

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD



Maestría en Medicina Social

Representaciones Sociales del personal de salud de los
Servicios Amigables de Zacatecas; en torno a la
Sexualidad Adolescente.

T E S I S

Para Obtener el Grado de Maestra en Medicina Social

P R E S E N T A

ERANDI MERCADO GUZMÁN

Director: Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
Asesora de Tesis: Dra. Oliva López Arellano
Asesora de Tesis: Mtra. Deyanira González de León

MÉXICO, D.F.

MAYO 2015

La presente tesis titulada: “Representaciones Sociales del personal de salud de los Servicios Amigables de Zacatecas; en torno a la Sexualidad Adolescente” realizada por la alumna Erandi Mercado Guzmán ha sido aprobada por el comité como requisito parcial para obtener el grado de

Maestra en Medicina Social

COMITÉ

Presidenta _____
Maestra Deyanira de la Paz González de León Aguirre

Secretaria _____
Doctora Oliva López Arellano

Vocal-1 _____
Doctor Jorge Alberto Álvarez Díaz

Vocal-2 _____
Doctor Edgar Carlos Jarillo Soto

Vocal-3 _____
Doctora Addis Abeba Salinas Urbina

México, Distrito Federal a 7 de Mayo 2015

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de una tesis cruza por reconocer el poco conocimiento que se tiene sobre el tema a investigar, y lo que éste transforma la vida. Al momento de plasmar en papel el sinnúmero de ideas, cuestionamientos y miradas de la realidad, se gesta la oportunidad de reflexionar sobre lo que se puede hacer en el andar por el mundo.

Por lo cual agradezco a cada uno de los Docentes de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco, con sus conocimientos y pasión por lograr el derecho a la salud, con ello ayudan a construir un mundo mejor.

Mi agradecimiento especial al Doctor Jorge Alberto Álvarez Díaz, por compartir sus experiencias y aprendizaje, por su escucha en todo momento y por acompañarme, con la sencillez que lo caracteriza, en mi primer travesía de reflexión y escritura.

A la Doctora Oliva López quien desde el primer encuentro en Zacatecas me motivó a entrar a la Maestría de Medicina Social; gracias por leerme, admitir ser mi asesora y por ser ejemplo de profesionalismo.

A la Maestra Deyanira González de León, por sus comentarios orientadores a mi tesis, que me llevaron a una culminación más satisfactoria de este trabajo.

A Edgar Jarillo y Addis Salinas, quienes con sus trabajos me ayudaron a concretar ideas para mi investigación, y sus observaciones facilitaron el término de mi tesis.

A los Doctores Eduardo Hernández y Teodoro Gómez por su tiempo y apoyo.

Gracias a cada uno de los profesionales de la salud que participaron en mi travesía por la investigación cualitativa.

DEDICATORIA

A cada una de las personas que han compartido vida conmigo, en diferentes momentos y lugares... compartir es construir y reconstruir lo que somos.

A la mujer que desde niña decidió cambiar su rumbo de vida y salió a luchar incansablemente, gracias madre por enseñarme la importancia de seguir adelante y por estar a mi lado en todo momento.

A Humberto Mercado Pinedo, mi padre, por ayudarme a tomar diferentes caminos que son tan suyos como míos.

A mi Manito luiiri, a Tomo y a mi sobrino Akira, por hacerme conocer más allá de Occidente, gracias hermano por tu solidaridad y por brindarme la oportunidad de ser tía; es algo único.

A Ismael Monreal, mi shubi, por ser mi acompañante en la locura de vivir en la Ciudad de la Esperanza, por estar conmigo en mi constante transformación como mujer, compañera y persona; te adoro y más.

A Georgina, por su solidaridad y compañía en tantos momentos.

A mis amigas y mujeres valiosas Valeria Martínez, Ana Paulina Monreal, Cherón Moretti, Manu Gutiérrez, Paloma Gómez quienes han sido mis cómplices en los últimos años y de quienes he aprendido a disfrutar y vivir.

A cada uno de mis compañeros de trabajo Mexfam-MIIO-A por concederme la oportunidad de formar parte del proyecto en el momento justo.

CONTENIDO

| | |
|---|------------|
| AGRADECIMIENTOS..... | II |
| DEDICATORIA..... | III |
| RESUMEN..... | IX |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MARCO CONCEPTUAL..... | 4 |
| 2.1 ANTECEDENTES PARA LA INVESTIGACIÓN..... | 4 |
| 2.2 REPRESENTACIONES SOCIALES..... | 8 |
| 2.3 SEXUALIDAD..... | 12 |
| 2.4 PERSPECTIVA DE GÉNERO..... | 22 |
| 2.5 ADOLESCENTES..... | 27 |
| 2.6 PERSONAL Y ATENCIÓN EN SALUD..... | 30 |
| 2.7 PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES Y LA ESTRATEGIA DE LOS SERVICIOS AMIGABLES..... | 34 |
| III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 41 |
| 3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 44 |
| 3.2 OBJETIVOS..... | 44 |
| <i>Objetivo General:</i> | 44 |
| <i>Objetivos específicos:</i> | 44 |
| IV. METODOLOGÍA..... | 45 |
| 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 45 |
| 4.2 CARACTERIZACIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO..... | 47 |
| 4.3 PARTICIPANTES..... | 51 |
| 4.4 ESTRATEGIAS DE CONTACTO Y SELECCIÓN..... | 53 |
| 4.5 ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... | 57 |
| 4.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS..... | 60 |
| 4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 61 |
| V. RESULTADOS..... | 62 |
| 5.1 EL PERSONAL DE SALUD: SUS CONDICIONES SOCIO-LABORALES Y LA RELACIÓN CON LAS/OS ADOLESCENTES..... | 62 |
| 5.2 LA ADOLESCENCIA EN EL DISCURSO DEL PROFESIONAL DE SALUD..... | 64 |
| 5.3 LA SEXUALIDAD ESQUEMATIZADA CON EL MODELO DE LOS HOLONOS A PARTIR DEL DISCURSO DEL PERSONAL DE SALUD..... | 68 |
| 5.4 LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE EN PALABRAS DEL PERSONAL DE SALUD..... | 70 |
| 5.5 EXPRESIONES ESPECÍFICAS SOBRE PLACER Y AFECTO COMO PARTE DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE..... | 73 |
| 5.6 LA CONDICIÓN DE SER HOMBRE O MUJER AL HABLAR SOBRE LA SEXUALIDAD..... | 77 |
| 5.7 EL PERSONAL DE SALUD Y LA REFERENCIA DE OTROS SUJETOS IMPLICADOS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DEL ADOLESCENTE..... | 83 |

| | |
|--|------------|
| VI. DISCUSIÓN | 87 |
| 6.1 LA MIRADA DEL PROFESIONAL SOBRE LAS/LOS ADOLESCENTES; REPRODUCCIÓN DE CONCEPTOS TRADICIONALES..... | 88 |
| 6.2 LOS HOLONES Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD: LA SEXUALIDAD CONSTRUIDA COMO COITO, REPRODUCCIÓN Y ANTICONCEPCIÓN..... | 90 |
| 6.3 EL GÉNERO, SU RELACIÓN CON LA INTERSUBJETIVIDAD DEL PLACER, EL VÍNCULO Y LA REPRODUCCIÓN. | 93 |
| 6.4 SEXUALIDAD: CONSTRUCCIÓN Y REPRODUCCIÓN DE RELACIONES GENÉRICAS HETERONORMATIVAS. | 94 |
| 6.5 LA FAMILIA Y LA EDUCACIÓN FORMAL, RESPONSABILIDAD Y DEMÉRITO, ¿DÓNDE QUEDA EL ESTADO? | 96 |
| 6.6 EL PERSONAL DE SALUD Y LA CORRELACIÓN CON LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS AMIGABLES. ... | 98 |
| VII. CONCLUSIONES | 100 |
| VIII. RECOMENDACIONES..... | 103 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | 104 |
| X. ANEXOS..... | 115 |
| ANEXO 1. RESPUESTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS..... | 115 |
| ANEXO 2. TEMAS EXPLORADOS EN LA GUÍA DE GRUPO FOCAL..... | 116 |
| ANEXO 3. TEMAS EXPLORADOS EN LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA..... | 117 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| FIGURA 1. ESQUEMA SIMPLE DE LOS CUATRO HOLONES SEXUALES..... | 14 |
| FIGURA 2. ESQUEMATIZACIÓN DE LOS NIVELES EN LA INTERVENCIÓN EN TORNO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS/LOS ADOLESCENTES | 40 |
| FIGURA 3. MAPA DEL ESTADO DE ZACATECAS Y SUS JURISDICCIONES SANITARIAS..... | 49 |
| FIGURA 4. MAPA DEL ESTADO DE ZACATECAS CON UBICACIÓN GEOGRÁFICA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES..... | 55 |
| FIGURA 5. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DEL MODELO DE LOS CUATRO HOLONES EXPRESADOS EN LA INTERSUBJETIVIDAD DEL PERSONAL DE SALUD DE LOS SERVICIOS AMIGABLES..... | 69 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|-----------|
| CUADRO 1. PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES..... | 52 |
| CUADRO 2. PERSONAL CLAVE PARTICIPANTE EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA | 53 |
| CUADRO 3. LUGAR DE REALIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES..... | 54 |
| CUADRO 4. MOMENTOS Y CONTACTOS PARA LA FACILITACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES..... | 56 |
| CUADRO 5. CÓDIGOS PARA EL ANÁLISIS DEL DISCURSO..... | 59 |

*“Para vivir necesitamos reproducir por lo menos parte del sistema en que vivimos
aun cuando lo cuestionemos e incluso luchemos contra él”*

Eduardo Menéndez

*“... Y por si fuera poco, con premeditación y alevosía he cometido el acto de amor sin el
noble propósito de reproducir la mano de obra. Yo bien sé que el pecado carnal está mal
visto en el alto cielo; pero sospecho que Dios condena lo que ignora”*

Eduardo Galeano

RESUMEN.

Existe una trayectoria investigativa sobre la sexualidad adolescente desde diferentes áreas del conocimiento, sin embargo, al considerar al personal de salud y las representaciones sociales o significados sobre ésta, hasta ahora ha sido escasa la atención. En el presente estudio, se hace un recorrido por las representaciones sociales del personal de salud en materia de sexualidad, considerando los elementos como la construcción del género, la reproducción, el erotismo y la vinculación afectiva (modelo de los holones), y su relación con la adolescencia. La investigación se inscribe en la perspectiva socio constructivista e histórica de la sexualidad, retoma la perspectiva de género como aquello que atraviesa todos los elementos de la sexualidad; y donde se construye y reproducen desigualdades, la sexualidad y el género, mismas que se anclan en el cuerpo y producen relaciones de poder que llegan a ser imperceptibles, pero que se mantienen y reproducen en la cotidianidad de nuestra sociedad.

La presente investigación ubica a la estrategia de *Servicios Amigables*, que deriva del programa específico de salud sexual y reproductiva para adolescentes, y que concentra lo que se ha pretendido hacer desde hace quince años en materia de salud sexual y reproductiva para el grupo de edad de diez a diecinueve años, y que es parte de un programa específico de referencia obligada para las instituciones públicas de salud. Al considerar al personal de salud, se ubicaron aquellos responsables de los servicios amigables en algunos centros de salud y hospitales del estado de Zacatecas, se identificaron y analizaron sus representaciones sociales en torno a la sexualidad, esto para intentar relacionar su intersubjetividad como actor clave en la implementación de las políticas públicas.

Los principales hallazgos se relacionan con que el personal de salud lleva sobre sí el peso del entorno social, cultural e histórico y que emerge al atender a las y los adolescentes especialmente, cuando se trata de la sexualidad de éstos.

Palabras clave: Sexualidad, personal de salud, representaciones sociales, perspectiva de género, adolescencia.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las políticas en materia de salud sexual y reproductiva incluyen a grupos poblacionales específicos, entre ellos las y los adolescentes, donde, además de la promoción y los derechos sexuales y reproductivos, incluye la generación de servicios de calidad en todas las entidades federativas con el fin de mejorar las condiciones de salud relacionadas con la sexualidad y reproducción de la población joven. La prestación de servicios en materia de adolescentes y sexualidad, cruza por una serie de constructos complejos e históricos, que no sólo involucran aspectos morfo-fisiológicos y de la reproducción, sino también las representaciones sociales, imaginarios y significados que se otorgan al cuerpo, a la sexualidad y a las relaciones entre los géneros, así como la mirada de la adolescencia como producto cultural y cambiante dentro de nuestro contexto.

La medicina social permite un encuadre flexible del objeto de estudio a investigar: la sexualidad, analizándola como una categoría que incorpora el contexto histórico-social, así como los cambios permanentes en nuestra cultura. Incluso permite identificar a la sexualidad dentro y como producto de los modelos hegemónicos dominantes: el cristianismo y el médico, los cuales han llevado a seguir reglas de sociabilización entre los géneros, formas de deseo y placer, aspectos esperados sobre la reproducción. Así como también las formas aceptadas socialmente de afecto, construcciones culturales que llevan consigo la reconstrucción constante de los aspectos simbólicos en la subjetividad de los individuos.

Esta investigación trata de integrar a los determinantes sociales (estructura económica, el dominio político y los procesos ideológicos o culturales) y su impacto en la salud; esto a partir de un aspecto específico: la sexualidad; al igual que el entender cómo se concretan en el sistema de salud las políticas sanitarias a partir de prácticas entre quien otorga una atención en salud y quien la recibe; entre el personal de salud y las/os adolescentes, dinámica inserta dentro del modelo médico hegemónico, que configura la relación clínica.

Se contempla a la sexualidad como parte inseparable de la salud y el bienestar integral del individuo, en especial en el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta –la adolescencia-, tanto en términos biológicos, como psíquicos y sociales. La adolescencia, periodo en que, por lo general, se tiene el primer contacto sexual, pero también donde se construye una identidad y sus interrelaciones con otro y consigo mismas/os; ya que a partir de un cuerpo biológico se hacen interpretaciones culturales sobre lo que debe o no ser la adolescencia. Es entonces que el personal de salud representa, interpreta y percibe la sexualidad en esta etapa desde lo que se ha transmitido socialmente; y son esos constructos los que reproducen estereotipos y creencias sobre las prácticas de la sexualidad, ocultando así la realidad que presentan los jóvenes.

En este orden de ideas es imperioso concretar el derecho al acceso a servicios de salud de calidad y a la información que le permita al adolescente la toma de decisiones acerca de su salud; así como a expresar su sexualidad autocrítica y responsable; y no sólo prevenir enfermedades y embarazos, sino también contemplar la sexualidad como parte de la vida de cada persona. Así mismo, es de interés de este estudio reconocer el rol que juega el personal de salud como parte fundamental de los sistemas de salud y el funcionamiento de un programa específico dirigido a adolescentes, que involucra no sólo cuestiones técnicas sino subjetividad e intersubjetividad.

El objetivo medular de la presente investigación fue aproximarnos a la forma en que el personal de salud representa y significa la sexualidad de las/os adolescentes, considerando como elementos de la sexualidad al placer, la reproducción, el género y el afecto. Nos ocupamos de un grupo de profesionistas sanitarios responsables de la estrategia denominada servicios amigables, misma que deriva del programa específico de salud sexual y reproductiva para adolescentes y que laboran dentro de los servicios de salud del estado de Zacatecas. En la metodología se utilizan los aspectos que integran a la sexualidad según el modelo de los holones (Rubio, 1994), que contempla las relaciones de género como categoría analítica y se retoma la integralidad donde confluyen el afecto, el placer y la reproducción.

La pertinencia de la investigación radica en la posibilidad de que los servicios amigables para adolescentes en salud sexual y reproductiva se fortalezcan y se visibilicen (o se resalten) aspectos culturales, sociales e históricos dentro de la políticas en salud y, sobre todo, en aquellas donde se ve involucrada la sexualidad de los individuos. Además de contribuir a que se conciba a las y los adolescentes como sujetos autónomos, con la libertad necesaria en el ejercicio de su sexualidad y se consolide, además, la atención preventiva de servicios de salud sexual y reproductiva.

II. MARCO CONCEPTUAL.

El presente capítulo tiene como propósito identificar las investigaciones realizadas que fundamentan el planteamiento del problema y la pregunta de investigación. Además, por un lado, busca mostrar los principales constructos epistemológicos y axiológicos en torno a las representaciones sociales, la sexualidad y la perspectiva de género, desde el enfoque socio constructorista que asume esta investigación.

Por otro, procura presentar una revisión sobre el conocimiento sistematizado acerca de la adolescencia, los prestadores de salud como grupo de actores específico involucrado en los procesos salud-enfermedad-atención, y sobre el programa específico para la salud sexual y reproductiva del adolescente, de donde deriva la estrategia servicios amigables. De esta manera se enmarcan los posicionamientos teóricos-conceptuales y metodológicos sobre los que se sustenta el análisis de los resultados.

2.1 Antecedentes para la investigación

El incluir las perspectivas de corte predominantemente cualitativo, se pone al centro de la discusión la subjetividad de los actores sociales, buscando no sólo los problemas clínicos relacionados con la sexualidad, sino además desentrañar los vínculos existentes entre el discurso, los comportamientos y las relaciones sociales en un contexto histórico, con políticas, públicas existentes y con cambios culturales lentos pero constantes. Es así que se trata de dar sentido al contexto macro con el interaccionalismo simbólico.

Las investigaciones socioculturales que han abarcado a la población adolescente y los aspectos relativos a la sexualidad en el orden simbólico, se relacionan con temas como el embarazo, la perspectiva de género y las relaciones de poder.

Se revisaron estudios que aportaron a la definición del problema a investigar, entre ellos: "Experiencia y Significados de la Virginitad e Iniciación Sexual" (Amuchástegui, 2001); "Los Significados de Embarazo Adolescente"; "La Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva" y "Estereotipos de Género, las Relaciones Sexuales y Embarazo Adolescente" (Stern, 1995; 2003; 2007); "Las Perspectivas de los Adolescentes sobre Sexualidad y Educación Sexual" (Villaseñor, 2008); y las relacionadas con "Significados en los Adolescentes sobre Masculinidad, Sexualidad, Poder y Violencia" (Villaseñor y Castañeda, 2003).

Investigaciones que dieron pauta para comprender la importancia del imaginario en materia de sexualidad y relaciones de género de las y los adolescentes, como un grupo que no sólo preocupa al sector salud y a la ciencia médica, sino además a otras ciencias como la sociología, la demografía y la politología.

La población adolescente es considerada actualmente como portadora del bono demográfico, y, para la agenda gubernamental, preocupa sobre todo las tasas de fecundidad, que al contrario de otros grupos de edad, no ha disminuido el número de descendencia nacida viva, de madres entre los diez y diecinueve años. El uso de métodos anticonceptivos en adolescentes es bajo; un ejemplo de ello es que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en las jóvenes de 15 a 24, casadas, solteras y sexualmente activas, es de 27 por ciento, lo que supone que implica el riesgo de embarazo no planeado y sus consecuencias (Guttmacher, 2013).

Se trata entonces de considerar la importancia de actores que suelen influir en los aspectos sexuales y, sobre todo, reproductivos de la población adolescente, como son aquellos que otorgan servicios en materia de anticoncepción y que tiene relación directa con prácticas sexuales en mujeres y hombres entre los 10 y 19 años; lo que lleva en este caso a la investigación relacionada con salud sexual y salud reproductiva, buscando en específico a quienes son la cara de las instituciones de salud y, por lo tanto, los que implementan las políticas, programas y dan servicios.

El personal de salud es un sujeto que tiene conocimientos técnicos y científicos, los cuales se significan a partir de sus construcciones socio-culturales como el género, la moral y la sexualidad, mismos que son producto de la historia de dominación de Occidente: el cristianismo católico, la ciencia médica hegemónica y el sistema económico capitalista. Todo se entremezcla generando atenciones fundamentadas en relaciones desiguales.

Así, en el ámbito de esta otredad, pero no de la adolescencia, se destaca la observación que hiciera Szasz respecto a que el personal de salud tiene como “prioridad médica” en materia de salud sexual y reproductiva, la atención a las mujeres, en tanto la orientación de los servicios hace énfasis en la planificación familiar; sin considerar la privación socioeconómica, la discriminación de género y la dificultad de acceso a la atención de salud (Szasz, 2003).

La búsqueda de estudios realizados al personal de salud, permitió definir los propósitos de la investigación. Un estudio dirigido al personal de salud y relacionado con la sexualidad es el de García y Viniegra (2009), que estuvo basado en implementar una estrategia educativa entre dos grupos experimentales, integrado por equipos de salud de primer nivel de atención, con medición inicial y final, y un grupo control sin intermediación, concluyó en que sí existía una elevada proporción de profesionales del equipo de salud que no cuestionan lo habitual, inercial, lo de costumbre y dominante de la sexualidad, a pesar de ser responsables de educar a la población, haciendo referencia en que existe una brecha entre el discurso y lo que realmente es el comportamiento de las personas.

En relación con investigaciones aplicadas desde el orden simbólico, y tomando en consideración al personal de salud, son pocas y si bien, de manera específica no se encontraron estudios sobre las representaciones sociales del personal de salud en torno a la sexualidad del adolescente, sí se retomaron investigaciones que han tratado de comprender el cómo se reproduce en los sujetos, en particular en el profesional de la salud, lo construido en materia de sexualidad. La revisión llevó a investigaciones sobre el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida) y embarazo que se

fundamentan en la sexualidad y su permanente cambio de definición, la categoría de género y los aspectos que vulneran a ciertas poblaciones.

En la Universidad del Estado de Río de Janeiro (Olivera, 2007) se realizó un estudio cuali-cuantitativo con la idea de analizar el contenido y la estructura de las representaciones sociales de los enfermeros sobre la persona con VIH/Sida. Ahí se abordan aspectos de la representación social del VIH/Sida y en especial lo que parece ser uno de sus problemas fundamentales: el estigma y la discriminación hacia las personas que viven ya sea con el virus o con la enfermedad.

En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se efectuó una investigación cualitativa con el registro escrito de los discursos de diversos profesionales de la salud que impartían un diplomado en educación perinatal (Sapién y Córdoba, 2011). Ahí se concluye que las ideas y conocimiento del personal de salud son cultivados con prejuicios del sentido común y sesgos sexistas acerca de la sexualidad y el embarazo.

En una investigación de la Escuela de Salud Pública de la Habana, Cuba (García y Díaz, 2010), se establece como resultados la evidencia acerca del valor de las representaciones socioculturales para aportar nuevo conocimiento sobre las condiciones y respuestas sociales involucradas en el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud, tomando en consideración a diferentes actores sociales involucrados. Las visualizó, además, como productos de la vivencia de las contradicciones diarias de las personas que padecen, de los prestadores de salud encargados de atenderlos y del grupo humano al que cada uno pertenece. Por otra parte, contribuyó a la comprensión de que las representaciones socioculturales expresan el entendimiento de las personas y de los prestadores de salud, con sus pares, sus contrarios, con las instituciones y sus normativas, y que se manifiestan en el habla, actitudes, comportamientos y conductas, que se institucionalizan y se transforman en rutinas.

La investigación con mayor similitud, y desde nuestro campo de conocimiento, es una tesis de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (Salinas, 2008). Trabajo donde se abordan los significados que se le da a la sexualidad bajo la mirada de los jóvenes pasantes de medicina. Investigación cualitativa con técnica de

entrevistas a profundidad, que destaca el enfoque biológico de éstos sobre el de la construcción social de la sexualidad, la confrontación entre lo personal y lo profesional y la dicotomía entre el aprendizaje teórico y las vivencias de los pasantes. Los significados construidos por el personal de salud en torno a la sexualidad impactan en su formación y desempeño laboral.

Con los estudios revisados se observa la importancia de identificar lo que expresa el personal de salud en torno a la sexualidad y las prácticas sexuales durante la adolescencia, así como también identifica la perspectiva de género que tiene el profesional cuando se procura una atención, además de contemplar los aspectos integrales de la sexualidad.

Por otro lado también se analizaron investigaciones relacionadas con los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes; los casos de Buenos Aires, México D.F. y Sao Paulo (Gogna, 2001); y el de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes, desde el enfoque de derechos humanos (Morlchetti, 2007). Ambos estudios nos permiten vincular los aspectos relacionados con el personal de salud y las políticas en materia de salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.

2.2 Representaciones sociales

La presente investigación se inscribe dentro de la perspectiva socio-construccionista, desde donde se concibe la sexualidad y la perspectiva de género. En este marco, se busca entablar una relación de lo que se manifiesta individualmente en el discurso, y que es producto de lo que ha sido transmitido de generación en generación construyendo representaciones y/o significados particulares, al cómo se debe vivir o experimentar aspectos esenciales de la vida. Es así que se utiliza la categoría de representaciones sociales como aquello que las personas han configurado como formas de vivir, experimentar y comprender los aspectos humanos cotidianos.

