procesos identitarios**», en *Comunicación y Sociedad*. No. 20. México: Universidad de Guadalajara/CEIC.

Crovi Druetta, Delia (1995). «**La industria de la TV por cable en México, antecedentes y perspectivas**», en *Crovi, Delia [coord.] Desarrollo de las industrias audiovisuales en México y Canadá*. México: UNAM.

De la Peña, Ricardo y Toledo, Rosario (1992). «**Hábitos de lectura de periódicos en el Valle de México**», en *InterMedios*. No. 4. México: RTC.

Ehrenfield, Noemí (2000). «**Embarazo en adolescentes: aproximaciones social, cultural y subjetiva desde los jóvenes**», en *Medina, Gabriel (comp). Aproximaciones de la diversidad juvenil*. México.

Federman, Joel (1996). **Media ratings. Desing, use and consequences.** EEUU: Mediascope, Inc.

Feixa, Carles (1998). **El reloj de Arena. Culturas juveniles en México**, en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud*. Núm. 4, México. Instituto Mexicano de la Juventud.

Ferrés, Joan (2000). **Educación en una cultura del espectáculo**. Barcelona: Paidós.

Gantz, W y Greenberg, B (1990). «**The role of informative television programs in the Battle against AIDS**», en *Health Communication*. No. 2. USA: Sage Publications.

Gayet, Cecilia, et al., (2003). **Uso del condón entre adolescentes mexicanos para evitar las infecciones de transmisión sexual**, en *Suplemento de la Revista Salud Pública de México*. Vol. 45. México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Gerbner, G. et al (1980). «**Aging with television: images on television drama and conceptions of social reality**», en *Journal of Communication*. No. 30. USA: Sage Publications.

Gibbs, Anita (1997). **Focus Group**. Social Research Update. Nineteen. Sociology at Surrey.

Giroux, Henry (2001). «**Sexualidad adolescente y representaciones del cuerpo**», en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud*. Año 5, No. 13. México, Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (1997). «**Familia y televisión, una mirada sistémica**», en *Jiménez Guillén (Coord). Familia ¿Célula social?*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (1998^a). «**Consumo audiovisual en jóvenes mexicanos**», en *Questiones publicitarias*. Revista de métodos, análisis y estrategias de comunicación publicitaria. España: Universidad de Sevilla.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (1998^b) «**Hacia una cultura audiovisual en los jóvenes**», en *Esteinou, Javier (coord.) Espacios de Comunicación*. No. 3. México: Universidad Iberoamericana.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (1998^c) «**Familia, telenovelas y fútbol. Estudio de caso desde el enfoque sistémico**», en *Lozano y Benassini (eds). V Anuario de Investigación de la Comunicación*. México: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (1999) «**Masculinidad y publicidad**», en *Espacios Públicos* No. 3. México: Universidad Autónoma del Estado de México/Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (2000) **Dinámica familiar y televisión. Un estudio sistémico**. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso (2002). «**Comunicación, Salud y Familia. Retos de nuestra cultura**». Ponencia presentada en el Seminario sobre Cultura Organizacional y el Desarrollo Institucional en el Sistema de Salud. Organizado por el Gobierno del Estado de México.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso y Martha Fabiola García (1999) «**Masculinidad, programas televisivos y poder en la familia**». Ponencia presentada en el XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS). Universidad de Concepción, Chile.

Guadarrama Rico, Luis Alfonso y Valero Vilchis, Jannet (2006). **Adolescentes, sexualidad y contenidos mediáticos. Algunos desafíos para la comunicación**, en *Revista Diversus Nexus*. Número 2, segunda época, Mayo. México: Centro Universitario Ixtlahuaca, A.C.

Guadarrama y cols., (2002). **Medios y Salud Pública: La voz de los adolescentes**. Estudio en Toluca, estado de México. México: UAEM/FCPyAP, Red Iberoamericana de Investigación en Familia y Medios de Comunicación [Mecanograma].

Guadarrama, Luis Alfonso y Varón, Roberto (2003). **Tiempo libre. Una aproximación a la vida interaccional de los adolescentes escolarizados**. México: UAEM. Cuerpo Académico: Formas de Interacción y Mundos de Vida. Material de lectura.

Guadarrama y Cols., (2005). **El Top Ten de la Sexualidad Saludable**. Red Iberoamericana de Investigación en Familia y Medios de Comunicación FAMECOM. México.

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (2000). **Educación, Salud y Vida. Reporte de Quince años 1985-2000**. México: IMIFAP.

Instituto Mexicano de la Juventud (2000). **Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados preliminares**. México: SEP-Instituto Mexicano de la Juventud-Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). **XII Censo General de Población y Vivienda 2000**. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). **XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos**. Tomo II. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). **Tabulados básicos nacionales y por entidad federativa. Base de datos y tabulados de la muestra censal**. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). **Censo General de Población y Vivienda 2005**. México: INEGI.

Kerlinger, F. N. (1985). **Investigación del Comportamiento: Técnicas y metodología**. México: Interacadémica.

Kiragu, Karungari (2001). «**Los jóvenes y el VIH-SIDA ¿Podemos evitar una castástrofe?**», en *Population Reports*. Serie L, número 12. USA: The Johns Hopkins University.

Langellier, Kristin y Peterson, Eric (1997). «**Las historias de la familia como estrategias de control social**», en Dennis Mumby (comp.) *Narrativa y control social. Perspectivas críticas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lipovetsky, Gilles. (1998). **El Crepúsculo del deber. La ética indoladora de los nuevos tiempos democráticos**. México: Anagrama.

Liskin, Laurie et al (1990). «**Condomes –Ahora más que nunca**», en *Population Reports*. Serie H, número 8, septiembre. USA: The Johns Hopkins University.

Mariño, Ma. del Carmen et al. (2000). «**Juventud y adicciones**», en *Jóvenes: la evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México 1986-1999*. Tomo II. México: Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud.

Montgomery, Kathryn (2000). «**Youth and digital media: A policy research agenda**», en *Journal of Adolescent Health*. Vol. 27. No. 2. New York: Society for Adolescent Medicine.

Napier, Augustus y Whitaker, Carl (1982). **El crisol de la familia**. Buenos Aires: Amorrortu.

Organización Panamericana de la Salud (1998). **La Salud en las Américas**. Edición, 1998. Vo.I. Washington: OPS/OMS.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2003). **Education at a glance 2003**. Boletín. 16 de septiembre, OCDE.

Partida Bush, Virgilio (2004). **Proyecciones de la Población Económicamente Activa de México y de las entidades federativas 2000-2050**. México: Consejo Nacional de Población.

Popper, Karl R y John Condry (1994). **La televisión es una mala maestra**. México: Fondo de Cultura Económica.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA (2000). **Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA**. Organización de las Naciones Unidas.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA (1999). **Campaña mundial contra el SIDA con los niños y jóvenes. Desafíos para América Latina**. Brasil: ONUSIDA.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA (2001). **Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA**. USA: Organización de las Naciones Unidas/ONUSIDA.

Reguillo, Rossana (2000). **Estrategias del Desencanto**. Buenos Aires: Norma.

Reyes, Crescencio et al (2004). «**Razones para una fiesta con globitos**», en *Guadarrama y cols. Jóvenes y sexualidad. Prácticas Saludables*. México: UAEM, FAMECOM, ISEM y el H. Ayuntamiento de Toluca.

Rex, John (1968). **Problemas fundamentales de la teoría sociológica**. Buenos Aires: Amorrortu.

Roberts, Donald (1998) «**Media content labeling systems: ¿Informational advisories or judgmental restrictions?**», en *Price, M & R. Noll (eds). Markle Readings in Information and Communication Policy*. USA: Brookings Institution Press.

Rodríguez, Gabriela y de Kiejzer, Benno (2000). «**Sexualidad juvenil: su construcción en la comunidad cañera**», en *Medina, Gabriel (comp). Aproximaciones de la diversidad juvenil*. México: El Colegio de México.

Rodríguez Ignacio, Ernesto (1999). **Fecundidad adolescente y desarrollo en América Latina: Los riesgos y las consecuencias del embarazo precoz y no deseado. Vistos desde la Salud reproductiva y la integración social de los jóvenes**, en *Boletín*

Latinoamericano de Informaciones sobre Juventud, publicado en:
www.colombiajoven.gov.co/injuve/instit/unesco/10_bol.PDF

Secretaría de Educación Pública (2001). **Programa Nacional de Educación 2001-2006**.
México: Secretaría de Educación Pública.

