

# Escuela, salud y derechos. Un abordaje de investigación-acción-participativa en sexualidad con/para jóvenes universitarias/os

Azucena Ojeda Sánchez  
Universidad Nacional Autónoma de México, México

## **Resumen**

Se describe el proceso de Investigación-Acción-Participativa (IAP) con/para jóvenes en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El objetivo fue realizar un proyecto de intervención comunitaria para promover la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) entre jóvenes universitarias/os. Mediante metodologías participativas se produjo un diagnóstico sobre problemas, necesidades y propuestas a través de *foto-voz*, talleres y grupos focales con 145 jóvenes. Posteriormente se diseñó un programa de *Servicios amigables de salud sexual y reproductiva* que operó entre 2017 y 2018 con asesorías, jornadas de salud y talleres. Los resultados indican que existen obstáculos culturales, aunado a dinámicas escolares, que constriñen el cuidado de la SSyR, ya que prevalece desconfianza en los servicios médicos tradicionales, pero un abordaje respetuoso, cercano, profesional y por pares favorece el autocuidado. Se requieren acciones educativas situadas, focalizadas, libres de estigma y discriminación para materializar el derecho a la salud.

## **Palabras clave**

Detección de necesidades, educación sexual, estudiantes, investigación-acción, servicios de salud, universidades.

## School, health and rights. A participatory action-research approach in sexuality with/for young university students

### **Abstract**

A Participatory Action-Research (PAR) process is described with / for young people at the Universidad Nacional Autónoma de México. The aim was to carry out a community intervention project to promote Sexual and Reproductive Health (SRH) among young university students. Using participatory methodologies, a diagnosis of problems, needs and proposals was produced through photo-voice, workshops and focus groups with 145 young people. Subsequently, a program of friendly sexual and reproductive health services was designed that operated between 2017 and 2018 with consultancies, health conferences and workshops. The results indicate that there are cultural obstacles, coupled with school dynamics, that constrain the care of SRH, since distrust prevails in traditional medical services, but a respectful, close, professional and peer approach favors self-care. Educational actions that are situated, focused, free of stigma and discrimination are required to realize the right to health.

### **Keywords**

Detection of needs, health services, research-action, sex education, students, universities.

Recibido: 09/11/2019  
Aceptado: 19/10/2020

## Sexualidad, salud y derechos en la escuela: un mapa posible de intervención

La sexualidad es una dimensión de la subjetividad que trasciende el ejercicio de la genitalidad o las prácticas de la vida erótica, implica una construcción social (Ojeda, 2010). Como campo específico de conocimientos y de intervención, la sexualidad está atravesada por distintas fuerzas históricas, culturales, sociales, políticas y económicas como dispositivo de poder-saber (Foucault, 2000). Es en el siglo XX que la conexión entre sexualidad, salud y derechos emerge de las conferencias internacionales de Viena en 1993, El Cairo en 1994 y Beijing en 1995, cuando se impulsó la salud reproductiva en la agenda internacional, diferenciándose del planteamiento del control poblacional o el de la salud materno/infantil para apuntalar el bienestar de las mujeres (Correa, 2001).

Esto se ve reflejado en la concepción dada por la World Health Organization en el 2002:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se obtenga y mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y promovidos (World Health Organization, s. f., p. 4).

En México, con la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar se contemplaba la atención a adolescentes mediante: 1. Variedad de métodos; 2. Información a usuarias/os; 3. Competencia técnica de prestadores de salud; 4. Relaciones interpersonales servidoras/es y usuarias/os; 5. Mecanismos para dar seguimientos al uso de métodos anticonceptivos; 6. Un conjunto apropiado y coordinado de servicios de salud (Secretaría de Salud –SSA–, 1994); sin embargo, es con la NOM-047-SSA2-2015, que se asume el compromiso del Sistema Nacional de Salud para proveer servicios de atención a la salud de manera integral, con perspectiva de género e intercultural, para materializar el derecho a la salud, sin discriminación y orientados a la prevención de enfermedades. Este marco habla de avances significativos en los modos de conceptualizar-intervenir en la sexualidad y la salud para adolescentes y jóvenes (SSA, 2015).

En la Ciudad de México se presenta un panorama específico de condiciones posibles de vida, a partir de un marco normativo y jurídico que protege la salud, la vida y el desarrollo, y garantiza

un marco de derechos sexuales y reproductivos (Ávalos, 2013). Sin embargo, abordar la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) implica enfrentarse a un campo diverso de perspectivas teóricas, así como disciplinas académicas (biomédicas, salud pública, ciencias sociales o estudios de género y feministas), que muestran diversos discursos sociales (Juárez y Gayet, 2005; Ortiz, 2008).

Una de las dificultades es la distancia entre políticas públicas (discurso de derechos y de bienestar) y las prácticas institucionales y abordajes en SSyR que tienen que ver con actores específicos. Quienes materializan estos logros son el personal de salud, formado bajo un *modelo médico hegemonico* (Menéndez, 1988), que tiende a ser dominante, autoritario y paternalista (Castro, 2014), y hasta persecutorio (Castiel y Álvarez, 2010). A su vez, la influencia de construcciones heteronormativas de la sexualidad (coito vaginal, heterosexual y dentro de relaciones monógamas y estables) producen mecanismos de ceguera y exclusión en el acceso a los servicios de salud (Amuchástegui y Ojeda, 2018).

A pesar de que cada vez hay más acceso a información especializada, existen tres grandes limitantes en la información disponible sobre la SSyR de jóvenes en México: 1. Se enfoca a mujeres; 2. Existen diferentes cohortes de edad para definir a la población adolescente; y 3. Se enfoca a adolescentes casadas (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013). Esto lleva a pensar que hay una generalización impertinente en las estrategias preventivas o de atención primaria de la salud, pues no responden a las especificidades de las poblaciones juveniles. A estas dificultades se agrega que el avance en la tecnología antirretroviral coexiste con la vieja práctica de no usar condón y el ocultamiento de prácticas sexuales construidas socialmente como estigmatizadas; además, del acceso a información especializada frente a la imposibilidad de comunicarse con las personas adecuadas para hablar sobre estos temas, por mencionar algunas tensiones.

También, se ha documentado que el estigma y la discriminación son barreras importantes en el acceso a servicios de salud (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [CENSIDA], 2014; Infante et al., 2006). Cabe destacar que la población bisexual, lesbiana y homosexual se enfrenta a diferentes formas de prejuicio y exclusión social, éstas han favorecido que no se acerquen a servicios de salud especializados (Ortiz y García, 2005).

Además, existen condiciones específicas de riesgo y vulnerabilidad para las y los jóvenes. Algunos datos epidemiológicos apuntan hacia problemas de salud que requieren respuestas focalizadas, tal es el caso de embarazos no planeados y su fuerte asociación entre maternidad prematura y la existencia de condiciones de precariedad socioeconómica con impacto en las condiciones futuras de vida (Campero et al., 2013; Consejo Nacional de Población, 2010) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS),

pues a nivel mundial la población juvenil es la segunda con mayor número de ITS, entre ellas el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH; Gayet, 2015; Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal, 2012).