Las dimensiones sociales y culturales de las representaciones de una acción humana como es la sexualidad, dentro de un grupo de sujetos que comparten acciones y condiciones de trabajo, suelen presentar convergencias sociales e históricas, incluso cuando se den particularidades en lo individual. Los individuos se constituyen como sujetos y asumen experiencias propias y otras colectivas, mismas que se originan en su cultura y al interior de una historia social común, lo cual permite reconocer que lo que se dice o hace es el reflejo de esos contextos específicos. En los discursos y en las prácticas se reflejan las verdades que se representan en los sujetos al organizar su mundo, *“el testimonio hablado es parte de la descripción y análisis de la realidad... las representaciones, las narrativas, los discursos, las historias y las experiencias de los sujetos y los grupos son básicamente prácticas discursivas”* (Menéndez, 2012:35)¹.

En el orden simbólico de la existencia y las experiencias humanas, destacan la representación y la memoria social, como intentos explicativos que recurren a la conciencia y el imaginario. El concepto de representación social surge dentro de la psicología social en los años setenta del siglo pasado, con Serge Moscovici y es profundizada por Denise Jodelet, lo cual sirve como herramienta para entender la relación individuo/sociedad (Arruda, 2010). La inclusión de representaciones sociales permite acceder a través de las narraciones al nivel de significación de los sujetos; en este caso en particular, interesa la sexualidad como experiencia significativa tanto de los propios sujetos como de otros.

Las representaciones sociales son dinámicas, no únicamente productos mentales, son construcciones simbólicas que se crean y se recrean, en definitiva se deconstruyen en el curso de las interacciones sociales. No tienen un carácter estático ni determinan representaciones individuales. Moscovici las define como un *“conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales... equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades*

¹ Menéndez retoma las narrativas desde el contexto macro y lo lleva a la vida de los sujetos:
} "todo sistema se mantiene y reproduce en gran medida a partir de que los sujetos y grupos hacemos para vivir nuestra cotidianidad"

tradicionales, puede incluso afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común” (Moscovici, 1981:181).

Las representaciones sociales permiten considerar modalidades de conocimiento práctico orientadas a la comunicación, para la comprensión del contexto social, material e ideológico en que vivimos. Además son útiles para identificar los grupos que ejercen un dominio sobre otros a partir de lo expresado gramaticalmente, y que mantienen y reproducen las desigualdades.

Para Jodelet *“las representaciones sociales son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con un objeto práctico que contribuye a la construcción de una realidad común en un conjunto social”* (Jodelet en Arruda, 2010:24). Es entonces que las representaciones sociales comprenden las expresiones, imágenes, ideas y valores presentes sobre el objeto práctico u objeto de estudio, en este caso la sexualidad; ayuda a pensar no sólo en las capacidades técnicas de los profesionales y los conocimientos adquiridos durante su formación profesional; sino además, en lo que se refiere a la historia de la sexualidad en Occidente, caracterizada por la dominación sobre el cuerpo y que ha provocado que se condicione a una forma cultural de expresar el deseo, la reproducción, los afectos y las maneras de actuar de los sujetos con relación a su sexo, en lo individual y lo colectivo.

Quienes han estudiado las representaciones sociales lo han hecho desde dos enfoques: el estructural y el procesual. El enfoque procesual, abordaje elegido para guiar esta investigación, es aquel que se caracteriza por considerar que, para acceder al conocimiento de las representaciones sociales, se parte de una visión hermenéutica, *“entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos”*, (Banchs, 2000). El enfoque procesual, desde una postura socio constructivista, permite el análisis de las relaciones sociales a partir de procesos cognitivos o individuales y, por otro lado, incorpora los contextuales o sociales.

La importancia de las representaciones sociales está relacionada con el establecimiento del orden simbólico intersubjetivo y las prácticas sociales. Considerar la relación entre el discurso y la práctica, la práctica y las instituciones es una forma de resignificar el acceso a un tipo de servicios. Las voces contenidas en los discursos de prestadores de servicios de salud, permiten identificar la legitimación de relaciones de poder que se generan en las instituciones, las desigualdades y las moralidades que se conservan en torno al cuerpo y su sexualidad. Es así que se verbaliza la relación de dominio no sólo entre los actores sociales, sino también de las instituciones que representan.

Otra noción de representaciones socioculturales es la aportada por Montes-Muñoz en su tesis doctoral del año 2007, referida a las creencias, valores, actitudes y símbolos integrados en el sistema de interpretaciones de las personas, que organizan sus conductas y la comunicación social con respecto a un fenómeno determinado.

La autora de una tesis doctoral (Díaz, 2012), sobre infertilidad desde un enfoque antropológico, reconoce que la mayoría de los aspectos de la salud sexual y reproductiva, han sido muy bien caracterizados desde el punto de vista morfo-fisiológico, pero aún resulta limitada la comprensión de sus nexos con las representaciones socioculturales, los comportamientos, y cómo estos se expresan en la vivencia grupal e individual del problema de salud. En otro sentido, esta misma autora argumentó, a través de sus resultados, que las representaciones socioculturales, además de revelar la visión histórica sobre la vida, la reproducción social y biológica, y los condicionamientos de género, reflejan también inconformidades, elementos transformadores y proyecciones de futuro que contribuyen a la deconstrucción de patrones concebidos como universales e inmutables. De ahí la demostración que logra hacer de la capacidad de las representaciones socioculturales observables, para revelar la naturaleza contradictoria de la organización donde los actores sociales están insertos, dígase sociedad, familias, parejas, instituciones, normativas.

2.3 Sexualidad

El abordaje integral de la salud y en particular de la salud sexual, debe integrar a la sexualidad como parte consustancial a la salud, sin pensar en la sexualidad o en el ejercicio de prácticas sexuales como problema para la salud; sino más bien como un proceso que acompaña a cada sujeto en sus diferentes etapas de vida biológica. La sexualidad ubicada en un cuerpo biológico y que ha sido subsumido en diferentes momentos por las condiciones sociales e históricas de dominación del cuerpo. No existe ningún análisis cultural o social, epidemiológico o biológico, político o ideológico, económico o de producción de la salud, que pueda dejar de lado a la persona sexuada, sus representaciones y comportamientos, que tenga como fin la construcción de la salud en los diferentes ámbitos de las personas (Alfonso, 2011).

Luego entonces, considerar la integralidad de la sexualidad nos hace adentrarnos en ámbitos donde confluyen los aspectos biológicos y lo que se construye social, cultural e históricamente. La sexualidad resulta un ejemplo donde lo sociocultural subsume a lo biológico. En este orden de ideas se requiere una mirada integral de la sexualidad que trascienda la mirada física y reproductiva. El análisis de la sexualidad permite estudiar cómo se originan, se legitiman socialmente y se construyen simbólicamente las relaciones entre las personas, a partir de las ideologías que cada sociedad tiene sobre el hecho sexual (Alfonso, 2011). La sexualidad se encuentra anclada al cuerpo sexuado y es a partir de este hecho que se remite a la ciencia por un lado y a la religión por el otro, donde ha prevalecido el “dominio” sobre el cuerpo y su sexualidad; dominio que continúa reproduciéndose en los espacios de conocimiento, principalmente en el área de la salud; y que se manifiesta en la expresión de la intersubjetividad de quienes suponen poseen el “conocimiento” científico, y que expresan en las prácticas, discursos o en manifestaciones del sentido común.

El acceso a la atención de la salud, principalmente la denominada salud sexual y reproductiva, en la que esté involucrada la sexualidad, no sólo tiene que ver con los espacios físicos con que se cuente, con la voluntad política del Estado para adherirse a tratados internacionales y establecer programas y estrategias en

esta materia; tiene además que ver con la representación simbólica de la sexualidad de los actores involucrados en la atención y con las diferentes dinámicas de poder al interior de sus vivencias personales e institucionales. Lo expresado como lo que es "la sexualidad" tiene insertos aspectos morales, legales, formas educativas, prácticas pasadas y actuales; ya que la sexualidad tiene la complejidad social que se refleja tanto en lo privado como en lo público.

Existen dos formas importantes para entender la sexualidad en esta investigación. Primero, la sexualidad es vista desde un proceso histórico, dando como resultado una construcción social producida, tanto por contextos socioculturales particulares y, además, por la experiencia subjetiva de cada persona. Socioculturalmente, lo que se entiende por sexualidad en nuestra cultura occidental, mexicana y zacatecana, es resultado de una integración de la dominación de la religión principalmente cristiana-católica, el patriarcado como relación dominante entre hombres y mujeres y los diferentes; más los contextos económicos, políticos y tecnológicos que modifican la vida social de las personas, cambiando lenta y gradualmente patrones culturales relacionados con la sexualidad.

El segunda forma es entender la sexualidad de manera esquemática e integral, tanto para comprender lo que se enmarca dentro de lo que llamamos sexualidad, como para el proceso metodológico y de análisis; es así que se considera la teoría de los holones, propuesta que integra a la sexualidad como un sistema compuesto por potencialidades esenciales que manifiestan los sujetos: el erotismo, la reproducción, el género y la vinculación afectiva, cada uno de los individuos vive y reproduce en lo individual y colectivo. Cada uno de los holones ayuda a comprender las diferentes manifestaciones y prácticas de lo sexual, donde el cuerpo es el fundamento, y considerando que a lo largo de la historia las potencialidades de la sexualidad se han vivido de manera diferente teniendo cambios y transiciones.

El modelo de los holones es una propuesta elaborada por Rubio en la década de los ochenta del siglo pasado, desarrollado como modelo teórico de la sexualidad humana para ser aplicado en psicoterapia (Figura 1). Se vale de la representación de los holones, como un sistema sexual que ayuda esquemáticamente a comprender la estructura mental que elaboran los sujetos acerca de la sexualidad, entendida en este modelo *“como resultado de la fusión entre la integración de experiencias que se producen por las potencialidades humanas de: A) reproducción, b) diferenciación sexual, c) formación de vínculos afectivos interpersonales y d) experiencia de placer en el encuentro erótico”* (Rubio, 2008:448). Para esta investigación interesa cómo cada una de las potencialidades produce una serie de experiencias a lo largo del desarrollo del individuo, lo que va conformando significados y equivalencias y que se expresan en las representaciones sociales de contextos culturales. Además el modelo de los holones permite esquematizar gráficamente cada potencialidad y las interacciones entre cada uno de ellos, concretando la totalidad de la sexualidad.

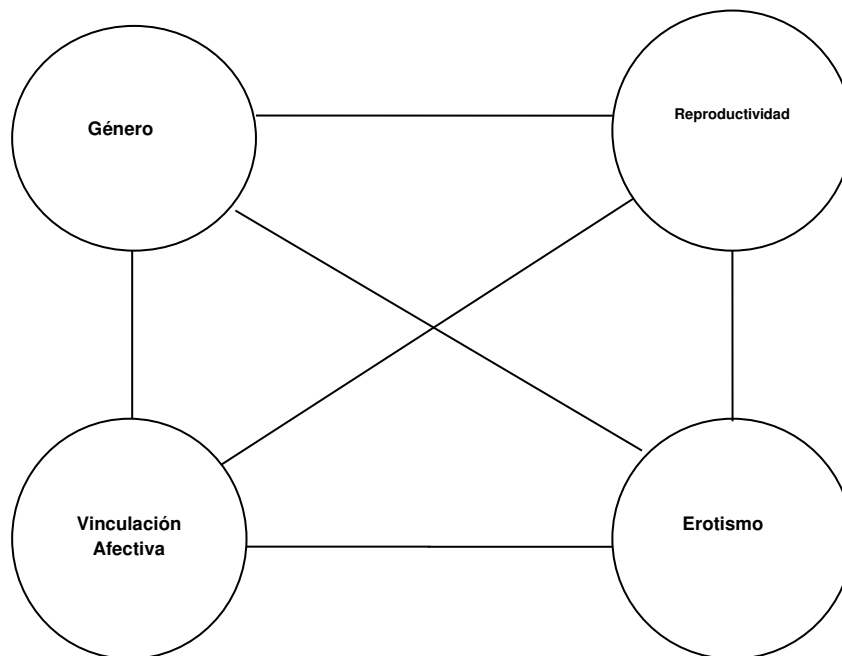


Figura 1. Esquema simple de los cuatro holones sexuales.

La educación integral en sexualidad tanto para los profesionales de la salud como para cualquier sujeto, contempla el considerar al placer, la relación sexo/género, los aspectos de reproducción y las necesidades afectivas que cada individuo vive a lo largo de su vida. Es así que en el tema de educación en materia de sexualidad, que ha sido y es relevante y reiterativo en los convenios internacionales a los cuales México se adhiere y con los que se compromete, se trata de fortalecer a los grupos vulnerables (mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad), y, al mismo tiempo, de generar o propiciar la capacidad técnica de los actores involucrados en materia de educación sexual como lo son: el personal de salud, los profesores, madres y padres de familia .

Cabe acotar en este apartado, que por lo general la sexualidad es interpretada como el acto sexual que involucra el coito y la consecuente reproducción biológica (lo que usualmente se refiere a las relaciones físicas entre los sexos, tener “sexo”), esto nos lleva a lo que Weeks menciona como “la visión del mundo del sexo”, que se dio a partir del siglo XIX, considerando al “sexo” como una fuerza natural biológica, ubicada en los genitales, que es dicotómica y heterosexual, y que usualmente se relaciona con actitudes sociales y prácticas sexuales vinculadas con frecuencia a la enfermedad (Weeks, 2000). Antecedente que permite comprender la visión actual de la sexualidad y especificar que no sólo alude al sexo, coito y sexualidad de manera indiferenciada, sino que, además, se refiere a la sexualidad, coito y sexo con una carga negativa, pues se le asocia con temor, culpa, pecado y enfermedad, donde la función única es la necesidad de la reproducción, anulando así la expresión de placer. Lo anterior permite establecer que sexo no es sexualidad. Que la sexualidad es compleja e integra aspectos que cruzan por lo individual, lo social, institucional y lo político es

“el establecimiento de un conjunto de reglas y normas, en parte tradicionales, en parte nuevas que se apoyan en instituciones religiosa, judiciales, pedagógicas, médicas; cambios también en la manera en que los individuos se ven llevados a dar sentido y valor a su conducta, a sus deberes, a sus placeres, a sus sentimientos” (Foucault, 2011:9).

Para los propósitos de este estudio se asume la sexualidad como la suma de lo que ha sido una construcción histórica y social, donde el cuerpo y su regulación resultan fundamentales, donde se refleja la organización del poder sobre la vida, pero *“la sexualidad no debe pensarse como un tipo de hecho natural que el poder trata de mantener controlado, ni como un dominio oscuro que el conocimiento trata de descubrir gradualmente...”* (Foucault, 2009:105)². La construcción de la sexualidad permite la comprensión de cómo en el presente, y en un contexto específico, se representan simbólicamente hechos sociales del pasado y de quién ha dominado el lenguaje y la ciencia de la sexualidad.

Sexualidad es el nombre que se le puede dar a un dispositivo histórico, donde se ejercen apresamientos, a través de una gran red superficial donde la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos, el refuerzo de los controles y las resistencias se encadenan unos con otros según estrategias de saber y poder (Foucault, 2009).

Las formaciones simbólicas que se tienen sobre la sexualidad en Occidente están fuertemente relacionadas con significados morales y seculares resultados de las diferentes épocas que ha atravesado la cultura. Por su parte la construcción social de la sexualidad en México es producto de una pluralidad de discursos con origen en diferentes momentos históricos, contextos sociales y políticos; una construcción nutrida por distintos lenguajes y transformaciones de la cultura mexicana, (Amuchástegui, 2001).

La iglesia católica en nuestro país fue la institución que dictó normas morales conyugales, supuestos sobre el amor y el matrimonio, donde destaca la fidelidad como valor y la sexualidad sólo como instrumento para fines reproductivos y donde el placer era pecado. Estos preceptos predominaron en el periodo colonial y continuaron hasta a mediados del siglo XIX. En la segunda mitad de esa centuria, lo que predominó fue el designio de roles claros para cada sexo, fundamentando

² Foucault teorizó la sexualidad y su construcción en Occidente, los vínculos con la medicina y el estado a partir del siglo XVII, evidenciando cómo históricamente la medicina ha jugado un papel central en la construcción de la “normalidad” visibilizando la participación de la ciencia en la medicalización, (Foucault, 2009).

la heteronormatividad, donde la relación de los sexos se complementaba obligatoriamente (Dávalos, 1994).

En el contexto actual mexicano, coexisten los aspectos heredados de la colonia y el siglo XIX, con un sistema moral cristiano y los aspectos propios de la modernización y la globalización. El consumo de medios materiales y la comunicación masiva interactúan con los valores tradicionales de la cultura de nuestro país, aunado esto a las desigualdades socioeconómicas y educativas, lo cual da como resultado lógicas comunes para concebir la sexualidad. Entonces, los cambios estructurales y los medios tecnológicos han influido ideológicamente en los discursos y prácticas relacionadas con la sexualidad; pareciera que ésta deja de ser tabú en el mundo moderno, pero la cultura avanza a pasos lentos; y en los adultos permean valores morales que no van a la misma velocidad que las prácticas sexuales de los jóvenes.

Si se trata de definir la sexualidad es una tarea compleja, si se considera que han habido contribuciones de varias disciplinas, que van desde el naturalismo pasando por el positivismo, el pospositivismo y el posmodernismo (Arango, 2008). Diferentes andamiajes teóricos se han acercado a estudiar la sexualidad, agrupándose en tres aproximaciones: la biologicista, la matriz cultural y la construccionista, esta última considera que la sexualidad no es ni una fuerza vital poderosa que se desborda sin importar los constreñimientos culturales, ni un impulso natural idéntico en todos los individuos, que deba ser canalizado por la sociedad (Córdova, 2003). Es entonces que se comprende, como ya se ha explicado, la visión de la sexualidad no individual sino social, influida por los momentos históricos y las relaciones de poder, donde predomina la constitución obligatoria de los sujetos en dos géneros; y que se ve influenciada por la clase social a la que se pertenece.

Teóricamente, es el enfoque del construccionismo social, aunado a teorías sociológicas y antropológicas sobre el orden simbólico, el que permite a esta investigación involucrar a la sexualidad en el establecimiento de la relación entre actores sociales y la intersubjetividad implícita. Además, permite incorporar las relaciones sociales, como la que existe entre mujeres y hombres, dando lugar a

jerarquías y, por ende, a relaciones de poder; *“Las relaciones, particularmente las vinculadas con raza, género y clase adquieren significado para definir comportamientos sexuales”* (Weeks, 1998:177).

Pero es necesario no dejar de lado las relaciones de dominación, ya que son elementos que se mantienen invisibles, que en el lenguaje se transparentan, en la cotidianidad, en el gesto más simple y en el más complejo: para así comprender el orden simbólico de la sexualidad en un mundo donde el dominio ha sido masculino, tanto en lo público como en lo privado. En la ciencia, en las instituciones y en la religión, el dominio masculino queda implícito. Históricamente la sexualidad, de acuerdo con la época y las consideraciones culturales de la misma, no es una cosa que se puede poseer sino que se manifiesta a través de relaciones de poder (Foucault, 1978).

La sexualidad es una construcción social porque es histórica, cambiante y definible en un contexto cultural que está pensada en el mundo de lo imaginario (Minello, 1998). *“Las implicaciones sociales y simbólicas en la sexualidad de los sujetos, se inscriben en el cuerpo, en lo simbólico, en los usos sociales, ya sea cuando nos referimos a la sexualidad propia o a la de otros; en la sexualidad se establecen comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo y también a las relaciones sociales”* (Szasz, 1998:11). La instrumentación de la sexualidad favorece a ciertos pensamientos dominantes, la apropiación del conocimiento científico sobre el cuerpo establece normas que sin ser del orden de lo judeocristiano mantiene y reproduce manifestaciones específicas de la sexualidad, aun caracterizados los aspectos reproductivos.

Para aspectos metodológicos y con el fin de ubicar a la sexualidad integralmente, en un marco de análisis específico, tanto en las políticas en materia de salud sexual y reproductiva, como en lo que expresan los individuos al hablar de sexualidad, es necesario, además de la comprensión de la construcción social, analizar lo interpretado como sexualidad integral. Se retoman varias definiciones que comprenden a la sexualidad de manera integral, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud define:

El término sexualidad como una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción se experimenta en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (Arango, 2008:5).

Es aquí que se retoma el aspecto relacionado a la necesidad de utilizar de manera concreta y esquemática los aspectos de la sexualidad y no solo la definición anterior. Conjuntando las ideas sobre la sexualidad se decide utilizar la propuesta de Eusebio Rubio, que propone como modelo el uso del concepto de holones; sin dejar de especificar que la sexualidad es resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive, conformadas a través de la historia de la humanidad y que se especifican en un contexto social.

Los holones o potencialidades vitales: la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas (Rubio, 1994), son las que integran el modelo que permite esquematizar e identificar las formulaciones mentales de los individuos, para luego intentar ser capturadas por nuestro entendimiento. Los holones (reproducción, género, erotismo, vinculación afectiva interpersonal) como estrategias de interpretación, permiten el acceso a los aspectos simbólicos sobre la sexualidad, con un método que ha sido utilizado en el área clínica, académica y, en este caso, para el acercamiento cualitativo a las representaciones de un grupo de actores.

Al detallar o desmenuzar cada holon, cuando se hace referencia al erotismo se contempla no sólo las respuestas hormonales y neuronales que el cuerpo tiene ante un estímulo y que provoca una respuesta sexual física; sino, además, lo que se construye en torno a esta respuesta y el cómo se vive y representa en las mujeres y en los hombres. Por eso el discurso ante el erotismo es el discurso de la

historia de Occidente, donde se ha reprimido el placer y se ha diferenciado el erotismo de ellas y de ellos.

Para esto, es necesario tener presente que el erotismo no es la genitalidad y ésta no es la sexualidad. El erotismo es una potencialidad que ayuda a entender que a los hombres se les construye la sexualidad diferente a la de las mujeres. Los hombres conforman su psicoerotismo prepúbere, púber y postpúber; las mujeres lo retrasan en función del otro, la sexualidad de ella no le pertenece porque le pertenece a él; en las mujeres el erotismo tiene que ser descubierto por otro y no por ella misma, la satisfacción sexual femenina se significa en función del otro (Aldana, 2008).

Pero el erotismo, al igual que su construcción o elaboración, según se sea hombre o mujer, también se relaciona con la idea de reproducción. Desde un ámbito más biológico se sustenta la idea de generar vida y tiene, al igual que el erotismo, una construcción diferente según el género que se asume. La reproducción como la posibilidad humana privilegiada de producir individuos, es como usualmente está representada en los sujetos, es una potencialidad sumamente valorada en nuestro contexto social; a esa posibilidad se le considera el fin esencial de la sexualidad. En el ámbito de la reproducción es necesario contemplar los procesos biológicos que dan como resultado un proceso gestacional, y también el paradigma de que el crecimiento físico y madurez de los sujetos lleva implícita la capacidad reproductiva; es la denominada etapa de fertilidad (Jasso, 2008). La reproducción y todo aquello que la involucra, impacta no sólo en la gestación y proceso individual de la mujer, y en algunos casos del hombre, sino, además, en los aspectos económicos y sociales de los sujetos y las sociedades.

Tanto la reproducción como el erotismo se relacionan con la importancia de la vinculación entre los sujetos, lo cual permite expresar lo que se nos inculca social y psicológicamente, en aras de relacionarnos unos con otros y que nos permita preservar y fortalecer las estructuras sociales. El erotismo tiene una relación estrecha con la manera en que cada individuo se vincula, en dependencia del cómo se construyen gradualmente las experiencias afectivas con quienes lo

rodean; de ahí que el erotismo esté determinado por relaciones afectivas que tienen que ver con el cuerpo, la masculinidad y/o feminidad y los aspectos reproductivos (Miranda, 2008). Se establecen relaciones entre los sexos, contruidos con roles de género, ligados al placer y aunados a la reproducción.

Es entonces que los hombres viven un autoerotismo y una genitalidad distintos a las mujeres, pero también la reproducción queda como responsabilidad de la mujer y su cuerpo; es relevante la estrecha relación de la construcción de estereotipos de género en torno a los otros holones y en general a la sexualidad.

La sexualidad y el género se entienden como construcciones sociales e históricas, enmarcadas en relaciones de poder que parten de un punto común: el cuerpo. La sexualidad tiene como base biológica el cuerpo, el cual indica primeramente la diferencia entre los sexos, sin dejar de considerar las relaciones sexuales, la excitación, la reproducción, las diferentes formas de placer y la violencia sobre los cuerpos, porque es en los cuerpos donde están las historias individuales y colectivas (Weeks, 1998). Se piensa en concreto sobre el gran concepto de sexualidad, porque es en la materialidad del cuerpo sexuado donde se anclan los símbolos y significados de cada sexo, en cada cultura y sociedad (Alfonso, 2011).

Los cuerpos son diferentes en su base biológica, y respecto a la pertenencia de uno u otro sexo se establece una construcción mental que permea toda la existencia humana. La construcción de dos formas de vida, dos modos de ser y de existir, a partir de la construcción de la sexualidad se basa en los cuerpos diferenciados, otorgando como si fueran atributos sexuales un conjunto de atributos eróticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos y políticos, el cuerpo es el máspreciado objeto de poder en el orden de los géneros (Lagarde, 1994).