Secretaría de Salud (2002). **Programa de acción: Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia 2001 – 2006**. México: Secretaría de Salud.

Suares, Marínés (2002) **Mediación, conducción de disputas, comunicación y técnicas**.
Buenos Aires: Paidós.

Thompson, John (1998). **Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación**. España: Paidós, comunicación.

Thompson, Sharon (2001) «**Los caminos de la sexualidad. Narraciones de los adolescentes sobre sexo, romance y embarazo**», en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud*. Nueva época, año 5, No. 13. México: Instituto Mexicano de la Juventud.

Urteaga, Maritza (1999). «**Formas de agregación juvenil**», en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud.: la evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México 1986-1999*. Tomo II. México: Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud.

Valenzuela, José Manuel (1997). «**Culturas Juveniles. Identidades Transitorias**», en *Jóvenes. Revista de Estudios sobre juventud.*, Cuarta época, Año 1, núm. 3. México: SEP, Causa Joven-CIEJ.

Valenzuela, José Manuel (1998). **El color de las sombras. Chicanos, identidad y racismo**, México: El COLEF-UIA.

Valero Vilchis, Jannet et al (2006). «**Adolescentes y jóvenes. Desafíos para un trabajo interdisciplinario**», en Guadarrama Luis Alfonso, Reyes Pedro Octavio y Valero Jannet [Coordinadores]. *Comunicación y Salud. Coordinadas Juveniles y Familiares*. México: UCC y Red FAMECOM. Bonobos editores.

Van Dijk, Teun [comp.] (2000). **El discurso como interacción social**. España: Gedisa.

Varios autores. Organización Panamericana de la Salud (2003). **Medios y salud: La voz de los adolescentes**. Informe Regional. Washington: OPS/OMS, FELAFACS-UNAIDS.

Weber, Max (1997). **Economía y sociedad**. México: FCE

Welti, Carlos y Paz, Leonor (2001). **La fecundidad adolescente en el Estado de México**. México: Consejo Estatal de Población.

Anexo 1

Guía Temática para la Aplicación de Grupos Focales

La guía temática se determinó durante el Taller de Revisión del Protocolo en Ibarra, Ecuador¹, donde se acordó su diseño con base en las variables del estudio siguiendo algunos ejes orientadores de la discusión. Como se puede apreciar enseguida, dicha guía tuvo un carácter muy general. Se entendía que cada equipo de investigación, en el país respectivo, habría de precisar la mejor manera de explicitar los contenidos de la guía en tanto que podrían presentarse situaciones muy particulares en el manejo del idioma castellano, a través del uso de modismos e idiolectos locales que habría sido difícil e impropio lograr consenso en la formulación. Así la guía del protocolo de investigación quedó como sigue:

¹ Medios y Salud Pública: La voz de los adolescentes; Proyecto COMSALUD; Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. Agosto 2001.

- Identificación de los medios con los que los jóvenes se relacionan.
- Identificación de contenidos a los que se exponen.
- Interconexión mediática.
- Lugares, modalidades y tiempos en los que los jóvenes se relacionan con los medios.
- Rol de la cotidianidad.
- Medios con los que conviven.
- Interconexión de medios.
- Uso de los medios en relación con la salud.
- Contenidos: Salud, VIH, sexualidad.
- Temáticas de salud.
- Significación de los medios.
- Credibilidad de la fuente mediática y contratación con otras fuentes.
- A partir de los doce temas genéricos, en el equipo de la Red FAMECOM, formulamos la siguiente guía para conducir los Grupos Focales.

PREGUNTAS DETONADORAS

- I. ¿Cuáles son los medios más importantes para ustedes y cuál es el que más utilizan?
- II. ¿Con cuáles personas ven televisión, escuchan radio, leen el periódico, navegan en Internet?
- III. ¿Ven televisión solos/as o acompañados/as; ¿tiene alguna importancia? ¿Por qué?
- IV. El tiempo que le dedican a los medios de comunicación es excesivo o adecuado? ¿Por qué?

PREGUNTAS DETONADORAS

- V. ¿Qué papel juegan los medios en su vida con respecto a sus familias, sus amigos, el colegio?
- VI. ¿Qué significa ser joven en un mundo de medios de comunicación?
- VII. ¿Cómo se relacionan con cada medio de forma individual o simultánea?
- VIII. ¿Consideran que influyen los medios en la vida de ustedes como adolescentes o jóvenes? ¿Cómo?
- IX. ¿Cómo sería la vida si no tuviesen acceso a los medios?
- X. ¿Cómo se imaginan sus vidas, las de sus familias, sus amigos sin los medios?
- XI. ¿Cuántas horas ven televisión cuántas horas escuchan radio, cuántas horas navegas en Internet y cuánto tiempo dedican para leer el periódico?
- XII. ¿De qué temas se informan a través de los medios de comunicación?
- XIII. ¿Cuáles son los temas más importantes para los adolescentes? ¿Por qué?
- XIV. ¿Manejan los medios esos temas importantes para los adolescentes? ¿Qué medios? ¿Qué piensan del manejo?
- XV. ¿Qué temas relacionados con salud de los adolescentes predominan en los medios?
- XVI. ¿Qué mensaje o información sobre salud recuerdan de los medios? ¿Qué piensan del manejo de esta información por parte de los medios?
- XVII. ¿Si tuviesen que imaginarse un medio para ustedes ¿De qué hablarían?

PREGUNTAS DETONADORAS

- XXVIII. ¿De qué fuentes (Medios, familia, escuela, Iglesia, amigos, médicos) reciben regularmente la información sobre salud?
- XIX. ¿A cuál fuente le tienen más confianza? ¿Por qué?
- XX. ¿Recuerdan alguna campaña en medios de comunicación sobre salud, ¿Qué recuerdan? ¿Pueden describirlo?
- XXI. ¿Qué piensan acerca de la información que circula en los medios sobre: alcohol, SIDA, violencia, salud sexual, drogas?
- XXII. ¿Qué piensan sobre el VIH / SIDA? ¿Es posible prevenirlo? ¿Cuáles son las formas más efectivas para hacerlo?
- XXIII. ¿ El condón es la mejor forma para prevenir ITS, VIH / SIDA? Ó es la fidelidad, abstención o hay otra opción ?
- XXIV. ¿Si una persona ha tenido relaciones con alguien infectado ¿Qué debe hacer?
- XXV. ¿Qué piensan de las personas contagiadas de VIH? ¿Cómo debemos tratarlos? ¿Deben llevar una vida normal?
- XXVI. ¿Cuáles son sus fuentes de información que usan para conocer sobre el VIH/SIDA?
- XXVII. ¿Qué tipo de información sobre SIDA y los adolescentes circula en los medios?
- XXVIII. ¿Recuerdan alguna campaña sobre VIH/SIDA ¿Qué recuerdan?
- XXIX. ¿Si tuviesen que hacer un video o un programa en algunos de los medios, sobre SIDA ¿A quién pondrían a hablar? Y sin medios ¿Qué harían?
- XXX. ¿Creen que los mensajes sobre salud están orientados hacia la prevención? ¿promueven comportamientos saludables? ¿comportamientos no saludables/negativos?

PREGUNTAS DETONADORAS

- XXXI. ¿Creen que en los medios hay muchos mensajes negativos sobre salud y adolescentes? ¿Por qué?
- XXXII. ¿Qué temas creen ustedes que deben transmitir los medios sobre salud de los adolescentes?

Anexo 2

Mapa conceptual para orientar la codificación de los Grupos Focales

Para la codificación de la información de los grupos focales se definieron dos criterios:

1. Una codificación que permita la homologación del análisis a nivel regional.
2. Permitir que se puedan expresar las especificidades.

Para ello se planteó que los dos primeros niveles del árbol de codificación corresponderían a cada una de las variables del proyecto y el segundo a una taxonomía que expresara la variable, al igual que se correspondiera con los ejes temáticos que se trabajaron para la guía. A partir de allí fue posible construir nuevas categorías.