A partir del avance científico que indica que el tratamiento antirretroviral es una estrategia de prevención de la infección por VIH, se revolucionaron las intervenciones (CENSIDA, 2012); sin embargo, la reducción de la mortalidad en México sigue siendo un reto. Las intervenciones biomédicas y psicosociales con jóvenes han incrementado en las dos últimas décadas, pero la literatura muestra que los modelos de atención tienen inconsistencias: son poco sistemáticos, asistencialistas, paternalistas, no incluyentes ni consideran las diferentes necesidades, no parten de una visión integral o con enfoque de género, ni evalúan las estrategias, procesos o resultados. Así, la educación sexual ha carecido de una visión integral, se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción humana y la promoción de la abstinencia sin una cultura de prevención o de *cuidado de sí* (Campero et al., 2013; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En este sentido, al revisar la literatura sobre los abordajes en las universidades mexicanas se concluye que existe interés especial por estudiar actitudes, conocimientos, prácticas, opiniones y creencias asociados con los factores de riesgo y la sexualidad (Baiz, Morales y Pereyra, 2016). El uso de métodos de investigación cuantitativos ha sido el predominante por medio de encuestas para explorar variables como conocimientos, creencias, anticoncepción y riesgos del ejercicio de la sexualidad en jóvenes. La revisión de Baiz et al. (2016) concluye que es necesario pensar la promoción de la salud sexual por medio de líneas de acción que no se reduzcan a dar información y estrategias que aumenten la percepción de riesgo. Otros estudios arrojan que la información disponible no es suficiente para que los jóvenes ejerzan su sexualidad de manera responsable (Kardousli, 2016; López, Hernández y Rey, 2018). Mientras que predominan en América Latina estrategias de educación con énfasis en lo biológico y la conducta sexual, que no han logrado reducir las conductas de riesgo y sus consecuencias (Uribe, 2016).

Ante este panorama, se requiere de nuevos abordajes que recuperen las capacidades activas de las y los jóvenes, pues la salud como una tarea del *cuidado de sí* supone la capacidad de apropiarse de la responsabilidad por la forma de vida; pero, como indica Baz (2014), esta *ética de la responsabilidad* sólo puede surgir paralelamente con la construcción de la autonomía, que implica deseo, voluntad y acción. En ese sentido, dos marcos importantes que permiten materializar distintas disposiciones normativas y jurídicas que abogan por la SSyR son: los *servicios amigables de salud* y la *prevención con educación*.

## Servicios amigables de salud

Se han definido como

[...] aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones (Ministerio de la Protección Social del Gobierno de Colombia y United Nations Population Fund, 2008, p. 17).

Esta definición marca un nuevo paradigma. Este tipo de servicio vence los obstáculos y resistencias existentes en torno a la sexualidad, como la vergüenza, el secreto o la censura; reafirma a los/as jóvenes como usuarios/as legítimos/as de los servicios de salud y a la sexualidad y reproducción como ámbitos de consulta y atención médica especializada, posibilitando así la autonomía de ellos/as para decidir sobre sus vidas de manera responsable y oportuna.

## Prevención con educación

Este concepto deviene de 2008, cuando México firmó la declaración de la *Primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe*. Ahí se reconoce que los sectores salud y educación necesitan actuar sinérgicamente para favorecer el desarrollo integral de las personas. Dentro de los compromisos asumidos en esa reunión, se acordó implementar y fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual que incluyan la prevención de ITS y VIH, asegurar que los servicios de salud para jóvenes sean amigables, atiendan necesidades y demandas específicas de SSyR, considerando la diversidad de orientaciones e identidades de género y sexuales (Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, s. f.).

Ante el panorama hasta aquí descrito, este estudio buscó contribuir a la conformación de activos para la salud en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Si se parte de que la salud es un proceso altamente complejo y cambiante que requiere la participación de distintos sectores y estrategias, es necesario crear mecanismos y espacio que garanticen el derecho a la salud y que armonicen con un sujeto activo ante los servicios médicos, lo cual está en consonancia con la Universidad como espacio semillero de nuevos paradigmas y de actores que transforman su realidad y la de otros.

Así, se diseñó un programa mediante la sinergia de estrategias de promoción, prevención y asistencia desde intervenciones focalizadas (con enfoque de género, diversidad sexual, derechos humanos e integralidad en los servicios de salud), como resultado de una Investigación-Acción-Participativa (IAP) con jóvenes universitarias/os. Esto derivó en un programa de *Servicios amigables de salud sexual y reproductiva* para estudiantes dentro de la escuela, para poner a su alcance la salud integral y el buen vivir de la sexualidad y la reproducción. Lo que se muestra en adelante es un diálogo, desde dos lugares, que se interesa por producir conocimiento a través de la IAP en procesos educativos y la intervención en salud desde un trabajo comunitario y focalizado.

## Método

### *¿Cómo intervenir con jóvenes? Acerca de la Investigación-Acción-Participativa*

Este enfoque partió de una aproximación cualitativa desde la Investigación-Acción-Participativa (IAP). Este método es pertinente cuando se busca desentrañar la naturaleza de un problema comunitario y plantear una solución en un proceso cíclico (Martínez, 2006). Más allá de una postura ética o estética, es una demanda científica de abordaje e intervención, pues de acuerdo con Girola (1992) existe la necesidad de articular en investigaciones concretas la dimensión estructural y la actividad transformadora de los sujetos sociales.

Los enfoques de carácter cualitativo buscan interpretar la acción social y develar sus significados. Existen distintas intenciones al estudiar un campo de conocimiento, como lo indica Montaños (2007):

Si se quiere saber cuántas personas se decantan a favor o en contra de *un significativo propuesto*, la técnica más adecuada es la encuesta [...] Ahora bien, si lo que se quiere es dar cuenta de las realidades socioculturales que ocupan y preocupan al conjunto de habitantes de una localidad, así como producir propuestas con las que atender sus necesidades y demandas, es necesario implementar un proceso participativo conversacional (p. 15).

En particular, las/os jóvenes son actores sociales que construyen su realidad y su mundo a partir de imaginarios sociales, experiencias y relatos de vida en colectividad, no sólo dan información sobre sus propios procesos, también hablan de y por los otros. Sus relatos son siempre contextualizados, parten de una memoria social y de un conocimiento ordinario, aunque lleno

de sentidos, por lo que son informantes clave (Morgade y Alonso, 2008).

