los problemas; capacidad para encontrar estrategias de enfrentamiento

c) Anexo de la encuesta de riesgo psico-social

Se trata de un cuestionario abierto que comprende:

i) Evaluaciones de informantes clave del barrio

Se consignan en este rubro aquellos factores que, según el criterio de los informantes clave inciden en la emergencia de la conflictiva adolescente y las medidas adoptadas - advertencias, acciones individuales o grupales, ayuda, etc.

ii) Recursos adaptativos implementados por la familia

Tal y cómo afirman KORNBLIT y MENDES DIZ, se consignan en este rubro aquellos factores que señalen las estrategias de enfrentamiento (coping) centradas en la emoción:

. Regulación afectiva: esfuerzos para controlar las emociones suscitadas por el problema

. Aceptación resignada: esperar que el tiempo remedie el problema o esperar lo peor

. Descarga emocional: verbal o conductual (por ej. abuso de alcohol, comida, etc.)

iii) Significación del conflicto para la familia

Se consignan en este rubro aquellos factores que señalen, según el criterio del informante, las causas del surgimiento de conflictos:

. Factores azarosos

. Condiciones ambientales

. Condiciones del medio familiar

. Condiciones personales

. Normas de transmisión generacional

iv) Resolución de los conflictos

Se consignan aquellos factores que inciden en la búsqueda de recursos para resolver el conflicto. Desde el punto de vista psico-social, KORNBIT y FRANKEL consideran que una familia que maneja todas las alternativas posibles se encuentra "a mayor resguardo, en cuanto a que cuenta con más de un recurso frente a situaciones crícas, lo cual puede hacerla percibirse a sí misma como más contenida.

ii) Diagnóstico del estilo de vida del adolescente

a) Entrevista abierta para construir un perfil del adolescente de sectores populares

Se consignan aquellos factores que coadyuvan a conocer el estilo de vida del adolescente de sectores populares. Se construye una matriz con las siguientes variables:

- Condiciones de vida familiar: atienden a conocer el estado socio-económico sobre la base de indicadores de educación, trabajo y migración
- Historia Personal
  . Antecedentes individuales sobre la base de hitos evolutivos y cambios recientes
  . Empleo del tiempo libre: los indicadores que se han de tomar en cuenta se refieren a asociaciones grupales esporádicas:
    * A asociaciones grupales continuas de tipo institucional
    * A asociaciones grupales continuas sin institucionalización
- Resolución de situaciones de crisis: modalidades de enfrentamiento de conflictos relacionados con:
  . Consumo de alcohol
  . Consumo de droga
  . Huida del hogar
  . Tentativa de suicidio
  . Formación de pareja
  . Conocimiento de su sexualidad
- Situación cotidiana de vida: descripción de las actividades y estado anímico habituales
- Percepción del clima familiar: aplicación de la escala de riesgo psico-social, de acuerdo con las variables anteriormente mencionadas
- Ausencia de respuesta frente a los conflictos. Los indica-

dores que se han de tomar en cuenta son:

. Falta de apoyo (de los padres, amigos, pareja, del barrio)

. Falta de información en cuanto a ignorancia o indiferencia, de los hechos

. Fracaso en la intención de prevención por pasividad de los involucrados, de la familia o del barrio, o por error en la implementación de los mecanismos de anticipación

. Temor (agresiones físicas, represalias, exclusión de la familia o del grupo de pares)

iii) Estrategias de intervención

a) Talleres de reflexión

Los objetivos consisten en estimular la participación comunitaria como medida preventiva, y constituir redes sociales capaces de ofrecer recursos alternativos a los jóvenes.

La metodología elegida se orienta hacia la práctica de la investigación social que privilegia las formas participativas en la indagación y las prácticas cualitativas ensayadas por la antropología social. Los métodos cualitativos permiten el conocimiento de la problemática desde el marco de referencia de las acciones.

La posibilidad de obtener y de re-elaborar información a partir de la participación grupal de los sujetos permite arribar a definiciones compartidas de la situación o eje de estudio. Los actores sociales desarrollan perspectivas o definiciones de las situaciones y actúan en términos de estas definiciones.

Se analiza la realidad desde la particular inserción en la organización social. De este modo, se fijan las acciones principales y secundarias.

El estudio de las concepciones del sentido común que conforma la sociología de la vida cotidiana pone el acento sobre los códigos que rigen los aspectos aparentemente rutinarios

de las acciones humanas.

La metodología propuesta selecciona problemáticas a partir de significados que el grupo le otorga. Del análisis surgen modificaciones sociales que tiene cada miembro del grupo y propuestas de acción a seguir. Se conforma de este modo un campo abarcado en la educación comunitaria, campo teórico de principios e hipótesis que tienden a mejorar la calidad de vida en la población, a través del protagonismo de los individuos y los grupos, en los asuntos que les competen. Implica, pues, abordar la situación de los problemas a través de estrategias participativas que van desarrollando el pensamiento reflexivo.

Ambos elementos:participación y educación en el área de la salud, conforman una unidad que incluye cuatro elementos: participación, comunidad, salud y proceso educativo.

El trabajo en los talleres de reflexión implica los siguientes contenidos metodológicos:

i) Proceso de producción de conocimiento
ii) Constitución de ámbitos grupales
iii) Función y composición de los actores sociales
iv) Ambito de producción del conocimiento.

i) <u>Proceso de producción del conocimiento</u>

a) Producción colectiva del conocimiento
- delimitación del problema
- problematización
- contextualización

b) Proceso dialógico del conocimiento
- heterogeneidad de roles
- diversidad de experiencias
- búsqueda de relaciones simétricas entre los actores

c) Inclusividad del conocimiento
- Búsqueda de integración de pautas culturales, lenguajes y saberes (científicos y populares)

ii) Constitución de ámbitos grupales

a) participación activa de los actores

b) búsqueda colectiva de resolución de la problemática

c) organizador social de espacios de experiencias

iii) Función y composición de los actores sociales

Funciones:

a) en todas las etapas de la investigación, búsqueda de participación, integración y complementariedad

b) los actores de la investigación son objeto-sujeto de conocimiento y transformación

Composición:

a) población

b) organizaciones barriales

c) profesionales

iv) Ambito de producción del conocimiento

a) reflexión desde la práctica social de los actores

b) constitución de los ámbitos grupales

b) Curso de agentes de promoción en salud

Formación de agentes multiplicadores de un modelo de salud centrado en la inclusión-participación de los jóvenes, entre líderes pertenecientes a instituciones de los dos barrios en los que se trabajará.

- Meta 1

ofrecer un espacio de reflexión común para agentes que se desempeñan en las diferentes instituciones que actúan en el barrio - comisiones de salud - delegados por manzana, comisiones de cultura y deporte, que permita un funcionamiento interinstitucional más fluido, a partir del conocimiento mutuo de los agentes

- Meta 2

comprometer a la comunidad en el propósito de crear instancias para el empleo del tiempo libre de los jóvenes

- Meta 3

transmitir ideas básicas acerca de la adolescencia como etapa vital, individual y familiar, y acerca del modelo ecológico-social sobre la salud y la enfermedad.