Las categorías propuestas para los dos primeros niveles fueron las siguientes:

Primer Nivel	Segundo Nivel	Definición
1 ACCESO		Acceso a los Medios
2USO DE MEDIOS		Usos sociales de los medios
	1.COMPAÑÍA	En compañía de quien se usan los medios, incluyendo la opción solo
	2.TIEMPO	El tiempo dedicado al uso de los medios
	3. LUGAR	Lugares en los cuales se usan los medios
	4. MODALIDAD	Si los medios se usan individual o simultáneamente
	5 RELEVANCIA	Relevancia de los medios tanto en la vida personal como en la familia
	6 ROL	Rol de los medios tanto en la vida personal como en la familia.
3. INFO SALUD		
	1. TEMAS	Los temas que circulan en los medios
	2. MENSAJES	Referencia a los mensajes que circulan en los medios
	3. FUENTES	De donde reciben información sobre salud
4 PERCEPCIÓN		Percepciones sobre información relacionada con temas de salud
5. USOS INFO		Usos de la información relacionada con la salud
	1.CONOCIMIEN- TOS	Conocimientos sobre temas relacionados con la salud.
	2. ACTITUDES	Actitudes positivas o negativas con relación a los aspectos relacionados con su salud
	3. PRÁCTICAS	Prácticas con relación a aspectos relacionados con su salud, así como el uso de la información recibida.

Primer Nivel	Segundo Nivel	Definición
6 MEDIOS		Identificación de los medios con los que los jóvenes se relacionan.
	1. RADIO	
	2. TELEVISIÓN	
	3. DIARIOS	
	4. REVISTAS	
	5. VIDEOS	
	6. CINE	
	7. VIDEOJUEGOS	
	8. CD CASSETTE	
	9. INTERNET	
7 CONTENIDOS		Identificación de contenidos específicos relacionados con su salud.
	1. VIH/SIDA	
	2. SEXUALIDAD	
	3. ALCOHOL	
	4. DROGAS	
	5. OTROS	
8 SIGNIFICACIÓN		Significaciones para los jóvenes, se pueden referir a medios, a temáticas a ellos mismos.
9. IDENTIFICACIÓN		Temas con los cuales existe identificación por parte de los jóvenes.
10. CREDIBILIDAD		Credibilidad y confianza de los medios.

Anexo 3

Cuestionario FAMECOM

Ampliado

Medios y Salud Pública: la voz de los adolescentes

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: _____

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Estatura: _____

4. Peso: _____

5. Estado de conyugalidad:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Soltero(a) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Casado(a) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Unión libre | <input type="checkbox"/> |
| 4. Separado(a) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Viudo(a) | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Asistes a la escuela actualmente?

1. Sí

2. No

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 8.

7. ¿Qué estudias?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Secundaria general | <input type="checkbox"/> |
| 2. Secundaria técnica | <input type="checkbox"/> |
| 3. Telesecundaria | <input type="checkbox"/> |
| 4. Preparatoria general | <input type="checkbox"/> |
| 5. Preparatoria pedagógica | <input type="checkbox"/> |
| 6. Preparatoria abierta | <input type="checkbox"/> |
| 7. Carrera técnica | <input type="checkbox"/> |
| 8. Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 9. Otros estudios, indicar: | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Cuál es tu religión?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Católica | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pentecostal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Histórica | <input type="checkbox"/> |
| 4. Columna y Apoyo de Verdad | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bíblica | <input type="checkbox"/> |
| 6. Adventista del Séptimo día | <input type="checkbox"/> |
| 7. Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días (Mormón) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> |
| 9. Judaica | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sin Religión | <input type="checkbox"/> |
| 11. Otra, indica: | <input type="checkbox"/> |

9. ¿Cuál es la religión que practican tus padres (madre y/o padre)?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Católica | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pentecostal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Histórica | <input type="checkbox"/> |
| 4. Columna y Apoyo de Verdad | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bíblica | <input type="checkbox"/> |
| 6. Adventista del Séptimo día | <input type="checkbox"/> |
| 7. Iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días (Mormón) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Testigo de Jehová | <input type="checkbox"/> |
| 9. Judaica | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sin Religión | <input type="checkbox"/> |
| 11. Otra, indica: | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Con qué personas vives regularmente? (Selecciona todas las que correspondan)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Solo(a) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| 3. Papá | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hermanos | <input type="checkbox"/> |
| 5. Padrastro/Madrastra | <input type="checkbox"/> |
| 6. Amigo/Compañero | <input type="checkbox"/> |
| 7. Pareja | <input type="checkbox"/> |
| 8. Esposo/Esposa | <input type="checkbox"/> |
| 9. Niñera/Empleada Doméstica | <input type="checkbox"/> |
| 10. Otros(as), indica: | <input type="checkbox"/> |

11. ¿Trabajas actualmente?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 15.

12. ¿En qué trabajas?

13. ¿Cuántas horas al día?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Menos de 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. De 3 a 6 | <input type="checkbox"/> |
| 3. De 7 a 10 | <input type="checkbox"/> |
| 4. De 11 a 14 | <input type="checkbox"/> |
| 5. De 15 a 18 | <input type="checkbox"/> |

14. ¿Por qué trabajas?

(Selecciona todas las que correspondan)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Para ayudar en el negocio familiar | <input type="checkbox"/> |
| 2. Para ayudar económicamente a la familia | <input type="checkbox"/> |
| 3. Para pagar mis estudios | <input type="checkbox"/> |
| 4. Para cubrir mis gastos y necesidades | <input type="checkbox"/> |
| 5. Por obligación familiar | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por gusto | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otra, indica: | <input type="checkbox"/> |

15. ¿Cuál es el máximo nivel escolar de tu padre / padrastro / tutor?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 2. Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 3. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 4. Secundaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 5. Preparatoria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Preparatoria completa | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nivel técnico incompleto | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nivel técnico completo | <input type="checkbox"/> |
| 9. Licenciatura incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 10. Licenciatura completa | <input type="checkbox"/> |
| 11. Posgrado | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ninguno | <input type="checkbox"/> |

16. ¿Cuál es el máximo nivel escolar de tu madre /madrastra / tutora?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 2. Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 3. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 4. Secundaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 5. Preparatoria incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 6. Preparatoria completa | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nivel técnico incompleto | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nivel técnico completo | <input type="checkbox"/> |
| 9. Licenciatura incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 10. Licenciatura completa | <input type="checkbox"/> |
| 11. Posgrado | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ninguno | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Cuándo estás en casa, de LUNES a VIERNES, usualmente con quién estás?
(Selecciona todas las que correspondan)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Solo(a) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| 3. Papá | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hermanos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Padrastro/Madrastra | <input type="checkbox"/> |
| 6. Amigo/Compañero | <input type="checkbox"/> |
| 7. Pareja | <input type="checkbox"/> |
| 8. Novio/Novia | <input type="checkbox"/> |
| 9. Esposo/Esposa | <input type="checkbox"/> |
| 10. Niñera/ Empleada Doméstica | <input type="checkbox"/> |
| 11. Otros(as), indica: | <input type="checkbox"/> |

MEDIOS EN EL HOGAR

18. De los siguientes artículos, QUE FUNCIONEN, ¿Cuáles y cuántos tienes en tu casa?
(Señala con una X, frente a cada artículo, en la casilla correspondiente a la cantidad de artículos que hay en tu casa)

ARTÍCULO	Cantidad de Artículos					
	0	1	2	3	4	5
1. Televisión						
2. VHS						
3. Betamax						
4. DVD						
5. Grabadora con Cassette						
6. Grabadora con CD						
7. Equipo de Sonido (radio+ cassette+CD)						
8. Radio						
9. Computadora						
10. Teléfono						
11. Game Boy						
12. Atary						
13. Nintendo						
14. Super Nintendo						
15. Nintendo 64						
16. Play Station						
17. Play Station II						
18. Game Cube						
19. Game Boy Advance						
20. Disc Man						
21. Walk Man						
22. Horno de Microondas						
23. Lavadora de ropa						
24. Secadora de ropa						
25. Lavadora de trastes						

19. De los siguientes artículos, QUE FUNCIONEN, ¿Cuáles tienes en tu cuarto?
Señala con una X (Selecciona todos los que correspondan)

