

II ENCUENTRO DE JÓVENES INVESTIGADORES

“Consolidando espacios del quehacer científico en San Juan”

“Percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las beneficiarias del programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Plan Mujer) del Centro de Adiestramiento Dr. René Favalaro (C.A.R.F.) de la provincia de San Juan, Argentina: **“Representaciones sociales de la sexualidad y su relación con la planificación familiar”**”

Autora: Lic. Lorena Rivero

En el marco de las becas de investigación “Ramón Carillo-Arturo Oñativia” (2012) financiadas por la Comisión Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, se llevó a cabo esta investigación.

Investigar sobre las problemáticas de salud, implica imbuirse en un fenómeno multidimensional, que obliga a considerar no sólo la ausencia de enfermedades, sino también indagar de manera integral los niveles de bienestar físico, mental y social de la población.

En la actualidad, existe en nuestra provincia pocos trabajos investigativos sobre la temática de la sexualidad y todo lo concerniente a ella, proveniente del campo de las Ciencias Sociales.

La salud sexual, la sexualidad y la planificación familiar, son temas trascendentales para la salud y los derechos de todas las personas. Las mujeres expresan continuamente los obstáculos vinculados a la utilización de los métodos anticonceptivos (MAC)¹, sus efectos colaterales y contraindicaciones. También mencionan la coerción que padecen ellas, en la selección de algún tipo de método, por parte de sus parejas. Entre algunas de las consecuencias que se derivan de un método mal elegido, se menciona el mal uso del MAC y/o abandono del mismo, lo que induciría a embarazos no deseados, abortos eventuales, mortalidad materno/infantil, riesgos de contraer ITS², etc. Estas situaciones descritas, dan lugar a sostener que la *ausencia de una planificación familiar* o la mala adopción de algún método anticonceptivo, y el poco compromiso de su pareja, actúan en perjuicio de la salud de las mujeres.

¹ De ahora en adelante métodos anticonceptivos MAC.

² De ahora en adelante Infecciones de Transmisión sexual ITS.

Una cuestión poco visible que se requiere incorporar en el análisis de la sexualidad y procreación familiar, es la descripción e interpretación de los aspectos culturales orientados a las representaciones sociales de las mujeres, para una mayor comprensión de la misma.

La línea interpretativa de la que parte esta investigación, establece que las modalidades de acciones y decisiones de las mujeres en salud sexual, surgen del contenido cultural aprehendido, (caracterizada por una falta de educación sexual formal) adaptándolas a las circunstancias históricas del momento en que vivimos.

Las muertes maternas son un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. La Argentina tiene una tasa de fecundidad baja. La *tasa global de fecundidad* por mil habitantes estimada para el período 2005-2010 es de 2,3 hijos por mujer. Se registra una mínima pero progresiva reducción en el número de esta tasa³. En tanto que la *tasa de natalidad* fue del 18,6‰ para el año 2009⁴. Las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: la tasa de mortalidad materna⁵ en Argentina al año 2009, fue de 5,5 por cada 10.000 nacidos vivos⁶ (NV).

La RMM⁷ en la Argentina resulta alta en relación con otros indicadores de salud reproductiva, entre ellas principalmente la prevalencia de uso de anticonceptivos.

En la provincia de San Juan, en el año 2009, hubo 9 muertes maternas, 3 de ellas, corresponde a mujeres que residían en el departamento Rawson⁸; en el año 2010 hubo 6 muertes maternas⁹. En el año 2011 se presentaron 5 casos de mortalidad materna¹⁰, 2 de los cuales pertenecen a la Zona Sanitaria V, a la cual pertenece el C.A.R.F.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, “*reconoce que el derecho*

³ INDEC, *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país 1950-2015*. Serie Análisis Demográfico N° 30, INDEC, Buenos Aires, 2004.

⁴ Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2009*, Ministerio de Salud, 2010

⁵ La TMM se relaciona claramente con la edad. Es más elevada en mujeres muy jóvenes, es menor entre los 20 y los 29 años, y luego aumenta a medida que aumenta la edad materna.