Por otra parte, la IAP implica cinco momentos claves para producir conocimientos y nuevas prácticas a través de procesos transformadores de la comunidad: 1. Expresión de necesidades sociales, formulación de demandas y negociación de éstas; 2. Diagnóstico, estudio e interpretación participativa de la situación social; 3. Planificación participativa de un proceso de intervención comunitaria; 4. Desarrollo del proceso de intervención comunitaria; 5. Seguimiento y evaluación participativa del proceso de intervención comunitaria (Ortí y Díaz, 2012).

En este documento se presenta el proceso de IAP realizado con/para jóvenes, el cual incluyó los momentos clave número 2, 3 y 4 antes mencionados. El propósito fue incidir con las y los jóvenes universitarios mediante una intervención comunitaria participativa en sexualidad, salud y derechos.

El diagnóstico se elaboró con distintas técnicas participativas (según son descritas en Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible [CIMAS], 2009 y Fals, 2007) para la identificación de problemas de SSyR y la exploración de propuestas de solución. El proceso implicó la construcción, para cada técnica implementada, de guías con preguntas, registro de observaciones, grabación y transcripción de las conversaciones. Posteriormente, la información se codificó en categorías para su análisis e interpretación, mediante un ejercicio de producción de conocimiento crítico que, a partir de su reordenamiento, explicitó la lógica del proceso vivido por los informantes (Berdegué, Ocampo y Escobar, s. f.; Jara, 1998).

Como parte de las previsiones éticas, se entregó a cada participante un documento de consentimiento informado que describió los objetivos, el tratamiento de la información, la garantía de confidencialidad y anonimato, y preguntó la decisión voluntaria y libre de participar en el estudio.

Si bien la metodología cualitativa no cuenta con formas estandarizadas de validación y confiabilidad, en este estudio se usaron dos criterios: 1. *Saturación*: que permite establecer un número aproximado de informantes al detener el proceso de reclutamiento en el momento en que las conversaciones presenten reiteraciones constantes; 2. *Triangulación*: la cual supone que la información que proviene de más de una técnica de investigación tiene mayor validez que la de sólo una (Martínez, 2006).

El trabajo inició con la observación participante mediante la técnica de *foto-voz* (Wang, 1999). Dicha técnica permite registrar las prioridades y las preocupaciones de la comunidad; dando poder y voz a los implicados. También busca promover el diálogo crítico sobre hechos importantes, a través de la discusión colectiva alrededor de fotografías. Por tanto, se implementó con 20 estudiantes voluntarios/os de las licenciaturas en *Biología*,

*Cirugía dental, Desarrollo comunitario para el envejecimiento, Enfermería, Ingeniería química, Medicina, Psicología y Químico Farmacobiología* cuando cursaban el *Diplomado en formación de promotoras/es de salud* ofertado por la FESZ de la UNAM, quienes fueron capacitados en la técnica de *foto-voz*, recibieron una guía de preguntas que sondearon con otros estudiantes y luego tomaron fotografías bajo el título *Retratando la vida cotidiana de las/os universitarias/os*, donde reflejaron los temas de interés y problemáticas. Se tuvieron dos reuniones para discutir las fotografías con los 20 voluntarios/os que en adelante serán denominados promotoras/res.

Posteriormente, se diseñaron e implementaron tres talleres de diagnóstico participativo (CIMAS, 2009) con otros 40 estudiantes para la identificación de problemas, necesidades y la reconstrucción de capacidades, en el entorno universitario, y de recursos de las personas que conforman la FESZ, que contribuyan al empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad comunitaria. La reconstrucción crítica contempló:

- ▶ Realización de las técnicas: línea del tiempo, árbol del problema y mapas en la FESZ.
- ▶ Ubicación de áreas de oportunidad, necesidades y propuestas de proyectos.
- ▶ Reconocimiento de recursos, talentos humanos, infraestructura y espacios posibles.

Por último, se realizaron nueve grupos focales en la explanada de la FESZ, denominados *Tertulias de café*, con un total de 85 participantes de la comunidad, donde se profundizó en cuestiones de violencias de género y vínculos erótico-afectivos. Para esto, se montó un espacio semi-abierto donde se invitó a leer el documento: *No te mueras por mí*, que es una compilación de cartas escritas por agresores a sus parejas. Luego de su lectura, se invitó por grupos pequeños a reflexionar sobre las dimensiones de ese problema entre las/os jóvenes. En el **cuadro 1** se resume el diseño metodológico.

## Resultados

### *Etapa diagnóstica. Escuchas, reconocimientos y proyectos*

Esta etapa comenzó en el 2016 y se centró en la recuperación de información significativa desde los actores sociales que conformaban en ese momento la FESZ. Parte de los hallazgos, desde la técnica de *foto-voz*, fue revelar preocupaciones y problemáticas percibidas por las y los estudiantes, entre las más significativas se destacan las siguientes:



**Cuadro 1.** Matriz orientadora del diseño metodológico

<b>Objetivos generales</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar un diagnóstico participativo con estudiantes para el fomento de factores protectores de la salud, sexualidad y reproductiva</li> <li>• Diseñar intervenciones focalizadas y servicios especializados, libres de estigma y discriminación, para la población estudiantil de la FESZ</li> </ul>		
<b>Técnica de recolección</b>	<b>Categorías de análisis</b>	<b>Identificación de problemáticas</b>
<b>Foto-voz</b> (20 estudiantes denominadas/os promotoras/es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades en la SSyR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo y protectores</li> </ul>
<b>Talleres participativos</b> (40 estudiantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de atención</li> <li>• Redes de apoyo</li> <li>• Propuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias en la universidad</li> <li>• Obstáculos culturales e institucionales en la SSyR</li> <li>• Inaccesibilidad a servicios de salud</li> </ul>
<b>Grupos focales</b> (85 estudiantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculos afectivos</li> <li>• Amor romántico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones de violentas en el noviazgo</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

- ▶ Viejas y nuevas configuraciones en el ejercicio de la sexualidad ligadas a prácticas de riesgo. Las reflexiones se centraron en la identificación de estereotipos de género que colocan en desventaja a las mujeres, pues limitan su poder de decisión sobre su cuerpo, su vida erótica y deseos reproductivos, cuando son tomadas bajo presión de sus parejas. Con respecto al uso informado y oportuno de métodos anticonceptivos, se destacó la inconsistencia en el uso del condón y pastillas anticonceptivas, como también el uso frecuente de las de emergencia en lugar de otros métodos, lo cual reveló la posesión de información confusa y falta de educación sexual integral, así como obstáculos institucionales para el pleno disfrute de la sexualidad. Por otro lado, el *sexting* (envío de mensajes sexuales digitales) y *micro-cheating* (coqueteo con otras personas por medio de mensajes digitales) son nuevas prácticas que van incorporándose en la vida íntima.
- ▶ Se discutió sobre la percepción de un incremento en los embarazos entre universitarias, generando discontinuidad en su trayectoria escolar, rezago y deserción, consecuencias que afectan en menor medida a sus compañeros hombres.
- ▶ Persisten expresiones de rechazo hacia ciertas personas, dentro y fuera de la universidad, por su orientación o prácticas sexuales. De hecho, se mencionó que el ambiente escolar excluye con miradas vigilantes y expresiones de intolerancia hacia las parejas homosexuales. También, se hizo referencia a frecuentes comentarios y chistes homofóbicos en las aulas y abuso de poder de docentes hacia ese sector, los cuales producen formas de exclusión y violencia.