ARTÍCULO	
1. Televisión	<input type="checkbox"/>
2. VHS	<input type="checkbox"/>
3. Betamax	<input type="checkbox"/>
4. DVD	<input type="checkbox"/>
5. Grabadora con cassette	<input type="checkbox"/>
6. Grabadora con CD	<input type="checkbox"/>
7. Equipo de Sonido (radio+ cassette + CD)	<input type="checkbox"/>
8. Radio	<input type="checkbox"/>
9. Computadora	<input type="checkbox"/>
10. Teléfono	<input type="checkbox"/>
11. Game Boy	<input type="checkbox"/>
12. Atary	<input type="checkbox"/>
13. Nintendo	<input type="checkbox"/>
14. Super Nintendo	<input type="checkbox"/>
15. Nintendo 64	<input type="checkbox"/>
16. Play Station	<input type="checkbox"/>
17. Play Station II	<input type="checkbox"/>
18. Game Cube	<input type="checkbox"/>
19. Game Boy Advance	<input type="checkbox"/>
20. Disc Man	<input type="checkbox"/>
21. Walk Man	<input type="checkbox"/>

20. De los siguientes servicios, ¿Cuáles están disponibles en tu casa?
(Selecciona todos los que correspondan)

SERVICIOS	
1. Energía Eléctrica	<input type="checkbox"/>
2. Teléfono convencional	<input type="checkbox"/>
3. Teléfono con contestadora	<input type="checkbox"/>
4. Teléfono con identificador de llamadas	<input type="checkbox"/>
5. Teléfono celular	<input type="checkbox"/>
6. Beeper o localizador	<input type="checkbox"/>
7. TV Cable	<input type="checkbox"/>
8. Televisión satelital (antena parabólica)	<input type="checkbox"/>
9. Acceso a Internet	<input type="checkbox"/>
10. Suscripción/compra de revistas o periódicos	<input type="checkbox"/>

USO DE MEDIOS

Revistas

21. ¿Lees revistas?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 27.

22. Anota el nombre de la(s) revista(s) que usualmente lees. (De todo tipo y temas: cómics, historietas, espectáculos, deportes, etc)

23. ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a leer algún tipo de revista?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. 15 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 2. 16-30 minutos | <input type="checkbox"/> |
| 3. De 1 a 2 horas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Más de 3 horas | <input type="checkbox"/> |

24. ¿En qué lugares acostumbras leer esas revistas?

25. ¿Cuáles son las secciones que más te gustan de las revistas que lees?

26. ¿Cuál es el nombre de las revistas que leíste últimamente?

Periódicos

27. ¿Lees periódicos?

- | | |
|-------|--------------------------|
| 1. Sí | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | <input type="checkbox"/> |

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 32

28. ¿Cuánto tiempo, DIARIAMENTE dedicas a leer algún tipo de periódico?

1. 5 minutos	<input type="checkbox"/>
2. 10 minutos	<input type="checkbox"/>
3. 15 minutos	<input type="checkbox"/>
4. 20 minutos	<input type="checkbox"/>
5. Media hora	<input type="checkbox"/>
6. Una hora	<input type="checkbox"/>
7. Más de 1 hora	<input type="checkbox"/>
8. Leo diarios esporádicamente	<input type="checkbox"/>

29. ¿En qué lugares acostumbras leer el periódico?

30. Cuando lees el periódico, ¿Qué secciones lees regularmente?

(Selecciona todas las que correspondan)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Cultural | <input type="checkbox"/> |
| 2. Deportes | <input type="checkbox"/> |
| 3. Economía | <input type="checkbox"/> |
| 4. Educación | <input type="checkbox"/> |
| 5. Horóscopos | <input type="checkbox"/> |
| 6. Política | <input type="checkbox"/> |
| 7. Salud | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tiras Cómicas | <input type="checkbox"/> |
| 9. Noticias Internacionales | <input type="checkbox"/> |
| 10. Noticias Nacionales | <input type="checkbox"/> |
| 11. Noticias Locales | <input type="checkbox"/> |
| 12. Otras, indica: | <input type="checkbox"/> |

31. ¿Cuáles son los periódicos que has leído últimamente?

Televisión

32. ¿Ves televisión?

- | | |
|-------|--------------------------|
| 1. Sí | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | <input type="checkbox"/> |

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 41

33. De lunes a viernes, ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a ver televisión?
(No incluyas el tiempo dedicado a ver videocintas)

- 1. No veo televisión de lunes a viernes
- 2. Menos de media hora
- 3. De media a 1 hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 36.

34. De LUNES a VIERNES ¿A qué hora ves televisión?
(Selecciona todas las que correspondan)

- 1. Entre 6 y 8 a.m.
- 2. Entre 9 y 11 a.m.
- 3. Entre 12 a.m. y 2 p.m.
- 4. Entre 3 y 5 p.m.
- 5. Entre 6 y 8 p.m.
- 6. Entre 9 y 11 p.m.
- 7. De 12 p.m. en adelante

35. ¿Con quién ves televisión de LUNES a VIERNES?

- 1. Solo(a)
- 2. Mamá
- 3. Papá
- 4. Hermanos
- 5. Padrastro/Madrastra
- 6. Amigo/Compañero
- 7. Novio/Novia
- 8. Pareja
- 9. Esposo/Esposa
- 10. Niñera/Empleada Doméstica
- 11. Otros(as), indica:

36. Durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo) ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a ver televisión?
(No incluyas el tiempo dedicado a ver videocintas)

- 1. No veo televisión el fin de semana
- 2. Menos de media hora
- 3. De media a 1 hora
- 4. De 3 a 4 horas
- 5. De 5 a 6 horas
- 6. Más de 6 horas

37. Los FINES DE SEMANA (sábado y domingo) ¿A qué hora ves televisión?
(Selecciona todas las que correspondan)

- 1. Entre 6 a 8 a.m.
- 2. Entre 9 a 11 a.m.
- 3. Entre 12 a.m. a 2 p.m.
- 4. Entre 3 a 5 p.m.
- 5. Entre 6 a 8 p.m.
- 6. Entre 9 a 11 p.m.
- 7. De 12 p.m. en adelante

38. ¿Con quién ves televisión durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo)?

- 1. Solo(a)
- 2. Mamá
- 3. Papá
- 4. Hermanos
- 5. Padrastro/Madrastra
- 6. Amigo/Compañero
- 7. Novio/Novia
- 8. Pareja
- 9. Esposo/Esposa
- 10. Niñera/Empleada Doméstica
- 11. Otros(as), indica:

39. La última vez que viste televisión (hace unas horas, anoche, ayer) estabas:

- 1. Solo(a)
- 2. Con una parte de la familia
- 3. Con amigos, en mi casa
- 4. Con toda la familia
- 5. Con otras personas, fuera de casa
- 6. No recuerdo

40. La última vez que viste televisión estabas:

- 1. En tu cuarto
- 2. En la sala
- 3. En el cuarto de tus padres
- 4. En el cuarto de tu(s) hermanos(as)
- 5. En la cocina
- 6. En el comedor
- 7. Otros(as), indica:

41. ¿Con qué frecuencia está la televisión encendida en tu casa?
(Aún si nadie está mirándola)

- 1. Siempre
- 2. La mayor parte del tiempo
- 3. Algunas veces
- 4. Muy pocas veces
- 5. Nunca

49. De LUNES a VIERNES, ¿Cuántas videocintas ves aproximadamente?

1. No veo videocintas
2. 1 - 3
3. 4 - 6
4. 7 o más

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 51

50. ¿Con quién ves videocintas de LUNES a VIERNES?

1. Solo(a)
2. Mamá
3. Papá
4. Hermanos
5. Padrastro/Madrastra
6. Amigo/Compañero
7. Novio/Novia
8. Pareja
9. Esposo/Esposa
10. Niñera/Empleada Doméstica
11. Otros(as), indica:

51. Durante EL FIN DE SEMANA (sábado y domingo) ¿Cuántas videocintas ves?

1. No veo videocintas
2. 1 - 3
3. 4 - 6
4. 7 ó más

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 56

52. ¿Con quién ves videocintas durante EL FIN DE SEMANA (sábado y domingo)

1. Solo(a)
2. Mamá
3. Papá
4. Hermanos
5. Padrastro/Madrastra
6. Amigo/Compañero
7. Novio/Novia
8. Pareja
9. Esposo/Esposa
10. Niñera/Empleada Doméstica
11. Otros(as), indica:

53. La última vez que viste una videocinta (película rentada) ¿Cuál fue?

54. ¿Con quién viste la videocinta? (Selecciona las que correspondan)

1. Solo(a)
2. Mamá
3. Papá
4. Hermanos
5. Padrastro/Madrastra
6. Amigo/Compañero
7. Novio/Novia
8. Pareja
9. Esposo/Esposa
10. Niñera/Empleada Doméstica
11. Otros(as), indica:

55. ¿En qué lugar la viste?