⁶ Extraído de DEIS. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

⁷ RMM La *razón de mortalidad materna* se define como el número de muertes maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (WorldHealthOrganization, 2007).

⁸ Dirección de Estadísticas e Información de Salud, *Estadísticas Vitales año 2009*, Provincia de San Juan, 2009.

⁹ Dato extraído de la Dirección de Bioestadísticas, Ministerio de Salud Pública, Provincia de San Juan, 2011.

¹⁰ Dato extraído de la Dirección de Bioestadísticas, Ministerio de Salud Pública, Provincia de San Juan, 2011.

*a la salud¹¹ comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados”.*¹²

En el ámbito de la provincia de San Juan, el 1 de agosto de 2003, se crea el Programa “Plan Mujer” (resolución Ministerial N° 0628, registro de la Secretaria de Estado de Salud Pública).

En virtud del marco jurídico e institucional vigente en nuestro país, que garantiza el derecho universal a la salud, se distinguen grupos poblacionales que presentan mayores índices de vulnerabilidad respecto específicamente su salud sexual y reproductiva; y que ven, en algunos casos, limitado su acceso a los servicios de salud públicos.

Apuntando a indagar la sexualidad desde una mirada que trascienda la enfermedad, y considerando que no se registran trabajos cualitativos en la institución que profundicen su estudio (en vinculación con otros aspectos de la vida cotidiana de las mujeres), es que se decidió emprender esta investigación, la cual pretendió aportar conocimientos y ampliar las perspectivas sobre la temática planteada, logrando un avance en la construcción de un enfoque más comprensivo de estos fenómenos que implican vivencias de alto contenido afectivo. Entender las representaciones sociales que orientan las prácticas, en las interacciones sexuales, se considera de vital importancia para fundamentar la planificación de acciones focalizadas de las políticas de salud y acciones de políticas integrales; recuperando aquellos datos que sirvan como base a futuras intervenciones que beneficien a las mujeres, sus parejas y la sociedad, además de los integrantes del equipo sanitario y a la Institución.

Se procuró además, contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud sexual, ofrecidos en el C.A.R.F, ya que si bien cuenta con valiosos datos provenientes de la atención prestada a la población respecto salud sexual, la carga asistencial que sobrellevan los integrantes del equipo de salud, impide la realización de investigaciones. En ese sentido es una investigación pionera en este Centro asistencial.

¹¹ Consagrado en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el derecho a la salud es un derecho humano que debe garantizarse y ejercerse “*sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición*” (Art. 2.1).

¹²Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

OBJETIVOS

General:

Indagar las representaciones sociales de las mujeres incluídas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Plan Mujer) del C.A.R.F., sobre la sexualidad, y su influencia en las decisiones respecto a la planificación familiar.

Específicos:

- Describir clases de discursos sobre sexualidad en las mujeres, y cómo éstos contribuyen a la adopción de decisiones, en las prácticas sexuales.
- Caracterizar los modos en que estas ideas y actuaciones son aceptadas, cuestionadas y/o modificadas por las mujeres, sus parejas y su entorno familiar.
- Detallar la importancia y calidad de la información de salud sexual recibida, desde la propia perspectiva de las entrevistadas.
- Identificar recursos/habilidades personales de las entrevistadas, en la consulta médica.

La presente investigación respondió al *paradigma interpretativo*. Presenta un *diseño* prospectivo, *cualitativo* que posibilitó de manera comprensiva, entender por qué ocurren las cosas, interpretando la subjetividad de las mujeres y de las relaciones de éstas con su entorno.

Fuentes Secundarias:

- *Revisión y análisis de las historias clínicas de las mujeres.*

Fuentes Primarias:

- *Conversaciones informales surgidas en el trabajo de campo.*
- Entrevista semiestructurada:

Población accesible: aquellas mujeres que estuvieron adheridas al Programa Plan Mujer, desde Enero de 2009 y hasta Diciembre de 2011.