- ▶ Se recabaron expresiones de violencia estructural y familiar en los contextos de vida de los/as jóvenes. Específicamente, expresaron preocupación por el recrudecimiento de las violencias de género (noviazgos violentos, acoso y hostigamiento sexual) en espacios universitarios y vías públicas. Al escuchar las experiencias de sus pares, como las de alguien cercano a ellas y ellos que atravesaba por alguna de esas situaciones, se generó una tensión emocional que se interpretó entre frustración y desamparo.
- ▶ Se detectó que los 20 promotores/as casi no acudían a servicios médicos de SSyR pese a que desde su ingreso a la FESZ recibieron cursos propedéuticos donde se les informó sobre su seguro facultativo con servicios médicos. Entre las razones de su resistencia destacaron que perciben algunos obstáculos: los horarios de clase dificultan ir a consultas programadas; otra limitante fue la cercanía de la clínica de salud con su domicilio, lo que consideraron que podría exponer su vida sexual y anonimato. Por último, se profundizó en las experiencias asociados con sentimientos de vergüenza, culpa, o estigmas y discriminación por género u orientación sexual.

La riqueza de información proporcionada con este grupo de 20 promotoras/es sirvió de “línea de base” para profundizar estas problemáticas con otras/os estudiantes en los talleres participativos. Al respecto, en éstos se presentaron estas problemáticas identificadas para explorar si les hacían sentido, las cuales fueron refrendadas como temas prioritarios que atender en la FESZ.

También se identificó que 38 de las/os 40 participantes en los talleres preferían no acudir a servicios médicos para recibir asesorías, atención médica o insumos de prevención. Otros factores que agregaron incluían las faltas de respeto del personal de salud hacia jóvenes por viejas creencias sobre el ejercicio de la sexualidad, catalogando como “promiscuidad” el tener más de una pareja sexual en la vida. Una joven comentó:

[...] una vez que fui a consulta por otra cosa me preguntó la enfermera que cuántas parejas había tenido y le dije cuatro, y sólo recuerdo su mirada morbosa, no me dijo nada, pero parecía que me miraba como si fuera prostituta.

Otro joven comentó:

[...] realmente quienes sí nos preocupamos por tener condones son las mujeres para no embarazarse y los gay para no contagiarnos de VIH, pero sabes que si pides información o condones te empiezan a preguntar tanto que mejor no te quieres exponer.

Ante este comentario se preguntó a varones heterosexuales si su experiencia era similar. Un joven comentó:

Pues yo nunca he ido por condones. Mi novia es la que los consigue o de plano prefiero comprar en farmacia para evitar ir al centro de salud porque te hacen perder tiempo.

Así mismo, los estudiantes insinuaron que el personal de salud no siempre estaba capacitado, pues entre risas mencionaron que parte del personal le seguía llamando “tus partes” a los genitales, “enfermedades venéreas” a las ITS y “planificación familiar” al uso de métodos anticonceptivos, aunado al trato discriminatorio que percibieron por su condición de género u orientación sexual. En suma, no les generó confianza acercarse con médicos y enfermeras en relación con SSyR por percibir malos tratos o discriminación.

Además, se discutió sobre la experiencia general en los espacios universitarios. Los resultados reflejan que las y los jóvenes problematizan los siguientes acontecimientos:

- ▶ Entorno universitario a veces hostil que hace de algunas experiencias de los/as jóvenes procesos complicados y amenazantes. Se recabaron testimonios que dieron cuenta de la figura del profesor/a irrespetuoso/a, abusivo/a u hostil que, lejos de propiciar aprendizajes fue un obstáculo que llevó a tomar decisiones críticas como, dejar de asistir a sus clases, darse de baja en un semestre o abandonar un proyecto de titulación. También se hizo alusión al maltrato institucional por parte de personal administrativo, que hizo de su experiencia de licenciatura un camino tortuoso.
- ▶ Se hizo referencia a cambios abruptos en las dinámicas de vida de las y los jóvenes por el ritmo universitario, las exigencias académicas y los desplazamientos largos hacia la FESZ o los campos clínicos; o por embarazos no planeados que dificultaron la continuidad del proceso educativo y el proyecto de vida.
- ▶ Algunos/as jóvenes participantes expresaron sentimientos de soledad y distanciamiento con amigos, pareja o familia por cuestiones académicas (entrega de trabajos, exámenes, internados).
- ▶ También, se llegó a expresar la falta de un espacio confidencial e íntimo donde las/os jóvenes fueran asesoradas/os, guiadas/os o acompañadas/os psicopedagógicamente, así como su desconocimiento de los programas institucionales que les ofrecen recursos que favorecen una mejor experiencia universitaria.

En relación con factores protectores de la salud sexual y reproductiva, la capacidad de agencia y los apoyos institucionales para

favorecer el empoderamiento de las/os jóvenes en plenaria, las/os participantes recalcaron:

- ▶ Las relaciones interpersonales (amistades y relaciones de pareja) que influyen e impulsan los logros académicos y personales. Estas relaciones se vuelven más importantes en la etapa de los estudios universitarios.
- ▶ Se mencionó que el trayecto por la universidad favoreció descubrimientos y autoconocimiento en aspectos sexuales, emocionales y académicos, dando un nuevo sentido a los compromisos que adquirirían.
- ▶ En relación con la manera de enfrentar dificultades en SSyR mencionaron el apoyo de amistades; algunos mencionaron que han solicitado apoyo a algunas docentes y, en menor medida, fueron mencionados los apoyos terapéuticos.

De los talleres emergieron propuestas para dar atención especializada a algunos problemas. En primer lugar, se propuso la construcción de espacios educativos respetuosos y cercanos, éstos podrían ser de manera no institucionalizada, talleres vivenciales, asesorías médicas y psicológicas personalizadas por parte de personal sensible, amable y respetuoso de las diversas formas de ejercer la sexualidad, todos éstos dentro de la FESZ. También se mencionó que no sólo se necesita información sino acceso a insumos para ejercer responsablemente la sexualidad, por lo que se propuso la instalación de dispensarios de condones y otros métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo y VIH, campañas de sensibilización y grupos de apoyo.