Modalidad de realización: Se dictará un curso de cinco meses de duración, con una frecuencia de reuniones de una vez por semana, de dos horas y media por reunión

Programación:

- Exposición por parte de miembros del grupo investigador	45 minutos
- Formación de grupos para la discusión del material expuesto (composición mixta por parte de las diferentes instituciones presentes)	60 minutos
- Intervalo	15 minutos
- Nuevo pleno grupal, con discusión de lo planteado en cada uno de los subgrupos y extracción de conclusiones	60 minutos

Temática a desarrollar:

1) La adolescencia como período del ciclo vital individual
2) La adolescencia como período del ciclo vital familiar
3) Datos sobre la juventud en la Argentina
4) Elementos del modelo ecológico-social sobre salud y enfermedad
5) Enfoques preventivos de las adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogas ilegales)
6) Promoción de la salud. Técnicas más usadas
7) Animación socio-cultural, con acento en actividades de empleo del tiempo libre para jóvenes

(Durante las clases, se emplearán técnicas psicodramáticas como recurso docente para la ejemplificación de ciertos contenidos)

5.1.2. Modalidad de ejecución

Fase 1: Exploración general de la comunidad

a) selección de barrios y/o localidades
b) articulación con instituciones barriales intermedias
c) constitución de los grupos de trabajo
d) planificación de las acciones

Fase 2: Diagnóstico de situación

a) selección de la muestra
b) realización de la investigación
c) análisis de las entrevistas

Fase 3: Identificación de la problemática

a) características de la problemática
b) evaluación de Fases 1 y 2
c) propuesta de acción participativa

Fase 4: Elaboración de la estrategia preventiva

a) constitución de ámbitos grupales que surgirán de la planificación conjunta con la población y adquirirán algunas de las modalidades que constan en los objetivos del ámbito comunitario
b) evaluación Fase 4
c) reformulación de la propuesta
d) difusión y multiplicación de las acciones

Fase 5: Evaluación final

a) interna: desarrollada por los actores que llevaron a cabo la experiencia comunitaria
b) externa: desorrollada por las instituciones de salud, equipo de investigación y miembros del ámbito comunitario

Fase 6: Diseño del proyecto de prevención participativa y de transferencia tecnológica

5.1.3 Evaluación interna

Se tomarán en cuenta los siguientes indicadores:

- Acciones emprendidas por el barrio con relación a los jóvenes
- Capacidad de convocatoria lograda por estas acciones
- Tipo de discurso empleado por los agentes de salud para referirse a los jóvenes, teniendo en cuenta el pasaje deseable del modelo represivo al modelo centrado en la inclusión y participación
- Tipo de acciones emprendidas en relación con el tiempo libre de los jóvenes; contención de las madres sin pareja ni grupo familiar; con la temática de la sexualidad.

5.1.4 Universo de análisis

i) Diagnóstico de situaciones de vulnerabilidad

- A adolescentes del barrio. Aplicación de la escala de riesgo psico-social y del cuestionario abierto
- A familias que tengan por lo menos un hijo adolescente entre 13 y 20 años de edad

ii) Estrategias de intervención con los jóvenes identificados como vulnerables con relación al embarazo, a las adicciones o a la violencia, a través de:

* talleres de reflexión, con adolescentes en riesgo
* talleres de reflexión con familias de adolescentes en riesgo
* talleres de reflexión conjuntos, de adolescentes en riesgo con sus familias

Estrategias de intervención con los adolescentes en general, a través de:

* talleres de reflexión sobre la temática de la sexualidad y del tiempo libre.

Estrategias de intervención con los agentes de promoción en salud, a través de tareas de capacitación en la detección de condicionantes de vulnerabilidad y en la implementación de estrategias alternativas.

5.1.5 Area de estudio

Esta investigación se desarrollará en dos barrios (San Pedro, de Isidro Casanova, y San José Obrero, de Laferrere) del Partido de La Matanza

- Ubicación geográfica

El Partido de La Matanza se encuentra situado al sudoeste de la Capital Federal y son sus límites: al Oeste, la Capital Federal; al Norte, los Partidos de Tres de Febrero, Morón y Merlo. Al Sur, los Partidos de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría y, al Este, Cañuelas y Marcos Paz.

La superficie del Partido de La Matanza es de 323 km^2. Sus rutas principales son: La Nacional N° 3, que lo atraviesa en toda su extensión, y las Provinciales n° 26 y 4. Su superficie es recorrida por dos ramales ferroviarios: el Ferrocarril Nacional Gral. Belgrano y el Nacional Domingo F. Sarmiento

- Estructura de la población

Según el censo de 1980, la población de La Matanza arroja una cifra de 949.566 habitantes, discriminados en 472.446 varones y 477.120 mujeres, con un índice de masculinidad de 99 varones cada 100 mujeres. Actualmente, la población se estima en 1.500.000 habitantes, de los cuales 265.000 son adolescentes.

La discriminación por edades y por sexo está indicada en la Tabla n°1

TABLA I

TABLA 1

POBLACION POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO. LA MATANZA

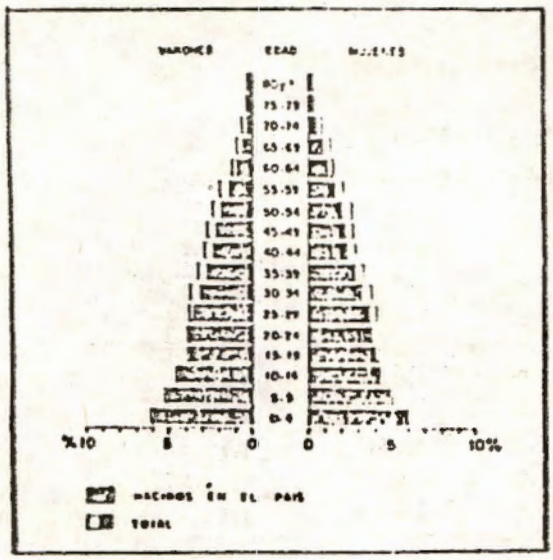
AÑO 1980 (1)

GRUPO ETAREO	TOTAL	VARONES	MUJERES
TOTAL	949.566	472.446	477.120
- 1	20.641	10.540	10.101
1 - 4	95.149	48.162	46.987
5 - 9	99.925	50.485	49.440
10-14	86.987	43.991	42.996
15-19	78.732	39.250	39.482
20-24	74.553	39.331	39.222
25-29	77.449	38.391	39.058
30-34	73.481	37.045	36.436
35-39	63.594	32.046	31.548
40-44	55.151	28.466	27.685
45-49	51.573	26.190	25.383
50-54	47.625	23.329	24.296
55-59	39.508	19.581	19.927
60-64	26.889	12.821	14.068
65-69	21.898	9.874	
70-74	14.690	6.488	8.202
75-79	9.586	4.010	5.576
80-84	4.685	1.693	2.992
85 y más	2.502	805	1.697

(1) Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.

Se observa que el 31,9% de la población de La Matanza tiene entre 0 y 14 años de edad y que el 24,9% de la población lo constituyen mujeres en edad fértil.