Muestra: Muestreo Simple Al Azar (no aleatorias): la muestra no es representativa, sino significativa. El principio que guió el muestreo en el presente trabajo, es la saturación de datos, o sea que la etapa de recolección de datos duró hasta que ya no se obtenía nueva información, y la misma comenzó a redundar.

Para iniciar el proceso, se utilizó el procedimiento de conveniencia.

Número de Casos considerados para el presente estudio: 37

VARIABLES CONSIDERADAS PARA EL ESTUDIO.

Datos Sociodemográficos: Nombre – Edad - Barrio - Estado Civil - Nivel Instrucción - Ocupación - Cantidad De Hijos - Situación Laboral Pareja/Marido

Representaciones Sociales Respecto Sexualidad: Creencias Respecto sexualidad

Planificación Familiar: Percepción de la planificación familiar- Tamaño deseado de familia - Conocimiento de MAC - Edad de inicio del uso de método- Motivación en la adopción del método - Autonomía de la mujer en la adopción del método - Percepción de la calidad de la información de salud sexual y reproductiva recibida–Recursos/habilidades personales

Aspectos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas.

Las **edades** de las entrevistadas oscilaron entre los 16 y 46 años.

Como se percibe en el gráfico (N° I), las mujeres corresponden, en su mayoría al grupo etario de entre 20 y 29 años, representando el 60% de las entrevistadas. Seguido a este grupo, se observa el rango etario correspondiente a mujeres de entre 30 a 34 años (21%). Con un 8% se encuentra el grupo que va de los 15 a 19 años, mientras que con un 3% el grupo etario que va desde los 30 a 44 años, y en igual porcentaje el grupo de mujeres mayores a 45 años. Esto da la pauta de que estas mujeres están en edad reproductiva.

Estadocivil: en un porcentaje mayor, las mujeres se hallan constituidas en forma de concubinato; seguidamente de aquellas que se han constituido en matrimonio, representando 29 de las 37 entrevistadas. 6 de las mujeres manifestaron ser solteras, y solo una mujer separada y una viuda.

Nivel de instrucción: (Gráfico N° II)

Ocupación

En su mayoría tienen como “ocupación” aquellas vinculadas a “amas de casa” y las asociadas a los “servicios domésticos”.

Cantidad de hijos (Gráfico N° III)

*Representaciones sociales respecto **SEXUALIDAD:** creencias respecto sexualidad.*

Información sobre sexualidad

De donde las mujeres obtuvieron información/Aspectos que recibieron

La mayoría de las mujeres manifiestan que recibieron información sobre salud sexual de sus familiares, sobre todo mujeres, y mayormente de sus madres. Es lo que el autor Pacheco Sánchez denomina “referentes significativos”¹³. En menor medida, estos temas fueron tratados con el padre de las entrevistadas, viéndose desdibujada la figura paterna. Los temas abordados refieren al desarrollo de la mujer, menstruación, cuidados en sus relaciones sexuales y se hace mayor hincapié en la prevención de embarazos no deseados y de ITS.

El contenido que se transfiere desde la escuela, manifiestan que es semejante a los que se trasmite desde la familia. En los centros de salud y hospitales, el contenido se refiere primordialmente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar. En ámbitos más informales, también expresaron abordar estas temáticas con amigas, haciendo un mayor hincapié en cuestiones referidas casi exclusivamente a los métodos anticonceptivos.

Se destaca además, que un grupo mínimo de mujeres manifestaron no conversar con nadie de este tema, aludiendo sentir vergüenza.

Percepción de Calidad de la información recibida

Ellas advierten que la mejor información la reciben de los centros de salud, por parte de los miembros del equipo de salud, ya que el contenido transferido es más abarcativo y completo.

De las amigas, la percepción de la calidad de la información, es mala, dado que expresan que la información no es completa, ni adecuada y que muchas veces es errónea. Al igual que de la escuela, manifestaron haber recibido una información parcial y no integral. Dado que se restringe a la anatomía y fisiología de los órganos sexuales humanos. Además, no todas mencionan que se les impartió educación sexual desde las escuelas.