Por último, en las *tertulias de café* se reflexionó sobre los vínculos afectivos de las juventudes. En primer lugar, porque la dimensión emocional y la vida afectiva constituyen un núcleo central en el ejercicio de la sexualidad, más allá de la racionalidad está la experiencia emotiva cargada de simbolizaciones que materializan las disposiciones de sus cuerpos (Sabido y García, 2019). En segundo lugar, por las altas cifras de noviazgos violentos en México, que han alertado de un posible problema de salud pública (Flores y Barreto, 2018; Rubio, López, Carrasco y Amor, 2017).

Se exploró sobre el *amor romántico* y sus significados. Ante esto, se observó cierta confusión y dificultad para definirlo, pues expresaron: “es algo muy complejo”, “no sé cómo definirlo”, “es algo que te permite ser una mejor persona y te complementas con la otra”. A partir de otras expresiones de los participantes, se puede interpretar que las formas del *amor romántico* se nutren de historias familiares; es decir, de lo que se aprendió en casa con los padres, que parece delimitar las primeras relaciones de pareja. También, las formas del amor romántico pueden configurarse por la producción cultural disponible: la publicidad, los medios de comunicación, la música, la poesía o la literatura. Todo ello

va mostrando formas de cuidado hacia la otra persona “amada”, como impronta cultural que naturaliza mecanismos de control del otro, tal como lo compartió una estudiante de biología:

Hay muchas veces que en las películas y en las novelas pasa como: “sabes que no quiero que te pongas esa falda” pero en la vida real a la mejor se disfraza un poco y no sabemos distinguir que es violencia o si en realidad es buena onda y a lo mejor quiere lo mejor para mí, y así. En realidad, nosotros no sabemos distinguir, no sabemos ver ese límite y muchas veces es muy difícil cuando ya te das cuenta que es verdadera violencia.

Esta construcción social del *amor romántico* además no es equitativa pues los estereotipos de género merman las capacidades de acción de hombres y mujeres. En los varones implica ser *un sujeto activo del amor romántico* que lo lleva a generar estrategias para cortejar y conquistar a las mujeres, materializando el introyecto de tener que *ser un príncipe*. Un joven comentó al grupo:

[...] es que ustedes (las mujeres) siempre buscan al más guapo, alto, que sea más valiente y las defienda de otros hombres, detallista, cariñoso, que gaste en lugares, etc. Pero luego están con pueros patanes.

Y, por otro lado, a decir de Lagarde (2001), están las mujeres como *objeto del amor*, ellas esperan ser conquistadas y luego cuidan de ese amor. En ese sentido, hay un mandato que suponen deben cumplir: *no quedarse solas*. Una joven comentó al respecto:

[...] al menos aquí en México nos tienen muy acostumbradas y nos meten ese miedo de “te puedes quedar sola”; “¡por qué haces eso!; ¡así nadie te va a querer!”, y nos enseñan que el hecho de no estar solas por un miedo aprendido nos tenemos que guardar todo, que nos peguen, nos menosprecien.

Estos relatos muestran una intersección con la violencia, pues se observó una línea cercana entre cuidar y controlar, lo que produce una serie de malentendidos. En el juego amoroso, las muestras de cariño se revelaron entretejidas con las imposiciones. Una joven de ingeniería química compartió:

[...] yo he visto muchas relaciones que dicen: “me dice que no me ponga minifalda porque me cuida mucho, porque me quiere y me procura” y ya cuando pasas esa etapa del amor romántico dices: “no le gusta que me vista como quiera”. Tenemos esa idea de “llegará el príncipe y me va a salvar”, y el de “protegeré a mi princesa”.

En estas reflexiones grupales, ante el asombro por lo que se iba compartiendo, aparecieron dos datos reveladores: por un lado, que las formas sutiles de control, chantaje y manipulación se ejercen de forma bidireccional; es decir, también las jóvenes reconocieron que chantajeaban a sus novios para que no fueran con sus amigos o solicitaban revisar sus celulares por desconfianza. Además, hombres y mujeres mencionaron mentir para evitar discusiones con la pareja. Esto llevó a algunos a afirmar que el *amor romántico* produce formas no responsables de relación con los demás, conceptualizándolo como una trampa que subyuga la libertad: “Es que, si nos damos cuenta, el amor romántico es una trampa de ilusiones y mentiras. Damos una imagen de lo que no somos todo por amor”, dijo una joven de la carrera de psicología.

Por otro lado, en relación con el hecho de haber sido testigos de la violencia de otros dentro de la universidad, expresaron la necesidad de saber cómo ayudar, cómo proteger o erradicar formas normalizadas de violencia. Por lo que propusieron que se ofertaran conferencias, talleres y atenciones psicológicas personalizadas. De hecho, varias/os participantes expresaron que las *tertulias de café* permitían reconocer sus violencias en un marco de respeto y confidencialidad, y sobre todo reflexionar para transformar esos mandatos interiorizados de género.

### *Etapa de planificación participativa*

La etapa diagnóstica contribuyó con la identificación de necesidades y propuestas específicas. Así, se definió ir más allá de ofertar materiales informativos como folletería o la programación de talleres, pues son acciones que ya se habían realizado en la FESZ mediante otros proyectos y programas. No obstante, se requerían acciones precisas para materializar los derechos sexuales y reproductivos en un marco de igualdad de género, diversidad, intervenciones focalizadas y accesibilidad cultural.

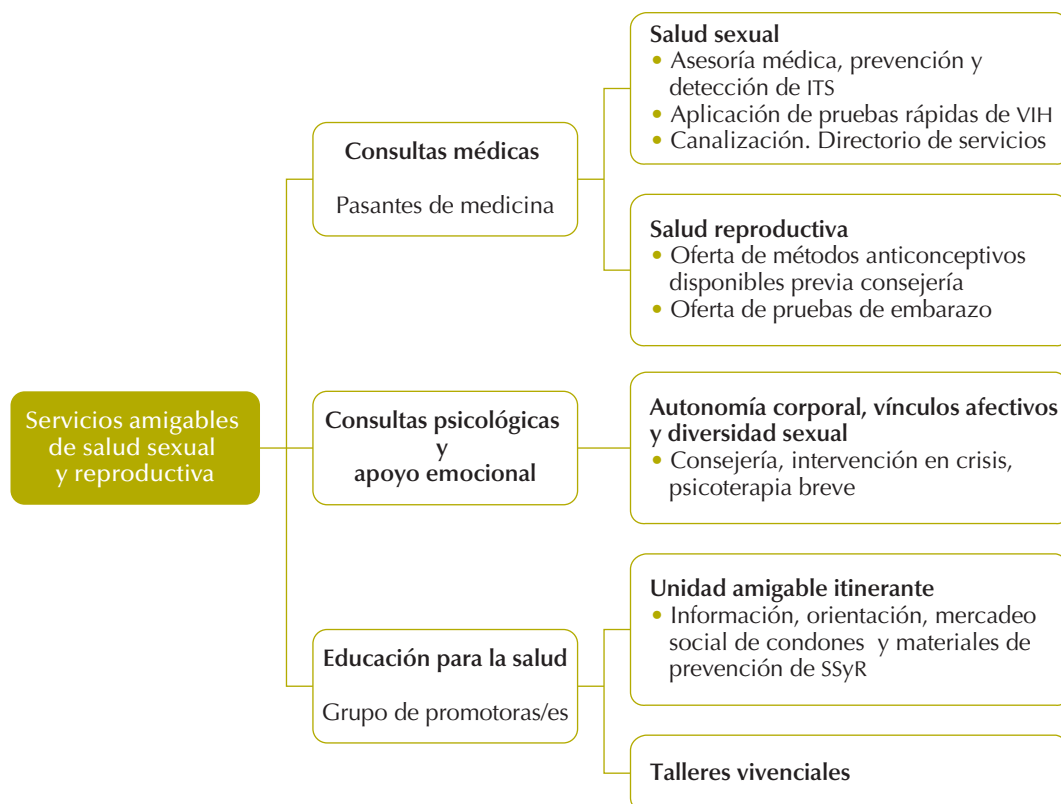
Se diseñó un programa que recupera las bondades de los servicios amigables de salud, integrando las propuestas recolectadas previamente. Una vez concluido, el programa fue compartido en reuniones con las y los promotores para incorporar sus sugerencias finales. Posteriormente, al final de 2016, en la FESZ se presentó el programa *Servicios amigables de salud sexual y reproductiva* ante su director, el doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez, quien es alguien cuyas intervenciones se caracterizarían por la colaboración de jóvenes pares capacitados para el fomento de factores protectores de la SSyR; mediante servicios especializados en sexualidad, salud y derechos, libres de estigma y discriminación, orientados hacia la población estudiantil de la institución.