En la Figura 1, puede observarse la pirámide poblacional de La Matanza, según el censo de 1980.



Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.

La población por sexo, según localidades del Partido de La Matanza figura en la Tabla 2.

POBLACION POR SEXO SEGUN LOCALIDADES. LA MATANZA. AÑO 1980 (1)

LOCALIDADES	TOTAL	VARONES	MUJERES
TOTAL	949.566	472.446	477.120
San Justo	127.763	62.865	64.898
Laferrere	118.405	60.273	58.132
Ramos Mejía	113.496	53.843	59.653
Casanova	103.065	52.047	50.018
González Catán	99.248	50.848	48.400
Isidoro	92.648	46.465	46.183
Villa Madero	78.513	38.469	40.044
Villa Luzuriaga	61.300	30.400	30.900
Rafael Castillo	58.608	29.644	28.964
M.M.de Güemes	57.317	28.226	29.086
Tapiales	14.324	7.133	7.191
Virrey del Pino	13.762	7.161	6.601
20 de Junio			
Aldo Bonzi	7.677	3.795	3.882

(1) Resultados Provisionales del Censo Nacional de Población y Vivienda . 1980.-

Grado de instrucción

Según el censo de 1980, el 40% de la población ha completado estudios primarios, el 7,4% ha completado estudios secundarios y el 1,2% ha completado estudios universitarios. Se presenta un cuadro comparativo del nivel de instrucción con otros partidos de la Zona Oeste del conurbano (Tabla 3)

POBLACION QUE COMPLETO ESTUDIOS (en %). Censo 1980

PARTIDOS	PRIMARIOS	SECUNDARIOS	UNIVERSITARIOS
Tres de Febrero	40.4	10.7	2.1
Morón	37.8	11.2	2.9
Gral. Sarmiento	38.8	6.3	1.2
La Matanza	40.3	7.4	1.2
Merlo	41.0	6.4	1.1
Moreno	38.9	6.0	1.1
Gral. Rodriguez	37.0	6.9	1.5
Pilar	35.9	5.1	1.1
Marcos Paz	39.0	5.9	1.6
Gral. Las Heras	37.9	7.4	2.3
$\bar{X}$	38.8	7.33	1.61

Características socioeconómicas de la población

Necesidades básicas insatisfechas

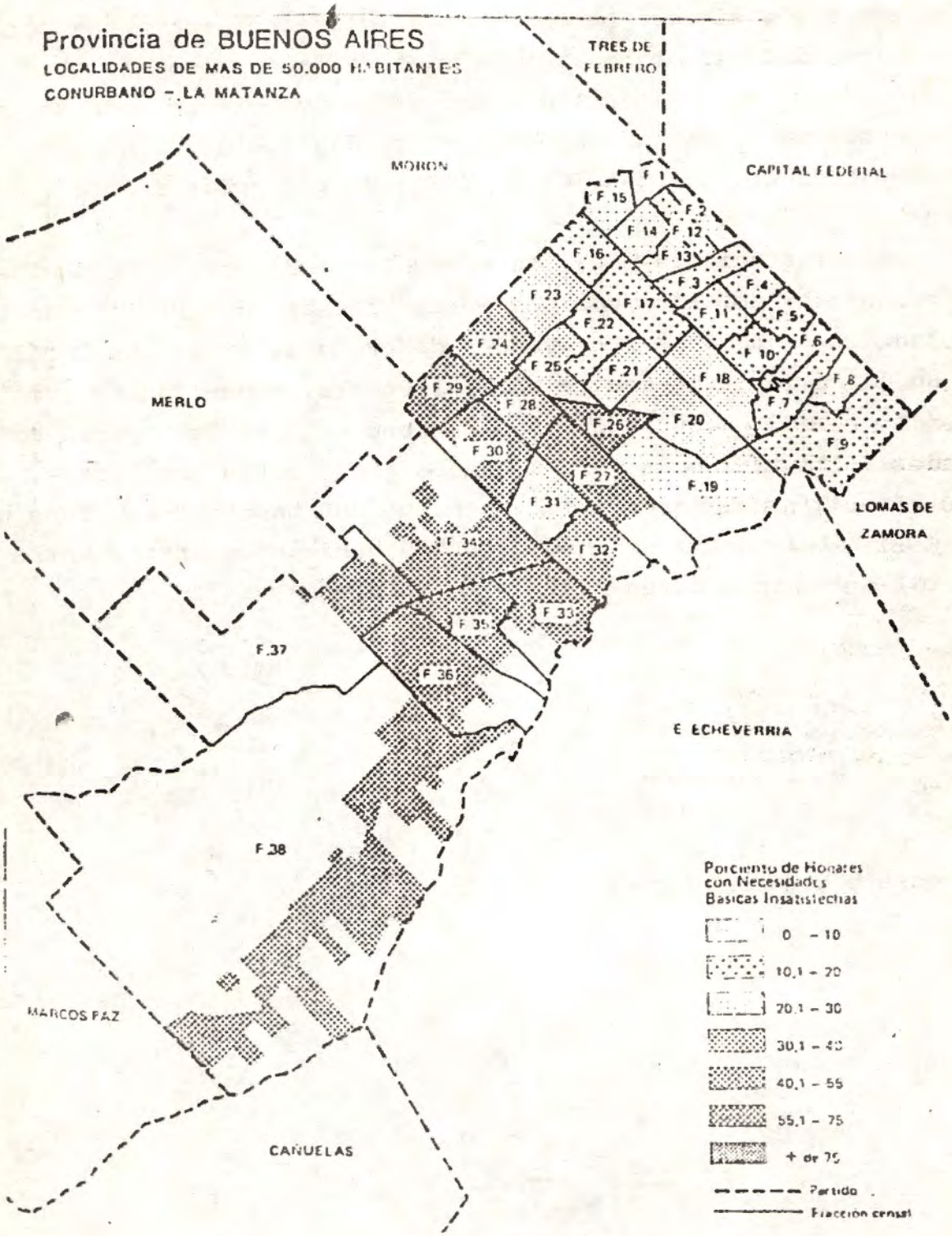
En el informe "La pobreza en la Argentina" se tomó en consideración los siguientes elementos para conformar un indicador de necesidades básicas insatisfechas, para lo cual se incluyó los hogares que:

- albergan más de 3 personas por cuarto
- o habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u "otro tipo")
- o no tengan ningún tipo de retrete
- o tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela
- o bien aquellos que tienen 4 ó más personas por miembro ocupado (Lo que equivale a una tasa de dependencia económica de 3 inactivos por miembro ocupado) y, además, cuyo jefe tenga baja educación (o sea, nunca asistió a establecimiento educacional alguno o, como máximo, asistió hasta el 2°año de nivel primario).

Según el propio informe, las tres primeras condiciones representan niveles críticos de privación de los hogares en sus necesidades habitaciones. La cuarta condición representa la insuficiencia de acceso (ya por factores externos o internos al hogar) a educación básica. La quinta condición representa una potencial incapacidad de los hogares de mayor tamaño y con una alta proporción de miembros inactivos, incapaces de obtener ingresos suficientes para una subsistencia adecuada, debido a la desventaja ocupacional que significa la falta de educación del jefe del hogar.