Posibilidad de hablar de Sexualidad con la pareja

Las mujeres plantean que pueden entablar diálogo con sus parejas en torno a temas de sexualidad. En cuanto a los asuntos abordados y compartidos, se destaca temas inherentes a la planificación familiar, transmisión/prevenición

¹³ PACHECO SANCHEZ, Carlos: “EL Carnaval De Los Desencuentros. La Construcción De Los Derechos Humanos, Sexuales Y Reproductivos En Adolescentes”. Colección Textos De La Ciencia De La Salud. Colombia. 2007

de ITS, importancia de realización de controles periódicos, resultados de consultas con especialistas. Se acentúa en la pareja, la preocupación por la modalidad de transmisión de los temas de salud sexual a los hijos.

Posibilidad de conversar sobre salud sexual con los HIJOS

Las mujeres no dialogan con sus hijos respecto a temas de sexualidad. Desde sus percepciones, aducen a que por su desarrollo psicológico, no es adecuada a tan corta edad, instruirlos en estos temas. Se infiere la falta de habilidades de las mujeres para abordar esta temática con sus hijos.

Quienes expresaron conversar con sus hijos.

A los niños (hasta 10 años), mayormente se les transfieren aspectos ligados a la prevención de abuso sexual, sin importar el género. Si son púberes y/o adolescentes, el contenido difiere, tratando aspectos ligados al desarrollo, la menarca, prevención de embarazos no buscados, y/o enfermedades de transmisión sexual. Todo apuntado al cuidado que casi exclusivamente la mujer debe tener, cuestión referida en los apartados anteriores.

Las entrevistadas, manifestaron ser ellas quienes abordan estos temas con los hijos, dado que sus parejas, se presentan menos dispuestos para tratar estos temas. Expresaron además, que para entablar algún tipo de diálogo respecto a la sexualidad con los hijos, efectúan de alguna manera, previamente, una preparación para lo cual primero se informan, por medio de lecturas y/o consultan a profesionales del equipo de salud.

Representaciones sociales respecto PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En primer lugar se menciona que todas las mujeres entrevistadas manifestaron su deseo de ser madres. La imagen de la mujer está asociada, desde tiempos remotos, a un ser con fines meramente reproductivos. Para las entrevistadas, la maternidad es muy importante; considerándola como una forma de realización personal, de pertenencia, de madurez. En este caso, se encontró una entrevistada que manifiesta su deseo de tener solo 2 hijos, debido a que su familia de origen es numerosa, evitando así la reproducción de esa tendencia.

Entre quienes expresaron el deseo de tener 3 hijos, se destaca la limitación en el número de hijos dado que sus intereses se concentran en llevar a cabo un

proyecto de vida, tal como trabajar o perfeccionarse, instruirse y luego conformar su familia.

Quienes manifiestan que su familia debiera estar compuesta por 4 hijos o más, aparece nuevamente la cuestión de la repetición del historial familiar. Ello se comprueba cuando las entrevistadas sostienen su deseo de tener una familia numerosa, tal como lo constituye su familia de origen.

Edad ideal para tener hijos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas, manifiestan que la edad adecuada para comenzar a tener hijos se encuentra en el rango que va de los 20 a los 25 años.

Los fundamentos se vinculan a que en esta edad la mujer ya presenta condiciones óptimas de madurez tanto en los aspectos físicos y psicológicos para la maternidad, como para la carga física y emocional que implica la crianza de los hijos.

Un porcentaje menor de mujeres expresaron como edad ideal para la maternidad el rango etario que va de los 25 a 30 años.

El Significado que las mujeres le otorgan a tener hijos

El significado de tener hijos se transforma en un hito muy importante y anhelado en la vida de las mujeres, dada la connotación cultural que se le asigna al ejercicio de la maternidad. Mayormente las mujeres entrevistadas expresan que el tener un hijo se constituye en *todo* para ellas. Hay un porcentaje de mujeres que reconocen que la llegada de un hijo implica innumerables responsabilidades, asociado principalmente a la crianza de ellos. En los discursos, aparece además la cuestión de tener un hijo asociado al hecho de poseer algo de su "propiedad" y al mismo tiempo el atravesamiento de la carga valorativa con la cual expresan ese significado.