Entre sus objetivos particulares están: 1. Ofertar atención médica que asesore en la toma de decisiones a jóvenes sobre deseos

reproductivos y dote de métodos anticonceptivos e insumos de prevención de la SSyR, por parte de médicas/os pasantes; 2. Incrementar y mejorar los conocimientos y las habilidades sobre sexualidad mediante estrategias de educación para la salud (talleres); 3. Ofertar atención psicológica para mejorar los estados de bienestar y agencia personal asociado con la autonomía corporal y la salud sexual, por parte de psicólogas/os pasantes; 4. Crear una *Unidad amigable itinerante* que lleve información, sensibilización y mercadeo social de insumos de prevención de la SSyR a la comunidad.

La implementación de tales acciones requeriría realizar un trabajo intersectorial para disponer de los insumos necesarios. Por tanto, se construyeron alianzas con otros sectores de salud como la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, la Fundación Ángeles por la VIHDA A. C., la Aids Healthcare Foundation México, la farmacéutica Bayer, y las jurisdicciones sanitarias de Coyoacán y de Iztapalapa. La propuesta se muestra en la **figura 1**.

**Figura 1.** Diseño del programa Servicios amigables de salud sexual y reproductiva



Fuente: elaboración propia

### *Etapa del proceso de intervención comunitaria*

El dispositivo de intervención se conformó como una respuesta institucional a demandas específicas de la comunidad estudiantil mediante intervenciones focalizadas que contemplaron distintas estrategias de prevención y educación para mejorar el autocuidado y bienestar de la sexualidad con especial atención en la detección oportuna de riesgos y prevención de embarazos no planeados, ITS y en particular VIH.

Por tanto, se procuró la perspectiva de género, lo que implica considerar de manera integral los factores de vulnerabilidad y experiencias de hombres y mujeres que condicionan su salud (CENSIDA, 2014), además de una perspectiva de diversidad sexual que ayude a atender las necesidades diferenciadas de cada sector (Ojeda, 2010).

La vinculación intersectorial permitió donaciones de métodos anticonceptivos (Dispositivo Intrauterino –DIU Mirena–, parches, implantes subdérmicos, condones masculinos y femeninos), así como pruebas rápidas de detección del VIH. Cabe destacar también la colaboración del Instituto Mexicano de Sexología, mediante el trabajo psicoterapéutico y sexológico (educativo y clínico) de dos profesionistas maestrantes quienes realizaron prácticas profesionales en el programa *Servicios amigables de salud sexual y reproductiva*.

Estos servicios se ofrecieron durante 2017 y 2018 e incluyeron acciones para facilitar el acceso a información, asesoramiento y canalizaciones, así como procesos educativos y psicoafectivos (sesiones temáticas o talleres) para favorecer la vivencia personal de la sexualidad, generando una cultura de autocuidado y responsabilidad.

### *Jornadas de SSyR*

Esta estrategia permitió dar a conocer el programa mediante acercamientos con la comunidad. Implicó la realización de ocho jornadas de colocación de DIU Mirena, implantes y estudios de Papanicolaou a estudiantes, trabajadoras y profesoras. Estas jornadas se programaron en fechas específicas y se realizaron con apoyo de la Clínica Universitaria a la Salud Zaragoza para contar con la disposición de los consultorios necesarios. Cada jornada implicó un trabajo previo de logística, difusión, promoción del servicio y acompañamientos personalizados mediante citas médicas para realizar historias clínicas que ayuden a explorar la condición de salud de las jóvenes y ofrecer asesoría especializada sobre métodos anticonceptivos. Previo a la colocación de métodos anticonceptivos se recabó el consentimiento informado.

En este periodo se realizaron 246 historias clínicas. Las estudiantes entrevistadas reportaron que 54.5% tenía entre 17 y 20



años, 37.0% eran de entre 21 y 24 años y sólo 8.5% informó tener entre 25 y 28 años. Por otra parte, 93.9% se declararon mujeres solteras, sólo 2.4% se encontraban casadas y 3.7% en unión libre. La mayor parte de las estudiantes que acudieron a estos servicios cursaban el primer año de licenciatura y declararon solicitar un método anticonceptivo para evitar truncar sus estudios.

En cuanto a los programas de licenciatura que cursaban las estudiantes, 27.6% estudian *Psicología*; 15.0% *Enfermería*; 14.6% *Cirugía dental*; 12.2% *Química farmacobiología*, 11.8% *Biología*, 9.4% *Medicina*, 5.7% *Ingeniería química* y 3.7% *Desarrollo comunitario para el envejecimiento*.

Además, 21.5% (53 casos) que reportó antecedente de embarazo, 41.5% eligió la maternidad; 51.0% optó por la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), 5.6% tuvo un aborto espontáneo y 1.9% tuvo un nacimiento y una posterior ILE. Por otro lado, en cuanto a la detección oportuna del cáncer cervicouterino y del Virus del Papiloma Humano (VPH), 24.8% de las alumnas se habían realizado pruebas de papanicolaou o colposcopia, mientras que 75.2% nunca se había realizado alguna de estas pruebas. De hecho, en las primeras jornadas se les pedía que se realizaran previamente por su cuenta un estudio de papanicolaou, pero ante la poca respuesta se realizaron dichos estudios también en la FESZ, lo que contribuyó a mejorar la atención de la salud.