En el siguiente mapa, se presenta la distribución de los hogares con necesidades básicas insatisfechas, del Partido de La Matanza. Se observan las grandes diferencias entre las localidades, según su cercanía con la Capital Federal. Localidades como Ramos Mejía, con 113.500 habitantes, tiene un 5,6% de hogares con necesidades insatisfechas; Villa Madero, con 80.000 habitantes, tiene un 10 al 20%; Isidro Casanova, con 104.000 habitantes, tiene un 45,9% y González Catán, con unos 100.000 habitantes, tiene entre 45,3 y 46,8% de necesidades básicas insatisfechas.

(Véase página siguiente)


Provincia de BUENOS AIRES
LOCALIDADES DE MAS DE 50.000 HABITANTES
CONURBANO - LA MATANZA
TRES DE FEBRERO
MORON
CAPITAL FEDERAL
MERLO
LOMAS DE ZAMORA
E. ECHEVERRIA
MARCOS PAZ
CAÑUELAS
F. 1
F. 2
F. 3
F. 4
F. 5
F. 6
F. 7
F. 8
F. 9
F. 10
F. 11
F. 12
F. 13
F. 14
F. 15
F. 16
F. 17
F. 18
F. 19
F. 20
F. 21
F. 22
F. 23
F. 24
F. 25
F. 26
F. 27
F. 28
F. 29
F. 30
F. 31
F. 32
F. 33
F. 34
F. 35
F. 36
F. 37
F. 38
Porciento de Hogares con Necesidades Basicas Insatisfechas
0 - 10
10,1 - 20
20,1 - 30
30,1 - 40
40,1 - 55
55,1 - 75
+ de 75
Partido
Fraccion censal

5.2. Cronograma de actividades

Identificación de las principales actividades	TRIMESTRES 1	2	3	4	5	6	7	8
PRIMER AÑO								
1. Exploración general de la comunidad	X							
2. Constitución de los grupos de trabajo		X						
3. Diagnóstico de situación, selección de la muestra	X							
4. Recolección de los datos		X	X					
5. Análisis de las entrevistas				X				
6. Identificación de la problemática				X				
SEGUNDO AÑO								
7. Elaboración de la estrategia preventiva					X			
8. Talleres de reflexión					X	X	X	X
9. Evaluación final							X	X
10. Diseño del proyecto de prevención participativa y de transferencia tecnológica								X

SALUD
CONDICIONES DE VIDA

ANALISIS SITUACIONAL DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA JUVENTUD DE SECTORES POPULARES DEL CONURBANO BONAERENSE

DANIEL FRANKEL

Este trabajo, que se ha desarrollado en el partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, se inscribe en el área de las Ciencias Sociales y de la Salud. Parte de la concepción que entiende el proceso de salud/enfermedad como fenómeno multidimensional y multisectorial. Este proceso es un fenómeno social y colectivo, variable histórica y culturalmente, que puede ser abordado con metodología social. La naturaleza social de la enfermedad se verifica en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos; en las relaciones entre los comportamientos y las condiciones objetivas de existencia, y en las condiciones y estilos particulares de vida.

El presente trabajo se propone tomar como universo de análisis a la población juvenil, a los efectos de describir los modos de relación intergeneracional en los barrios populares, y de condiciones de vulnerabilidad respecto del embarazo y de la sexualidad juvenil.

Estimamos que el seleccionar a la juventud como universo de análisis puede permitir convalidar una categoría de análisis que, hasta ahora, ha tenido un tratamiento ambiguo y parcial. Los jóvenes, por su situación de inestabilidad emocional, configuran un grupo especialmente vulnerable pues, allí, se potencian situaciones vitales de cambio.

Los principales presupuestos teóricos, en el área de la sociología médica implican que:

a) Los procesos de salud y enfermedad son afectados por las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida cotidiana de los individuos. Los acontecimientos históricos, sociales y políticos determinan modos y estrategias de vida. En esas relaciones se produce la génesis y la dinámica de los procesos de vivir, enfermar y morir.

b) Las respuestas a los problemas de salud requieren intervencio-

nes y medios que partan de la comunidad. Las propuestas participativas surgen de la necesidad de producir estímulos capaces de generar mejores niveles de eficacia y eficiencia en los recursos de salud.

Con relación, específicamente, a los grupos de jóvenes, son prioritarias las intervenciones que promueven un intercambio generacional fluido y la creación y el mantenimiento de un espacio grupal propio que, a la vez que confiera oportunidades de expresión a sus integrantes, aliente su individuación. Son prioritarios los objetivos de prevención de la marginalidad y de promoción de patrones de comportamiento que procuren el intercambio y la reciprocidad.

Estos recursos incrementan su capacidad de resistencia frente a hechos tensionantes. El análisis de los recursos disponibles en la juventud para enfrentar situaciones críticas permite generar medidas que promuevan la salud y contribuyan al mejoramiento del medio ambiente humano.

El agravamiento de la situación económicosocial y el aumento de contradicciones sociales como consecuencia de las políticas que se han instrumentado en los últimos años, han incidido en la progresiva desintegración de núcleos familiares y en la destrucción de redes de solidaridad de la comunidad. Respecto de la juventud, el avance de un conjunto de hechos sociales tales como: abandono, violencia, embarazo adolescente, delincuencia, alcoholismo y drogadicción ha ampliado el número de jóvenes de sectores populares que viven en condiciones de marginación social.

También, desde el aparato estatal de salud, se ha producido un notable retroceso que ha llevado al desmantelamiento de la oferta de servicios a los sectores más carecientes. Contradicciones del sistema de salud, incoherencia organizativa como resultado de una falta de planificación eficiente, discontinui

dad y superposición de programas y proyectos y la utilización política de las acciones han sido las características más relevantes de los últimos años.

A pesar de esta situación se han verificado algunos cambios en el área de la investigación en salud con relación al desarrollo de proyectos participativos y de acción. Los problemas relacionados con dimensiones culturales y económicosociales de las poblaciones en estudio, de patrones de morbimortalidad y de atención en salud han llevado a los investigadores a desarrollar programas de trabajo en los que fuera posible integrar líneas de intervencion , factibles de ser utilizadas con fines asistenciales, preventivos y de promoción. Sin embargo, la falta de políticas públicas que avalaran estos proyectos también ha contribuido a desalentar la continuidad de tales líneas de trabajo, por restricciones ideológicas, discontinuidad, financiamiento inadecuado y ausencia de una red central de información.

Este cuadro de situación ha determinado la búsqueda de modelos de alternativa que pudieran dar cuenta no sólo del diagnóstico de vida de la población -en este caso, de la juventud de sectores populares- sino de la instrumentación de estrategias de intervención pertinentes.

ESTILOS DE VIDA DE LA JUVENTUD

Todo intento de objetivar la realidad, tanto de los fenómenos naturales como de los procesos sociales, requiere la construcción de un modelo interpretativo más abarcativo. Cuanto más compleja es la realidad que se quiere observar, tanto más necesaria se hace la utilización de un modelo que caracterice el objeto de análisis desde varias categorías cognoscitivas.