Se visualiza también, la capacidad de engendrar que posee la mujer, al ser capaz de dar vida. Desde otro aspecto, se vincula el tener un hijo, con la capacidad de conformar una familia propia.

Conocimiento de las mujeres respecto a los MAC

Es probable que las respuestas obtenidas estén teñidas por cuestiones inherentes al método al que se le realiza más difusión y/o el más elegido por diversos criterios, entre ellos, como por ejemplo, la efectividad.

Lapíldora es el método al que aludieron conocer la totalidad de las mujeres entrevistadas. Seguidamente, en igual cantidad de mujeres (24) refirieron conocer los inyectables y preservativos. Luego, continúa según importancia, quienes expresaron conocer métodos intrauterinos (DIU) (22 mujeres).

Posteriormente se identifica quienes indican saber acerca de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (9 mujeres); métodos quirúrgicos (ligadura tubaria 7 mujeres) y vasectomía (1 mujer).

Respecto a la vasectomía, se señala como el método menormente conocido.

Es importante mencionar que solo 2 mujeres del CARF, manifestaron conocer el coito interrumpido, que si bien no es un método, se le reconoce como una práctica sexual.

Uso de los M.A.C.

El método que utilizan mayormente es la píldora, seguidamente en igual proporción del uso de métodos tales como inyectables y preservativos. Ligadura tubaria y Diu son los métodos que manifestaron utilizar en menor proporción.

En relación a la ligadura tubaria, manifestaron 2 mujeres ya haber optado por este método. Finalmente cabe señalar que un número importante (6) de mujeres aludieron optar por no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo.

Motivo de la utilización MAC

Se acentúa la importancia por la influencia que imparte, las decisiones de los miembros del equipo de salud, mediante sus indicaciones médicas. Además cobra relevancia las experiencias vivenciadas en torno al uso de los métodos por cada una de estas mujeres así como la información que transmiten los miembros de las diferentes redes en las que está inserta la mujer (familiares, vecinales, institucionales, barriales, etc).

Como decidió el uso del MAC

En referencia a la decisión del uso de los métodos anticonceptivos, por medio de las expresiones se denota que recobra importancia para las mujeres la indicación médica del mismo. Seguidamente en importancia, continúa la decisión que toma la mujer sola. En último lugar aparece la elección por recomendación de familiares y/o amigos. En igual proporción figura la decisión en forma conjunta con la respectiva pareja.

Finalidad del uso de MAC

Las mujeres utilizan los métodos anticonceptivos con la finalidad, en primer lugar y casi exclusivamente, de prevenir un embarazo no buscado, descuidando el aspecto de la prevención de las ITS. Otro objetivo visualizado, es el uso de métodos anticonceptivos indicado como tratamiento médico, rescatando los beneficios de éste método, por lo general la píldora. Se menciona además la no utilización de los métodos de un grupo menor de mujeres.

Actitud de la pareja ante el uso del MAC

A través de estas expresiones se percibe que la actitud de las parejas es de apoyo hacia la utilización del método. Cuando se les consultó sobre los motivos del apoyo que perciben, aludieron al hecho de que les recuerdan los horarios de las tomas de las pastillas, la realización de los controles correspondientes y/o que es una decisión de ambos el utilizar determinado método, por ende no encuentran oposición.

Por todo el análisis expuesto anteriormente **se deduce** que en las mujeres circula un discurso de la sexualidad asociado netamente al aspecto reproductivo, desde una visión ideológica centrada en los aspectos biológicos. Esos discursos, se transforman en un conocimiento caracterizado por ser estereotipado y biologista, apuntando a la cuestión del “cuidarse” de algún embarazo no buscado y/o de infecciones de transmisión sexual, transmitiendo la inhibición del deseo y la búsqueda de todo placer.