1. Casa
2. Casa de un amigo
3. Casa de familiares
4. Casa de Novio(a)
5. Escuela
6. Otro sitio, indica:

Cine

56. ¿Vas al cine?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 61

57. En promedio, AL MES, ¿Cuántas veces vas al cine?

1. 1 vez
2. 2-3 veces
3. 4-5 veces
4. 6 veces o más

58. La mayoría de las veces vas al cine con:

- 1. Solo(a)
- 2. Mamá
- 3. Papá
- 4. Hermanos
- 5. Padrastro/Madrastra
- 6. Amigo/Compañero
- 7. Novio/Novia
- 8. Pareja
- 9. Esposo/Esposa
- 10. Niñera/Empleada Doméstica
- 11. Otros(as), indica:

59. Regularmente ¿Qué tipo de películas te gusta ver?

(Marca solo las más frecuentes)

- 1. Acción
- 2. Ciencia-ficción
- 3. Comedia/Humor
- 4. Drama
- 5. Documental
- 6. Western (Oeste)
- 7. Dibujos animados
- 8. Suspenso
- 9. Musical
- 10. Romance
- 11. Terror
- 12. Sexo
- 13. Otros, indica:

60. La última vez que fuiste al cine, ¿Qué película viste?

Videojuegos

61. ¿Juegas Videojuegos?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 67

62. De lunes a viernes, ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a Videojugar?
(Incluye juegos en computadora, en teléfonos celulares, equipos que se conectan al televisor, personales, o en sitios públicos)

- 1. No juego de lunes a viernes
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

63. Durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo), ¿Cuánto tiempo dedicas a videojugar?

(Incluye juegos en computadora, en teléfonos celulares, equipos que se conectan al televisor, personales, o en sitios públicos)

- 1. No juego de lunes a viernes
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

64. ¿La mayoría de las veces videojuegas con:

- 1. Solo(a)
- 2. Mamá
- 3. Papá
- 4. Hermanos
- 5. Padrastro/Madrastra
- 6. Amigo/Compañero
- 7. Novio/Novia
- 8. Pareja
- 9. Esposo/Esposa
- 10. Niñera/Empleada Doméstica
- 11. Otros(as), indica:

65. ¿Qué tipo de Videojuegos prefieres?
(Trata de elegir sólo los que más te gusten)

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Acción/Aventura | <input type="checkbox"/> |
| 2. Disparos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pelea/Combate | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fútbol soccer | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sexo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Básquetbol | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fútbol americano | <input type="checkbox"/> |
| 8. Carreras de autos | <input type="checkbox"/> |
| 9. Béisbol | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tenis | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ajedrez | <input type="checkbox"/> |
| 12. Otros, indica: | <input type="checkbox"/> |

66. ¿Cuál fue el último Videojuego que jugaste?

CDs/Cassettes

67. ¿Escuchas CD's o Cassettes?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 72

68. De lunes a viernes, ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a escuchar CDs o cassettes?

(Incluye CDs/cassettes en equipos de sonido, personales o en un automóvil)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. No escucho CD's/cassettes | <input type="checkbox"/> |
| 2. Media hora | <input type="checkbox"/> |
| 3. Una hora | <input type="checkbox"/> |
| 4. De 2 a 3 horas | <input type="checkbox"/> |
| 5. De 4 a 5 horas | <input type="checkbox"/> |
| 6. Más de 6 horas | <input type="checkbox"/> |

69. Durante el fin de semana (sábado-domingo), ¿Cuánto tiempo dedicas a escuchar CDs/cassettes?

(Incluye CDs/cassettes en equipos de sonido, personales o en un automóvil)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. No escucho CD's/cassettes durante el fin de semana | <input type="checkbox"/> |
| 2. Media hora | <input type="checkbox"/> |
| 3. Una hora | <input type="checkbox"/> |
| 4. De 2 a 3 horas | <input type="checkbox"/> |
| 5. De 4 a 5 horas | <input type="checkbox"/> |
| 6. Más de 6 horas | <input type="checkbox"/> |

70. ¿En qué lugar sueles escuchar tus CDs/cassettes?

71. ¿Qué tipo de música escuchas normalmente en CDs/cassettes?

(Marca todas las que correspondan)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pop | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rock | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hip Hop | <input type="checkbox"/> |
| 4. Trova | <input type="checkbox"/> |
| 5. Rap | <input type="checkbox"/> |
| 6. Metálica | <input type="checkbox"/> |
| 7. Boleros | <input type="checkbox"/> |
| 8. New Age | <input type="checkbox"/> |
| 9. Rock and Roll | <input type="checkbox"/> |
| 10. Country | <input type="checkbox"/> |
| 11. Grupera | <input type="checkbox"/> |
| 12. Norteña | <input type="checkbox"/> |
| 13. Jazz | <input type="checkbox"/> |
| 14. Clásica | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ranchera | <input type="checkbox"/> |
| 16. Cristiana Evangélica | <input type="checkbox"/> |
| 17. Alternativo | <input type="checkbox"/> |
| 18. Punk | <input type="checkbox"/> |
| 19. Otra(s), indica: | <input type="checkbox"/> |

Radio

72. ¿Escuchas radio?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 78

73. De lunes a viernes, ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a escuchar radio? (Incluye radio en equipos de sonido, personales o en un automóvil)

- 1. No escucho radio de lunes a viernes
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

Si la respuesta es NO, continúa en la pregunta 75

74. De LUNES a VIERNES ¿A qué hora escuchas radio? (Puedes marcar más de una)

- 1. Entre 6 a 8 a.m.
- 2. Entre 9 a 11 a.m.
- 3. Entre 12 a.m. a 2 p.m.
- 4. Entre 3 a 5 p.m.
- 5. Entre 6 a 8 p.m.
- 6. Entre 9 a 11 p.m.
- 7. De 12 p.m. en adelante
- 8. Todo el día

75. Durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo), ¿Cuánto tiempo dedicas a escuchar radio?

(Incluye radio en equipos de sonido, personales o en un automóvil)

- 1. No escucho radio el fin de semana
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 78

76. Los FINES DE SEMANA (sábado-domingo) ¿A qué hora escuchas radio?

- 1. Entre 6 a 8 a.m.
- 2. Entre 9 a 11 a.m.
- 3. Entre 12 a.m. a 2 p.m.
- 4. Entre 3 a 5 p.m.
- 5. Entre 6 a 8 p.m.
- 6. Entre 9 a 11 p.m.
- 7. De 12 p.m. en adelante
- 8. Todo el día

77. ¿En qué lugares acostumbras escuchar radio?

Computadora e Internet

78. ¿Usas computadora?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 93

79. De LUNES a VIERNES, ¿En qué lugar usas la computadora y cuánto tiempo dedicas DIARIAMENTE a su uso?

Para contestar usa la tabla siguiente y tacha el cuadro, según corresponda.

	Horas					
	1/2	1	2	3	4	5+
1. En casa	<input type="checkbox"/>					
2. En la escuela	<input type="checkbox"/>					
3. En casa de un amigo(a)	<input type="checkbox"/>					
4. En alquiler (ciber café)	<input type="checkbox"/>					
5. Otro	<input type="checkbox"/>					

80. Durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo), ¿En qué lugar usas la computadora y cuánto tiempo dedicas a su uso?

Para contestar usa la tabla siguiente y tacha el cuadro, según corresponda.

	Horas					
	1/2	1	2	3	4	5+
6. En casa	<input type="checkbox"/>					
7. En la escuela	<input type="checkbox"/>					
8. En casa de un amigo(a)	<input type="checkbox"/>					
9. En alquiler (ciber café)	<input type="checkbox"/>					
10. Otro	<input type="checkbox"/>					

81. La última vez que utilizaste una computadora fue:

- 1. Hoy
- 2. Ayer
- 3. Hace dos días
- 4. Hace una semana
- 5. Hace dos semanas
- 6. Más de dos semanas

82. Usas la computadora para:

- 1. Comunicarte vía e-mail
- 2. Visitar páginas web
- 3. Visitar chat rooms
- 4. Juegos
- 5. Tareas escolares
- 6. Chatear
- 7. Otros, indica:

83. ¿Navegas en Internet?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 85

84. ¿Regularmente, desde qué lugar sueles tener acceso a Internet?