La necesidad de modificar el esquema epidemiológico tradi-

cional, cuyo eje central es la medicina, se impone como prioridad esencial para abrir espacios de comprensión y acción en las medidas locales de salud, en la vida barrial. A pesar de un discurso renovador que ha aparecido en los últimos años respecto de la necesidad de participación de la población -y, más específicamente, de los jóvenes- en las acciones de salud, ninguna señal de cambio se ha operado. Los servicios de salud siguen manteniéndose como organizaciones burocráticas medicalizantes, autoritarias, excesivamente centralizadas y planificadoras de la vida de la población. El resultado de sus acciones es el mantenimiento de relaciones asimétricas entre los equipos técnicos y la población asistida: reproducen estructuras conservadoras y antiparticipativas.

La incorporación de un mdelo ecológico en el campo de la salud invalida los parámetros médicos tradicionales, en tanto puede contextualizar los procesos de salud/enfermedad, detectar situaciones de riesgo biopsicosocial e implementar técnicas de movilización de recursos.

El estudio de los factores que influyen en los comportamientos riesgosos para la salud de los jóvenes permite determinar qué grupos de individuos están más expuestos y, a la vez, diseñar intervenciones preventivas y planificar servicios de atención más eficaces.

El paradigma ecológico de la epidemiología se impone como fuente de creación del conocimiento en tanto apela a la interacción de los jóvenes con su contexto social. Da cuenta de la relación entre la significación que le otorgan a los hechos y a sus prácticas sociales concretas.

La posibilidad de comprender las estrategias y los estilos de vida con relación a los procesos de salud/enfermedad, la integración en un modelo biopsicosocial y el carácter democrático y participativo de sus acciones permite generar propues-

tas de intervención preventiva que se construyen con el protagonismo de los equipos técnicos y de la juventud. La idea de que ciertos estilos de vida pueden estar relacionados con la ocurrencia de procesos de salud/enfermedad no es nueva. Desde hace algún tiempo, la atención de los investigadores se ha focalizado en factores sociales, psicológicos y conductuales asociados con ciertas dolencias o enfermedades como cáncer, enfermedad coronaria o accidentes de trabajo. Frankel y Kornblit (1988, 1989) han estudiado el clima familiar en el que viven pacientes afectados de enfermedades orgánicas crónicas. También, en los últimos tiempos, se han emprendido investigaciones que pudieran dar cuenta de relaciones entre el contexto social y emocional en el que se desenvuelven los jóvenes. Esta certeza ha impulsado a los investigadores a buscar relaciones con la familia y los ámbitos laboral, educativo, comunitario, étnico, religioso, etc.

El estudio de los estilos de vida sólo actualmente está siendo incorporado por los autores latinoamericanos. Aunque no exista todavía consenso en cuanto al concepto de estilo de vida, en un sentido restringido se aplica a los aspectos relacionados con patrones de conducta individuales o grupales sostenidos durante un plazo relativamente prolongado (Pedersen, 1986). La denominación de estilos de vida se inscribe en una determinada concepción de calidad de vida que replantea los supuestos básicos sobre los que se organizan el conocimiento y la práctica tradicional en salud. El modelo de estilos de vida se basa sobre el supuesto de que el mejoramiento del estado de salud de una población no se logra sólo con la aceptación y la utilización de tecnologías médicocientíficas, sino que es necesario integrar en el análisis de los problemas de salud factores estructurales generales de una sociedad (políticos, económicos, demográficos) y particulares de cada brupo poblacional (culturales, interacciones, ideológicos).

En este trabajo se han tomado en cuenta códigos, reglas y

patrones de significación que los jóvenes implementan en sus estrategias cotidianas de vida. Para analizarlos, se han considerado los siguientes componentes:

a) Capacidad de percepción, referida a los riesgos de involucrarse en situaciones que comprometan el estado de salud de los jóvenes,

b) Rigurosidad de percepción, referida a la gravedad de involucrarse en situaciones riesgosas,

c) Los beneficios percibidos, referidos a la influencia y presión del grupo de pertenencia. Son las creencias sobre disponibilidad y efectividad de acción las que determinan el rumbo que toman los grupos juveniles. (Véase Cuadro I).

El proceso de búsqueda de salud de los jóvenes implica sostener acciones que permitan redefinir roles, mantener relaciones con la red familiar y social, desempeñar actividades que reduzcan la posibilidad de estados riesgosos para la salud, fomentar el autocuidado y mantener la capacidad de anticipación de disturbios biopsicosociales y actuar eficazmente ante situaciones imprevistas.

Este modelo presenta una serie de componentes configurados como etapas, no necesariamente secuenciales, en los que deben diferenciarse varios elementos del proceso de búsqueda de salud: definición de hechos perturbantes, los cambios de rol, la búsqueda de ayuda, las acciones a seguir, el rechazo o aceptación de las soluciones indicadas.

Los acontecimientos y distintos eventos de la vida, las situaciones de estrés y los desafíos colectivos a las condiciones de vida generan en los grupos de jóvenes distintas respuestas adaptativas. La magnitud o acumulación de hechos vitales, el proceso de desarticulación de patrones cotidianos de vida conducen a estados de incertidumbre que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes en tanto deben enfrentarse con nuevas e inesperadas situaciones de transición en la vida.

Características del conflicto intergeneracional en los barrios de sectores populares

En los últimso tiempos se ha notado una cierta preocupación por parte de instituciones educativas o de salud, organismos públicos de planificación e investigadores sociales por el tema de la juventud en general. Por cierto, son todavía pocos los que centran su interés en los jóvenes con necesidades insatisfechas -específicamente, los que pertenecen a sectores populares-. A pesar de que la opinión pública y los medios de comunicación intentan colocar el análisis de la problemática de los jóvenes en lugar destacado, pocas son las veces en que se requiere la presencia de los propios jóvenes para que definan ellos mismos sus problemas.

En los barrios de los sectores populares, al joven no se lo convoca para que participe de la elaboración y resolución de sus propios problemas. La preocupación de los adultos gira en torno a dos ejes: control y marginalidad. Pese a que el adulto impone al joven identificarse con la organización, estructura e historia barriales, lo excluye de la participación y de la decisión. De ese modo, el joven ocupa una posición marginal; su identidad está signada por la exclusión. Los adultos, como poseedores del saber y del poder, transforman en asimétricas las relaciones. Así, la contradicción entre poseedores y no poseedores del saber y de la experiencia de vida condiciona y determina la relación entre ambas generaciones. Esta modalidad de control social reproduce el mismo esquema que instituciones públicas, como las de educación o salud, tienen con las organizaciones barriales -en especial, tratándose de aquellas radicadas en villas, asentamientos o barrios carecientes-. Tampoco se convoca a la población a participar en la elaboración de planes o proyectos. Así las cosas, las citadas instituciones proponen proyectos que no concuerdan con la percepción e identificación de necesidades.