Por ende, se destaca como un tema referido solo a las mujeres, adherido al papel meramente biológico y reproductivo. Como se enunció precedentemente, en estas mujeres circula información sexual, que no es sinónimo de educación sexual, por eso estas mujeres acuden mayormente a otras, en función de llenar esos vacíos. Generalmente concurren a madres, hermanas y/o amigas mujeres, que desde el plano subjetivo, poseen algún tipo de información basada en sus experiencias y saberes.

Se aprecia además que esta transmisión de información, lleva impregnado un discurso moral, fusionando cuestiones morales, religiosas y tradicionales en vinculación al abordaje de cuestiones de la sexualidad, colocando de manifiesto la difusión de la cultura propia de estas mujeres. En

consecuencia la familia, influye en los criterios que adoptan las mujeres del para que y como cuidarse.

En torno a la institución salud, las mujeres valoran como positiva la información que se les ofrece desde esta institución, manifestando una conformidad en cuanto a esa información, afirmando la influencia del equipo de salud, en las conductas que las mujeres practican acerca del para que y como cuidarse.

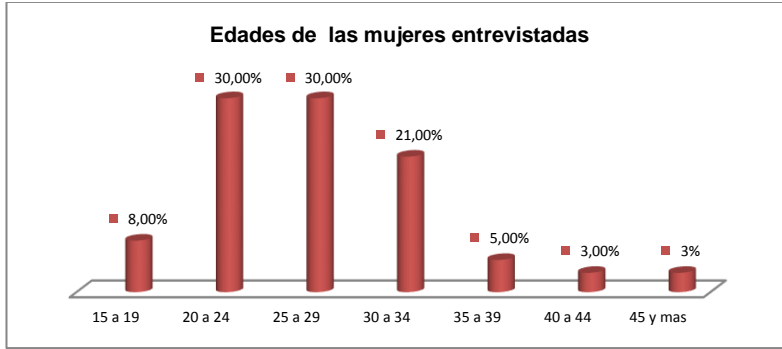
Estas mujeres además verbalizan la insatisfacción en cuanto a la información que recibieron de instituciones como la escuela, medios de comunicación, religión y amistades, dado que en estas predomina también un discurso biologista.

En relación a las representaciones sociales de los métodos anticonceptivos, el motivo por el cual la mujer opta por usar un método, lo perciben en vinculación a la contribución de estos a decidir cuándo tener hijos, en detrimento de sus expectativas reproductivas, proyecto de vida, relación de pareja, prevención de infecciones de transmisión sexual y su salud en general.

Respecto a la maternidad, la perciben como un proyecto de vida. Asimismo, se encuentra que las entrevistadas consideran como positivo poseer poca cantidad de hijos, pero sus actitudes frente a esto son diferentes. Ello se encuentra condicionado por la información obtenida sobre sexualidad meramente ligado a lo reproductivo, como los métodos anticonceptivos, el contexto socioeconómico y fundamentalmente por los motivos del cómo y porque cuidarse.

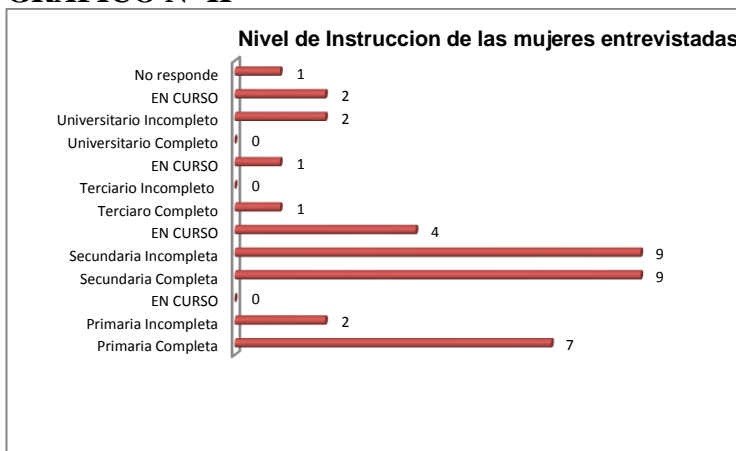
*Todo lo enunciado hasta el momento hace presumir que el proceso de objetivación de las representaciones sociales sobre sexualidad **en estas mujeres**, no está culminado, ya que la asocian a las prácticas sexuales fundamentalmente ligadas a la procreación. Así mismo, presentan contradicciones entre sus enunciados y sus prácticas, llevando a que orienten sus conductas, acciones y decisiones respecto la planificación familiar, a situaciones de riesgos en detrimento de la salud de ellas.*