Lamas menciona que *“la construcción que cada sociedad hace de la sexualidad dentro de una lógica cultural sobre la diferencia de los sexos: el género... la cultura, marca a los sexos con el género, y el género marca la percepción de todo lo demás, lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano”*

(Lamas, 1998:52)³. La categoría de género transversaliza todos los aspectos de esta investigación, la cual se entretene entre el cuerpo, la sexualidad, el ser mujer u hombre y la legitimación de las relaciones genéricas de dominación, donde el placer y el afecto son vividos de modo diferente. En el marco de este análisis se contempla la dicotomía hombre-mujer para fines prácticos, ya que se pretende identificar las relaciones históricas de desigualdad que se han reproducido y que han permanecido en el pensamiento colectivo cultural.

2.4 Perspectiva de género.

Aunque se separen las categorías de sexualidad y género, la reflexión en torno a ellas está siempre vinculada. Existe un sincretismo presente fundamentado a partir de que ambas son una construcción social, histórica, con base biológica en el cuerpo y sus características morfofisiológicas, aspectos que para ambas categorías son subsumidas por procesos culturales, políticos y económicos. El género como construcción social establece las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres, las diferencias en el acceso a los recursos y al conocimiento, los roles sociales, de trabajo, ocupacional, relaciones de poder, jerarquía, toma de decisiones, sanciones por la sociedad (Sen, 2005).

En el análisis, la perspectiva de género implica reconocer que la diferencia sexual no es lo mismo que las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales, que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual. La mujer y el hombre se viven con roles diferentes, roles que se transmiten y son legitimados en el imaginario social al que se pertenece. Pensar a la sexualidad relacionada con el género a partir de la tradicional dicotomía hombre-mujer se construye una condición de género, que ubica la comprensión de las masculinidades y feminidades en un marco estrecho de reflexión, así como de normas y valores cambiantes, pero también relaciones que reproducen

³ Lamas en diferentes momentos señala que la diferencia sexual forma parte central del malestar en la cultura y que dicho malestar de la diferencia sexual tiene mucho que ver con la producción misma de la cultura.

desigualdades genérico-sociales, por ser relaciones construidas como antagónicas donde una ejerce dominación sobre la otra.

Al establecer la categoría de género es indispensable comprenderla desde las relaciones que se establecen entre los sexos. La mirada académica y política del movimiento feminista vino a dar legitimidad a la categoría de género, donde la lucha de las mujeres comparte con el género la misma condición de emancipar la desigualdad inherente a la relación entre los sexos. Las teorías críticas feministas implican posturas políticas, proponiendo el descubrir los dispositivos de orden social y patriarcal que posibilitan las desigualdades de género con el propósito de gestar nuevas relaciones (Rios, 2010).

Entender al hombre como sexo históricamente dominante, que se ha adueñado de la sexualidad y del cuerpo de la mujer, así como de la naturaleza y de lo que ha tenido al alcance, es entender que la dominación está naturalizada dentro de la cultura patriarcal, donde el cuerpo es cosificado para el placer del hombre. La hegemonía masculina tiene un fondo económico donde el cuerpo de las mujeres, en una sociedad patriarcal con economía de libre mercado dominante, da como resultado el culto a lo estético y de consumo. En el cuerpo contenedor de la sexualidad se ejemplifican las grandes luchas contra la dominación, como ejemplo la frase *“La sexualidad es al feminismo, lo que el trabajo al marxismo”* (Mackinnon, en Scott, 1996:270).

Es por eso que se contribuye a dar importancia a la teoría feminista en materia de sexualidad y de perspectiva de género, porque la identificación sexual se da sobre los cuerpos, cuerpos que se construyen bajo relaciones desiguales en un sistema de desigualdad: el capitalismo. El capitalismo y el patriarcado interactúan, en particular en el momento actual con una globalización dominada por el neoliberalismo, en la cual se preserva el patriarcado y la desigualdad social, la colonización de los territorios y de las personas, la hegemonía de unos sobre otros y otras.

La comprensión de cada sujeto es partir de que se conforma una primera clasificación, mujer u hombre, la cual dará como resultado una identidad genérica que se construye al interior de una sociedad, bajo significados propios de cada cultura y que desde las primeras etapas de vida se irán reconstruyendo. Las mujeres juegan un rol diferente al de los hombres durante cada momento de una vida biográfica. Pero no solo al interior de cada sujeto sino también al exterior, reproduciendo los roles asumidos e independientemente de la elección de una profesión o espacio de trabajo; las relaciones de género ya han sido construidas individual y colectivamente.

Detrás de los comportamientos, prácticas y discursos de cada integrante de la sociedad está la dimensión de género. No se separa el ámbito personal del profesional, quedan imbricados, y trasciende de las relaciones internas individuales a las instituciones sociales. Es entonces que en las relaciones de poder uno de los ejes de dominaciones y subordinación en el campo de la sexualidad, es el género (Weeks, 1998).⁴

Los sujetos considerados en esta investigación (personal de salud) están dentro de un mundo organizado en instituciones en las que sobreviven y se reproducen los pensamientos dominantes. La nula educación en sexualidad del personal de salud (Salinas, 2012), junto con los aspectos tradicionales y patriarcales de género, impactan en el desempeño laboral del personal de salud donde los aspectos morales se entrecruzan y aún en la primera década del siglo XXI el papel de la Iglesia es importante, apoyada por quienes dirigen el Estado; aspectos que se insertan en la familia y construyen representaciones en torno a la sexualidad conforme a la condición de ser hombre o ser mujeres.

Con relación a la mujer el rol de cuidado se interioriza como parte de la vida cotidiana, cuida no sólo de los hijos, cuida la economía de una familia, cuida de quien enferma y del que está en riesgo, cuida el alimento y la subsistencia, pero no cuida porque tenga un dispositivo genético para ello o en la actualidad electrónico (aunque la tecnología ha logrado mucho), que programe el rol de las

⁴ Weeks, al hablar de la construcción de la sexualidad destaca al género como una característica que define completamente las diferencias entre los comportamientos femeninos y masculinos y que a su vez los determina.

mujeres a cuidar de los otros. Es un aspecto específico de la relación hombre-mujer que nuestra sociedad ha construido para que se mantenga un orden social de dominación masculina. Entender que la mujer asume el rol de cuidadora de las y los otros; se asume que la mujer sea quien cuida; que es parte de la comprensión del rol femenino, que no sólo funciona en lo privado sino también en lo público.

Los roles de género son resultado de nuestra sociedad, que continúa siendo patriarcal y tradicional, donde la mujer se ve obligada a recrear formas de procreación y erotismo, así como también las relaciones asimétricas de desigualdad y opresión (Lagarde, 1993). Las capacidades profesionales no garantizan que los sujetos enarbolean la bandera de la equidad y la justicia genérica; por el contrario, se reproducen los aspectos culturales que dañan de igual manera la vida privada, el área laboral y el tejido social. Es así que resulta necesario identificar las relaciones de género para cambiar el paradigma de la mujer cuidadora, para disminuir las inequidades de género y para no continuar reproduciendo los estereotipos injustos que afectan a las mujeres, tengan o no formación profesional.

La sexualidad, al igual que las relaciones de género, son terrenos en los que se ejerce opresión, como se ha venido mencionando, no sólo la que ejercen los hombres sobre las mujeres, sino además la ejercida por las instituciones, que establecen normas que regulan el control sobre la sexualidad como pueden ser: las capacidades reproductivas de las mujeres, el erotismo de las y los más jóvenes, el otorgar o no consejería y métodos anticonceptivos conforme a criterios individuales y no basado en derechos, el cambiarle el estatus de adolescente a adulta a una mujer al momento de ser madre e incluso la capacidad amorosa, son parte de las imposiciones institucionales que existen.

El análisis de las relaciones de género permite entender un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas y psicológicas que se crean en cada época y sociedad, donde resulta fundamental entender la cultura patriarcal presente en los espacios de atención de las instituciones de salud. “La visión de género implica reconocer que socialmente

existe un conjunto de ideas, representaciones y creencias basadas en que hay cosas propias de hombres y mujeres” (Rios, 2010).

Las mujeres y los hombres asumen roles que se enmarcan en el ámbito de la cotidianidad de lo que hablamos y hacemos; están por encima de un cuerpo con un sexo, se vive tanto en la condición de cuidado que ejerce la mujer como en la dominación que ejerce el hombre.

La construcción histórica de la identidad femenina también se refiere a la identidad masculina, existe un análisis relacional, por lo que entender que se construyen modelos de actuación como lo es el de mujeres cuidadoras, es saber que en contra parte existe un modelo de dominación al que pertenece el rol de las masculinidades, la relación entre la mujer y el varón es de circulación de poderes. El modo de dominación, cuyo paradigma es el hombre y basado en la supremacía de lo masculino, donde el cuerpo es el máspreciado objeto de poder en el orden de los géneros; las mujeres y los hombre, entonces, establecen relaciones de poder más allá de su voluntad y conciencia (Lagarde, 1994).

No es que el hombre vaya hablando de su dominación, sino que está inmerso en la condición de hombre, forma parte de los aspectos simbólicos de los hombres y de las mujeres. “La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no se siente la necesidad de enunciarse en los discursos capaces de legitimar”, lo que se habla se habla en masculino no por ser hombres sino porque el lenguaje se legitima en masculino (Bourdieu, 2007:22).

El orden social funciona como inmensa máquina simbólica⁵, que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los sexos de su espacio, su momento y sus instrumentos.

⁵ Para Bourdieu la dominación masculina tiene que ver con una violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible e invisible por sus propias víctimas y por quien la ejerce.

"una construcción social arbitraria de lo biológico y en especial del cuerpo masculino y femenino, en sus costumbres y en sus funciones, en particular en la reproducción biológica que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo... legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica, que es en sí misma una construcción social naturalizada" (Bourdieu, 2007:37).

En el orden simbólico se reproduce el androcentrismo, que se traduce en todo lo que se hace en torno a las relaciones con los otros y se transmite como información verdadera, y la verdad en el imaginario colectivo presupone que la mujer es abnegada y se resigna, y el hombre es fuerte y formal. En el lenguaje cotidiano se manifiestan las relaciones genéricas donde ellas cuidan y ellos dominan.

2.5 Adolescentes

Si bien esta investigación no da voz a las y los adolescentes directamente, son ellos en quienes se ha pensado. A partir de este estudio, se contribuirá al conocimiento de los procesos de significación que se le otorgan a este grupo, al ejercicio de sus prácticas sexuales, en general al cómo viven la sexualidad. Esto a partir de lo que expresa el personal de salud que otorga servicios en salud sexual y reproductiva; se cruza así el servicio público y profesional con lo que se piensa de la sexualidad de las/os adolescentes. Hacer visibles comportamientos y actitudes a partir de lo expresado por los adultos, y que es una representación de cómo se ha vivido y se vive la sexualidad, considerando que en la atención a la salud entre ambos grupos se da un intercambio de conocimientos, pero, además, influencia en la reproducción de patrones culturales.

Escuchar opiniones e impresiones sobre las y los adolescentes en voz del personal de salud de los servicios amigables, permite identificar si quienes tienen la responsabilidad de trabajar con ellas/os favorece su acercamiento a las instituciones, o por el contrario limita la atención, dando como resultado el aportar

favorablemente o no a la toma de decisiones que promuevan una salud sexual y reproductiva libre y responsable. Los servicios de salud son espacios que concretan la posibilidad de la prevención de embarazos en la adolescencia y las infecciones de transmisión sexual, considerando que los métodos anticonceptivos y la consejería laica, ética e integral favorecen a la autonomía con relación al cuerpo y la sexualidad.

La mirada de la adolescencia en esta investigación se fundamenta en la construcción social de la adolescencia. En los últimos treinta años desde la antropología y la sociología se entiende a la juventud como una construcción sociocultural; y se trata de desmitificar prejuicios o estereotipos que enmarcan a los adolescentes, como personas individualistas y hedonistas, y expresan la diversidad de formas de identidad de la juventud construidas en contextos sociales específicos (Alpizar y Bernal, 2003).

Por otro lado, los adolescentes no constituyen una población cautiva en las instituciones de salud, es un grupo que presenta poca morbilidad y que estadísticamente no representa demanda en los servicios, y de ser requerida, no se le define ni ubica entre el niño o el adulto. Asunto que al personal de salud lo hace mantener intereses conflictivos con las/los adolescentes. Esto genera dificultades en la institución de salud para acercar a los adolescentes, los cuales cuentan con pocos espacios dónde resolver sus problemas y dudas, sobre todo los relacionados con la sexualidad. En relación con esto, las encuestas refieren que los adolescentes buscan información sobre sexualidad con sus pares, no en las instituciones de salud (ENAJU, 2009, ENSANUT, 2012).

En términos generales la adolescencia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el periodo de la vida del individuo comprendido entre los 10 y 19 años de edad, concepto que se comenzó a utilizar a principios del siglo XX para dar cuenta de un grupo generacional que todavía no era adulto pero que tampoco cabía en la niñez (OMS, 2009). En México el grupo poblacional dentro de este rango de edad para el 2012 era de 22, 804,083, equivalente al 20,2% del total de habitantes del país, el mayor dentro de la pirámide poblacional y denominado bono demográfico.

Es una etapa en que se establecen patrones para la vida adulta, comprometiendo su bienestar presente y futuro, y el de un país, un ejemplo de esto son los datos que revelan parte de la preocupación del estado en el tema del embarazo adolescente, que presenta una tasa de fecundidad en el 2012 de jóvenes entre 12 a 19 años de 37 nacimientos por cada mil, superior a la del 2005 que fue de 30 por cada mil (INSP, 2012).

Cuando se piensa en la sexualidad del adolescente, se le vincula con prácticas erótico-afectivas que se expresarán con mayor frecuencia o por primera vez en esta etapa, como lo son: la masturbación, el consumo de pornografía y los primeros encuentros eróticos, lo que puede llevar a la primera relación sexual coital. En la adolescencia existe un aumento del interés sexual donde se involucran la experimentación, la exploración, la aceptación y donde los y las adolescentes transmiten sus expectativas sobre la sexualidad y su condición de género y que se relaciona con patrones culturales, reforzados por los medios de comunicación.

El ejercicio de la sexualidad entre adolescentes con escaso uso y conocimiento de métodos anticonceptivos y falta de información, se relaciona íntimamente con problemas sanitarios y sociales, como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El primero contribuye al crecimiento de la población, deserción escolar y perpetuación de la pobreza (Stern, 2001); el segundo a la infertilidad tanto en mujeres y hombres relacionada con la ausencia o bajo acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones de transmisión sexual (Álvarez, 2011). Para la ENSAUT, en 2012 sólo el 60 de cada 100 adolescentes utilizó un método anticonceptivo en la primera relación sexual coital.

La adolescencia es diferente en cada contexto social y momento histórico, si bien abarca una etapa de la vida de cambios biológicos importantes, es todo lo que se construye alrededor de esa etapa lo que genera prejuicios, etiquetas y en el joven practicas relacionadas con la sexualidad. La modernidad en la que viven estos jóvenes se caracteriza por la importancia del erotismo, el cual ha *“sido secuestrado por el consumismo, se ha convertido en un elemento de compra-*

venta, los significados, valores e identidades, pertenencias de grupo o exclusiones” (Aldana, 2008).

2.6 Personal y Atención en Salud

La formación de profesionales en el ámbito de la salud en México se relaciona con antecedentes históricos y estructurales, que han dado pautas en el tipo de práctica social en la que están inmersos, asociada fuertemente a la conformación de la profesión médica. Los profesionales de la salud actúan conforme al modelo médico hegemónico actual, el cual asume la práctica hospitalaria como la esencial, el conocimiento técnico y científico como único, y en el caso de México la atención fragmentada con relación al tipo de seguridad social con que se cuente.

El surgimiento de los tipos de atención sanitaria se resume en tres fases particulares. Un primer momento se ubica durante la Colonia y la influencia del pensamiento eclesiástico, que posiciona el pensamiento conservador en un incipiente campo de la salud. Una segunda etapa es cuando se conforma el estado laico, el arribo de las ideas de la Ilustración y la llegada de la escuela francesa que fundamenta la atención basada en la clínica médica. Se identifica como importante la incorporación del espacio hospitalario. La tercera fase se basa en la instauración del modelo individual, curativo y hospitalario (modelo médico hegemónico) característico de la práctica profesional en salud actual (Jarillo, Outón y Salinas, 2011).

Características como la asocialidad, la eficacia pragmática y la ahistoricidad, han constituido el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992), el cual en su necesidad de imponerse como la referencia científica e ideológica que legitime las acciones en el campo de la salud, restringe su marco de acción a un sector relativamente pequeño de la población.

Los antecedentes históricos de la formación médica y la fragmentación del sistema de salud, por una lado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que garantiza la atención y protege la salud de las y los trabajadores formales; y por otro lado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), ahora llamada Secretaría de Salud, órgano administrativo de servicios de atención a la población

no asegurada o sin empleo formal, además del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras empresas nacionales como Petróleos Mexicanos (Pemex) y Comisión Federal de Electricidad (CFE), que desarrollan sus propios servicios de salud, aunado al auge neoliberal de hace más de tres décadas, se evidencia en las prácticas por parte del personal de salud, el predominio del modelo individual-curativo, promoviendo la atención relacionada al tipo de servicio al que se tenga acceso.

El acceso a los servicios que otorga la SSA, en el caso particular de los y las adolescentes, puede verse limitado por diferentes barreras, generalmente entre ellas la insuficiencia de espacios físicos, de insumos materiales, de talento humano competente y en el caso que interesa, el no admitir y desconocer la sexualidad de un grupo considerado "menor de edad", prejuicios basados en un marco legal poco claro y no en el derecho a la salud.

En general la SSA carece de varios elementos para otorgar atención eficiente y oportuna, en donde el adolescente acuda con suma confianza y sobre todo confidencialidad. Pero no sólo es la escasez de insumos materiales lo que dificulta la atención de este grupo, son también los prejuicios y el desconocimiento de aspectos relacionados con los adolescentes, sus necesidades y el cómo viven su sexualidad. El personal de salud, al igual que otros actores claves, construye y reconstruye la realidad social, conforme a sus vivencias, que no siempre se relacionan con el conocimiento científico actual y aun menos con los derechos que la población en general, y la adolescencia en particular poseen.

Al observar la relación que entabla el personal de salud con los usuarios, es posible identificar una relación donde unos son objetos y otros sujetos de conocimiento, y donde se impone el discurso del segundo, el cual se constituye al interior de una historia y a partir de las experiencias (Foucault, 1978). Además no puede dejarse de lado que el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y convalidar las desigualdades, mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo (Larne, 1998 en Sen, 2005).

Para comprender la relación que se establece en los servicios de salud, es necesario mencionar lo que se ha venido llamando la relación médico-enfermo o médico-paciente, la cual se ha modificado al paso de los siglos. La relación clínica o sanitaria (Childress y Siegler en Lázaro 2006), y que según modelos, puede ser una relación paternalista, oligarca o democrática, donde la primera es vertical y bipolar; y la segunda, que sigue siendo una relación vertical, involucra a un equipo sanitario; ya no es un solo poder, ahora se fragmenta y se ejerce desde diversas profesiones y enfoques.

Al pensarse en el personal operativo, sanitario, de las instituciones de salud, como los sujetos a considerar en esta investigación, se toma en cuenta la relación sanitaria que no deja de ser clínica, sobre todo en aspectos específicos como lo es la relación personal-usuario. Los profesionales sanitarios son sujetos que sustentan una capacidad técnica para desempeñar funciones en las instituciones sanitarias que incluye la potencial vinculación con el sector salud, aspectos laborales directos y profesionalización en diversos niveles (Jarillo, 2012).

El interés en los aspectos simbólicos del personal nos ayudará a identificar lo que se ha mencionado en otras investigaciones: que las moralidades de la sexualidad se reproducen en los espacios como las instituciones de salud a través del personal de salud, con una visión conservadora o una visión liberal (Stern, 2001). La primera pretende mantener los valores tradicionales vinculados con la sexualidad, es decir la reproducción, la castidad hasta la consumación del matrimonio y la educación sexual estrictamente en el ámbito privado, mientras que la liberal separa el ejercicio de la sexualidad de la reproducción y demanda una acción decidida por parte del estado para proveer educación sexual en ámbitos públicos.

Reconocer cuánto se desplaza e impone la moralidad propia del personal de salud en la interacción con el grupo de adolescentes con el que se trabaja, es un interés presente, debido a que la actualidad demanda no sólo capacidades técnicas, sino además la visión de derechos y la integralidad de los aspectos sociales y culturales para que las y los adolescentes puedan elegir de manera informada, las decisiones personales relacionadas con su cuerpo y las relaciones

que establecerán en materia de sexualidad. Contribuir a que los actores sean capaces de coadyuvar como prestadores públicos de servicios a una sociedad más crítica en materia de salud es central, pues se reconoce que el personal de salud, dentro de la esfera médica tradicional se encuentra con barreras propias para promover el ejercicio de la sexualidad responsable, segura y placentera (Salinas, 2010).

A través del análisis del lenguaje se pretende estructurar las representaciones sociales sobre lo que el sujeto (personal de salud) manifiesta acerca de la sexualidad de la otredad, esos otros con los que existe una obligación laboral y, en el mejor de los casos, un compromiso ético y profesional. Interesa identificar así si existe un doble discurso del personal de salud ante las acciones que se les han asignado, lo que puede ayudar a entender qué pasa, cuando se habla de sexualidad; y si el ejercer un rol como profesional sanitario garantiza portar y transmitir conocimientos y herramientas que reconstruyan comportamientos relacionados con una sexualidad libre y responsable.

El encuadre para el análisis de la perspectiva de los actores, es considerar teóricamente el construccionismo social y la perspectiva de género en la medida de lo posible para, a partir de ello, buscar en las conversaciones con el personal de salud la reproducción de las desigualdades de género, la omnipresencia material y discursiva de los métodos de planificación familiar, en particular del condón, la presencia de valores religiosos, las expectativas de género tradicionales y las expectativas de la sexualidad en torno a la modernidad (Blanco, 2010).

Lograr acceder entonces a las representaciones sociales del personal de salud tanto en el ejercicio de la sexualidad y en el cómo se vive el ser hombre y ser mujer permitirá identificar las barreras que aparecen en la prestación de atenciones, relacionadas con los aspectos simbólicos, como el reproducir las inequidades de género, el estigma y la discriminación asociados con la orientación sexual, la identidad de género y el VIH (Alfonso, 2011).

2.7 Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y la Estrategia de los Servicios Amigables.

El ponderar la salud sexual y reproductiva se fundamenta en el marco internacional. La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, donde se definió el término salud sexual con *“el objetivo de promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria y, promover y capacitar a los hombres para que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y de los roles sociales y familiares”* (OPS, 2000). El término tiene avances conforme a la definición de salud reproductiva que sólo hace referencia al estado de bienestar físico, mental y social de la persona en cuanto al aparato genital y su funcionamiento (Lassode, 1997). En la CIPD se reconoció a la sexualidad como dimensión fundamental de la existencia humana, además de ser el punto de partida para considerar la importancia de la salud sexual y reproductiva del adolescente.

La importancia política de dicha conferencia tiene que ver con los logros en materia de salud sexual y reproductiva y la perspectiva de la mujer, relevantes en materia institucional para la implementación de los derechos humanos; cabe destacar temas donde no hubo consenso, ya que marcan pautas que no han permitido avanzar en materia de sexualidad; como fue el acceso de los adolescentes a programas de anticoncepción de calidad y la incorporación de la educación sexual en las escuelas (Langer, 2003), lo que demuestra la injerencia de la religión en las políticas internacionales, y que revela que la sexualidad de los adolescentes es un tema que provoca polémica y divergencias aún en el momento actual.

En México, el Sistema Nacional de Salud a través de su órgano rector, la SSA, es el encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a la población general y en particular a las y los adolescente, respaldado por un marco jurídico nacional e internacional y por normativa de salud (SSA, 2007). Es así que, posterior a la adopción de

compromisos emanados de la CIPD, así como de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995, se elaboraron premisas para la formulación de políticas en materia de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género. Se contaba con el antecedente de la Declaración de Monterrey, que había reunido a expertos que analizaron la situación desde entonces en relación a la salud reproductiva de los adolescentes. De dicha reunión surgió la integración de un programa nacional de salud del adolescente. La misión del programa era “la atención a la salud reproductiva de los adolescentes, proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población a la información, comunicación y servicios de salud reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables, las cuales les permitan asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como fomentar su autoestima”. Una iniciativa pionera, de la cual surgieron los primeros servicios de salud exclusivos para las/los adolescentes, con servicios médicos, psicológicos y de consejería. (SSA,1999).

Para poner en marcha lo establecido en la Declaración de Monterrey y en las Conferencias Internacionales, se retomó en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, la incorporación como parte del programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (el cual era uno de los diez programas sustantivos de la recién conformada Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades) del subcomponente de salud sexual y reproductiva de la población adolescente (SSA, 1999).