Identidad signada x la EXCLUSIÓN

La relación dicotómica (jóvenes/adultos, instituciones/organizaciones barriales) impide resolver la situación de fragmentación en que se desenvuelve actualmente la vida en los barrios de los sectores populares. Negación de participación, ausencia de autocrítica, imposición de la organización de la vida, dificultad en percibir necesidades, carencias y situaciones de riesgo son algunos de los indicadores de fraccionamiento.

En los modos de relación entre adultos y jóvenes, existen patrones encubiertos de relación. La débil presencia de códigos explícitos que sostienen el respeto mutuo y el rechazo de la fuerza para resolver conflictos intergeneracionales son amenazados por la intensa adherencia a valores tradicionales de fuerte carácter autoritario que sustentan el poder en los adultos. El ocultamiento de estos patrones implícitos es fruto también del supuesto de que los conflictos barriales no deben adquirir estado público; se mantienen como secreto que debe ser inaccesible al mundo exterior (barrios vecinos o instituciones públicas). Sólo los sentimientos de ira u hostilidad frente a agresiones de barrios linderos son factores de cohesión y de denuncias públicas. Sin embargo, las condiciones de maltrato intergeneracional no toman estado público debido a la incompatibilidad entre la denuncia del hecho y la continuación de la convivencia. La defensa de la intimidad barrial como mundo privado es defendida por todos los actores: al evitar que la mirada pública, con su carga de paternalismo, ingrese en la vida íntima del barrio, se logra la continuidad de prácticas autoritarias que, por otra parte, los organismos oficiales ni intentan eliminar.

A pesar de que las instituciones públicas intentan controlar y organizar la vida en los barrios, con mensajes de participación y de protagonismo popular, sus propias modalidades

de organización fundamentadas en patrones autoritarios han preservado las relaciones de poder de las generaciones adultas . Desde las unidades domésticas, desde las direcciones barriales y desde las instituciones se avala el poder disciplinario de los adultos.

La posición de los jóvenes, de silenciar el maltrato recibido por parte de los adultos representa, además, una forma de mantener su dependencia y pasividad. Desde el punto de vista de los adultos, cierta tolerancia ante la formación de grupos de jóvenes también responde a la imposibilidad de ayudarlos a resolver su autonomía, debido a que viven en las mismas condiciones que limitan las posibilidades de progreso. La dependencia de los jóvenes, racionalizada a través de hechos objetivos -falta de recursos, trabajo, vivienda, educación- neutralizan su posición activa y conducen a la pasividad e invisibilidad de la agresión intergeneracional. Este encubrimiento, presente en el conflicto intergeneracional, se articula con una ideología de ocultamiento que opera en la sociedad en su conjunto.

Debido a que los jóvenes carecen de la posibilidad de compartir con los adultos la construcción de un modelo propio de vida y por la necesidad de estar siempre consignados al mundo de los adultos, esto conduce a que sean escasas las posibilidades de superar las condicones de alienación en las que se desenvuelven sus vidas.

La relación entre adultos y jóvenes se encuentra enmarcada en un contexto que determina que el poder se mantenga de forma tal que existe una imposición de significaciones, definiciones y determinaciones. Los adultos (en especial, los hombres) representan el poder en la unidad doméstica y en la dirección barrial.

En la relación joven/adulto, es cierto que el primero carece de experiencia, cosa que lo sitúa en desventaja. El adulto, como dueño del conocimiento y de la experiencia, transforma esa relación en una de poder. Los valores dominantes adscriben a la juventud a una concepción de minoridad que conduce al tratamiento tutelar de la cuestión: los menores o jóvenes no están preparados para participar del juego de las relaciones sociales. No son actores que gozan de autonomía: siempre deben apelar a la protección de los mayores.

La legitimidad del control por parte de los adultos es variable, históricamente. En ciertos momentos, cuando cambian las relaciones de poder con otros grupos -cooperadoras de consumo, comisiones directivas, delegados por manzana, etc., o con instituciones públicas y/o religiosas; con partidos políticos, etc., los jóvenes son convocados a participar. Se modifica el estilo impositivo y violento. Aumenta el nivel de tolerancia hacia los jóvenes y se sustituyen las "formas duras" por "maneras suaves": diálogos, invitación a participar en asambleas, métodos no directivos. La recomposición del poder conduce nuevamente a la reivindicación, por parte de los adultos, del monopolio de la legitimidad de sus acciones.

Conflicto intercultural

El conflicto intergeneracional también asume, en los barrios, el carácter de confrontación cultural. El efecto de este proceso es el resultado de la oposición con los adultos -presente en la etapa adolescente, como fenómeno universal de reproducción social'. El conflicto intergeneracional se refiere a la tensión que caracteriza las relaciones entre adultos y jóvenes, como patrones de confrontación que se producen cuando pugnan por defender/imponer sus propias concepciones. Es un proceso histórico , ya que ocurre en cierta fase crítica del crecimiento y consiste en el cuestionamiento del modelo establecido de relación entre padres/hijos, o adultos/jóvenes. Es, asimismo, resultado del en-

frentamiento de códigos diferentes, como consecuencia de procesos de socialización diferenciales.

Los adultos,con una cultura migrante, han debido aprender a elaborar nuevas estrategias de vida, ya que los valores que sustentan en su lugar de origen no tienen cabida en el espacio urbano. En cambio, sus hijos ya fueron socializados por la cultura urbana. Así, los jóvenes ocupan un lugar de conflicto, ya que experimentan rechazo por la cultura y los orígenes de sus padres a los que les adjudican costumbres antiguas.

Proceso de identidad juvenil

La ausencia de espacios sociales juveniles en los barrios , la escasa participación en el ámbito educativo y de salud, llevan a agrupamientos que sustituyen la falta de contención de los adultos o de las instituciones responsables. La preocupación compulsiva de los adultos por evitar estos encuentros que pueden derivar en comportamientos de riesgo -consumo de drogas y/o alcohol, prácticas sexuales tempranas- obedece más al temor por la ruptura del orden cotidiano que a una real necesidad de superar las dificultades de los jóvenes.

La precariedad de la vida barrial, la falta de espacios propios, la confrontación con los adultos, la falta de proyectos , la dificultad por ser comprendidos, la necesidad de ser independientes y de ser aceptados en su singularidad, todo ello convierte la vida de estos jóvenes en una gama de situaciones de extrema vulnerabilidad.

La dificultad de los jóvenes, de lograr un reconocmineoto social se relaciona también con su propio lugar de desvalorización en el barrio; en tanto su cotidianeidad se relaciona con el ocio, la responsabilidad, la informalidad, al eoncormismo, las actitudes violentas, el lugar que define a los jóvenes es el de la exclusión y marginalidad.

De este modo, la dimensión dominación/rebelión constituye el eje alrededor del cual se construye la identidad juvenil en los barrios. Por otra parte, el hecho de que los jóvenes se coloquen en el polo de la resistencia les otorga cierto margen de poder. El cuestionamiento de los valores adultos , la violación sistemática de las reglas, el desinterés, la apatía y los enfrentamientos, todo ello se logra desde una posición de dominio y cierta autonomía de determinadas áreas de relación. La incapacidad por recurrir a alternativas legítimas que rompan el bloqueo de las conductas indisciplinadas y contestatarias está relacionada con las mutuas representaciones que circulan por los barrios. Por un lado, juega un rol fundamental la visión que los jóvenes creen que los adultos tienen de sus personas; además, las imágenes que los adultos tienen en cuanto a la marginación social de los jóvenes adquieren autonomía por sí mismas. Las expectativas, con relación a lo que se espera de ellos y el desconocimiento de sus necesidades, todo se relaciona con la dificultad de convocar a los jóvenes para que protagonicen sus propios proyectos de vida.