GRAFICO N° I



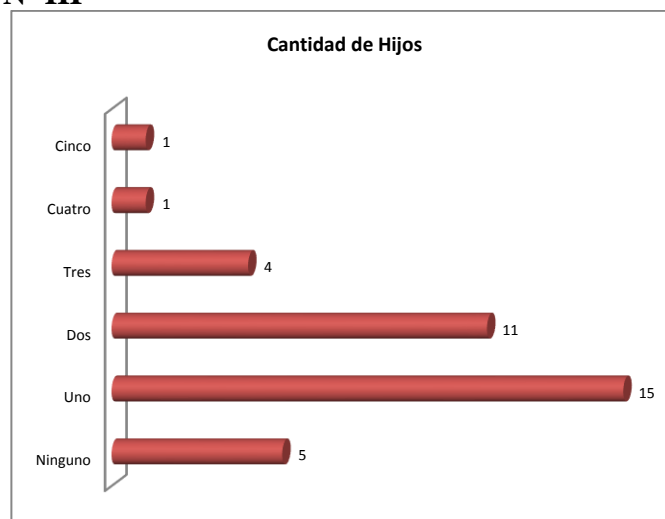
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas.

GRAFICO N° II



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas.

GRAFICO N° III



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las entrevistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, Yanina: "Desarmar El Modelo De Ser Mujer=Madre". Disponible en <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/desarm956.pdf>. (Consultado el 05/04/13)

CEDES: "Lo Que Las Mujeres Piensan: Conocimientos Y Percepciones sobre Cáncer de Cuello de Útero y realización de PAP" Resumen Ejecutivo 2005. Disponible en <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html> (Consultado el 15/08/2012)

GOGNA, Mónica: "Estado Del Arte. Investigación Sobre Sexualidad y Derechos En La Argentina (1990-2002). 1ª Edición. Buenos Aires. CEDES. 2005.

PACHECO, Carlos Iván y otros: "La Construcción de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos en Adolescentes". Colección Ciencias de la Salud. Colombia. 2007.

PANTELIDES, Edith; BOTT, Sara: "Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina". OMS. Editorial Biblos. Bs. As. 2000.

PETRACCI, Mónica – RAMOS, Silvina (Comp.): "La Política Publica De Salud Y Derechos Sexuales Y Reproductivos En La Argentina: Aportes Para Comprender Su Historia. 1ª Edición. Buenos Aires. CEDES. 2006

RODRIGUEZ SALAZAR, Tania – GARCIA, María: "Representaciones Sociales. Teoría E Investigación". Universidad de Guadalajara. Editorial CUSCH-UDG. Primera Edición. 2007.

RODRÍGUEZ, Alfonso AC: "Salud sexual y Reproductiva desde la Mirada de las Mujeres". Revista Cubana Salud Pública 2006;32(1). Revista ScieloRev Cubana Salud Pública v.32 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006 versión on line. (Consultado el 14/04/2013).

SANCHEZ, María Pilar: "Mujer y Salud: familia, trabajo y sociedad". Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2003.

SCAVONE, Lucila (Compiladora): "Genero y Salud Reproductiva En América Latina".Coeditares Área De Género: Mujer Rural. Colegio De Postgraduados (México) Y Otros. 1999.

SHALLAT, L. (1993), "Derechos de la vida", en Mujer y Salud, N° 3, Santiago de Chile.

SZASZ, Ivonne: "Sexualidad y Género: Algunas Experiencias de Investigación en México".