En los inicios del programa, la dependencia elaboró el manual dirigido al personal encargado de atender la salud integral de las y los adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, con el lema “En Buen Plan”, de manera operativa el programa se materializaba a través de servicios especializados de atención al adolescente, con objetivos tales como:

- a) Contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con el fin de prevenir daños y reducir riesgos específicos.
- b) Proporcionar a la población adolescente educación sobre salud sexual y reproductiva.
- c) Desarrollar estrategias integradoras en la prevención de ETS y adicciones.

- d) Coadyuvar a la prevención del embarazo temprano, así como apoyar a adolescentes embarazadas y prevenir los nuevos.
- e) Brindar atención médica exclusiva a los adolescentes en centros de salud y hospitales de la SSA.

Para cumplir estos cinco puntos, se comenzó a brindar capacitación al personal operativo de los servicios de salud y unidades de servicios especializados, los cuales se apoyaban en tres niveles de atención: los centros de salud, los hospitales y el nivel comunitario (SSA, 1999).

El desarrollo del programa ha tenido algunas modificaciones con diferentes impactos, que han variado con los sucesivos gobiernos no sólo por la voluntad política de hablar de sexualidad y anticoncepción en los medios de comunicación, sino además por el presupuesto asignado. En el 2003 se crea el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva y se implementa a nivel federal el programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

En el 2007 se convoca a todas las instituciones del sistema nacional de salud y organizaciones de la sociedad civil; así se elabora el programa de acción denominado “Programa específico de salud sexual y reproductiva para el adolescente”, que rescata el desafío de las sociedades modernas con contrastes que generan desigualdad y pobreza (SSA, 2007), al cual se agregan estrategias basadas en el reconocimiento de la diversidad cultural y sexual, las relaciones de género, la superación de inequidades sociales, la promoción del respeto y el ejercicio de sus derechos humanos, en particular los sexuales y reproductivos. Es así que se identifica lo establecido en el programa en su última modificación y abarca catorce años, a partir de la aparición de los servicios especializados.

La misión del programa en su última modificación establece que es: “*un programa rector en salud sexual y reproductiva, dirigido a la población adolescente de parte de las instituciones del sistema nacional de salud, para brindar información, servicios de calidad, contribuir al ejercicio responsable de su sexualidad y reproducción en forma satisfactoria y con los menores riesgos posibles*” (SSA, 2007). En la misma línea, la visión del programa menciona: “*población adolescente atendida bajo un modelo nacional de salud sexual y*

reproductiva, accesible, equitativo, basado en mejores prácticas, proporcionando información y servicios de calidad, que les permita ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera responsable e informada para disminuir los riesgos en su salud". Los objetivos del programa en su última modificación señalan:

- a) Promoverla la adquisición del conocimiento y capacidades necesarias, la información sobre derechos sexuales y reproductivos y los beneficios de su ejercicio en la salud sexual y reproductiva.
- b) Contribuir a que la población adolescente tenga acceso y reciba servicios de salud sexual y reproductiva de calidad acordes a sus necesidades en todas las entidades federativas.
- c) Propiciar el desarrollo y bienestar de los y las adolescentes mejorando su salud sexual y reproductiva y disminuir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Se halla explícito en la misión, visión y en los objetivos del programa contar con servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, es en el IMSS Oportunidades y la Secretaría de Salud donde se consolida la estrategia de contar con servicios especializados. Cada institución, según sus características, genera la atención y se denominan: los centros de atención rural para adolescentes (CARA) y los servicios amigables. Los primeros están dirigidos a atender a los poco más de 2.3 millones de jóvenes, de 10 a 19 años de edad, que habitan en las comunidades rurales e indígenas donde el programa tiene presencia, recibiendo orientación, información y principalmente educación especializada sobre temas diversos que les son de interés y que afectan su vida, tales como desarrollo humano, autoestima, perspectiva de género, comunicación familiar, desarrollo de habilidades para la vida, prevención de violencia, hábitos saludables, sexualidad y salud reproductiva. Estos centros forman parte del Instituto Mexicano Seguro Social Oportunidades.

Por su parte los servicios amigables de la SSA se especializan en adolescentes que buscan informarse sobre sexualidad y contribuyen al ejercicio responsable de su sexualidad y reproducción tempranas y evitar infecciones de transmisión sexual. En 1994 la dependencia federal ubicados en centros de salud instaló 33 módulos de atención para brindar servicios médicos, psicológicos, métodos de control natal y consejería para los adolescentes ubicados en centros de salud. Para 1998 aumentaron a 259; para el 2013 existen más de mil unidades de servicios amigables, distribuidos en las 34 entidades federativas.

De manera explícita se establece que los servicios dirigidos a las y los adolescentes tengan acciones positivas ante la desigualdad de género, así como la aceptación plena y abierta de la sexualidad, que la normativa preventiva sea la que predomine, facilitando la consejería sobre sexualidad y el acceso a los métodos anticonceptivos. Que los prestadores de servicios estén sensibilizados para atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, con competencia o calificación técnica. Es necesario entonces identificar si lo anterior se lleva a cabo, y si existe el grado de responsabilidad de los prestadores de servicio ante el ejercicio de la sexualidad del adolescente, desde la perspectiva de género y conforme a los derechos sexuales y reproductivos.

Los avances explícitos resultan relevantes, pero es necesario destacar que el recurso humano puede generar barreras o acceso de las y los adolescentes a la orientación, consejería y atención de los servicios de salud. Resulta entonces necesario esclarecer la percepción que se tiene del adolescente entre los proveedores, ya que según lo expuesto en algunas investigaciones, se tiende a tratarlos de manera contradictoria: como personas que no ejercen o no deberían ejercer su sexualidad y que no se debe proporcionar información para no inducirlos a relaciones de riesgo (Rico et al; 2003).

Los programas implementados durante los últimos años han perdido centralidad de financiamiento y focalización de recursos, aunado a que el personal a cargo de programas realiza otras actividades que compiten con el tiempo, entrenamiento y atención; y la estrategia de servicio para adolescentes no es la excepción. La integración de programas es una propuesta teórica de las

instituciones de salud y si no se lleva a cabo con recursos humanos necesarios afecta la efectividad de los servicios (Langer, 2003).

En los programas se halla explícita la normatividad preventiva, que no concuerda con la vocación predominantemente prescriptiva y curativa de los agentes de salud, ni con las demandas institucionales existentes sobre el personal médico. Por otra parte, los adolescentes no suelen identificar a las instituciones de salud como lugares para buscar consejería sobre sexualidad y relaciones de pareja (Stern, 2002). Y el que no busquen consejería no sólo atañe a en la responsabilidad del joven, sino también en las condiciones en que se encuentran las instituciones y, por ende, el personal de salud.

En el informe sobre situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres, se menciona que existen, en lo meramente declarativo, políticas y programas dirigidos a ellas y ellos, así como la implementación con asignación progresiva, monitoreo transparente y efectiva aplicación; pero en contraparte, se menciona la falta de servicios de calidad que garanticen la confidencialidad y privacidad, y la escasa promoción de una educación sexual con contenidos adecuados así como la poca formación de recursos humanos capacitados y sensibilizados para permitir el acceso oportuno de los jóvenes a servicios integrales de salud reproductiva (CEDAW, 2012).

Los niveles de responsabilidad ante la atención preventiva en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes, parte de una política de salud con fundamento internacional, para instalarse a través de programas específicos y que en la operación cruza con una serie de condiciones tanto laborales como intersubjetivas, las que afectan la concreción de una atención que favorezca a la prevención de un embarazo no planeado, no esperado o no deseado (Figura 2).

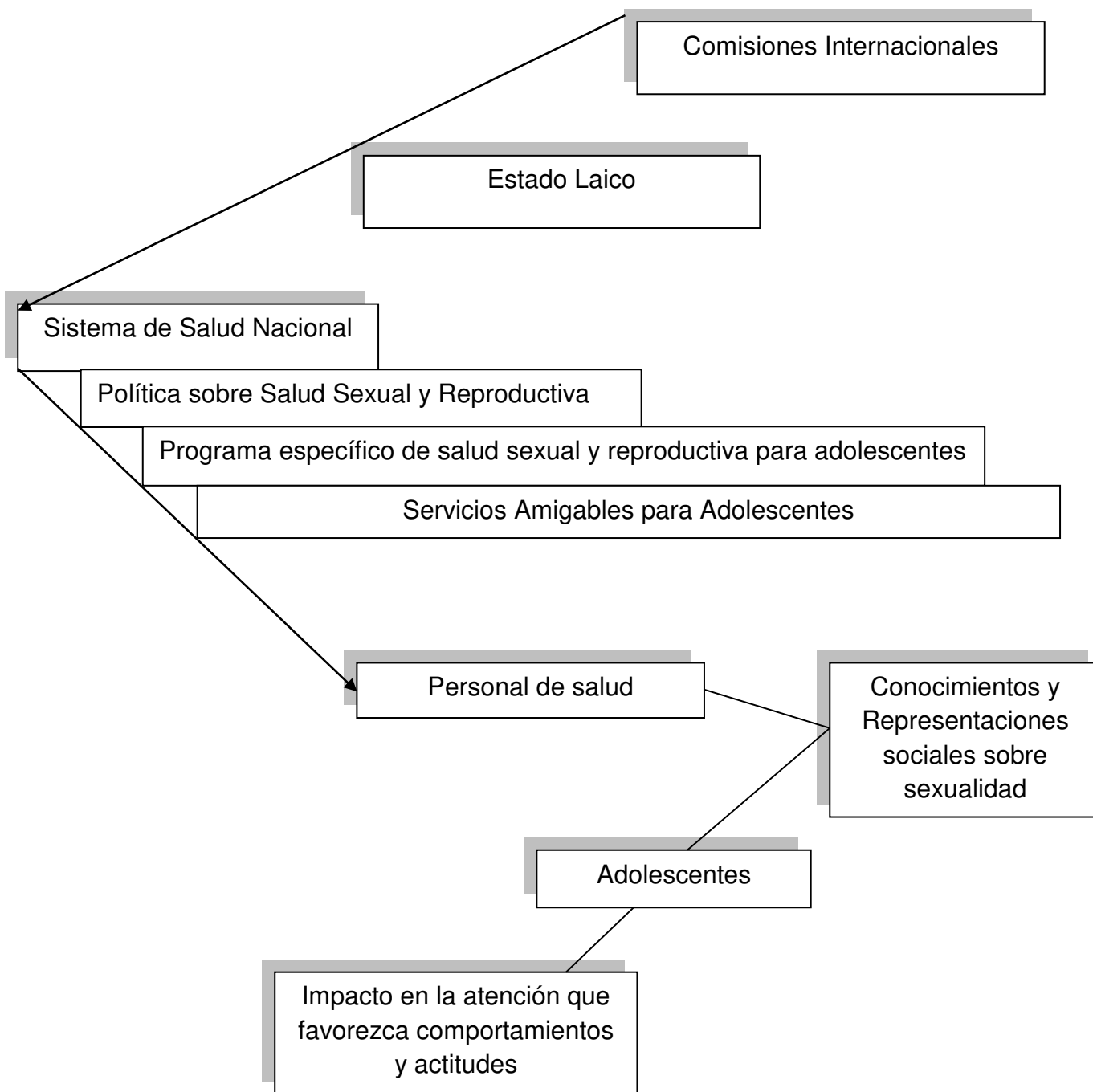


Figura 2. Esquematzación de los niveles en la intervención en torno a la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Frente al momento histórico que se vive a escala mundial y en particular en México durante la segunda década del siglo XXI, en que se expresa la complejidad de la mundialización del capital y las nuevas formas de subordinación del trabajo y la exclusión de poblaciones, este fenómeno ha afectado la economía y las dinámicas demográficas y epidemiológicas, ambos aspectos considerados tanto en la agenda sanitaria como en la política, y es que el sistema neoliberal ha agudizado las contradicciones que impactan en los determinantes sociales de salud, dando como resultado efectos negativos en este rubro, tanto en los aspectos materiales, de organización y gestión de las instituciones públicas, pero además en los aspectos simbólicos que se tienen sobre la salud, la enfermedad y la muerte (López et al; 2011).

Un sistema neoliberal con procesos de precarización del trabajo, polarización de las condiciones de vida, mayores niveles de pobreza y desigualdad, afecta a la población en general de nuestro país. El interés particular por los adolescentes, grupo poblacional de diez a diecinueve años, se le vincula por ser un grupo en particular vulnerable, ya que la garantía de una vida digna se ve limitada por las pocas oportunidades ante un contexto económico-político adverso, mundial y nacional. Por otro lado, la burocratización e institucionalización de las prácticas de trabajo provocan que no se concrete, de manera efectiva, la atención preventiva en el primer nivel, lo cual propicia la no disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes y el no contar con herramientas preventivas para el ejercicio de prácticas sexuales placenteras y responsables.

El Estado, a través de las instituciones de salud, ha desarrollado en el país políticas, programas y servicios en materia de la salud sexual y reproductiva para la población adolescente, con el propósito de atender problemas de salud pública que se relacionan con la sexualidad, entre ellos el inicio temprano de la actividad sexual y las prácticas sexuales sin protección que conllevan al embarazo en la adolescencia y a infecciones de transmisión sexual, como el contagio del VIH-Sida.

Datos estadísticos que permiten considerar el tema de salud sexual y reproductiva como un tema relevante son los generados por la ENADID 2009, donde se observa que la prevalencia del uso de anticonceptivos entre mujeres en pareja, de 15 a 19 años de edad, fue de 44,4%; se trata del grupo con la menor prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil, en pareja o en unión libre. También se expone en la encuesta que entre adolescentes de 15 a 19 años, casadas y/o viviendo en pareja, que no desean tener hijos, el 24.8% no usa o abandonó algún método anticonceptivo (lo que representa una alta demanda insatisfecha de anticonceptivos; además se evidencia que entre estas adolescentes la tasa específica de fecundidad a nivel nacional fue de 69.5 nacimientos por cada mil mujeres).

Es necesario entonces hablar e investigar sobre cómo se dotan de significados y reproducen las ideas en torno a la sexualidad por parte de los actores sociales relacionados con las poblaciones adolescentes. Stern⁶ menciona: *“mientras no haya una mayor aceptación social del ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes, continuarán sumándose obstáculos para prevenir embarazos no deseados y para evitar los riesgos que implican para las y los adolescentes”* (Stern, 2012:444).

En el discurso de los programas y de las acciones, y sobre todo en la práctica, predomina la prescripción y curación de la enfermedad, aunque el cuerpo médico y las instituciones de salud se ven limitadas para proporcionar servicios de consejería (Stern, 2002). El personal de salud otorga una atención anclada en sus pautas culturales y en su ideología médico hegemónica, con sesgos judeocristianos y patriarcales, pero además se esmera por evitar las relaciones sexuales coitales a temprana edad, por las afecciones relacionadas con este ejercicio, favoreciendo los aspectos meramente biológicos derivados de un pensamiento médico hegemónico.

⁶ Stern en su publicación El "problema" del embarazo adolescente señala a la desigualdad social, la falta de trabajo remunerado y a la lentitud en el cambio cultural e institucional sobre la legitimación de las relaciones sexuales como determinantes de los embarazos no deseados en la adolescencia.

Fue a partir del momento en que concebimos la sexualidad y su vínculo con el origen, legitimación y construcción simbólica del género como categoría relacional -y no sólo los aspectos relacionados con la reproducción y la morbimortalidad que destacan las estadísticas de nuestro gobierno-, que esta tesis se enfocó a la sexualidad, tema que resulta apasionante y complejo a un tiempo, al considerar la construcción social de la sexualidad, unida a la construcción de género.

La sexualidad como construcción histórica y social nos lleva a pensar que, más allá de lo aprendido en las aulas y la preparación técnica de los profesionales, “no es un fenómeno primordialmente natural sino un producto de fuerzas históricas y sociales... una construcción histórica que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales: identidad genérica, diferencias anatómicas, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías” (Weeks, 2000:20) que se destacan a la hora de analizar lo que otros llaman “sexualidad.

México ha implementado un conjunto de reformas y modificaciones que dan respuesta al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), y que apoyan y orientan a las necesidades de la población en materia de salud sexual y reproductiva. Estas acciones se reflejan en la operación y prestación de los servicios de salud, en los programas y políticas públicas. Proyecto que llevan a cabo los servicios estatales de salud, mediante la estrategia denominada *servicios amigables*, ofertados en los centros de salud y algunos hospitales de todo el país. La propuesta de servicio tiene como objetivo generar atención preventiva que favorezca la disminución de embarazos no planeados y prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS).

La voluntad de reflexionar la sexualidad sin tabúes para tener una propuesta que genere acercamiento con adolescentes es el motor de esta investigación. Esto al tomar siempre en consideración que las políticas públicas que promueve un Estado laico deben estar fundamentadas en la visión de los derechos humanos, que favorezcan una sociedad más justa, en donde se visibilicen los aspectos morales, culturales, económicos y sociales que afectan a sociedad y en específico a las/os adolescentes.

Lo expuesto llevó a plantear la pregunta de investigación y los objetivos que sirvieron de guía para la investigación.

3.1 Pregunta de investigación

En la elaboración y ejecución de programas de salud sexual y reproductiva, ¿qué tanto se ha contemplado la construcción social e histórica de la sexualidad a partir de un repertorio ideológico diverso y complejo, como lo es la pertenencia a un mundo dicotómico entre lo masculino y/o femenino, el placer, las relaciones afectivas y la reproducción?

3.2 Objetivos

Objetivo General:

Describir los aspectos simbólicos en torno a la sexualidad de las/los adolescentes implícitos en las representaciones sociales del personal de salud que los atiende.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la relación que establece el personal de salud de los servicios amigables de Zacatecas con las/los adolescentes.
- Explicar el nivel de significación, a través las representaciones sociales del personal de salud, a la sexualidad del adolescente desde el modelo de los holones.
- Describir la influencia del género en las representaciones sociales del personal de salud en relación con la sexualidad adolescente.
- Resignificar la accesibilidad a los servicios amigables a partir de las representaciones sociales de su personal de salud.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

La investigación cualitativa en salud se relaciona con las palabras, imágenes, narraciones y observaciones de los sujetos involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención. Es importante realizarla, ya que involucra la subjetividad e intersubjetividad, es una posición política y dialógica para acceder al conocimiento. El supuesto ontológico de la investigación cualitativa es que la realidad social se construye y tiene como aspecto sociológico central el significado que guarda para los individuos la realidad; y la manera que estos significados se vinculan con las conductas (Castro, 2010).

La temática de esta investigación, el campo del conocimiento al que se adscribe y el acceso a los participantes, nos llevó a realizar una investigación de corte cualitativo, lo cual proporcionó el punto de vista de los otros, de los que otorgan la atención; los cuales son la cara de la institución pública. Es a partir de que les oímos y comprendimos lo que significan y representan sus palabras, que se identifica lo que se reproduce y conserva en cuanto a la sexualidad humana; y cómo se concreta en las prácticas en salud.

Las técnicas utilizadas para el acercamiento al personal de salud y sus representaciones se dio a partir de grupos focales y entrevistas semiestructuradas, lo que permitió contar con espacios de reflexión y elaboración de experiencias. Un grupo focal nos ayuda a entender cómo se piensa la sociedad y cómo se organiza para conducirse bajo cierto sistema, que emerge de una representación social compartida y anclada a un sistema de comportamiento y ponerlo así en el centro de una discusión (Flores, 2010). El estudio de las representaciones sociales en el material recogido en los grupos focales no necesita abarcar la totalidad de los relatos y expresiones de los interlocutores, puesto que el análisis cualitativo dará cuenta de lo común y de las diferencias internas de los grupos (Gomes, 2005).

La investigación tuvo como eje un estudio donde los sujetos a considerar fueron el personal de salud de los SSZ, específicamente los que son responsables de la estrategia de servicios amigables. Se identificó al personal en las cédulas de registro del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes, en cuatro de las siete jurisdicciones sanitarias en que está dividida la entidad, luego se les invitó a participar en los grupos focales y entrevistas. Las condiciones geográficas, la facilidad de contacto con los directores jurisdiccionales, responsables de planificación familiar y el acceso a las unidades, fue lo que facilitó definir las jurisdicciones donde se realizó el estudio.

Previo a la invitación a cada uno de los participantes, se solicitó a los diferentes niveles de gerencia (responsables estatales, jurisdiccionales y directores de las unidades de salud), el acceso para la conformación de los grupos focales y la aplicación de las entrevistas.

Los acercamientos fueron en tres etapas: una presentación inicial para dar a conocer el proyecto de investigación y recabar datos generales, así como solicitar la participación del personal de salud en los grupos focales (un grupo focal por jurisdicción sanitaria seleccionada); además de tres entrevistas individuales al personal que consideramos clave para recabar datos que ayudaran a la investigación. El personal de salud seleccionado, estuvo integrado por las diversas profesiones que conforman los servicios amigables. Aunque el programa en salud sexual y reproductiva para el adolescente establece como normativa que cada servicio debe contar con personal multidisciplinario, en raras ocasiones se cuenta con más de una persona responsable de la atención y/o servicio. El personal designado para los servicios amigables puede ser: médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, promotor/a, trabajadora social y sólo en dos casos hay dos personas apoyando la estrategia. En el enfoque operativo en los centros de salud, hospitales y jurisdicciones, el programa se fundamenta en la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia y en la detección temprana de las ITS.

Los grupos focales se llevaron a cabo en las jurisdicciones de Zacatecas, Fresnillo, Río Grande y Ojocaliente, con un total de diez y seis participantes. Se consideraron servicios amigables que se encuentran en distintas zonas sociodemográficas (rural, urbana marginal y urbana). Toda actividad grupal fue grabada previo consentimiento informado, el material de las grabaciones se transcribió manteniendo la literalidad de los participantes, lo cual permitió recabar los discursos expresados gramatical y textualmente para lograr definir representaciones sociales en torno a la sexualidad.

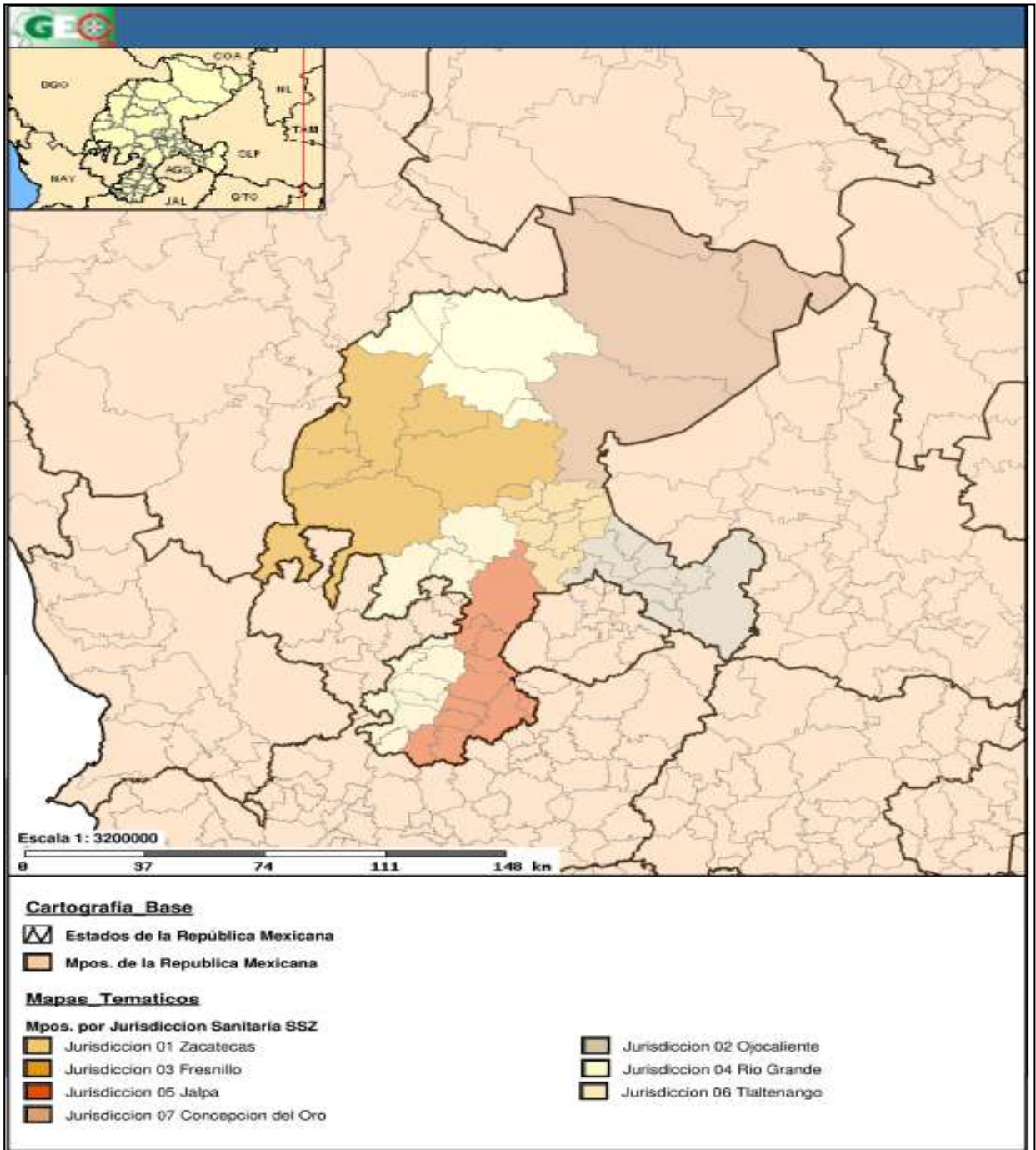
4.2 Caracterización del lugar de estudio

La selección del estado de Zacatecas se relaciona con el acceso a los informantes y por la experiencia previa del conocimiento de la estructura de los Servicios de Salud de esa entidad. Además de ser uno de los primeros estados en que se comenzó el programa para adolescentes, y que logró un presupuesto específico para las acciones en materia de adolescencia. Ha generado diferentes estadísticas en relación con embarazos no deseados o no planeados en la edad temprana, y se destaca que para el 2008 tuvo el menor porcentaje (22.8%) (ENADID, 2009), en tanto que para el 2012 arrojó un 24 por ciento de embarazos adolescentes (SSZ, 2013).