Estrategias de resolución implementadas por los adultos

Una forma de resolver la organización de la vida de los jóvenes es insertándolos en el mercado laboral. El trabajo es el punto de referencia de la vida de la población en los sectores populares. No sólo implica un medio para acceder a la obtención de lo necesario para la vida sino que asume un rol de obediencia y orden, al estar sujeto el individuo a una estructura que lo organiza.

Pero, además, el trabajo implica la posibilidad de superar el estrecho mundo en el que se desenvuelve la vida barrial. De este modo, la actividad laboral se constituye en el organizador social por excelencia, para los jóvenes. A diferencia de lo que sucede en el campo de la educación, del cual es posible

desertar, éste se constituye en un camino sin retorno. A pesar de la discontinuidad de las tareas -explotación laboral, trabajos temporarios- la incorporación de los jóvenes a ese mundo conduce a la aceptación de los códigos de los adultos, basados sobre la perspectiva del ahorro, del progreso y del cambio social. La necesidad de ocupar productivamente el tiempo libre , de realizar esfuerzos y sacrificios para superar el presente son códigos aceptados positivamente por los adultos.

El mundo del estudio provoca desconfianza. La influencia de la escuela, al irrumpir en códigos que poco tienen que ver con los estilos de vida de la población de los sectores populares, conduce -según los adultos- a estimular conductas autónomas , ruptura de los patrones tradiconales de vida en cuanto a: relación entre padres/hijos, drogadicción, cultura urbana, etc.

El sistema educativo no funciona como organizador social para los jóvenes. La fragmentación entre el sistema educativo y la vida cotidiana de éstos consiste en la imposibilidad de articular códigos comunes que impidan el carácter discriminatorio de los contenidos curriculares y de las relaciones disciplinarias que se establecen en la relación docente/alumno. En tanto el sistema educativo no logre transformar su confrontación y rechazo de las estrategias de sobrevivencia de los jóvenes, se seguirán transmitiendo contenidos que niegan a los alumnos como sujetos reflexivos, conscientes, capaces de transformar su propia realidad. La perpetuación del carácter discriminatorio de la institución escolar conduce a que el paso por las aulas sea temporario. El mayor índice de desgranamiento del sistema educativo se produce al terminar la escuela primaria: de cada diez alumnos que ingresan en el primer grado, sólo uno finaliza la escuela.

Los que ingresan en el ciclo medio mantienen su incorporación hasta que entran en el mundo del trabajo. A pesar de la

desconfianza de los adultos hacia el sistema educativo guardan una idea de progreso con relación a un mejor nivel de escolaridad. Sin embargo, a pesar del sacrificio que constituye pagar por el estudio de los hijos, con el tiempo tal esfuerzo resulta inútil por la falta de resultados concretos que ayuden a satisfacer las necesidades inmediatas.

Embarazo, reproducción y contracepción

El desarrollo de la identidad sexual es un componente importante de la identidad total de los jóvenes, De todas las pautas de desarrollo, las relacionadas con la identidad sexual son, quizás, las más dramáticas para ellos. Estas pautas implican no sólo la capacidad de funcionar sexualmente, sino la aparición de nuevos sentimientos, deseos y fantasías.

En los últimos tiempos se han producido cambios importantes en relación a la sexualidad juvenil: modificación en las costumbres, ruptura de tabúes, variación en las formas de presión social, etc. Algunos de los factores que pueden mencionarse como causas probables de tal incremento son:

a) Eclosión puberal más temprana: los estudios estadísticos revelan que la menarca se ha ido haciendo cada vez más precoz durante los últimos 100 años, a razón de 3 a 4 meses por década. Este descenso responde a la interacción de factores ambientales (nutrición, principalmente), psicológicos y genéticos,
b) Cambios a nivel de las costumbres, especialmente referidas a una mayor permisividad de las relaciones sexuales prematrimoniales,
c) Cambios a nivel del rol social de la mujer, que pueden sintetizarse en una mayor equiparación con el sexo masculino y en una menor disposición a ser objeto pasivo de intercambio para el matrimonio,
d) Creciente movilidad de los jóvenes, que los libera de presiones y controles familiares,

e) Influencia creciente de los medios de comunicación que son cada vez más explíticos en cuanto a la temática de la sexualidad.

Estas nuevas normas han llevado a un aumento de los problemas que surgen de la liberación de la conducta sexual. En principio, los estímulos eróticos que provienen de los medios de comunicación, asociados con mensajes estigmatizantes y a la carencia de información suficiente, conduce a la incapacidad de asumir una vida sexualmente activa y a bloquear la posibilidad de acceso a medidas anticonceptivas.

Las demandas de información no son satisfechas por los adultos y la temática de sexualidad, embarazo y anticoncepción tampoco figura como proyecto de trabajo en las instituciones públicas. Los jóvenes, sin posibilidad de que sean satisfechas sus ansias de conocimiento, encuentran en sus pares un clima emocional propicio para mantener relaciones sexuales.

El partido de La Matanza, por ejemplo, está constituido por una población jóven con alta incidencia de mujeres en edad fértil. Aunque no siempre es posible registrar los domicilios de las madres, la experiencia hospitalaria revela que el 65% de la población de embarazadas proviene de zonas donde el 40,1% al 55% de los hogares tienen sus necesidades básicas insatisfechas.

Se calcula que, del total de embarazos en La Matanza, entre el 30% y el 40% pertenecen a adolescentes. Más del 45% ocurre antes de los 18 años de edad.

En general, la literatura conceptua el embarazo juvenil como de alto riesgo. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que jóvenes de 16 años presentan un desempeño obstétrico tan satisfactorio como el de mujeres adultas. Además, se ha

observado en la práctica hospitalaria que, al aumentar los controles durante el embarazo se reducen las posibilidades de riesgo a nivel orgánico. Del mismo modo, la práctica de salud en centros barriales ha confirmado estas afirmaciones. Pero se presentan otros factores relacionados con condiciones psíquicas y sociales que son los determinantes del riesgo:

- Aislamiento : jóvenes sin pareja, migrantes sin grupo familiar de contención y carentes de una situación económica estable. Este es uno de los motivos principales por el cual la mayoría de las madres adolescentes sin pareja se ve presionada para entregar el hijo en adopción.
- Desconocimiento de su sexualidad en relación con la represión de su afectividad, como en la falta de educación sexual. En el trabajo de campo realizado en algunos servicios hospitalarios, se comprobó que el 80% de las adolescentes no había tenido información sexual previa al embarazo; que la mayoría de los embarazos no había sido deseada; que 3 de cada 4 jóvenes no habían recurrido a la anticoncepción con motivo de su primera relación sexual y que 1 de cada 4 jóvenes formaba pareja a raíz de su embarazo.