- 1. En casa
- 2. En la escuela
- 3. En casa de un amigo(a)
- 4. En casa de novio(a)
- 5. En alquiler (ciber café)
- 6. Otro, indica:

85. De lunes a viernes, ¿Cuánto tiempo DIARIAMENTE dedicas a navegar en Internet?

- 1. No navego en Internet de lunes a viernes
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

86. Durante el FIN DE SEMANA (sábado-domingo), ¿Cuánto tiempo dedicas a navegar en Internet?

- 1. No navego en Internet el fin de semana
- 2. Media hora
- 3. Una hora
- 4. De 2 a 3 horas
- 5. De 4 a 5 horas
- 6. Más de 6 horas

87. ¿Visitas chat rooms?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 89

88. Los chat rooms que visitas normalmente están relacionados con:

(Selecciona todas las que correspondan)

- 1. Romance
- 2. Sectas
- 3. Deportes
- 4. Videojuegos
- 5. Bohemios
- 6. Homosexuales
- 7. Lesbianas
- 8. Amores prohibidos
- 9. Buscar amigos(as)
- 10. Buscar novio(a)
- 11. Sexo (erótico)
- 12. Otro, indica:

89. Las páginas web que visitas regularmente son:

(Selecciona todas las que correspondan)

- 1. No visito páginas web
- 2. Compras
- 3. Información sobre: películas, actores, gente famosa.
- 4. Noticias
- 5. Videojuegos
- 6. Tareas Escolares
- 7. Información sobre prevención de enfermedades
- 8. "Bajar" música
- 9. "Bajar" videos
- 10. Horóscopos
- 11. Sexo
- 12. Chistes
- 13. Sectas
- 14. Recetas de cocina
- 15. Otro, indica:

90. ¿Has visitado páginas web sobre sexo?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 93

91. ¿Qué página visitaste?

92. ¿En qué lugar estabas cuándo visitaste páginas web sobre sexo?

- 1. En casa
- 2. En la escuela
- 3. En casa de un amigo(a)
- 4. En casa de novio(a)
- 5. En alquiler (ciber café)
- 6. Otro, indica:

93. ¿Para tu uso personal cuentas con:
(Selecciona todas las que correspondan)

- 1. Walkman
- 2. Discman
- 3. Computadora portátil
- 4. Teléfono celular
- 5. Radiolocalizador (Bíper)
- 6. Cuenta de correo electrónico

Salud y Consumo de Medios

Presencia y frecuencia de temas de salud

94. ¿Consideras que actualmente tienes sobrepeso (kilos de más)?

- 1. Sí
- 2. No

95. ¿Para ti, el sobrepeso representa un problema?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 97.

96. Ante el sobrepeso, tú:
(Marca todas las que correspondan)

- 1. Aplicas una dieta propia.
- 2. Aplicas una dieta que encuentras en algún medio de comunicación (radio, prensa, televisión, internet).
- 3. Dejas de comer
- 4. Realizas ejercicios al aire libre.
- 5. Te deprimes.
- 6. Realizas ejercicios en el gimnasio.
- 7. Asistes al médico o al nutriólogo (a) para modificar tu dieta.
- 8. Usas sustancias o cremas reductivas.
- 9. Previamente tomas o ingieres productos que eliminan grasas de alimentos como: fataché, fat-away

97. Cuando te enfermas de gripe o del estómago, regularmente:
(Marca todas las que correspondan)

- 1. No tomas ningún medicamento y esperas que se te pase
- 2. Te aplicas algún remedio casero
- 3. Acudes a consulta a algún centro de salud pública (SEGURO SOCIAL, ISSEMYM, ISSSTE, SALUBRIDAD)
- 4. Acudes a consulta con tu médico particular
- 5. Acudes al homeópata
- 6. Acudes al médico naturista
- 7. Acudes con algún yerbero
- 8. Acudes con el acupunturista
- 9. Acudes con el igneólogo (Colocación de piedras o minerales)

98. Cuando se te presenta un problema de salud mayor, regularmente:
(Marca todas las que correspondan)

- 1. No tomas ningún medicamento y esperas que se te pase
- 2. Te aplicas algún remedio casero
- 3. Acudes a consulta a algún centro de salud pública (SEGURO SOCIAL, ISSEMYM, ISSSTE, SALUBRIDAD)
- 4. Acudes a consulta con tu médico particular
- 5. Acudes al homeópata
- 6. Acudes al médico naturista
- 7. Acudes con algún yerbero
- 8. Acudes con el acupunturista
- 9. Acudes con el igneólogo (colocación de piedras o minerales)

99. ¿En tu casa se acostumbra la visita al médico para revisiones o diagnósticos generales? (Sin estar enfermo(a))

1. Sí
2. No

100. ¿Cada cuándo asistes al dentista?

1. Sólo cuando tengo algún problema
2. Nunca he asistido
3. Cada tres meses
4. Cada seis meses
5. Cada año

101. ¿Tienes cepillo dental?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 104.

102. ¿El cepillo dental es exclusivamente para tu uso personal?

1. Sí
2. No

103. ¿Cada cuándo compras un nuevo cepillo dental?

1. Cada seis meses
2. Cada tres meses
3. Cada dos años
4. Cada mes
5. Cada año

Familia y Medios

104. ¿Actualmente la relación entre los integrantes de tu familia es? (Elige la que más se aproxime)

1. Pésima
2. Mala
3. Regular
4. Buena
5. Excelente

105. De las siguientes actividades, marca con una equis (X), según corresponda con tu caso. Revisa el significado de cada letra

P	Prohibido
PE	Necesito permiso
YO	Yo decido
N	No sé (desconozco)

1. Tener novio(a)
2. Fumar
3. Salir de casa con amigos
4. Beber alcohol
5. Vestir como quieras
6. Llegar tarde a casa
7. Tatuarte o ponerte aretes
8. Tener relaciones sexuales
9. Pintarte o teñirte el cabello

P	PE	YO	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106. De las siguientes actividades, marca con una equis (X), SEGÚN LE CORRESPONDA A CADA INTEGRANTE DE TU FAMILIA

Revisa el significado de cada letra.

M	Mamá
P	Papá
A	Ambos
Ho	Hermano(s)
Ha	Hermana(s)
Y	Yo
D	Doméstica (“muchacha” o señora que auxilia en tu casa)
Of	Otro familiar
Op	Otra persona

Actividades	POSIBLES INTEGRANTES EN CASA								
	M	P	A	Ho	Ha	Y	D	Of	Op
1. Dar dinero a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reparaciones de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quehaceres de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asistir a juntas de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Compra de alimentos y/o despensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Realizar trámites o pagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuidar niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuidar ancianos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atender enfermos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Llevar al doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. HACIENDO MEMORIA, ¿En los últimos seis meses se ha presentado algún tipo de conflicto en tu casa?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 110.

108. En el conflicto o conflictos vividos en tu casa, quiénes participaron?

(Marca todas las que correspondan)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Papá | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hermano(s) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hermana(s) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Yo | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tíos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Abuelos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otros familiares | <input type="checkbox"/> |
| 9. Otras personas | <input type="checkbox"/> |

109. Durante el conflicto o problema sucedido en tu casa, se hicieron cosas como:

(Marca todas las que correspondan)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Levantar la voz (gritos) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Insultar | <input type="checkbox"/> |
| 3. Humillar verbalmente | <input type="checkbox"/> |
| 4. Impedir jugar o salir | <input type="checkbox"/> |
| 5. Impedir ver la TV, escuchar radio, usar el teléfono | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dejar de hablar | <input type="checkbox"/> |
| 7. Negar comida | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empujar | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jalonear | <input type="checkbox"/> |
| 10. Aventar objetos | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tratar de pegar con el puño | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tratar de pegar con un objeto | <input type="checkbox"/> |
| 13. Amenaza de muerte | <input type="checkbox"/> |
| 14. Romper cosas | <input type="checkbox"/> |
| 15. Maltratar mascotas | <input type="checkbox"/> |
| 16. Pellizcar | <input type="checkbox"/> |
| 17. Abofetear | <input type="checkbox"/> |
| 18. Patear | <input type="checkbox"/> |
| 19. Morder | <input type="checkbox"/> |
| 20. Pegar con el puño | <input type="checkbox"/> |
| 21. Golpear con un objeto | <input type="checkbox"/> |
| 22. Quemar | <input type="checkbox"/> |
| 23. Tratar de estrangular | <input type="checkbox"/> |
| 24. Herir con arma | <input type="checkbox"/> |
| 25. Otra(s) acciones (especificar) | <input type="checkbox"/> |

110. ¿Ante un problema grave, haz pensado en suicidarte?