Zacatecas es una entidad federativa ubicada al norte del país, colinda con Aguascalientes, Jalisco, Durango, San Luis Potosí, Coahuila, Nayarit. Su actividad económica es predominantemente agrícola, seguida de la minera y turística. Es una entidad que ha presentado altos flujos de migración, pues es el segundo, después de Michoacán, con mayor cantidad de migrantes en Estados Unidos de América. Tiene 58 municipios y su población de 1,369,391 habitantes, de los cuales el 51.2 por ciento son mujeres y el 48.8 hombres. Está considerada dentro de los primeros estados con población católica del país, con un 94,4 por ciento de su población. Un tercio de la población se concentra en los municipios de Zacatecas, Fresnillo y Guadalupe (INEGI, 2010).

Su población, al igual que el resto del país, sufre los resultados de un sistema de salud fragmentado, ya que según la institución en donde se es derechohabiente, es el tipo de atención recibida. Estadísticas del INEGI revelan que para el 2010 en Zacatecas el 68.5 de la población era derechohabiente de algún servicio de salud, divididos en: el 50.5 por ciento pertenece al seguro popular, 38.8 por ciento al IMSS, 10 por ciento al ISSSTE, 0.3 por ciento a las Fuerzas Armadas y Pemex y 1.2 por ciento a otras .

La estructura de los SSZ es de siete jurisdicciones sanitarias (Figura 3), con condiciones específicas cada una y con contextos de trabajo particulares tanto a nivel jurisdiccional como a nivel de las unidades y, por ende, con condiciones particulares del personal de salud. Las jurisdicciones sanitarias son las responsables de implementar, coordinar, monitorear evaluar y garantizar el mejoramiento continuo de los programas de salud en la atención primaria de salud. A través de sus instalaciones de primer nivel y hospitales brindan atención preventiva y curativa a los afiliados voluntarios del seguro popular. La red prestadora de servicios cuenta con 176 unidades de atención, de éstas 142 son centros de salud, 11 son hospitales comunitarios, 4 hospitales generales, un hospital de la mujer y 18 unidades de atención específica. A su vez, las unidades se encuentran subdivididas en siete jurisdicciones sanitarias: Zacatecas, Ojocaliente, Fresnillo, Río Grande, Jalpa, Tlaltenango y Concepción del Oro.



Fuente: SSZ, 2014. Geosalud. <http://www.saludzac.gob.mx/geosalud>

Figura 3. Mapa del estado de Zacatecas y sus jurisdicciones sanitarias

Para el año 2010, la población adolescente en el estado era de 269,955, cifra que representa el 19,7 por ciento; de éstos 134, 595 son mujeres y 135, 360 hombres para un 49,8 y 50,14 %, en cifras redondas, respectivamente (INEGI, 2010). La problemática considerada en los servicios de salud sobre esta franja poblacional se relaciona con la salud reproductiva y la salud sexual y en los datos recabados por los sistemas de información de salud, lo que destaca son los embarazos tempranos y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Para el año 2012, se registraron en México 1,614,172 embarazos, de los cuales 454,452 se presentaron en la adolescencia, cifra que representó el 28 por ciento del total en el país. En el estado de Zacatecas se diagnosticaron 5,242 , de un total de 21,077 representando el 24 por ciento, los cuales estuvieron distribuidos de la siguiente manera: jurisdicción Zacatecas 1,636; Ojocaliente 1,007; Fresnillo 1,254; Rio Grande 400; Jalpa 384; Tlaltenango 394; y Concepción del Oro 177. Para marzo del 2013 se tenían registrados 1,306 embarazos (SSZ, 2013).

En relación con las enfermedades de transmisión sexual durante la primera mitad del año 2013, los casos nuevos en las edades de entre los 10 y 19 años fueron un total de 232, destacando 167 casos de candidiasis urogenital, 55 de tricomoniasis urogenital; 4 de infección gonocócica, 2 de infección asintomática por VIH, 2 casos de linfogranuloma venéreo por sífilis adquirida, un caso de virus del papiloma humano y otro de herpes genital (SSZ, 2013).

La atención en salud para adolescentes se realiza en las diferentes unidades, en materia de salud sexual y reproductiva las atenciones son curativas o resolutorias (ejemplo embarazo); en el caso particular del programa de acción específico para jóvenes, que promueve la prevención generando atenciones efectivas y otorgando métodos anticonceptivos, no se lleva en todas las unidades médicas, sin embargo se cuenta con algún responsable (al menos en el registro) en todas las siete jurisdicciones aunque las atenciones no siempre se generan.

Los servicios amigables dependen del departamento de planificación familiar, el cual a su vez pertenece a la subdirección de salud reproductiva, y ésta a la dirección de salud pública de los SSAZ. En las siete jurisdicciones sanitarias la responsabilidad del programa recae en el área de salud reproductiva, en éstas el área se integra por médicas, las cuales realizan funciones administrativas. En todo el estado están registrados 42 servicios amigables, implementados en diferentes unidades médicas (SSZ, 2013).

El programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes comenzó a funcionar a través de los servicios amigables en el 2010 con tan solo 19 servicios, estos dependía del presupuesto que se le otorgaba al departamento de planificación familiar, para el 2011 se otorgó presupuesto de 500,000 por haber sido la entidad federativa con menos embarazos en la adolescencia.

4.3 Participantes

El personal fue seleccionado a partir de su responsabilidad en los servicios amigables de las diferentes unidades de salud de las jurisdicciones sanitarias escogidas, mismo que participó en los grupos focales de cada jurisdicción. Posteriormente se reclutaron tres informantes a los cuales se les realizó una entrevista semiestructurada individual y en momentos diferentes, esto con la idea de profundizar en cómo se ha construido la sexualidad. Los participantes se mencionan según profesión, aunque se omitieron los nombres.

Los participantes en los grupos focales (Cuadro 1) laboran dentro de las cuatro jurisdicciones seleccionadas, integradas a su vez por de 2 y 5 municipios: Zacatecas (comprende Zacatecas, Guadalupe, Vetagrande, Calera de Víctor Rosales), Fresnillo (abarca Fresnillo, Enrique Estrada), Río Grande (incluye la de Miguel Auza, Juan Aldama, Cañitas de Felipe Pescador, Francisco R. Munguía, Tetillas) y la de Ojocaliente (Ojocaliente y Pinos). Se consideró que pudieran acudir a un punto en común y que contaran con facilidades para intervenir en la actividad del grupo focal.

Cuadro 1. Participantes en los grupos focales

| Jurisdicción Sanitaria | Participantes | Adscripción |
|------------------------|---|---|
| Zacatecas | Médica A Psicóloga A Psicóloga B Promotor A Promotor B Enfermera A | Centro de Salud Guadalupe Centro de salud Zacatecas Centro de salud Zacatecas ¹ Centro de Salud Tierra y Libertad Centro de Salud Zacatecas Centro de Salud Guadalupe |
| Fresnillo | Promotora A Promotora B Promotora C Psicólogo A | Centro de salud Fresnillo Jurisdicción Sanitaria Fresnillo Centro de Salud Fresnillo Hospital General Fresnillo ¹ |
| Rio Grande | Enfermera B Enfermera C Enfermero A Trabajadora Social A | Centro de Salud Miguel Auza Centro de Salud Juan Aldama Jurisdicción Rio Grande Hospital Comunitario Juan Aldama ¹ |
| Ojocaliente | Médica B Médica C Enfermera D Enfermera E | Hospital Comunitario Ojocaliente Centro de Salud Luis Moya Centro de Salud El Tule Hospital Comunitario Ojocaliente |

¹ Profesional seleccionado como *personal clave*, con quienes se realizó una entrevista semiestructurada

Del personal que participó en los grupos focales, se decidió realizar tres entrevistas semiestructuradas, con el fin de profundizar en las representaciones sociales relacionados con el placer, el cuerpo, el afecto, el ser mujer o ser hombre, desde las vivencias y representaciones como sujetos y profesionales de la salud en contacto con el adolescente. Durante el trabajo con los grupos focales, se detectó que el personal clave (Cuadro 2), con quien se generó empatía y la posibilidad de un segundo momento de intervención, se les solicitó y le aplicó la entrevista, el fin era profundizar en conceptos relacionados con el placer y la autonomía del adolescente, las condiciones laborales ante la atención de los considerados menores de edad y las impresiones de la estrategia de servicios amigables; en el caso particular del psicólogo seleccionado, se consideró su adscripción laboral dentro de un segundo nivel de atención, así como que su condición de hombre se reflejaba en el discurso.

Cuadro 2. Personal clave participante en la entrevista semiestructurada

| Jurisdicción Sanitaria | Participantes | Adscripción |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Zacatecas | Psicóloga B | Centro de Salud Zacatecas |
| Fresnillo | Psicólogo A | Hospital General Zacatecas |
| Río Grande | Trabajadora Social | Hospital Comunitario Zacatecas |

Las tres entrevistas fueron en espacios no correspondientes a las instalaciones de los servicios de salud a cada uno de los entrevistados, se trató de generar un ambiente agradable y se realizó la entrevista en diferentes momentos, la elección del los entrevistados fue hecha por la investigadora de manera autónoma.

4.4 Estrategias de contacto y selección

Los grupos focales se realizaron en diferentes espacios (Cuadro 3), se consideraron las facilidades otorgadas por los encargados jurisdicciones, la zona geográfica y el acceso de los participantes para salir de sus actividades diarias y participar en ellos. Estos espacios, en el caso de las jurisdicciones de Zacatecas y Ojocaliente, fueron las aulas de las respectivas jurisdicciones sanitarias; en el caso de la de Fresnillo, la actividad de grupo focal se realizó en un pequeño salón de un restaurante; y en la de Río Grande fue en el aula del hospital comunitario de Juan Aldama.

Cuadro 3. Lugar de realización de grupos focales

| Puntos de encuentro para realizar los grupos focales | |
|--|---|
| 1 Grupo Focal Jurisdicción Zacatecas Aula de Capacitaciones | 2 Grupo Focal Jurisdicción Fresnillo Salón de Reuniones Casa Rosa |
| 3 Grupo Focal Jurisdicción Río Grande Aula de capacitación del Hospital Comunitario Juan Aldama | 4 Grupo Focal Jurisdicción Ojocaliente Aula de capacitación del mismo municipio |

Para contar con las facilidades de acceso a los servicios de salud de Zacatecas, se llevó oficio de solicitud y se sostuvo un encuentro con la dirección de salud pública, con la subdirección de salud sexual y reproductiva, con la responsable del programa de planificación familiar y con la responsable estatal del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Posteriormente se acudió con los 4 responsables jurisdiccionales, donde se realizó actividad y se les solicitó anuencia para integrar los grupos, al igual que con la responsable de planificación familiar y anticoncepción, que es también en quien recae a nivel jurisdiccional el programa de salud sexual y reproductiva. Luego se sostuvo otra entrevista en las unidades para solicitar a las autoridades facilitaran la salida del personal de salud a su cargo por unas horas.

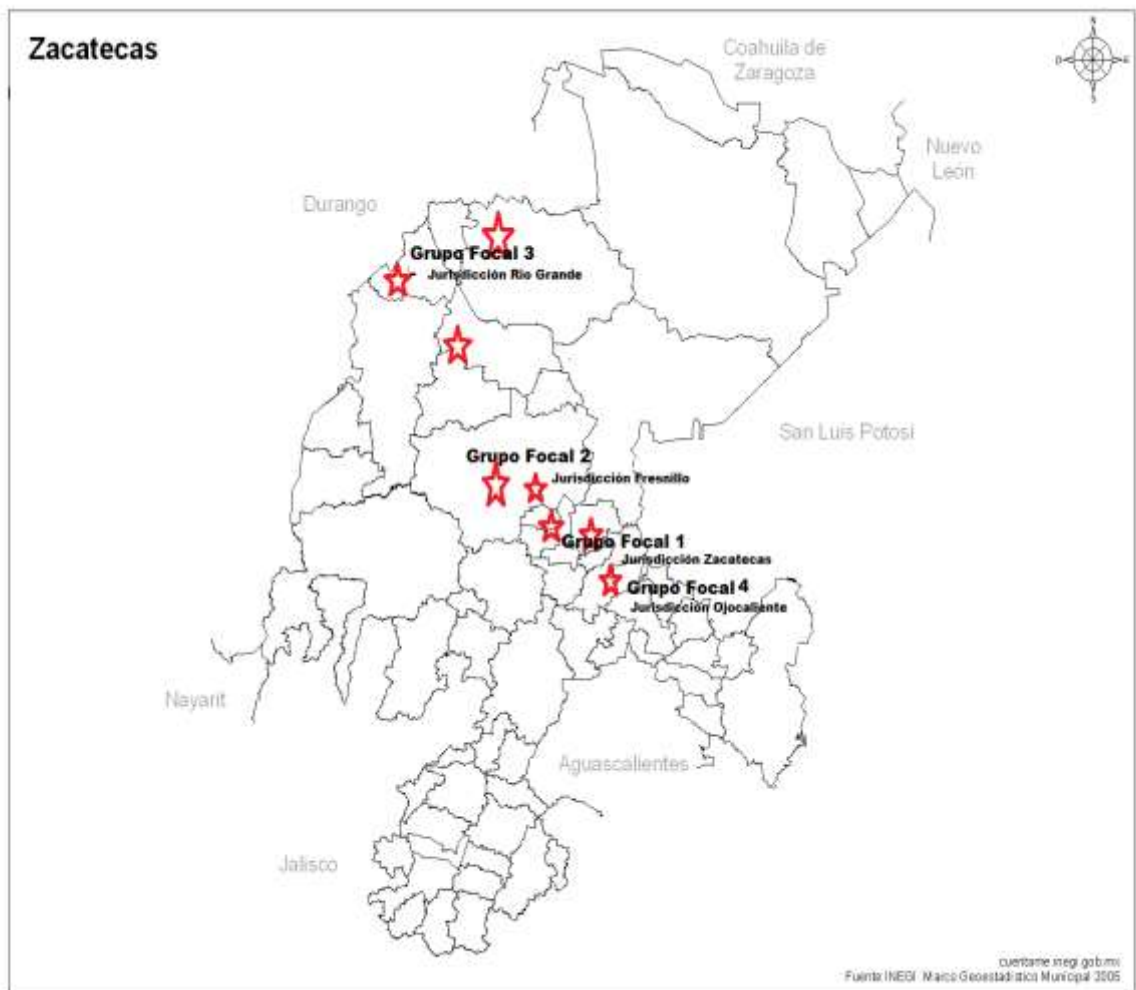


Figura 4. Mapa del Estado de Zacatecas con ubicación geográfica realización de los grupos focales.

Lo anterior se hizo de la segunda semana de diciembre del 2012 a la cuarta semana de abril del 2013, ya que en algunas ocasiones se combinaba con periodos de clases o actividades presenciales de la maestría y, además, se gestionaron los permisos para realizar las actividades programadas (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Momentos y contactos para la facilitación de los grupos focales

| Etapas | Contactos | Fechas |
|-------------------------------|--|--|
| Primera etapa de acercamiento | <p style="text-align: center;">Subsecretario de Salud Pública</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Responsable Estatal de Salud sexual y reproductiva</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Responsables Estatales de Planificación Familiar y de los Servicios amigables</p> | Segunda Semana de noviembre del 2012 |
| Segunda etapa de acercamiento | <p style="text-align: center;">Coordinadores Jurisdiccionales</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Responsables Jurisdiccionales de Salud Sexual y Reproductiva</p> | Segunda semana de Diciembre 2012 hasta primera de marzo 2013 |
| Tercera etapa de acercamiento | <p style="text-align: center;">Personal operativo asignado a los servicios amigables de los diferentes unidades de salud</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Grupos focales y entrevistas</p> | Segunda semana de diciembre 2012 hasta primera semana de mayo 2013 |

El acercamiento a los servicios dirigidos a adolescentes ayudó a definir las condiciones laborales y de práctica que permiten interpretar y conjuntar lo que se transparenta en las respuestas y experiencias manifestadas durante la atención al adolescente.

Un primer acercamiento con el personal de salud elegido permitió obtener datos socio-laborales que reconstruyen el contexto de los actores a considerar, datos que contribuyen al análisis. La visita a centros de salud y hospitales comunitarios ayudó a sistematizar las observaciones de ese momento y conjuntar así la experiencia laboral en los servicios de salud. Al momento de implementar la técnica de los grupos focales, ya se contaba con un contexto general que permitió situar el organigrama y dinámica de los servicios, tener el antecedente de un programa para adolescentes y trabajadores asignados a la atención. En conjunto, se contaba con las condiciones para el estudio y el alcanzar resultados consistentes, pero, al mismo tiempo, provocó la inquietud de búsquedas con mayor alcance.

4.5 Organización y procesamiento de datos

Los datos obtenidos de las transcripciones se transformaron en interpretaciones de la subjetividad. Para esto, se utilizó el análisis crítico del discurso. Este tipo de análisis permite deducir un diagnóstico de cómo se representan los problemas sociales, el poder y la desigualdad; es idóneo en investigaciones en instituciones sociales, así como en las relaciones de grupo y los procesos rutinarios (Amezcuca, 2002). El discurso concretado en el texto y con un contexto específico en una determinada realidad social, que permitió definir un análisis bidireccional, desde lo macroestructural y su significado detrás de las palabras; lo cual permitió analizar cómo el personal de salud representa lo que se vive como sexualidad, misma que es producto de una construcción histórica, y relacionarlo así no desde su cuerpo, sino manifestando en el discurso sobre un grupo generalmente vulnerado en materia de atención de salud, ayudando a comprender cómo se legitiman las prácticas sexuales que socialmente son atravesadas por relaciones de poder y desigualdad.

El proceso de transcripción de los cuatro grupos focales y de las tres entrevistas fue de ciento setenta páginas a las cuales se les realizó una primera y segunda lectura, con el objetivo de definir los códigos para el análisis, tomando en consideración los holones que forman parte del esquema de sexualidad propuesto en el marco conceptual y para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación. Se efectuaron codificaciones que fueron modificándose sobre la marcha, hasta lograr dos grupos que permitieran expresar los aspectos simbólicos con relación a los adolescentes y su sexualidad. Lo importante fue tener presente que el personal de salud, que labora en instituciones públicas, hace efectiva la política pública, materializada en un programa de salud sexual y reproductiva dirigido a la población adolescente.

Los códigos que permitieron el análisis del discurso se agruparon en dos: la esfera relacional y la esfera ideacional (Ver cuadro 5). Cada grupo con códigos específicos a través de los que se logró acceder, con sus limitantes, a las representaciones sociales que los profesionales de la salud manifiestan en torno a los adolescentes y los aspectos relacionados con su sexualidad. Los discursos obtenidos develan el conocimiento técnico obtenido en la profesionalización, los aspectos sociales en torno al cómo se vive la sexualidad en un contexto y las prácticas personales conforme a experiencias propias, todo se mezcla al considerar la sexualidad como tema específico.

Cabe destacar que tanto en los grupos focales como en las entrevistas, el personal de salud elude la responsabilidad de hablar de sexualidad con los adolescentes, remitiéndola a otros actores, por ejemplo los maestras/maestros y la familia. Es por esto que se decidió incluir no sólo el cómo se representa el profesional ante el adolescente (rel-adolesce), sino además la importancia que le otorga a los actores de la educación formal y la familia (rel-ef y rel-fam). Los códigos de la esfera ideacional se basan en la propuesta de que la estructuración mental de la sexualidad es el desarrollo de construcciones que se originan en diversas potencialidades vitales: la de procrear, la de una especie dimórfica (la de experimentar placer) y la de desarrollar vínculos afectivos (Rubio, 1994).

Cuadro 5. Códigos para el análisis del discurso

Esfera Relacional: cómo se representa el personal de salud en relación al tema de sexualidad y los otros.

| | |
|---|---|
| rel-adolesce | Cómo ve el personal de salud a los adolescentes |
| rel-ef | Cómo ve el personal de salud a la educación formal sobre la sexualidad del adolescente |
| rel-fam | Cómo ve el personal de salud a la familia del adolescente con relación a la sexualidad del adolescente. |
| Esfera Ideacional: Imágenes y representaciones sobre la sexualidad de los adolescentes desde la sexualidad holística y socialmente construida. | |
| i-embarazo | Cómo representan la reproducción en el adolescente |
| i-placer | Cómo representan el placer en el adolescente |
| i-afecto | Cómo representan el afecto en los adolescentes |
| i-género | Cómo representan el ser hombre y ser mujer en los adolescentes |

Los diálogos de los grupos focales y las entrevistas se transcribieron en documentos de word y se sistematizó la información para realizar, posteriormente, un análisis crítico del discurso. En un primer intento se comenzó a trabajar en el programa de *Etnograph*, pero algunos problemas técnicos no permitieron continuar por esa vía, por lo que se realizó la impresión de la transcripción de los grupos focales y las entrevistas individuales; y a partir de ahí se realizó el análisis del discurso con los códigos preestablecidos. Se determinaron colores para cada código, se hicieron varias lecturas identificando lo expresado, y se determinó si la representación era referente de algún código.

4.6 Análisis de los datos.

El análisis de lo expresado a través del lenguaje y la interpretación de lo dicho con relación a la sexualidad propia y de los adolescentes, pretende comprender las representaciones sociales que entran en juego y cómo son comprendidas por los diferentes profesionales involucrados, considerando la relación de los roles masculino y femenino, la formación profesional y el contexto sociocultural en el que han vivido y al cual pertenecen. Esta investigación, según análisis del discurso del personal de salud, permite describir sus prácticas discursivas y comprender los aspectos simbólicos que manejan sobre la sexualidad, hace posible efectuar una búsqueda de los significados y las representaciones sociales como una versión de la realidad que encadena acción, pensamiento y lenguaje (Arruda, 2010).

El análisis crítico del discurso es capaz de demostrar cómo las formas de dominación son representadas, constituidas y reproducidas por las diversas formas que asumen los textos orales, pretende denunciar, exponer y criticar el discurso de la élite y el poder persuasivo en la construcción del consenso y de la hegemonía ideológica (Dijk, 2001). El análisis crítico del discurso permite también identificar la carga ideológica y las relaciones de poder que no son evidentes para el individuo. En esta investigación las relaciones de dominación que interesan son las vinculadas con el control sobre el cuerpo y la sexualidad; la institucionalización de las decisiones del personal de salud sobre el cuerpo y la reproducción de los jóvenes. El cómo un grupo con un poder específico como lo es el "conocimiento" en sexualidad, contribuye a la reproducción de relaciones de dominación. Lo expresado en las técnicas grupales e individuales, a través del lenguaje, muestra una vida social intersubjetiva e ideológica predominante. A partir de la interpretación del discurso se puede llegar a la práctica social, un discurso particular da forma a las situaciones, instituciones y estructuras sociales y viceversa (Fairclough y Wodak, 2001).

El análisis se realizó a partir de la codificación basada en el marco conceptual, los datos obtenidos como fuente gramatical pertenecían a diferentes esferas de análisis; la búsqueda principal fue todo aquello relacionado con la sexualidad, enmarcada en una construcción vista desde la interacción social, analizada integralmente con perspectiva de género y en un contexto institucional desde las relaciones entre diferentes actores. Se descubrió que en el lenguaje es donde se ubican los actores con respecto a la educación formal, a la familia, a los servicios de salud y, por supuesto, cómo se ubican en relación con los adolescentes.

En el ámbito de las representaciones que tienen conforme a la sexualidad, se retomó el esquema de Eusebio Rubio, donde se consideran los holones: la reproducción que el personal sobre el embarazo y la importancia que le concede al aspecto biológico de la reproducción, contemplando la relación coital como la fase relevante, el subsistema de placer y el afecto y, por último, no considerando al género en el mismo nivel que los demás subsistemas, pero sí una categoría de análisis fundamental que se mueve con los subsistemas. Las palabras y frases empleadas por los entrevistados representan situaciones, relaciones y posturas discursivas sobre la sexualidad, hacen visibles el flujo de conocimiento y prejuicios a través del tiempo.