Las adolescentes consignaron 4 motivos para no practicar la anticoncepción:

- Ausencia de información y educación sexual
- Dificultad en obtener anticonceptivos
- Imprevisibilidad de las relaciones sexuales
- Temor a consecuencias negativas para su salud, por ingestión de pastillas.

- Repetición de la historia materna : las jóvenes reproducen el modelo histórico y cultural de sus familias de origen. Desde la infancia, la mujer desempeña roles domésticos, en tanto se hace cargo del cuidado y mantenimiento de la unidad doméstica en ausencia de los adultos.

A diferencia de los sectores medios, donde el pasaje de la ni

ñez a la adolescencia representa un corte más abrupto, en los sectores populares la posibilidad de embarazarse es el resultado de un proceso iniciado en la niñez. La entrega incondicional de la mujer a su familia lleva implícito un compromiso afectivo que la condiciona a una función de servicio, con relación a su marido e hijos, con escaso o casi nulo desarrollo de autonomía.

- Ausencia del padre adolescente: este fenómeno, que se repite tanto en la práctica hospitalaria como en la vida barrial, revela que la problemática de sexualidad y anticoncepción está asociada con atributos totalmente femeninos.

- Inestabilidad familiar: existen situaciones en donde el embarazo puede estar asociado con conflictos grupales. Desde este punto de vista, puede interpretarse como intencionalidad frustrada de despegue, en tanto propósito de separación de la familia de origen. La situación de desprotección de la joven que no cuenta con una pareja ni con recursos conduce a la necesidad de ayuda y dependencia de los adultos.

- Marginación social: falta de espacio propio para la juventud en barrios o instituciones. Los programas de salud sólo tienen en cuenta perfiles asistenciales. Los proyectos de promoción son de vida efímera y se reducen a experiencias aisladas.

BIBLIOGRAFIA

1. BARROSO C., BRUSCHINI M. Educacao Sexual: Debate Aberto. Petropolis, Vozes, 1982.
2. BARROSO C., BRUSCHINI M. Sexo & Juventude: Um Programa Educacional. Sao Paulo, Brasiliense-Fundacao Carlos Chagas, 2983.
3. BARROCO C., BRUSCHINI M.¿La educación sexual o anti-sexual? Rev Sexual hum y educ sex (Comité Reginnal de Educación Sexual para América Latina y el Caribe-CRESALC), 1979, 2(3), 5-14.
4. BERKMAN L.F. & BRESLOW L. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York, Oxford University Press, 1983.
5. BOURDIEU P., PASSERON J.C. La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Barcelona, Laia, 1977.
6. CASSEL J. The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. Am J of Epidemio, 1976, 104 (2).
7. FALETTO E. La juventud como movimiento social. Rev Estud sobre la Juv, 1986, 20.
8. FEIJOO M.del C. ¿Y ahora qué? La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares. Doc. de trabajo: La investigación sobre la pobreza en la Argentina, Buenos aires, 1988.
9. FRANKEL D. Hacia una definición participativa en salud. Cuad Méd-Soc, 1988, 44, 63-75.
10. FRANKEL D., KORNBLIT A.L. Condicionantes de vulnerabilidad en familias de enfermos crónicos. Bor Arg Psicol, 1988, 1.
11. FRANKEL D., KORNBLIT A.L. Patrones de consumo de alcohol en familias de enfermos orgánicos crónicos. Acta Psiquiát Psicol Amér Lat (en prensa)
12. FRANKEL D., KORNBLIT A.L.. Variables psicosociales en el estudio de familias con enfermos orgánicos crónicos. Med y Soc (en prensa)

13. GIROUX H. Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. Harvard Educ Rev, 1983, 3.

14. HAMEL B. y cols. Adolescentes embarazadas de sectores populares urbanos. Características sodiodemográficas y familiares. Rev Chil Obstetr-Ginecol, 1981, 46(4), 163-172.

15. HAMEL B y cols: Información y conducta sexual de la adolescente urbano-popular chilena. Rev Chil Psicol, 1983, 6(2), 21-30.

16. INDEC: La pobreza en la Argentina, 1984.

17. INDEC: La juventud en la Argentina, Estudios, n°3, Buenos Aires, 1985.

18. KORNBLIT A. y MENDES DIZ A.M. Actualización sobre el concepto de estrés ambiental. Med y Soc, 1987, 10(4).

19. NUN J. Cambios en la estructura social de la Argentina. Los sectores populares urbanos. Doc. de Trab. n°3. Buenos Aires, CLADE, 1988.

20. OMS: El embarazo y el aborto en la adolescencia, Serie de Informes Técnicos n°583, Ginebra, 1975.

21. OMS. Necesidades de salud de los adolescentes, Ginebra, 1977.

22. OPS. Estilos de vida y sistemas culturales, 1985.

23. OPS/OMS. Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al proceso de descentralización en los países de la región de las Américas, 1987.

24. PALERMO V. y VILA P. La juventud: tema o problema. Buenos Aires, Archivo de una década, 1987.

25. PEDERSEN D: Estilos de vida y salud. Presentado en la Reunión sobre sistemas culturales, estilos de vida y tecnologías Médicas, Lima, 1986.

26. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. Programa nacional de estadísticas de salud n°25, Serie S. Buenos Aires, Secretaría de Salud, 1986.

27. Programa nacional de estadísticas de salud, Buenos Aires, 1987.

28. ROSENSTOCK I.M. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. En BECKER M.H. The Health Relief Model and Personal Health Behavior, Health Education Monographs,1974 2 (4).

29. ROSENSTOCK I.M. Why peopoe use Health Services. The Milkbank Memorial Fund Quarterly, 44 (3),1966, part 2. Millwood NY, Kraus Reprint Co, 1976.

30. SELVE H. The Stress of Life. New York, Mc Graw Hill, 1956.

31. SIGAL S. Estructuras sociales y juventud latinoamericana. En MONTIEL E (comp_) Juventud de la crisis, México, Nueva Imagen, 1985.

32. SCHWARCS A., REQUENA F., MEANA M.C. y cols. Epidemiología perinatal (mimeo), 1985.

33. WORTMAN A. Jóvenes de sectores populares urbanos. Presentado en el XVII Congreso de Sociología, Montevideo 1988.

CUADRO I. MODELO MODIFICADO DE CREENCIAS DE LA SALUD COMO MEDIDOR DEL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO (Rosenstock, 1974, 1976).

PERCEPCIONES GRUPALES	FACTORES DE CAMBIO	ACCIONES
	Variables psicosociales	Beneficios percibidos
	Variables culturales Variables económico-sociales Variables demográficas	menos
		Impedimentos a la acción preventiva
Iniciación del proceso de búsqueda de salud		
Capacidad de percepción de la situación de riesgo	Amenaza percibida de la situación de riesgo	Probabilidad de buscar una acción preventiva
Rigurosidad de percepción por la presencia de la situación de riesgo		
	Factores condicionantes de la acción preventiva Campañas de medios de difusión Antecedentes familiares Acciones de los equipos de salud	