Por otro lado, se realizaron siete jornadas de pruebas rápidas para la detección del VIH. En total se hicieron 1213 pruebas. Se cumplió con la normatividad establecida por el CENSIDA para la orientación de casos negativos y positivos. Implicó un trabajo previo de logística, difusión y promoción del servicio. Se dispuso de por lo menos un consejero/a y psicólogo/a en caso necesario ante posibles reacciones emocionales y la canalización oportuna para seguimiento.

### *Consejería médica personalizada*

Este servicio fue ofertado por médicas/os pasantes de la carrera de *Medicina* de la FESZ. Durante las jornadas de salud se invitó a la comunidad estudiantil a acudir al módulo de *Consejería médica personalizada* para resolver dudas específicas y recibir orientaciones de salud y se elaboraron historias clínicas.

### *Consultorio itinerante de salud sexual y reproductiva*

Se implementó en 2018 la modalidad de consultorio itinerante por médicos/as pasantes con la instalación de 35 módulos informativos-educativos en espacios estratégicos de la FESZ, a través de los cuales también se organizaron exposiciones lúdicas

y se realizó la entrega de materiales diversos para el cuidado de la SSyR.

### *Psicoterapia sexual: procesos educativos y psicoafectivos*

Se implementó el servicio de psicoterapia sexual por parte de dos sexólogas maestrantes para ir más allá de síntomas y malestares, con la finalidad de dar espacio a los procesos subjetivos que intervienen en el ejercicio de la sexualidad, en las decisiones personales en materia de SSyR, y en las experiencias de sexualidad. Los motivos de consulta contemplaron dificultades emocionales, baja autoestima, violencia sexual, hasta la revisión personal de la identidad de género, diversidad sexual, erotismo placentero y protegido. Se registraron 57 sesiones.

### **Discusión y conclusión**

En la actualidad, ante lógicas de precariedad social, las universidades desempeñan un papel clave en la generación de conocimientos, prácticas y cultura del bien común y el buen vivir. Por tanto, los espacios universitarios han sido objeto de reflexión para construir universidades promotoras de salud. De manera concreta, en la FESZ se han realizado acciones conducentes a mejorar la SSyR de jóvenes universitarios/as mediante un trabajo de intervención comunitaria guiada por Investigación-Acción-Participativa (IAP). Y desde esta experiencia se enfatiza la necesidad de seguir implementando formas vivas, colaborativas y respetuosas al incidir en la salud donde resulta indispensable descolonizar la investigación-intervención e incluir a actores clave en los procesos de indagación y la producción de evidencias.

La IAP con y para jóvenes favorece producir conocimientos situados e intervenciones significativas. El énfasis está en la identificación de acciones que transformen las políticas de atención, educación y cuidado mediante la participación directa de los grupos sociales.

Con el diagnóstico participativo se constató la importancia de establecer distintos diálogos sobre la complejidad en los procesos de vida de las juventudes, las necesidades de atención y el valor de producir salud en la escuela. Los problemas que refirieron son complejos y dinámicos, incluyen barreras culturales que favorecen condiciones de riesgo para la SSyR, configuraciones simbólicas que limitan prácticas sexuales protegidas y factores externos obstaculizadores del acceso a servicios de salud. Tal como se describió, las y los jóvenes buscan servicios de SSyR respetuosos de sus vivencias, sin estigma ni discriminación.

Un aspecto crucial en los procesos participativos fue la escucha activa y la reflexión-acción. Durante la participación de las/os jóvenes en el *foto-voz*, los talleres y las *tertulias de café*, inicialmente, las violencias hacia sus cuerpos, géneros y sexualidades se expresaban como algo no problemático, pero a medida que avanzaban las reflexiones sobre las experiencias compartidas se reconocieron las prácticas de violencia dentro de la universidad y la necesidad de vivir sin violencia, hasta llegar al convencimiento de que es posible alguna acción para cambiar esa situación en la universidad. El lugar de la investigadora y las/os coinvestigadores fue repensar junto con las/os jóvenes participantes y hacer preguntas que guiaran los horizontes.

De la intervención comunitaria se puede decir que tuvo una alta aceptabilidad por parte de la comunidad universitaria e incluso su demanda se incrementó al público en general o a estudiantes de nivel bachillerato que iban por recomendación. Ante la baja prevalencia en la realización de estudios de *papanicolaou*, la decisión de ofertar este estudio en la FESZ tuvo gran aceptación acudiendo incluso docentes y trabajadoras. Esto muestra la relevancia de la accesibilidad cultural para fomentar la cultura de la prevención, que va más allá de mensajes y recomendaciones. Esta experiencia produjo lecciones aprendidas, entre ellas las siguientes:

- ▶ Es necesario privilegiar el conocimiento local no generalizable como conocimiento legítimo, el cual contribuye a revelar el cambio que necesita y solicita la comunidad universitaria.
- ▶ Es necesario procurar el trabajo colaborativo en las formas de producir conocimientos sobre las experiencias de la comunidad universitaria, mediante distintos procesos de indagación, escucha, diálogo y reflexión para la producción de estrategias de atención de los intereses, las necesidades, las prioridades y los problemas de los propios actores.
- ▶ Son necesarias herramientas metodológicas pertinentes y variadas que contribuyan a recuperar, desde la voz de los actores, un mapa posible de intervenciones situadas y transformadoras de la realidad microsocia.
- ▶ Es necesaria cierta capacidad crítica como brújula constante durante la implementación de estrategias y prácticas educativas para atender las tensiones y contradicciones.
- ▶ En particular, a partir de los resultados de este estudio, también se recomienda capacitar, asesorar y dar seguimiento al trabajo de jóvenes universitarios atendiendo a otros jóvenes. La calidad y éxito de la promoción de la SSyR y la consejería entre pares depende de la motivación, la aceptación, el respeto, la empatía y la confianza que se genere; y que, los jóvenes promotores y consejeros cuenten con información sustentada, habilidades comunicativas y de escucha activa.

- Es necesaria la creación de espacios de pares donde se construyan lazos sociales como una forma de solidaridad entre jóvenes, dada la escasa atención que se ha dado a sus demandas y necesidades específicas en la universidad.

De este modo, el programa *Servicios amigables de salud sexual y reproductiva* buscó proponer un abordaje distinto de intervención a problemas de salud pública vinculados con la sexualidad de jóvenes universitarios. La propuesta se encaminó a desarrollar conocimientos, estrategias e insumos, con enfoque de género, diversidad sexual, derechos humanos e integralidad en los servicios de salud y acciones de promoción, prevención y atención de la SSyR como resultado de la colaboración con jóvenes universitarios y en alianza con otras instituciones. El producto central fue la creación de un modelo flexible y dinámico de intervenciones focalizadas y comunitarias, que podría ser retomado por otras universidades partiendo de sus condiciones específicas.