4.7 Consideraciones éticas

El presente estudio no implicó riesgos para los participantes. Aun así a todos se les explicaron los objetivos y dinámica del mismo y se les solicitó su anuencia para participar, así como para grabar la actividad grupal y las entrevistas aplicadas. También se garantizó la confidencialidad y el anonimato. Los resultados de la investigación, si es de interés de alguno de los participantes, pueden ser conocidos. El proyecto se expuso al consejo estatal de bioética de Zacatecas. Éste envió recomendaciones dos meses después: se había solicitado respuesta previa pero no se recibió y durante ese tiempo ya se contaba con la selección de personal y su anuencia para participar. Fue entonces que cuando se autorizó, ya se habían realizado la mayoría de los grupos focales y las entrevistas.

V. RESULTADOS

La primera parte se relaciona con la observación y las preguntas del acercamiento inicial, cuando se solicitó la participación a los grupos focales; se obtuvo información relevante al relacionarla con las prácticas vinculadas con el orden simbólico, como puede ser el mayor porcentaje de mujeres prestadoras de servicios a los adolescentes y la condición de padres de aquellas/os.

5.1 El personal de salud: sus condiciones socio-laborales y la relación con las/os adolescentes.

En las actividades grupales y en las tres entrevistas individuales intervinieron en total 18 prestadores/as de servicio, adscritos a los SSZ, entre sus funciones forman parte de los servicios amigables (ninguno de ellos exclusivo para la atención a las/los adolescentes), ubicados en 13 instalaciones: un hospital general, 2 comunitarios, 8 centros de salud y 2 con adscripción en jurisdicciones sanitarias.

En relación con edad, sexo y profesión: el promedio de los prestadores es de 37 años, la mayoría mujeres (14 de 18). En cuanto a la profesión se dividen en: 3 del personal médico, 6 de enfermería, 3 de psicología, uno de trabajo social; los promotores son 5 y tienen diferentes profesiones (un Ingeniero civil, un abogado, una odontóloga y dos con preparatoria concluida).

Asimismo, se pudo identificar que 12 de los 18 prestadores de servicio tienen hijos/as y, en cuanto a su estado civil, destaca que más de la mitad son casados/as (10 de 18). Respecto a la religión que practican, todas/os se declaran católicos (100%).

Los prestadores tienen un promedio de trabajo con adolescentes de dos años, ya sea en un módulo de atención o equivalente. Todos con un horario matutino; y refieren que los principales motivos de consulta de los/las adolescentes son: embarazo, planificación familiar, consulta general o psicológica.

En todos los grupos se menciona que los adolescentes acuden poco a procurar un servicio preventivo y, en menor medida, atención u orientación sexual. Respecto a las características de la infraestructura para la prestación de servicios, se encontró que se fusionaron u ocupan el mismo espacio el módulo y el consultorio de medicina general, consultorio de psicología, área de trabajo social o promoción y, en tres de casos, coinciden los consultorios con el servicio de planificación familiar. En todos los servicios el personal también se emplea para atender pacientes de otros programas u otorgar otros servicios. No se dispone de un espacio exclusivo para la atención en ninguna de las unidades de salud estudiadas.

En cuanto al tipo de atención en materia de salud sexual, el personal médico y de enfermería se concreta casi exclusivamente al consultorio donde ofertan consulta general y de planificación familiar. En el caso de los promotores, sus acciones se programan extramuros, la trabajadora social y el enfermero adscritos a la jurisdicción sanitaria realizan, además, acciones y tareas administrativas. En todos los casos, refieren otorgar orientación-consejería; y consulta psicológica, siempre y cuando cuenten con personal profesional en la materia. Además de la atención clínica, el personal en su totalidad, realiza alguna otra actividad educativa: pláticas, talleres y ferias de la salud dirigidos a jóvenes, además de actividades para maestros y alumnos y, en pocos casos, a padres de familia.

En la mayoría de los casos cuentan con material como folletos, trípticos, muestrarios de métodos anticonceptivos (los cuales sólo se pueden observar y manipular), presentaciones en powerpoint y modelos pélvicos. Los materiales que más se obsequian a los/las adolescentes son folletos y volantes.

Esta investigación, además de los datos aquí expuestos, nos permitió identificar algunas limitaciones estructurales en el funcionamiento de los servicios, como son: el mismo personal participan en diversos programas de diferente naturaleza, horarios limitados y espacios no exclusivos para el joven; pero además, el personal no profundizan en la intersubjetividad del trabajador con el paciente. Es entonces que al conocer las representaciones sociales, éstas dan la pauta para pensar en los prejuicios, aspectos culturales, educación integral,

influencias, y todo lo que conforma el imaginario sobre la sexualidad de los otros, en este caso del personal de salud y lo que estas construcciones “pesan” en la toma de decisiones hacia las/los adolescentes, en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Hay escasa aceptación de los adultos acerca de la legitimidad de las relaciones sexuales de los adolescentes, aunado esto a una mínima educación integral sobre sexualidad en los lugares donde aún tienen influencia los grupos conservadores y la Iglesia (Stern, 2012). Así resulta que, además de los padres, se oponen a una educación integral, incluso los prestadores de servicios de salud, de educación y quienes elaboran políticas públicas.

5.2 La adolescencia en el discurso del profesional de salud.

El personal de salud se identifica desde una mirada de adulto y al hacer referencia al adolescente lo relaciona y concibe como una generación distinta, una etapa estigmatizada y vinculada a ciertos estereotipos usualmente negativos. Así, los jóvenes son homogeneizados con ciertas características y atributos pensados desde la adultez y en relación a la modernidad propia de inicios de la segunda década del siglo XXI, por tanto las adolescencias le resultan ajenas y lejanas, cuando no “peligrosas” al adulto.

Esta representación o estereotipo se expresa de diferentes formas y, a pesar de tener diversas profesiones, en el discurso de aquéllos que participaron en la investigación, se ubica y caracteriza al adolescente como un niño; o por debajo de una línea trazada imaginariamente, en que el adulto y/o profesional percibe el lenguaje, la actitud, las prácticas del joven permeadas por la falta de conocimiento; y además expresan dificultades para acercarse a las y los adolescentes.

[...] siento yo que los adultos involucramos a los adolescentes como unos niños, que no saben qué hacer (Psicóloga A)

[...] nosotros como trabajadores de servicios, como lo acaban de decir, tienes que acercarte a ellos, como amigos a ponerte hasta el nivel de ellos, a veces ser como adolescente... ubicarte a su nivel, de platicar con ellos, de entender lo que dicen (Promotor B)

[...] eso de ser amigable y no, no sé, porque no sé cómo lo identifiquen los chavos, pero cuando nosotros vamos a la escuela y tenemos el contacto con los chavos pues sí hay que tratar de bajarse y de que si el chavo dice una mala palabra pues seguírsele, bueno no sé si esté bien o esté mal (risas)... no ponerme a hablar con malas palabras pero igual no tomárselo a mal porque es su lenguaje... de que te vean como amigo yo pienso que no, porque siempre vas a ser... bueno nosotros nos quitamos la bata para ir a la escuela, pero de que te vean como amigo, bueno no, no sé (Médica A)

La manera de acercarse a los adolescentes es bajarse a su nivel, hablar su lenguaje de ellos, no enojarse con ellos "habla no te voy a regañar", este tratar de entender su inquietud, tratar de bromear con él y seguirles la corriente (Promotora A)

[...] para que te hagan caso hay que lograr llamar su atención y les digo "qué onda, cómo les fue, qué onda", no de malas palabras porque no gano yo con "oye güey" no, pero sí bajarse a su nivel (Enfermera C)

Es interesante rescatar cómo el personal de salud ubica las vivencias de las/los adolescentes como ajenas a ellos y sobre todo cuando se hace explícito aquello de que el adolescente está "adelantado"; separarse de los adolescentes es algo reiterativo. El adolescente actual es ubicado con relación al ejercicio de su sexualidad (representada como el coito, el contacto físico y la necesidad de conocimiento sobre el cuerpo) como un "sujeto adelantado", y lo adelantado tiene una connotación negativa.

Cuando hablamos de la sexualidad del adolescente yo creo que actualmente se ha adelantado más la situación a través de noviazgos desde la primaria incluso he visto niños de preescolar que ya mencionan "fulanita es mi novia y le di un beso"... (Trabajadora social A)

[...] es que los adolescentes en sí ya están muy despiertos, sí están muy despiertos, yo me quedé de a cuatro cuando fui a dar una plática a niños de primaria y desde que empecé hasta que terminé los niños era "oiga enfermero" y esto y aquello y empezó una niña "oiga y porqué mi mamá se embarazó". No me lo crean pero eran muchas preguntas... (Enfermero A)

[...] me tocó ver un programa donde precisamente estaban en un jueguito así como de la botella, la chavita se le aventó al novio, verdad, y ya el chavito aceptó ser su novio y ya le da un primer beso; y la chiquilla va y le cuenta a su mamá y las dos muy contentas; y yo sorprendida porque se me hizo muy, muy... y me dije: "yo soy muy anticuada, o esto es muy moderno para mí" (Médica B)

Los adolescentes son un grupo socialmente subordinado, las expresiones lo relacionan con un sujeto rebelde, que no tiene percepción de riesgo, irresponsable, impulsivo, difícil. Queda expresado como si fuera parte del sentido común que todo adolescente tiene las mismas características.

[...] el adolescente sabe, el adolescente sabe que si tiene relaciones sexuales sin protección, está expuesto a una infección de transmisión sexual o un embarazo, aquí la pregunta es ¿por qué lo hace?... (Psicóloga B)

Necesitamos algo de atracción a nuestros jóvenes para nosotros trabajar con ellos, el canalizar toda su energía negativa de los jóvenes... a esa edad nadie tiene responsabilidad (Enfermera C)

Las adolescentes tienen mucha impulsividad, buscan nuevas experiencias y eso las lleva a otras cosas, se pierden (Psicólogo A)

El personal de salud demuestra una relación donde puede llegar a ubicarse como madre/padre, y eso genera una cierta transferencia al hablar de la sexualidad de los adolescentes, no como un profesional de la salud sino desde un contexto tradicional de familia.

[...] en una capacitación nos pusieron un ejemplo de que si un día tu hija te dijera que va de paseo, y la ves que prepara su mochila, y ahí como que no queriendo le ves unos condones, qué harías, y todos nos quedamos que uuu, porque realmente todos los papás andamos diciendo ay mi hija no, mi hija no, cómo va a andar o no, mi hija no (Médica B)

En mi caso, en cuanto a lo que yo he vivido en la comunidad en donde trabajo, ahí las mamás me han dicho "el estudio no sirve, para qué" y pues hay que entender que los jovencitos eso piensan también... (Enfermera E)

Resulta interesante la relación a la que se enfrenta el personal de salud de diferentes profesiones, ya que se refiere a que no todos tienen el mismo compromiso de trabajo con los adolescentes, no sólo por su formación académica sino, además, por la "sensibilidad" propia de algunas profesiones para visibilizar las condiciones sociales que vive el joven.

Es que hay que bajarse al nivel de ellos cuando vienen con nosotros, pero eso lo hacemos los enfermeros, yo lo digo por enfermería nosotros como que ya en un momento dado estamos resignados a hacerla de todo y así, hacerla de psicólogo, hacerla de enfermero, hacerla de todo, muchas veces un médico como que es "yo me siento y doy la consulta" (Enfermero A)

5.3 La sexualidad esquematizada con el modelo de los holones a partir del discurso del personal de salud.

Al utilizar un modelo esquemático como el de los holones, que abarca aspectos que se han vivido históricamente de manera diferente y que tanto se normalizan y mandatan dentro de la sexualidad los aspectos como la heteronormatividad, la reproducción y los roles de género traducidos en el vivir el cuerpo, el placer y el afecto. Se indagó sobre si se conocía de algún modelo aplicado al estudio de la sexualidad, con el fin de que se expresaran conocimientos teóricos. No hubo mención del modelo de los holones. Las referencias se encaminaron a la “sexualidad desde el nacimiento”.

Es que para ellos sexualidad es tener relaciones sexuales, no "si yo no tengo relaciones sexuales no es sexualidad" y siempre que vamos así a cualquier escuelas es así... y tratamos de decirles no, bueno la sexualidad es algo que viene natural en nosotros viene desde que nacemos, traemos sexo y sexualidad desde el nacimiento (Psicóloga A)

Para visibilizar la sexualidad desde la mirada de las/los profesionales sanitarios, se toma como referencia a las/los adolescentes y con un tema inmerso en lo público y en lo privado, que aparece en las políticas públicas a través de los programas de salud sexual y reproductiva, y que recae así directamente en la operación de programas específicos en los centros de salud. Cuando el personal de salud se refiere a la sexualidad de ellos, refleja acuerdos y desacuerdos de lo que hacen o dejan de hacer en la adolescencia.

La búsqueda intencional en torno a lo que representa la sexualidad para el personal de salud, mediante el modelo de los holones como herramienta para explorar el tema, reflexionar y analizar el discurso, permitió corroborar que al hablar de sexualidad, se conjuntan dos o más holones (género, vinculación afectiva, reproducción y placer), donde la constante es la condición de género

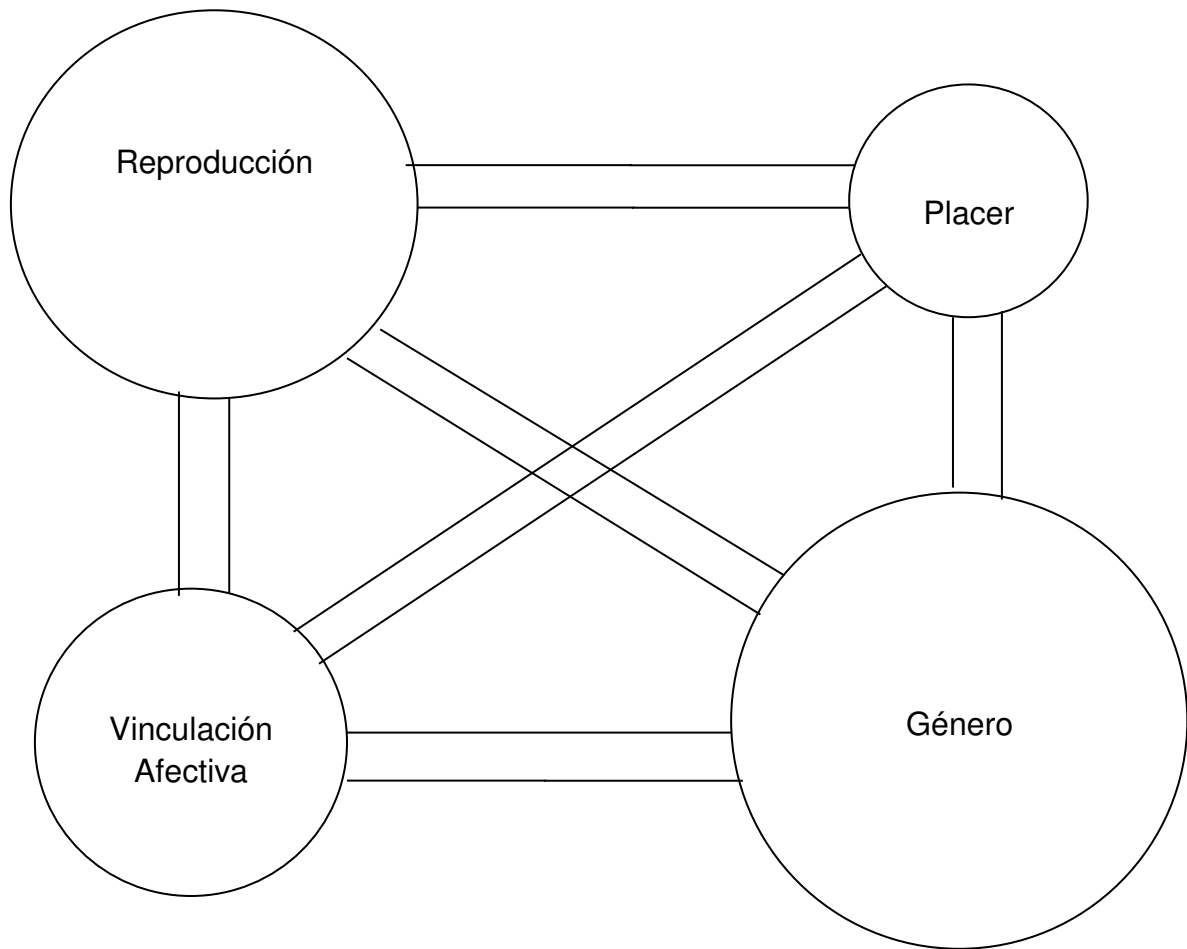


Figura 5. Representación esquemática del modelo de los cuatro holones expresados en la intersubjetividad del personal de salud de los servicios amigables⁷

Esquematizar el cómo se representa en un grupo social la sexualidad con relación a los holones permite identificar la potencialidad de reproducirse biológicamente, concebida desde la maternidad femenina, los aspectos biológicos de la sexualidad, las relaciones de género involucradas en el placer y en la

⁷ Las manifestaciones expresadas en general se esquematizan sobre el holón que se tiene mayor conflicto en lo individual y como tema social, identificando la necesidad de considerar los aspectos que interfieren en la sexualidad de cada persona.

vivencia de afecto. Al hablar de sexualidad no se habla por separado pero sí se ponderan ciertos componentes del modelo.

5.4 La sexualidad del adolescente en palabras del personal de salud.

Cuando el personal de salud hace referencia a la sexualidad de las/los adolescentes, refleja acuerdos y desacuerdos relacionados con la práctica sexual más vinculada al término sexualidad: el coito. Se manifiesta que hablar de sexualidad remite al personal de salud a la relación coital, el coito a los órganos sexuales pélvicos, los órganos sexuales pélvicos al sexo, el sexo a roles de género y el género a la reproducción biológica. La sexualidad la ubican en un cuerpo que cambia, cuerpo lleno de hormonas, el instrumento de la sexualidad es el cuerpo.

Simplemente la idea de ellos es no hablar de que les está saliendo el vello púbico y tienen la creencia de que es malo... nosotras nos hemos topado con chicos que cuando les hablamos hasta de que aséate tus órganos sexuales o sea hasta decirles eso (Promotora A)

[...] es que los adolescentes muchas de las veces puede ser que este, este el cambio hormonal que están sufriendo puede ser de, de, de, de puede ser de que vivan esto, que sienten atracción y todo eso... (Psicólogo A)

Las expresiones relacionadas con la sexualidad, con la reproducción y enfermedad, retomando la culpa e irresponsabilidad del adolescente o el conocimiento con que cuentan o la irresponsabilidad ante los actos de "riesgo".

[...] yo he tenido experiencias con niños de quinto y sexto año y ellos ya te hablan de términos, bueno digamos que ya te hablan bien de lo que es

sexualidad o sea qué es un embarazo y un método anticonceptivo, con información a su nivel pero de sexualidad (Médica A)

[...] ejercen los adolescentes su sexualidad a lo mejor sin protección y pues caen los embarazos no planeados o infecciones de transmisión sexual y todo por no cuidarse (Promotor A)

[...] sí, por ejemplo los niños están muy adelantaditos a partir de los doce años, si no es que más chiquitos, ya andan alborotaditos con lo que es la hormona y hasta piensan en sexo (Enfermera B)

Genitalizan porque en realidad no saben cómo guiarlo y los hombres tampoco, es el acto no más por el instinto (Trabajadora Social A)

Se valora la sexualidad desde el coito, la virginidad y la reproducción que recae en el cuerpo de la mujer, en donde es importante la anticoncepción, influir en un cuerpo de mujer que sufre cambio y al que hay que temerle, pero se justifica cualquier coito si es con "amor".

[...] no se tiene una conciencia, el problema viene después, cómo te diré de que sienten rico, pero que eso los va a llevar a factores de riesgo como perder su, su... bueno ya después el embarazo (Psicólogo A)

Yo vi a una niña que fue ese día y ya le pregunte si eyaculó o no, no supo ni qué y le digo oye hija ¿y sí tuviste tu orgasmo así bien chido? y voltea con la amiga (mímica de pena), porque si ya tuviste el don de estar con una pareja es porque algo salió de eso... verdaderamente están haciendo el amor o el sexo, hacer el amor son que estés preparado física y psicológicamente para lo que vas hacer, para que te entregues con amor (Enfermera C)

Al indagar sobre el abordaje de la sexualidad en el programa para adolescentes, relacionado con la atención en materia de salud sexual y reproductiva, éste se reduce a información anticonceptiva y, en específico, al uso del condón masculino.

[...] el condón los adolescentes ya lo relacionan con que están teniendo relaciones sexuales, cuando en realidad tal vez fue un trabajo de la secundaria (Promotora C)

[...] otro de los detalles es que ya tienen la información de sexualidad y de métodos anticonceptivos... (Trabajadora Social A)

Si el objetivo es no tener hijos y ahí los hombres son más difíciles de conquistar , en métodos anticonceptivos son aún más difíciles (Enfermera D)

El discurso religioso en torno a la sexualidad aparece explícitamente en un solo caso, pero está manifestado en las representaciones relacionadas con los roles de género.

[...] sabemos que la iglesia, queramos o no, pues siempre nos van a tener esa parte de la vida sexual sobre todo de las relaciones sexuales sólo con tu pareja y después del matrimonio... en Zacatecas, nos parezca o no, todavía como la religión católica está muy marcada (Psicóloga A)

Una preparación con una tendencia humanista, y que puede considerarse crítica como lo es el psicoanálisis, nos hace obtener información sobre alguien que a pesar de mencionar su formación tradicional con relación a la sexualidad y las relaciones de género, logra ir más allá y hablar sobre aspectos de la sexualidad que son relevantes.

Yo en la carrera solamente vi una materia sobre sexualidad y era la teoría de Master y Johnson y sí queda muy limitado a nivel licenciatura yo no sé por qué para trabajar. Sexualidad, primero tienes que resolver tu sexualidad porque es tan complejo y te mueve mucho y muchas veces tus prejuicios o tus ideas influyen en tu trabajo, en casa de la sexualidad no se habla, de sexualidad si se habla te dicen "mira mijita te va a venir tu periodo" y "es que los niños vienen de París"; por eso hablar de sexualidad en nuestra vida y en nuestro trabajo es importante" (Psicóloga B)

5.5 Expresiones específicas sobre placer y afecto como parte de la sexualidad del adolescente.

Hablar de placer es involucrar al cuerpo físico, un cuerpo que tiene momentos para experimentar o no placer. Las referencias son tan variadas que hablan más ciertas vivencias particulares o expresadas desde los otros, los maestros, otros adultos.

Yo, a lo mejor están en desacuerdo conmigo, pero yo digo que el cuerpo es lo que uno busca, bueno ya, eh este, una chica de diecinueve años que estaba con un cuarentón y ella decía "no pues me gusta, yo siento que con él es lo máximo, me pasa eso, me hace vibrar"... "el sexo a todo mundo nos gusta", y yo me quedé no pues es cierto (Promotor B)

Es que se tiene la idea de que una relación coital o sea es puro placer, es maravilloso y demás, ellos todavía no, yo no creo que estén preparados ni que tengan la necesidad de... (Promotora C)

[...] yo le digo al adolescente: mira, hay otras formas de dar y recibir placer sin necesidad de llegar al coito, que al final de cuentas es donde pueden caer las enfermedades de transmisión sexual o los embarazos no planeados; no, yo puedo darle, si yo ya estoy demasiado erotizado, yo puedo darle placer a mi

pareja, me puedo dar placer a mí sin necesidad de lo que es el contacto sexual
(Promotor A)

[...] el adulto revive su propia adolescencia, no el maestro que es docente en una secundaria, revive su propia adolescencia, no, no ¿cómo fue su adolescencia que le está causando ruido?, hay maestros que nos dicen "que no hablen de sexualidad", o sea cualquier tema menos la sexualidad, eso es porque le causa ruido... (Psicóloga B)

La masturbación se retoma como el ejemplo de placer específico de la adolescencia, la masturbación pensada y vivida en el sujeto. Tema que al exponerse en público resulta complejo, ejemplo de la privacidad y culpa que resurge del placer. La masturbación es diferente en el hombre y en la mujer.