1. Sí
2. Algunas veces
3. Nunca

111. En tu opinión, ¿Cuáles son los tres temas de mayor importancia para los jóvenes?

1. _____
- _____
2. _____
- _____
3. _____
- _____

112. En los medios de comunicación ¿Has visto/leído/escuchado recientemente en los medios alguno de los siguientes temas?

	No	Diaria-mente	Esta Semana	Este Mes	Últimos tres Meses
1. Economía	<input type="checkbox"/>				
2. Política	<input type="checkbox"/>				
3. Educación	<input type="checkbox"/>				
4. Violencia	<input type="checkbox"/>				
5. Salud	<input type="checkbox"/>				
6. Guerra	<input type="checkbox"/>				
6. Otro, indica:	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

113. En los medios de comunicación ¿Has visto/leído/escuchado recientemente en los medios alguno de los siguientes temas?

	No	Diaria-mente	Esta Semana	Este Mes	Últimos tres Meses
1. Ocho horas de sueño					
2. No consumes drogas					
3. Comer frutas					
4. Uso de condones					
5. Comer vegetales					
6. No consumir alcohol					
7. No fumar					
8. Maltrato físico de adultos a niños					
9. Ocho vasos de agua al día					
10. Fumar					
11. Hacer ejercicio media hora al día					
12. Consumir alcohol					
13. Comida baja en grasas					
14. Confiar tus problemas a un amigo					
15. Abstinencia sexual					
16. Lavarse las manos					
17. Vacunar a los niños(as)					

114. Cuando necesitas información sobre temas de salud, la buscas en/con:

(Indica las tres que te generan mayor confianza)

1. Amigos(as)
2. Maestro(a)
3. Mamá
4. Papá
5. Hermano(a)
6. Iglesia
7. TV
8. Radio
9. Diarios/Revistas
10. Internet
11. Médicos
12. Novio(a)
13. Otros(as), indica:

115. Si necesitas información sobre temas sexuales, la buscas en/con:

(Indica las tres que te generan mayor confianza)

1. Amigos(as)
2. Maestro(a)
3. Mamá
4. Papá
5. Hermano(a)
6. Iglesia
7. TV
8. Radio
9. Diarios/Revistas
10. Internet
11. Médicos
12. Novio(a)
13. Otros(as), indica:

Usos de la Información sobre Salud (Sexualidad y VIH/SIDA)

Conocimiento

116. Señala tres métodos anticonceptivos sobre los cuales tienes conocimiento:

1. _____

2. _____

3. _____

117. Señala tres métodos de protección contra Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA:

1. _____

2. _____

3. _____

Actitudes

118. TU PUNTO DE VISTA es que cuando se tienen relaciones sexuales es necesario usar preservativo (condón):

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Siempre | <input type="checkbox"/> |
| 2. Casi siempre | <input type="checkbox"/> |
| 3. Algunas veces | <input type="checkbox"/> |
| 4. Casi nunca | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nunca | <input type="checkbox"/> |

119. Independientemente de si has tenido relaciones sexuales o no, con respecto a tu sexualidad, te sientes:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Muy satisfecho | <input type="checkbox"/> |
| 2. Satisfecho | <input type="checkbox"/> |
| 3. Insatisfecho | <input type="checkbox"/> |
| 4. Muy insatisfecho | <input type="checkbox"/> |

Prácticas

120. ¿Has tenido relaciones sexuales (coitales)?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 135

121. Esa primera relación fue por:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Oportunidad casual | <input type="checkbox"/> |
| 2. Presión de amigos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Presión del novio(a) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Por dinero | <input type="checkbox"/> |
| 5. Por amor | <input type="checkbox"/> |
| 6. Para que alguien me quisiera | <input type="checkbox"/> |
| 7. Para experimentar | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otra, indica: | <input type="checkbox"/> |

122. Esa primera relación la calificaría como:

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Muy agradable | <input type="checkbox"/> |
| 2. Agradable | <input type="checkbox"/> |
| 3. Desagradable | <input type="checkbox"/> |
| 4. Muy desagradable | <input type="checkbox"/> |

123. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Entre 9 y 11 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Entre 12 y 14 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Entre 15 y 17 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Entre 18 y 20 | <input type="checkbox"/> |

124. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Novio(a) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Amigo(a) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Esposo(a) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pareja | <input type="checkbox"/> |
| 5. Conocido (a) casual | <input type="checkbox"/> |
| 6. Otra, indica: | <input type="checkbox"/> |

125. Después de esa primera vez, has tenido otras relaciones sexuales?

1. Sí
2. No

126. ¿Usaste algún método anticonceptivo o de protección durante esa primera relación sexual?

- 1. Sí
- 2. No

127. ¿Qué método usaste?

128. ¿Utilizas algún método anticonceptivo o de protección de manera regular?

- 1. Sí
- 2. No

129. ¿Cuál?

130. ¿A qué edad empezaste a usar algún método anticonceptivo o de protección?

- 1. Entre 9 y 11
- 2. Entre 12 y 14
- 3. Entre 15 y 17
- 4. Entre 18 y 20

131. ¿Cuántos compañeros(as) sexuales has tenido durante el último año?

- 1. Uno
- 2. De 2 a 3
- 3. 4 ó más

132. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales, (últimos tres meses)?

- 1. Una vez al mes
- 2. Dos o tres veces al mes
- 3. Una vez por semana
- 4. Dos o tres veces por semana
- 5. Diariamente
- 6. No he tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses

133. La última vez que tuviste relaciones sexuales utilizaste algún método de protección?

- 1. Sí
- 2. No

134. Si la respuesta es SÍ, ¿Cuál?

135. ¿Por qué NO has tenido relaciones sexuales?

- 1. Porque no he tenido oportunidad
- 2. Por miedo al embarazo
- 3. Porque quiero llegar virgen al matrimonio
- 4. Por miedo al SIDA o a las Enfermedades de Transmisión Sexual
- 5. Espero a la pareja ideal para mi primera vez
- 6. Otro, indica:

Medios, Sexualidad y VIH/SIDA

136. La información que has recibido acerca de temas de sexualidad proviene de:
(Señala las tres más importantes en tu caso)

- 1. Amigos(as)
- 2. Maestro(a)
- 3. Mamá
- 4. Papá
- 5. Hermano(a)
- 6. Iglesia
- 7. TV
- 8. Radio
- 9. Diarios/Revistas
- 10. Internet
- 11. Médicos
- 12. Novio(a)
- 13. Otros(as), indica:

137. La información que has recibido acerca de temas del VIH/SIDA proviene de:

(Señala las tres más importantes en tu caso)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Amigos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Maestro(a) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| 4. Papá | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hermano(a) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Iglesia | <input type="checkbox"/> |
| 7. TV | <input type="checkbox"/> |
| 8. Radio | <input type="checkbox"/> |
| 9. Diarios/Revistas | <input type="checkbox"/> |
| 10. Internet | <input type="checkbox"/> |
| 11. Médicos | <input type="checkbox"/> |
| 12. Novio(a) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Otros(as), indica: | <input type="checkbox"/> |

138. ¿Recuerdas algún mensaje en particular relacionado con la sexualidad o VIH/SIDA que haya circulado en los medios recientemente?

1. Sí
2. No

139. ¿Promueve el mensaje algún tipo de comportamiento preventivo (saludable)?