Por último, se reconoce que es un programa aún en ciernes, con puntos ciegos, dificultades y perfectible. No fue posible registrar ni cuantificar todos los procesos por falta de instrumentos de evaluación. Las dificultades fueron de logística, infraestructura insuficiente, falta de insumos y recursos ante la alta demanda de la comunidad y población externa. Por lo que se sugiere en futuras implementaciones incluir un diseño metodológico cuantitativo que permita una evaluación de los impactos medibles del programa. Aún con estas dificultades, se reconoce que este programa permitió posibilidades de prevención y cuidado de la SSyR mediante la educación.

## Agradecimientos

Agradezco el apoyo institucional brindado a la realización de este programa, especialmente al doctor Víctor Manuel Mendoza Núñez (que en ese periodo fungió como director de la FESZ), a la maestra Cecilia Mecalco Herrera (que en ese periodo coordinó el Programa Universidad Saludable de la misma institución), a la licenciada Caridad Rangel Yépez y a las/os jóvenes universitarios entusiastas y críticos que coadyuvaron a la materialización de las estrategias emprendidas.

Se declara que la obra que se presenta es original, no está en proceso de evaluación en ninguna otra publicación, así también que no existe conflicto de intereses respecto a la presente publicación.

## Referencias

- Amuchástegui, A., y Ojeda, A. (2018). Mi medicamento es mi mejor amigo. En V. Paiva, J. R. Ayres, A. Capriati, A. Amuchástegui y M. Pecheny (eds.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 271-304). Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Ávalos, J. (2013). Derechos reproductivos y sexuales. En E. Ferrer, J. L. Caballero y C. Steiner (coords.), *Derechos humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana* (pp. 2265-2290). Ciudad de México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Universidad Nacional Autónoma de México y Fundación Konrad Adenauer.
- Baiz, J., Morales, F., y Pereyra, L. (2016). Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud & Sociedad*, 7(2), 180-195.
- Baz, M. (2014). Vínculo e institución. En S. Radosh y L. Flores (coords.), *La reconstrucción de vínculos en el ámbito universitario* (pp. 49-58). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Berdegúe, J., Ocampo, A., y Escobar, G. (s. f.). *Sistematización de experiencias locales de desarrollo rural. Guía metodológica*. [Documento inédito]. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Santiago, Chile.
- Campero, L., Atienzo, E. E., Suárez, L., Hernández, B., y Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149(3), 299-307.
- Castiel, L. D., y Álvarez, C. (2010). *Salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015). *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes*. Ciudad de México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2012). *El VIH/SIDA en México 2012*. [Informe gubernamental inédito]. Secretaría de Salud, Ciudad de México.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2014). *Guía nacional para la prevención del VIH y el sida*. [Documento gubernamental inédito]. Secretaría de Salud, Ciudad de México.
- Consejo Nacional de Población (2010). *Diagnóstico Mundial de la Juventud*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población.
- Correa, S. (2001). Salud reproductiva, género y sexualidad: legitimación y nuevas interrogantes. En J. Figueroa y C. Stern (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación* (pp. 127-154). Ciudad de México: El Colegio de México.
- Fals, O. (2007). Investigación-acción participativa. En G. Pérez (coord.), *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas* (pp. 57-81). Madrid, España: Narcea.
- Flores, N., y Barreto, M. (2018). Violencia en el noviazgo entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México. Una análisis mixto. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 9(26), 42-63. doi: 10.22201/iisue.20072872e.2018.26.290
- Foucault, M. (2000). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Gayet, C. (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. Ciudad de México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA.

- Girola, L. (1992). Desafíos teóricos después de la crisis. *Sociología*, 7(20). Recuperado de <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150.
- Jara, O. (1998). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. San José, Costa Rica: Alforja.
- Juárez, F., y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 11(45), 177-219.
- Kardousli, N. (2016). Diseño instruccional para promover una sexualidad responsable en los jóvenes universitarios. *Investigación y Postgrado*, 31(2), 117-137.
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación del amor*. Managua, Nicaragua: Puntos de Encuentro.
- López, A. A., Hernández, E., y Rey, G. A. (2018). Experiencia “Educación de la sexualidad” desarrollada con estudiantes de primer año de la carrera Psicología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 4-15.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Ciudad de México: Trillas.
- Menéndez, E. L. (abril-mayo, 1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de la Protección Social del Gobierno de Colombia y United Nations Population Fund (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social del Gobierno de Colombia y United Nations Population Fund.
- Montañés, M. (2007). Más allá del debate cuantitativo/cualitativo: la necesidad de aplicar metodologías participativas conversacionales. *Política y sociedad*, 44(1), 13-29.
- Morgade, G., y Alonso, G. (Comp.) (2008). *Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la “normalidad” a la disidencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (Ed.) (2009). *Metodologías participativas. Manual*. Madrid, España: Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible.
- Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (s. f.). Primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Declaración ministerial: Prevenir con educación. [Documento inédito]. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Santiago, Chile.
- Ojeda, A. (2010). ¿Alguien sabe quiénes somos? Mapas conceptuales sobre la diversidad sexual. En R. Parrini (ed.), *Instrucciones para sobrevivir en un mundo diverso. Sujeto, cultura y diversidad sexual* (pp. 37-76). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washington D. C., EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortí, M., y Díaz, E. (2012). Claves teóricas y metodológicas para la Investigación Acción Participativa (IAP). En M. Arroyo y I. Sábada (coords), *Metodología de la investigación social. Técnicas innovadoras y sus aplicaciones* (pp. 153-176). Madrid, España: Síntesis.

- Ortiz, A. (2008). Debates actuales en torno a los derechos sexuales y la ciudadanía sexual. Precarias negociaciones sobre los derechos sexuales desde los movimientos sociales. En I. Szasz y G. Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 378-432). Ciudad de México: El Colegio de México.
- Ortiz, L., y García, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 913-925.
- Rubio, F., López, M. Á., Carrasco, M. A., y Amor, P. J. (2017). Prevalencia de la violencia en el noviazgo: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 135-147.
- Sabido, O., y García, A. (2019). El amor corporeizado y el giro sensorial. Espacios, sonidos y artefactos en la percepción sensorial del cuerpo amado. En O. Sabido (coord.), *Los sentidos del cuerpo: un giro sensorial en la investigación social y los estudios de género* (pp. 85-112). Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Secretaría de Salud (30 de mayo de 1994). Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/>
- Secretaría de Salud (12 de agosto de 2015). Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <http://www.dof.gob.mx/>
- Uribe, A. F. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (49), 206-229.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494.
- Wang, C. C. (1999). Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of Women's Health*, 8(2), 185-192. doi: 10.1089/jwh.1999.8.185
- World Health Organization (s. f.). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. [Manuscrito inédito]. World Health Organization, Ginebra, Suiza.