[...] un día me hicieron una pregunta "oiga es malo el dedeo" y yo ¿qué es el dedeo?, no sabía qué era eso, y ya me dijeron lo que era el dedeo, y ya entonces yo les dije ah no mira es malo y no... (Médica A)

Los adolescentes en su búsqueda de experiencias nuevas, de querer experimentar por ejemplo, empiezan con el sentido de placer, pero al momento que van transcurriendo puede, puede... la necesidad va cambiando más... (Psicólogo A)

Yo he manejado el tema con mis jóvenes y es un reto manejar lo de la masturbación (Enfermera C)

[...] masturbación es muy oculto, pero entre ellos mismos se lo comunican, es oculto para la gente mayor, pero entre ellos y ellos pues que si le haces así y si le haces asa (Trabajadora Social A)

[...] de eso de la masturbación pues en los hombres yo creo que sí, pero en las mujeres todavía existe cierto tabú, bueno francamente este tema como que yo no lo he manejado mucho, vamos, no he tenido la experiencia de compartir con chavos o que chavos me comenten, yo realmente no sabría decirles como están (Médica B)

[...] mujeres casadas con un montón de hijos y al hablarles de una masturbación y dicen a las mujeres "es que eso sólo los hombres, en las mujeres no existe", y obvio sí existe, y se tiene que conocer para que tengan una satisfacción o un placer completo; en una relación sexual primero tengo que conocer mi cuerpo para poder guiarte como pareja, y que tú me guíes en el otro sentido (Médica C)

Yo incluso una de las señoras que fue y me dijo "quiero que me quite el DIU, porque ya no me quiero cuidar" y ya yo le dije por qué señora piensa embarazarse "no pues que me cuido, pues cuando tengo relaciones no siento nada" y ya yo le dije "no, es que esto ya es de la pareja, no precisamente por la rutina que tiene uno del trabajo, que esto que el otro, ya lo que quiere uno es dormir, aquí va su pareja tiene que platicar tenemos que revivir los tiempos de antes, no perderse (Enfermera D)

Ni los hombres ni las mujeres se conocen su cuerpo y yo creo que por ejemplo estás con tu pareja pero si tú no te conoces tu cuerpo y tienes todavía tabú, tampoco le vas a decir a él dónde te toque o dónde te bese para que tú sientas rico, porque si yo no me conozco mi cuerpo, no le puedo decir dónde me toque, dónde me bese, o a veces, aunque me lo conozca, no le puedo decir a mi pareja hazme aquí o bésame aquí, simplemente porque me da pena o él me va a decir "¿cómo? o ¿por qué? ¿quién te lo ha hecho?" o sea ya son esas cuestiones... yo pienso que muchísimas mujeres ya casadas no saben lo que es un orgasmo porque no conoces tu cuerpo y no tienes confianza de decirle a tu pareja (Promotora A)

Cuando se trata de hablar acerca del afecto en torno a las y los adolescentes, se detectan experiencias propias del personal, el retomar su adolescencia y transformarla en placer vivido o añorado.

Yo creo que los adolescentes se vinculan por conveniencia, conveniencia pos si me maltratan pues mejor no me voy con él... bueno, pero también es por interés material, si es el chico rico "pues que me mantenga", bueno no sé yo digo que es así (Médica A)

[...] generalmente cuando se relacionan con alguna pareja, es que están buscando a veces el afecto que no tienen en la familia... yo creo que es más afectivo, es que el simple hecho de ser humano ya necesitas afecto (Médica B)

[...] unas muchachas adolescentes promiscuas efectivamente estaban, estaban pasando esto, porque ellas en su casa no tenían esa atención, esa afectividad y la andan buscando fuera... ellas, bueno, pues que buscan tapar eso, ese hueco, en busca de relaciones por ejemplo sexuales, buscar con alguien que verdaderamente, que a lo mejor enmascarar por ejemplo el afecto (Psicólogo A)

Porque los padres no los miman, entonces ellos buscan ese afecto, este, con sus compañeros, con amigos, y pues terminan en otras cosas (Enfermera D)

Se ha perdido la valoración de una persona a otra en la misma familia, no la hay, cómo la va a haber en los semejantes, a los compañeros, a la novia, a la pareja, no la hay, eso se ha perdido por lo mismo es una relación sexual fría, un free, incluso entre ellos mismos lo ven, no es hacer el amor porque tienen incluso varias parejas (Trabajadora Social)

Caerle bien a los amigos, que el entorno de los amigos lo acepte, que seas reconocido por ellos, tu autoestima tiene mucho que ver, la autoestima de los chicos, ser segura, reconocerse a sí mismo (Promotora B)

5.6 La condición de ser hombre o mujer al hablar sobre la sexualidad.

Las vivencias y significados de los roles de género y las relaciones entre las mujeres y hombres permiten un ejercicio de la sexualidad diferente.

[...]si el hombre anda con varias personas, conoce a varias personas es por experiencia, y si la mujer tiene la posibilidad de desenvolverse, de conocer, de experimentar, ya no es experiencia, es ser una zorra (Trabajadora Social A)

Hay una influencia de que los hombres conozcamos más nuestro cuerpo, eso porque hay una influencia de que en los hombres son muy dados a, a, a echarnos carrilla, al albur y todo eso... porque no necesariamente el hombre se conoce más que la mujer, lo dice menos como que es más recatada, y bueno muchas veces es "no se toque ahí"... "no se ande tocando" (Psicólogo A)

Es que luego creemos que nada más los adolescentes deben sentir, me tocó una paciente, no era grande, aproximadamente unos cuarenta años, primero para que hablen de la sexualidad, bueno ya la señora logra sacarlo "es que mi esposo quiere pero a mí se me dificulta" pero es su esposa señora, es parte de su relación de matrimonio... (Médica C)

Las mujeres que participaron en los grupos focales expresan desde lo construido como se vive la relación con el hombre. La sexualidad desde el rol femenino.

Es necesario estar con alguien, es llenar esa parte afectiva es saber que hay alguien detrás de mí, que me respalda, que me abraza, que me besa, que me apapacha, y eso me hace sentir completa, entonces sí (Enfermera D)

Yo creo que es más afectivo que un respaldo económico, por qué más afectivo, porque se ha visto que al menos la mujer profesional y laboralmente pos ya, ya se emparejó con el hombre, y pues lo que buscan las adolescentes es afecto (Médica B)

[...] ellos buscan el afecto en el amigo o en el novio porque yo lo he visto, yo he estado con ellos en la telesecundaria y la muchachita busca al muchacho, ellas son las que los buscan a ellos (Enfermera E)

[...] antes sí se daba muchísimo esto, o sea la mujer se casa y se está en su casa a cuidar niños, a lavar, a planchar, hacer de comer y ahorita no tanto, o sea bueno, también sigue habiendo adolescentes que buscan salir de la secundaria, me embarazo y me caso y muy cómodo para mí que me estén manteniendo, pero también buscan a alguien para estar (Promotora B)

El primero que te dice qué bonita, ya sintió bonito y se va con él, obvio, no se va a quedar con esa, va a decirle que bonita a otra, entonces el factor incluso inicial es buscar cariño (Trabajadora Social A)

En los servicios de salud las mujeres asignadas para la atención a los adolescentes hacen referencia a la sexualidad.

[...] las pláticas de los chavos, no sé si sea de a de veras o no, pero son pos las presunciones o no, de que "yo ya con ella y con ella y con ella", y pues como son hombres, hablan muy normalmente de eso (Médica A)

[...] en su mayoría quien sabe de sexo, que busca las imágenes o el video o la película pos son los adolescentes, los hombres, no tanto una mujer, entonces qué es lo que pasa, que el adolescente hombre se crea una imagen de qué de que el sexo es grotesco es cumplir con el acto y quedar ahí nada más, y yo pienso que una mujer es más tradicional, como que el de acto de amor en sí... (Promotora B)

[...] hay palabras que a ella le agradan y este, pero bien sabemos que probablemente no sea una relación bien estable o muy fuerte, y por eso no duran, y también tenemos la contraparte, de que los hombres no buscan lo mismo que las mujeres... ellos se van al lado de la experiencia, como que ellos quieren más experiencia, entonces no se van a estancar con una persona, con ellos es una y otra porque quieren experiencia... (Médica B)

Las mujeres participantes hablan de su responsabilidad en la reproducción de patrones y roles tradicionales.

A los hombres los hacen machistas las mujeres, no mijito, tú no barras, no mijito tu eres hombrecito (risas), tú hija, tú sí, ándale, realmente las mujeres somos quienes hacemos, no tanto los papás, nosotros tenemos más contacto con los hijos, los educamos más que los hombres y somos las que los hacemos machitos, desafortunadamente, y lo seguimos haciendo (Médica B)

Las mujeres en mi comunidad, aunque vivan marginadas, se quedan con los hombres, por las cuestiones de virginidad, o sea por" el qué dirán" o" qué van a decir" y pues ya, se quedan embarazadas (Enfermera E)

Yo pienso que una mujer habla de sexualidad pero ella habla de enamorarse, de tener una relación con el chico que ella quiere, el hombre no, un hombre es con la persona que en ese momento tiene enfrente, y yo pienso que esto se desencadena desde el núcleo familiar, por qué, porque mamá enseña que esa

niña debe tener una formación como mujercita, este, como que tu vida tiene que rodearse de un hombre, para depender de un hombre, tú tienes que estar bien físicamente para un hombre, y como empezamos nosotras, pues igual, a pintarte el cabello, ponerte tacones, pero no lo hacemos para vernos bien nosotras mismas, muchas veces lo hacemos para gustarle a alguien y un hombre, si se fijan, no hace eso, o sea a un hombre es así, me gusta, y así me tiene que querer (Promotora A)

El hombre en su discurso expresa las vivencias de los roles femeninos y algunos masculinos, el cómo se le representa la mujer ante las relaciones sociales.

[...] otro factor que a mí me ha tocado, este, es la dependencia de la mujer, sí es la dependencia hacia la persona que ella considera que es el amor de su vida, tal vez piensa "ah yo me embarazo, lo amarro y me caso con él, mira ya voy a estar embarazada, te voy a dar un hijo" desafortunadamente estos factores son de la mujer.(Promotor A)

Yo creo que todo viene de la educación, como dicen "la educación se mama", ahí pues las mamás (Promotor B)

Yo lo que he notado en Río Grande también es que varias muchachas que se casaron a los quince, a los diez y seis, ahorita ya están separadas, el esposo por su lado y ellas por su lado con la criatura; y que esto y que aquello y ahí empieza lo que le inculcamos a nuestros hijos, porque por ejemplo la mamá "que tu padre esto y aquello" y llore y llore (Enfermero A)

[...] la atención pues no está siendo la adecuada, la debida, porque yo creo que antes sí era más que la mamá estuviera en casa, y de perdido sí era más atención, no tanto en la sexualidad, pero sí te digo, más en la comunicación (Psicólogo A)

Y las mujeres profesionistas expresan lo que les corresponde a las mujeres, roles de ellas:

[...] hay quienes buscan refugio en alguien, o sea, buscan algo que les pertenezca, algo no sé, ser reconocidas tal vez como mujeres socialmente, así es una mujer, es la que tiene hijos, está en la casa y demás (Promotora A)

Incluso yo pienso que también es una lucha de poderes, sobre todo en cuestiones de equidad, ¿no?, entonces hay un mal entendido de que, que la mujer tal vez quiere superar al hombre, o sea cada quien tiene su rol e independientemente de... pues debe de llevarlo a cabo, no; y ahora no, la mujer a veces quiere superar al hombre, muchas de las veces, o ninguno de los dos tiene claro cuál es su rol, entonces si se fijan ahora ustedes, ven salir a las chicas de los antros, o sea van peor que un chico (Promotora C)

Sí eso es porque si en casa no te dan amor y ya ni siquiera atención, amor sí, amor ese amor lo debo de tener, cada persona desde el momento en que tu eres madre, que tú te embarazas, sabes que tienes un rol en esta vida, pero se nos olvida, se nos olvida (Enfermera B)

Bueno en mi caso en cuanto lo que he vivido, en donde yo trabajo, es eso, de que las muchachitas, de que las muchachitas buscan el afecto con el amigo o con el novio porque la mamá no tiene tiempo para los hijos, la mamá su mundo en cuestión de atender al esposo, los hijos y así se la pasan (Enfermera E)

[...] en la comunidad pasa que andan desesperadas si no quedan embarazadas, es que esa es la cultura que se tiene, es esa cultura, esa idea que ya llevan, de casarse chiquitas y ya, empezar a tener hijos y ya no hacer más en su vida, más que dedicarse a tener hijos, eso piensan (Médica B)

Sí bueno, bueno yo opino que, o sea que a lo mejor yo me puedo realizar como médico hasta hacerme especialista, y hacer un montón de cosas profesionalmente hablando, pero si yo no tuviera esa parte de mis hijos, de mi pareja de la convivencia de mi familia, pues no estaría completa, yo creo que algo me faltaría (Médica C)

Estamos viendo la delincuencia organizada, estamos viendo las niñas embarazadas, estamos viendo, este, viendo esas situaciones porque falta la mamá en casa que esté al pendiente (Enfermera D)

En el discurso se detectan también aspectos críticos a la cultura patriarcal, que afecta a las y los adolescentes. Valoración del placer de las mujeres, las relaciones entre las mujeres y los hombres.

Bueno también en el hombre, porque a mí me ha tocado ver adolescentes que dicen "no es que yo tengo que ser papá antes de los veinticinco años, porque la generación de mi papá y de mis abuelos dicen que el hombre tiene que hacerse papá antes de los veinticinco, si no ya, no sirves para nada" y bueno pues yo digo que detrás de eso está lo macho (Promotor A)

La sexualidad es diferente en mujeres y hombres, o sea, hay gente en nuestro tiempo, estamos conviviendo con gente que dice es que el hombre es muy hombre, porque a pique por aquí a pique por allá (Enfermera B)

Bueno en la comunidad lo dicen "es que la mujer nació y se hizo la mujer para tener hijos y estar en la casa" así de machista es la comunidad, que puedo contar los profesionistas con los dedos de una mano (Enfermera E)

5.7 El personal de salud y la referencia de otros sujetos implicados en la educación sexual del adolescente.

Para el personal de salud el hacer referencia a la familia, es una constante relacionar los comportamientos del adolescente en materia de sexualidad como responsabilidad de la madre y el padre. No se especifica las condiciones de la familia pero sí la responsabilidad.

[...] pero papá y mamá nunca están con él y a lo mejor él quiere, la niña quiere que la mamá sea quien la peine en la mañana, quien la lleve a la escuela; y no simplemente; y no porque papá y mamá trabajan (Promotora A)

[...] la familia es la primera sociedad, si no lo hacemos bien en esa primera sociedad, salen y qué van a buscar: el amor en otra persona, porque mira aquel te va a decir: "mira estás bien chula, bien bonita" o sea te dice "yo te amo, yo te amo" (Enfermera C)

Desde mi punto de vista, tenemos mucho que ver como padres, hay mucha prostitución, drogadicción, este, violencia, entonces, este, cómo yo voy a pedirle a un chavo que actúe, o sea que tenga una habilidad para la vida bien enfocada, cómo si mi papá y mamá no me dan las armas, si me mandan a la escuela porque tengo que ir. Y yo digo que influye mucho el ámbito familiar, yo digo que ahí se origina todo... Si yo como madre de familia o como padre de familia, no les prestó la atención necesaria, pues entonces yo veo que los adolescentes no son los malos, los malos somos nosotros (Médica A)

Aquí tienen mucho que ver los papás y los papás de los papás, es más bien la mentalidad que tenemos nosotros como papás, es la información de su madre de, sus papás (Enfermera A)

Aunque algo bien importante: aquí también es dependiendo de la historia de vida que traiga cada adolescente, estamos hablando de que tal vez en su casa viven violencia; y además que lo que quieren es salir de ese entorno... yo creo que un mayor porcentaje vendría siendo la familia, cuestiones familiares (Promotora C)

[...] En parte que está faltando más a esta situación, yo creo que la familia está muy, muy, muy cómo te diré, está muy apagada, muy sin motivación alguna, quizá porque no hay el conocimiento necesario, quizás por vergüenza... los padres casi la mayoría ahora ambos trabajan y es descuido y muy poca atención al adolescente que se ve reflejado en situaciones de riesgo... (Psicólogo A).

[...] porque los dos trabajan, mamá y papá, entonces los niños están solos en la casa, entonces es difícil que les damos en lo económico le damos todo lo que se puede, pero no el tiempo suficiente para estar con ellos (Enfermera D)

El otro espacio responsable de la educación en materia de sexualidad es la escuela como institución, donde los actores representados son los maestros/as.

Pues principalmente ahí la cuestión de la responsabilidad más grande es de la familia, de dar esa información, claro que nosotros estamos después y la escuela, y que embonara tanto la familia como la escuela, todos con la misma información que estamos dando, para no confundirlos, que los profesores dicen una cosa, yo otra y la familia otra. Entonces ahí sí como que vamos a confundir más al adolescente (Psicóloga A).

[...] los jóvenes tienen las herramientas, en la escuela sí les hablan de sexualidad, bueno pero muy superficialmente, el maestro les pone atención muy superficial... lo malo es que los maestros, si acaso, les dan una muy pequeña información (Enfermera B)

El maestro, el tutor comentó que habían ido personal de hospital a hablarles sobre relaciones sexuales y métodos anticonceptivos y que a él no le parecía que fuéramos hacer eso, porque los íbamos a inducir a tener relaciones; o sea el propio maestro dijo eso, imagínese yo veo que el trabajo del profesor es solamente enseñarles cómo se llaman los órganos sexuales y que las niñas reglan y los niños eyaculan y "ya no me pregunten más sobre eso" (Médica B)

[...] en mi zona los maestros, si vas a una institución, primero tienen que revisar de qué les va a hablar a los adolescentes, ellos revisan el material, y si ellos lo creen conveniente, te dejan pasar (Enfermera E)

[...] un maestro estaba inconforme que porque habían ido a darles una plática de sexualidad a los chicos y él estaba inconforme, entonces todavía hay resistencia de (algunos) profesores a que se pudiesen dar las pláticas en las escuelas, igual con los padres de familia, o sea, por el hecho de que les vas a hablar de sexualidad, ellos piensan que los estás incitando a tener relaciones sexuales (Promotora A)

Yo creo que es importante que el gobierno, lo que sería salud y SEP, trabajen en conjunto, que hablen el mismo idioma y que trabajen con los maestros, por qué con nuestros maestros, porque para nuestros hijos la segunda casa es prácticamente la escuela (Enfermera D)

Es que lo que pasa es que el sistema educativo también está muy cerrado, es lo malo, lo cerrado que están los padres y lo cerrado que está el sistema educativo (Enfermero A)

Las primeras expresiones relacionadas con la sexualidad del adolescente tienen un contenido erótico-afectivo-coital, que lleva a consecuencias negativas. El ejercicio de la sexualidad se asocia con la culpa, el temor y la enfermedad. Señalan a los medios de comunicación modernos como los culpables de hacer ver el cuerpo, el coito, el placer como algo deseable que expresa libertad, a lo cual el personal de salud expresa una contradicción entre culpar o no a los medios, por "educar" sobre un tipo específico del ejercicio de la sexualidad.

[...] porque en las novelas es diferente, yo pienso más que nada, influyen mucho los medios, o sea se enamoran y siempre son sustos, de que estás embarazada y al final no, o sea se siente intocable el adolescente (Promotora B).

Yo creo que los amigos y este pues ahorita los medios de comunicación como el internet, ellos ya tienen acceso a todo, o sea no tienen límite. Son los medios que les están desarrollando esa inquietud sobre todo, sí sobre todo, yo creo que es eso (Promotora C)

La sexualidad se ha adelantado gracias a los medios de comunicación... esto se nos está adelantando mucho por cuestiones sociales de publicación, de medios de comunicación y la falta de límites, no de información, sino de la forma en que se manipula. (Trabajadora Social)

Es que los chicos priorizan la publicidad, la televisión, los medios de comunicación, las revistas, Facebook, todo lo que usted, todo lo habido y por haber, pero no la información la madre, de sus papás (Enfermera C)

VI. DISCUSIÓN

En lo expuesto en el programa, los servicios amigables deben ser espacios que favorezcan una atención integral en salud sexual y reproductiva, principalmente la prevención de embarazos no planeados, las ITS donde se reconozca la violencia basada en género (SSA, 2007); espacios que oferten servicios en las unidades de primer nivel de atención de los servicios de salud; de aquí la importancia de que sean espacios que potencien la atención preventiva y la educación para la salud. Pero el personal y principalmente el médico en las instituciones de salud reproducen el modelo médico hegemónico, donde la atención curativa predomina y es poco lo que se hace en materia de prevención.

Es compromiso del Estado laico mexicano en materia de salud sexual y salud reproductiva, la prevención de embarazos no planeados o deseados en la población adolescente. En el país, donde según la ENSANUT del 2012, de las mujeres sexualmente activas, 52.1% han estado embarazadas alguna vez, y 10.7% estaban embarazadas al momento de la encuesta, identificando al embarazo en la etapa adolescente como un problema de salud pública, ligado a la desigualdad económica, de género, al acceso a una educación integral en materia sexual y a la opción de métodos anticonceptivos.

La corresponsabilidad recae en las instituciones de salud y en el adolescente, pues éste debe asumir el ejercicio de sus derechos y utilizar los servicios amigables, los cuales han de ser de calidad, contar con una adecuada infraestructura, abasto de métodos anticonceptivos y prestadores de servicio sensibilizados para atender sus necesidades (SSA, 2007). La calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar es considerada cuando se cuentan con: 1) estructura, relacionada con insumos y normas institucionales que regulan procedimientos, 2) proceso, que valora los aspectos técnicos y las relaciones humanas con el usuario, así como la colaboración de estos en el cuidado de la salud (CONAPO, 2006).

Al abordar las representaciones sociales del profesional de la salud, se adentra en las construcciones sociales de la sexualidad, la adolescencia y la perspectiva de género, y esto tiene que ver con comportamientos y prácticas que favorecen o no la atención del adolescente. Hablar de relaciones entre el personal de salud y los adolescentes es hablar no sólo de una relación clínica, sino que implica también una relación social donde se involucra un conocimiento técnico, la edad, el rol hombre mujer; y estas relaciones sociales involucran constructos y nexos que son relaciones de poder invisibilizadas y naturalizadas en el cotidiano, representadas en cada sujeto y manifestadas colectivamente.

Los aspectos intersubjetivos concebidos como representaciones sociales permiten adentrarse en el pensamiento social o sentido común (Banch, 2006); en éste se codifican e invisibilizan las relaciones de dominación. La sexualidad va más allá del conocimiento empírico, pues es parte de la vida cotidiana. El profesional de la salud, como sujeto social, elabora un tipo de sexualidad, propia de un contexto histórico; esto es, se apropia de un tipo de sexualidad, la cual reproduce en el discurso y las prácticas.

6.1 La mirada del profesional sobre las/los adolescentes; reproducción de conceptos tradicionales.

El atributo o trato que se le da al adolescente es el de un sujeto en un rango de edad específico, ubicado en el concepto denominado "menor de edad", un sujeto dentro de un grupo homogéneo (todos etiquetados de la misma manera) y, por ende, que se le coloca "por debajo" del personal de salud. En la relación con el adolescente se despliegan diversas categorías: adulto/a, profesionista, hombre, médico/a, madre/padre, todas con relación al joven, mismas que se enmarcan en relaciones "desiguales".

Dentro de diferentes espacios, uno de ellos la academia, a la adolescencia/juventud se le ha impuesto y legitimado ciertos mecanismos de control avalados desde la ciencia (Alpizar y Bernal, 2003); desde la psicología del desarrollo y la biología, simplemente acotado a cambios hormonales y fisiológicos (que es mucho lo que expresa el personal de salud), y donde la expresión de la sexualidad está basada en un cuerpo que tiene cambios físicos y, aún más, enfocados principalmente a los órganos pélvicos. En el adulto predomina una representación, la sexualidad, donde se antepone el cuerpo y las actitudes ante ese cuerpo, que favorecen la maternidad temprana, las ITS y las adicciones.

Como adulto, el personal de salud se autoubica, en relación con la edad, como un ente superior con conocimientos sobre el cuerpo y sus funciones, alguien quien que ya ha vivido la adolescencia y que ha superado procesos sociales, hecho que los separa del otro adolescente: el trabajo (productividad), el matrimonio, la independencia del núcleo primario, la "responsabilidad" de ser madre o padre; acontecimientos sociales todos que marcan las diferentes etapas. Desde esos parámetros es que se hace referencia a la adolescencia. En el discurso del profesional se ubica al joven por debajo de una línea trazada imaginariamente, donde el adulto y/o profesional concibe a la adolescencia con características negativas, como el lenguaje que emplea, las actitudes de riesgo y comportamientos negativos que asume.

En el discurso, las y los adolescentes son un grupo socialmente etiquetado y estigmatizado como irresponsable, impulsivo y difícil, y aunque se hace referencia a la necesidad de acercarse y entenderlo, las expresiones dirigidas a él/ella, ponderan los diferentes niveles. Bonder señala que representar la adolescencia es resultado de aspectos personales porque los profesionales "expresan también los miedos, la envidia, el voyerismo, la idealización y la nostalgia de los adultos, quienes se vinculan con este estadio de edad como algo simultáneamente extraño y familiar; y sin duda ese vínculo también interviene a la hora de definir sus rasgos" (Bonder, 1999, en Alpizar).

En el discurso se transparentan aspectos simbólicos de la adolescencia que trascienden los aspectos técnicos aprendidos en la profesionalización, ya sean datos demográficos, cambios morfofisiológicos o, como concepto generacional; y en el acceso a la atención institucional se le relaciona con dar a conocer el uso de métodos anticonceptivos. Lo que más se estudia del adolescente son las bases biológicas (cambios físicos y hormonales), que lo caracterizan de los cambios psíquicos y de comportamiento; pero no hay en el discurso del profesional un análisis crítico objetivo e imparcial, que valore y sopesa las condiciones sociales modernas que no favorecen a los jóvenes para tener un proyecto propio de vida digna.