1. Sí
2. No
3. No sabe

140. Si la respuesta es SÍ, por favor descríbelo brevemente:

141. ¿Incluye el mensaje algún tipo de demostración?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Visual | <input type="checkbox"/> |
| 2. Verbal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Textual | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| 5. Todas las anteriores | <input type="checkbox"/> |

142. ¿Sugiere el mensaje alternativas para encontrar mayor información?

(Selecciona las que apliquen)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. No incluye información | <input type="checkbox"/> |
| 2. Centros médicos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Líneas telefónicas de información confidencial | <input type="checkbox"/> |
| 4. Centros de información juvenil | <input type="checkbox"/> |
| 5. Material audiovisual o escrito | <input type="checkbox"/> |
| 6. Otras, indica: | <input type="checkbox"/> |

Usos de la Información sobre sexualidad y VIH/SIDA

143. La información que ves/lees/escuchas sobre sexualidad y/o VIH/SIDA la platicas normalmente con:

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. Amigos(as) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Maestro(a) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| 4. Papá | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hermano(a) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Iglesia | <input type="checkbox"/> |
| 7. Internet | <input type="checkbox"/> |
| 8. Novio/Novia | <input type="checkbox"/> |
| 9. Esposo/Esposa | <input type="checkbox"/> |
| 10. Internet | <input type="checkbox"/> |
| 11. Médicos | <input type="checkbox"/> |
| 12. Otros, indica: | <input type="checkbox"/> |

144. ¿Después de leer/escuchar/ver algún mensaje sobre sexualidad y/o VIH/SIDA, buscas más información?

1. Sí
2. No

145. Si la respuesta es SÍ, ¿Dónde?

146. ¿Ha tenido algún mensaje de este tipo alguna INFLUENCIA en la forma como practicas tu sexualidad?

1. Sí
2. No

147. Si la respuesta es SÍ, ¿Cómo?

148. ¿Has IMITADO alguna vez algún comportamiento presentado en los medios de comunicación, que esté relacionado con temas de sexualidad y/o VIH/SIDA?

1. Sí
2. No

149. Si la respuesta es SÍ, por favor descríbelo brevemente

150. ¿Has RECHAZADO alguna vez algún comportamiento observado en los medios relacionado con estos temas?

1. Sí
2. No

151. Si la respuesta es SÍ, ¿Cómo?

152. ¿De LUNES a VIERNES, regularmente (Selecciona todas las que correspondan)

	En tu casa	Fuera de tu casa
Desayunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meriendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

153. Los SÁBADOS y DOMINGOS, regularmente (Selecciona todas las que correspondan)

	En tu casa	Fuera de tu casa
Desayunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meriendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

154. Marca con una equis (X) las actividades que realizas regularmente

1. Caminar o trotar al aire libre
2. Correr en pista o al aire libre
3. Práctica deportiva irregular (cáscara)
4. Práctica deportiva formal
5. Asistencia al gimnasio
6. Yoga

155. ¿Fumaste cigarros alguna vez?

1. Sí
2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 160.

156. ¿Actualmente fumas cigarrillos?

1. Sí
2. No

157. ¿Cuántos años tenías cuando empezaste a fumar?

158. Regularmente fumas:

1. Menos de 5 cigarros diarios
2. Entre 6 y 10 cigarros diarios
3. Entre 11 y 15 cigarros diarios
4. Entre 16 y una cajetilla diaria
5. Cajetilla y media, diariamente
6. Dos cajetillas diarias
7. Ocasionalmente fumo

159. ¿Qué marca de cigarros fumas actualmente?

160. Alguna vez has consumido:
(Marca todas las que correspondan)

- 1. Cerveza
- 2. Brandy
- 3. Ron
- 4. Tequila
- 5. Vodka
- 6. Whisky
- 7. Mezcal
- 8. Aguardiente
- 9. Charanda
- 10. Cemento o resistol
- 11. Marihuana
- 12. Morfina
- 13. Cocaína
- 14. Tachas
- 15. Grapas
- 16. Éxtasis
- 17. Ninguna

161. En fiestas, reuniones o discotecas, regularmente consumes:
(Marca todas las que correspondan)

- 1. Cerveza
- 2. Brandy
- 3. Ron
- 4. Tequila
- 5. Vodka
- 6. Whisky
- 7. Mezcal
- 8. Aguardiente
- 9. Charanda
- 10. Cemento o resistol
- 11. Marihuana
- 12. Morfina
- 13. Cocaína
- 14. Tachas
- 15. Grapas
- 16. Éxtasis
- 17. Ninguna

162. ¿Alguna vez has tenido novia (o)?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 168.

163. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera novia(o)?

164. ¿Actualmente tienes novia(o)?

- 1. Sí
- 2. No

165. ¿Cómo describirías la relación con tu novia(o)?

- 1. Pésima
- 2. Mala
- 3. Regular
- 4. Buena
- 5. Excelente

166. Con base en tu punto de vista, qué se permite actualmente en el noviazgo?
(Elige la que más se aproxime a tu opinión)

- 1. Sólo besos
- 2. Besos y abrazos
- 3. Caricias en zonas eróticas del cuerpo pero sin tener relaciones sexuales
- 4. Tener relaciones sexuales
- 5. Ningún tipo de contacto físico

167. ¿Tienes dos novios(as) o más?

- 1. Sí
- 2. No

Hijos

168. ¿Tienes pensado tener hijos?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 172.

169. ¿Cuántos hijos(as) te gustaría tener?

170. ¿A qué edad te gustaría tener tu primer hijo(a)?

171. ¿De qué sexo te gustaría que fuera tu primer hijo(a)?

- 1. Masculino
- 2. Femenino

172. ¿Actualmente formas parte de alguna organización de jóvenes?

- 1. Sí
- 2. No

Si la respuesta es NO, pasa a la pregunta 174.

173. ¿Cómo clasificarían tú y tus amigos(as) la organización a la que perteneces?

(Elige la que más se aproxime)

- | | | |
|-------------------------------------|----|--------------------------|
| 1. Grupo de amigos(as) | | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pandilla | | <input type="checkbox"/> |
| 3. Banda | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Grupo religioso | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Partido político | | <input type="checkbox"/> |
| 6. Grupo de estudio | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Organización Gubernamental (ONG) | no | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otra, indica: | | <input type="checkbox"/> |

174. Anota el municipio donde vives actualmente

GRACIAS POR TU SINCERA COLABORACIÓN Y POR TU PACIENCIA.

PROYECTO COMSALUD
MEDIOS Y SALUD PÚBLICA: LA VOZ DE LOS ADOLESCENTES

CUADRO DE IDENTIFICACIÓN

1.Nombre del Encuestador:

2.Nombre del Supervisor:

3.País:

4.Departamento / estado / provincia:

5.Ciudad:

6.Zona:

Urbana

Rural

7.Estrato:

Alto

Medio

Bajo

8.Tipo:

Escolar

No Escolar

- XXIII. Si tuviesen que hacer un programa para ustedes ¿Sobre qué lo harían? ¿Qué les hace falta?
- XXIV. ¿Qué piensan de la sexualidad los adolescentes? ¿Cómo la asumen?
- XXV. ¿Conocen alguna persona que tenga prácticas sexuales no saludables?
- XXVI. ¿Qué rol tienen los medios en el manejo de la sexualidad de los adolescentes?
- XXVII. ¿Creen que hay mucho sexo en los medios? ¿Por qué?
- XXVIII. ¿La sexualidad que se transmite en los medios influye en la vida sexual de los jóvenes?
- XXIX. ¿Tienen un efecto las campañas de los medios que invitan a tener una sexualidad sana?
- XL. ¿Qué piensan los jóvenes de la relación que existe entre los jóvenes, alcohol y drogas?
- XLI. ¿Conocen alguna persona que consuma drogas y alcohol a menudo?
- XLII. ¿Estimulan los medios el consumo de alcohol y drogas?
- XLIII. ¿Tienen un efecto positivo las campañas para prevenir el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes?
- XLIV. ¿Qué hacen con la información de salud que reciben de los medios? ¿Con quién hablan?

PREGUNTAS DETONADORAS

- XLV. ¿Pueden ejemplificar cómo han usado esos mensajes en su vida diaria?
- XLVI. ¿Han buscado información adicional sobre estos temas? ¿Cuáles? ¿Dónde?
- XLVII. ¿Creen que los mensajes que circulan en los medios son suficientes o hacen falta más?
- LVIII. Otros comentarios