Estas miradas del profesional de la salud como padre o adulto, necesariamente limita la implementación de un programa dirigido a ellos, que impacte en aspectos específicos de las prácticas sexuales donde se favorezcan comportamientos de apropiación de su propia sexualidad, en que se considere el placer, los vínculos y relaciones autónomas sin violencia; donde lo político influya en lo individual.

6.2 Los holones y la construcción social de la sexualidad: La sexualidad construida como coito, reproducción y anticoncepción.

Perfilar y caracterizar lo que se representa como la sexualidad para el personal de salud, con relación al modelo de los holones, permite concretar el cómo se integran y/o conocen los elementos de la sexualidad, y cómo se construyen en lo particular e íntegramente. Se identifica el cómo la potencialidad de reproducirse biológicamente es una constante en el discurso, valorada y aprendida socialmente y no solo en las aulas, tiene que ver con los aspectos fisiológicos del cuerpo y lo que significa la maternidad, "la reproducción es la posibilidad biológica humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, así como la reproducción de construcciones mentales que se provocan acerca de esta posibilidad" (Jasso, 2008).

El reconocimiento de la sexualidad, relacionada desde los holones, lleva a comprender que la relación reproducción género es constante: la maternidad es un rol estereotipado que ha de cumplir la mujer, así como también la responsabilidad de ejercer la anticoncepción, enfocada al control prenatal, concebida como si todas las mujeres quisieran ser madres; así que la reproducción biológica se muestra estereotipada y dicotómica desde la heteronormatividad. Cuando se habla de la relación de placer y la condición de género, se identifica la carga moral y culpabilizadora: la creencia de que el hombre disfruta más del erotismo, la mujer lo vive poco y lo oculta. La vinculación afectiva y la reproducción relacionadas con la importancia de la maternidad como el gran vínculo, expresada desde la vivencia personal, el afecto y la condición de género en relación con la necesidad de la mujer del hombre. Se hace así que los aspectos biológicos son subsumidos por lo social y cultural.

Los resultados evidencian que además de lo biologicista de la sexualidad relacionada con la reproducción, ésta se relaciona con un pensamiento patriarcal, la prohibición cultural del placer y la constante de pensar en la sexualidad desde un vínculo con los otros: todas representaciones propias de un sistema de pensamiento dominante, heteronormativo y androcentrista. Pero hablar de sexualidad no ha de remitir únicamente al acto biológico de la reproducción, sino que ha de intentarse establecer una manera integral de estudiar y comprender a la misma. Considerar el placer del cuerpo sin el coito, el coito sin la reproducción, el erotismo sin la necesidad del otro, el otro sin la necesidad del coito; pensar y concebir la sexualidad no como única sino diversa y que se transforma con el tiempo, sexualidad que puede ser deconstruida en lo social e individual.

Cuando el personal de salud hace referencia a la sexualidad de las/los adolescentes, refleja acuerdos y desacuerdos relacionados con la práctica sexual más vinculada a la sexualidad: el coito. Se manifiesta que hablar de sexualidad remite al personal de salud a la relación coital, el coito a los órganos pélvicos, los órganos pélvicos al sexo con que se nace, el sexo al género; el género a la reproducción como potencialidad de las mujeres; visibilizar así que los aspectos sociales y culturales subsumen a los biológicos.

Cuando se aplicaron las intervenciones grupales, las preguntas se encaminaron a hablar de sexualidad adolescente. Cabe destacar que hubo respuestas donde le dieron voz a las/los adolescentes refiriendo el cómo piensa y/o vive el adolescente la sexualidad; o el cómo el propio personal vivió su sexualidad. Resulta interesante observar que al hablar de sexualidad se hace referencia a la sexualidad inmersa en los otros y, desde ahí, se le clasifica en correcto e incorrecto, como si al referirlo en otros se separaran de sus propias vivencias, prácticas y representaciones. Es entonces que se deja ver en la narrativa los tabúes propios de nuestra cultura y del contexto social.

Existe una clara relación entre reproducción y sexualidad, sobre todo relacionada con las mujeres; la referencia inmediata con el tema de la anticoncepción es lo que se destaca cuando se habla de sexualidad por parte de la conceptualización de un profesional en salud; se expresa la importancia del control médico (anticonceptivo) sobre el cuerpo de las mujeres. En nuestra sociedad, es la institución sanitaria la que establece el cómo deben cuidarse y con qué. La influencia sobre la reproducción de la/el adolescente, pensada desde la "razón" y donde la prevención es un acto de interés social, político y demográfico, más que de salud y derechos.

El personal sanitario mantiene una relación estrecha entre la planificación familiar y el tema de la sexualidad. En general, al hablar del programa de servicios amigables y la sexualidad de las/os adolescentes, se reducen a la anticoncepción, una necesidad impuesta por una perspectiva sociodemográfica que, en la práctica sanitaria desde los años setenta del siglo pasado, ha sido de gran importancia para el país: la planificación familiar. En la actualidad, este concepto puede verse reduccionista y conservador, y más si la mirada se plantea desde los derechos a una salud sexual y salud reproductiva integral, pero lo que se expresa en el personal tiene que ver con la importancia de evitar en el adolescente un embarazo no deseado o no planeado. El logro de la política en materia de anticoncepción fue evidente en los primeros, después de su implementación, la cual ya se vio reducida en los últimos veinte años.

El personal reconoce la existencia de una presión histórica y social construida sobre el cuerpo de las mujeres: "la virginidad". En el discurso se marcan pautas, se sustituyen palabras, se contempla como condición ya arcaica de la mujer, se habla de nuevos roles femeninos, se relega a las zonas rurales la importancia de la virginidad. ¿Es la virginidad un tema superado? El análisis del discurso evidencia que primordial o básico, con rasgos culturales patriarcales y de control de lo masculino sobre el cuerpo de la mujer aunando a que aún permea la cultura cristiana católica.

En general el tema de la sexualidad en relación con los más jóvenes, retoma un lenguaje negativo y reprobatorio cargado de tabúes, resultado de la imbricación cultural y religiosa, y de políticas de salud influenciadas por los preceptos morales de los responsables. La comprensión de la sexualidad en los adolescentes involucra barreras intersubjetivas por parte del personal de salud, protagonista principal de llevar a la práctica las recomendaciones y acciones establecidas por las políticas públicas.

6.3 El género, su relación con la intersubjetividad del placer, el vínculo y la reproducción.

La categoría de género, desde un esquema analítico y con contenido teórico, permite concretar, en lo expresado por el personal de salud, las condiciones sociales en relación con la condición de ser mujer u hombre, así como también permite identificar la reproducción de las relaciones desiguales entre los géneros. El patrón cultural dominante respecto al género, el patriarcado, está presente en la casa, en las escuelas, en los medios de comunicación, en mismo lenguaje académico y científico que forma a los profesionales y a los servidores públicos.

El personal de salud, desde una construcción cultural patriarcal, relaciona el rol de género con las prácticas sexuales, en las mujeres y hombres adolescentes. En la adolescencia, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se definen las diferencias entre los cuerpos a partir de los cambios físicos. Existe un reforzamiento de los roles de género y la relación directa de la adolescencia con la

función hormonal genitalizada y la sexualidad, donde sobresale la relación coital y el placer/erotismo vivido y construido según una condición de género.

Entablar relaciones sociales de tipo afectivo, o alguna otra forma de vínculo, es un nexo que se conforma en los aspectos privados y propios de un modelo de familia y sociedad. El vínculo y el placer concebidos como parte de la totalidad de la sexualidad, se representa a partir de experiencias placenteras y relaciones afectivas ligadas al erotismo, el deseo y el coito.

Referir el placer relacionado con el rol mujer u hombre muestra las desigualdades históricas que mantiene al varón como sujeto merecedor de placer, y la mujer como quien no lo posee, lo oculta, lo sofoca y está a la espera de que otro le otorgue ese satisfactor. Las profesionales mujeres que participaron en los grupos focales, hablaron de la relación con el hombre, se refirieron a la necesidad de él como el complemento, de la necesidad de sentir "afecto". Donde en ambas etapas ellas lo necesitan. La relación de afecto y placer entre la mujer y el hombre es un aspecto socialmente construido.

Cuando en concreto se abordan los temas relacionados con el afecto, se establece un parámetro subjetivo de lo que cada uno entiende como vivencias. En el personal de los servicios amigables se detecta una confrontación en relación con la manera en que "se deben" relacionar las/los adolescentes. El cuestionamiento se enfoca en si es afecto lo que ellas y ellos experimentan al relacionarse entre sí; o si son necesidades propias de su edad en una sociedad moderna que a eso les obliga.

6.4 Sexualidad: construcción y reproducción de relaciones genéricas heteronormativas.

En los servicios de salud de Zacatecas, las mujeres asignadas (al menos las participantes en el estudio) para la atención a las y los adolescentes son el 89 por ciento del personal de salud responsable, no fue decisión propia sino que fue una tarea encomendada. Los servicios amigables tienen que ver con el cuidado de los otros: los jóvenes, los menores de edad, los irresponsables; encomienda que se le

asigna a la mujer que, en el centro de salud u hospital, es médica, enfermera, psicóloga o trabajadora social; es decir, la mujer como responsable de los otros. Decisión tomada no sólo por el que decida quién ha de ser responsable del programa sino, además, asumido como mujeres y profesionistas: tú serás la responsable del programa, pero quien designa o escoge es el hombre, el director.

En la relación sexualidad y roles de género, tanto en unas como en otros, se transparenta la idea de que los varones viven su cuerpo, el erotismo y el afecto en forma más placentera y abiertamente; en cambio, la mujer está condicionada a un papel pasivo. Cuando se hace referencia al hombre y al coito, manifiestan la legitimación durante la adolescencia y previa al matrimonio, a diferencia de lo que pasa en las mujeres. A ésta se le relaciona con la culpa, con la promiscuidad, con el mantenimiento en privado su vida erótica y afectiva.

Lo que se manifiesta a través del personal de salud son muestras de una sociedad construida desde la dominación del hombre. Entre ellas y ellos se entreteje una red de relaciones de poder que le da soporte a una sociedad educada en un contexto patriarcal, que inculca en la mujer ideas como la maternidad, el cuidado, la culpa, el hogar; mientras que el varón es proveedor y sujeto generador de hijas|hijos. Roles que se han aprendido desde pequeños y que son asumidos y reproducidos como los roles “correctos”, “atinados”, “naturales”.

En el discurso de las mujeres se adivinan aspectos críticos a la cultura patriarcal y machista, concebida como aquello que ha generado una desigualdad que no favorece el placer de ellas; se intuye además una crítica a las jerarquías en el ámbito de la salud, donde el hombre, representado por el médico especialista, tiene un espacio privilegiado. Las prestadoras de servicios de salud se reconocen como mujeres que reproducen los roles tradicionales de género, al interior de sus espacios privados, con valores morales en que predomina el amor antes que el placer, en donde se elabora y conforma el proyecto de la maternidad, acorde con su identidad y la idea de estar “completa” con familia e hijos, esto es, el cuerpo expropiado y dominado por el otro, mediante la culpa y la responsabilidad moral. Hablar entonces de construcción y reproducción de relaciones heteronormativas

en voz de las mujeres es denotar que la perspectiva de género se ciñe no sólo al discurso, sino también en la necesidad de cambiar los patrones establecidos.

El género es una categoría que atraviesa el discurso y manifiesta las relaciones de poder existentes, que puede llegar a oírse no sólo en las mujeres construidas como cuidadoras y responsables de la educación en casa, es también el hombre quien la culpabiliza: ella” la que llora”, que es “el sexo débil”, es la que “busca el amor romántico”: clichés que expresan el cómo se le concibe desde una construcción masculina. En las relaciones de poder uno de los ejes de dominación y subordinación en el campo de la sexualidad es el género (Weeks, 1998).

A pesar de la implementación de la política con perspectiva de género, que tiene la intención de atender las necesidades de las y los adolescentes sin prejuicios o, como queda explícito en las líneas de acción del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes: "superar los roles de género que limitan la autonomía de las mujeres, promueven la violencia en la pareja y el machismo en los varones" (SSA, 2007).

Pero en realidad son los propios proveedores de salud los que reproducen relaciones genéricas desiguales, que no contribuyen al acceso de servicios en salud sexual y reproductiva desde una mirada de los derechos y, por el contrario, sí contribuyen con un sesgo de género en las prácticas en salud que se otorgan a usuarias jóvenes.

6.5 La familia y la educación formal, responsabilidad y demérito, ¿dónde queda el Estado?

La sexualidad de las y los adolescentes se enmarca en la responsabilidad de varios actores y procesos: la familia, las instituciones educativas con las y los docentes, las instituciones de salud, inmersas en un Estado supuestamente rector. Para el personal de salud participante en este estudio, el primer nivel de responsabilidad es la familia, esto aparece en forma reiterada. Resulta ambiguo que cuando se habla de la familia, se le otorgue a ésta directamente la educación en materia sexual; cada uno de los participantes, al pertenecer a una familia,

podría asumir acciones u omisiones que no favorecen una sexualidad integral y placentera. Esto es ¿se puede culpabilizar siendo juez y parte?, ¿culpabilizar a otros es evitar la responsabilidad?

Los otros actores son los llamados la "segunda casa": la escuela laica, la educación formal, los pedagogos, que siguen siendo padre o madre, ciudadanos, sujetos que viven una misma época y contexto. Los educadores son retomados en el discurso del personal de salud como actores que influyen en la formación del adolescente. Las instituciones de salud y educativas están inmersas en un mismo contexto político, cultural y social, con un estado que define el tipo de políticas educativas y conformada por adultos contruidos bajo una historia colectiva similar. La escuela como institución es un espacio a donde se deriva el tema de la sexualidad, que tendría que ser retomado por las y los educadores, sin valorar los procesos que se viven en la sociedad moderna.

Para el personal de salud, también la familia es la responsable de las acciones de las y los adolescentes, pues lo relacionan con el afecto, los aspectos económicos y los roles de género. Se hace explícita la responsabilidad de la mujer, la madre. La mayoría coincidió en resaltar la importancia del núcleo familiar en las acciones que toman los adolescentes conforme al inicio de las relaciones de tipo coital, que los conduce a riesgos pensados biológicamente: el embarazo temprano y las infecciones de transmisión sexual.

Las representaciones manifestadas en el discurso del proveedor de servicios de salud lleva a pensar en un contexto negativo, donde la familia tradicional ha sufrido modificaciones y se ha reconfigurado en el ámbito laboral, que no favorece la presencia física del padre o la madre. En ninguno de los casos se mencionaron las condiciones de precariedad que imponen ciertas dinámicas a las familias. Simplemente se reduce el problema al ámbito familiar, sin identificar las causas estructurales, producto de un sistema económico que ha pauperizado las condiciones de la población.

La responsabilidad de la modernidad y sus crisis económicas, morales y sociales no deben recaer en el adolescente, en el personal de salud, en la familia o en los maestros. Es una responsabilidad compartida donde el Estado debe ser el rector garante de una sociedad más justa con empleo digno, acceso a vivienda, agua potable, salud, educación y las demás necesidades que día a día se multiplican en una sociedad tan desigual.

Al observar, escuchar y analizar lo dicho por el personal de salud como colectivo, lleva a visibilizar la culpabilización de los otros (la familia, los maestros, los medios de comunicación) de los procesos que se viven en una sociedad que no reconoce las causas estructurales y fomenta las explicaciones individualistas y aisladas.

6.6 El personal de salud y la correlación con la accesibilidad a los servicios amigables.

La sexualidad no sólo se construye en los espacios privados sino también en las instituciones formadoras, la familia, la escuela, la iglesia, la comunidad. El que como adultos se asuma el hecho de que las y los jóvenes comienzan las relaciones coitales sin el consentimiento de "alguien", es parte de ir caminando a la par de lo que se vive en la actualidad, ya que amplios sectores de la población mexicana, todavía tienden a manifestar cierto rechazo ante la actividad sexual "temprana" de los jóvenes.

El profesional de la salud como adulto y como portador de conocimiento en materia de sexualidad es una "autoridad", no sólo ante los adolescentes, sino ante otros integrantes de la sociedad: la familia, los educadores y en ocasiones los religiosos. Identificar al personal de salud involucrado con el adolescente, comprender la flexibilización de las normas de género en esta etapa, el discurso basado en derechos sexuales y reproductivos, el uso de tecnologías, las condiciones económicas adversas que viven las y los jóvenes, es parte de lo que se requiere incorporar para la generación de servicios de salud dignos, donde no

se culpabilice al adolescente de ejercer su sexualidad, sino que se colabore a la incorporación de conocimiento para su protección.

El mejoramiento de los servicios amigables no debe quedarse en el documento, ya que para 1999, en el primer texto elaborado, ya se precisaba sobre los servicios para adolescentes, con énfasis en la educación en salud sexual y reproductiva, así como la prevención las ITS y del embarazo en la adolescencia. Si bien para el 2007 el programa identifica la sociedad actual con contrastes de desigualdad y pobreza, reconoce los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género, aunque no hace mención alguna sobre lo que puede hacerse de fondo en el ámbito cultural, ni sobre los factores que determinan la pobreza y la desigualdad.

Al médico en particular y al personal de salud en general, se les considera portadores y proveedores de conocimiento, y es por eso que se acude a ellos ante temas relacionados con la sexualidad y, específicamente, con la reproducción biológica. La población en general y la educación formal en particular, buscan una consejería en el personal médico y de salud en materia de sexualidad. Pero cabe preguntarse qué tanto hay de conocimiento científico, y qué tanto lo construido socialmente, y qué tanto se reproducen patrones cargados de moralidad y tabúes que terminan por levantar una barrera para la atención integral en temas sobre el ejercicio libre de la sexualidad de la población en general y de los adolescentes en particular.

VII. CONCLUSIONES

El Estado mexicano, desde el momento en que suscribe conferencias, convenciones y tratados internacionales, genera programas y estrategias para dar respuesta a la problemática de salud pública del embarazo en adolescentes. Surge en lo operativo el programa específico de salud sexual y reproductiva para ellos, donde la garantía del acceso a la atención preventiva es una premisa. Pero los datos muestran que los alcances aún están lejos de lo deseado, ya que no sólo se requiere acercarse a los jóvenes sino, además, modificar la comprensión del cuerpo y de las manifestaciones relacionadas con la sexualidad. El que un adolescente pueda ejercer una sexualidad placentera, que posea una educación integral, así como las alternativas laborales que le garanticen un proyecto de vida digno, puede entonces contribuir a contar con la posibilidad de un desarrollo social pleno.

Si pensamos en los aspectos integrales de la sexualidad y el contexto actual (donde convergen la ideología de consumo de bienes materiales, la desigualdad de la distribución de los recursos económicos, la importancia de los medios de comunicación, el desarrollo de la tecnología, el mantenimiento de ideas religiosas judeo-cristianas tradicionales y la cultura patriarcal), esto nos lleva a considerar la relación del personal de salud de esta investigación con ideologías y prejuicios propios, que pueden no favorecer la atención a las y los adolescentes, quienes viven un contexto social y tecnológico diferente al del profesional de la salud; por lo que no son sólo las barreras estructurales las que no favorecen a la población adolescente sino, además, los adultos, servidores públicos que reproducen patrones de atención prejuiciados y moralistas;. Esto en demérito de una atención integral, laica y basada en los derechos.

La sexualidad, analizada desde las potencialidades de los holones permite reconocer que lo que se construye y reproduce en el discurso relacionado con el placer, se relaciona a la condición de nacer con un sexo u otro, donde a partir de una condición biológica se fundamenta la posibilidad de vivir el placer. La construcción simbólica de la potencialidad y la reproducción biológica se ponderan al momento de hablar de la sexualidad respecto al género, por la condición

histórica que vincula la reproducción al cuerpo de la mujer y al momento en que puede o no fecundar, y a eso se le suma la idea de mantenerse vinculado al otro, o a los otros. El análisis de este estudio se encamina a suponer que al resignificar dichas construcciones en adultos en general, y en profesionales de la salud en particular, puede favorecer la eliminación de barreras en el proceso de atención a los adolescentes en los servicios amigables

Mientras las estrategias o los propios programas de salud (producto de un tipo de política encaminada a generar servicios para jóvenes), no tomen cartas en el asunto para que quien los implementa, reconstruya científica y socialmente los significados de la sexualidad, visibilice las desigualdades de género, y contemple a las y los jóvenes (un grupo vulnerado ante un contexto global sin oportunidades), resultará utópico tratar de influir en temas trascendentales como el embarazo temprano. Dentro de los diferentes niveles de injerencia en la salud sexual y reproductiva, el personal de salud como trabajador de servicios públicos, tiene el deber ético y profesional de otorgar atención a la población usuaria de los servicios estatales de salud, ejemplo de ello son los servicios amigables, estrategia de atención para adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

Es necesario conseguir que en las instancias dedicadas a la salud se decostruya la idea de sexualidad desde un enfoque meramente biológico, y se le considere a ésta como una construcción histórica, lo que permitirá fijar una posición crítica hacia los modelos tradicionales, moralistas y patriarcales; orientar los servicios en la perspectiva de los derechos sexuales y contribuir así a la democratización política del cuerpo biológico y del cuerpo social e institucional.

Resulta entonces necesario comprender hacia dónde marchan los simbolismos de aquellos que interfieren en la intersubjetividad de otros; y sobre todo en algo que forma parte de cada uno de los sujetos y que, a pesar de estar tan presente, sigue ausente: la sexualidad. Concebir y estudiar la sexualidad debe estar en la mesa de las discusiones públicas y privadas, aunque involucre jugar con la propia representación de la sexualidad.

Toda investigación que retome la atención a la adolescencia o juventud, debe considerar el análisis y la reflexión sobre las relaciones de poder y los dispositivos de control existentes al interior de los diferentes grupos de edad, los sexos, las clases sociales, las profesiones. Relaciones que se viven y reproducen en la casa, escuela, centros de salud, medios de comunicación y que permean el sentido común haciéndolo conocimiento validado que contribuye a la desigualdad y a la subordinación.

Por estas razones, abonar a la reconstrucción de la subjetividad, generar cambios de comportamiento y modificar prácticas es importante; esto con el fin de que se favorezca la apropiación del cuerpo, de la sexualidad, de los espacios y de las instituciones; además de seguir profundizando en estos aspectos en investigaciones próximas.

VIII. RECOMENDACIONES

Dentro de los diferentes niveles de injerencia en la salud sexual y reproductiva, el personal de salud, como trabajador de servicios públicos, tiene el deber ético y profesional de otorgar atención a la población usuaria de los servicios estatales de salud. Ejemplo de ello son los servicios amigables, estrategia de atención para adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Por esto es importante que en la profesionalización del prestador de servicios de salud, se considere una formación en ética, el análisis de la perspectiva de género, los determinantes sociales en salud y la sexualidad humana como fundamentales en cada uno de ellos. .

El acceso a los servicios relacionados con el ejercicio de prácticas sexuales habrá de garantizar la atención sin prejuicios, asumir la sexualidad como esencial en la formación del profesional de la salud, pensando en la sexualidad integral, que involucre la comprensión de que la manera de entenderla y asumirla, ha sido parte de una ideología del cristianismo, luego el capitalismo y el dominio masculino, donde se apropian y expropian lo esencial del ser humano, el cuerpo.

Que quienes operan los programas interioricen que hay un ejercicio de dominio a partir del conocimiento, y que eso puede ser un aspecto a favor de lograr establecer en las instancias institucionales la importancia de la etapa adolescente para la formación de ciudadanos, capaces de exigir derechos y libertades, con la posibilidad de mejores condiciones de vida y, sobre todo, de vida digna, en el marco de un estado garante de los derechos de los adolescentes y jóvenes. El personal de salud hace política pública al ejecutar los programas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aldana, A. (2008). "Psicología y Sociología del Erotismo". En *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno, 61-87.
- Alfonso, A. (2011). "Reflexiones en Torno a la Sexualidad en el Contexto de los Determinantes Sociales en Salud". En Eibenshutz, C., Tamez, S., González, R. (compiladores) *¿Determinación social o determinantes sociales en salud?*, México: UAM, 91-109.
- Alpizar, L. y Bernal, L. (2003). "La construcción social de las juventudes". Centro de Estudios Sociales, *Última Década*, Núm.19, noviembre: 1-20.
- Álvarez, J. (2011). Bioética, infertilidad y técnicas de Reproducción Humana asistida: de la Medicina clínica a la Medicina social. *Segunda Época*. Año 5, Núm. 10 junio-diciembre.
- Amezcuca, M. (2002). "Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta", *Revista Española Salud Pública*, vol. 76, Núm. 5: 423-436.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e Iniciación Sexual, Experiencias y Significados*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Population Council, 45-67.
- Arango, I. (2008). "Historia Breve de la Sexología Clínica en Occidente". En *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno, 1-9.
- Arruda, A. (2010). "Teoría de las Representaciones Sociales y Teorías de Género". En Blazquez, N., Flores, F., Ríos, M. (coordinadoras) *Investigación Feminista: Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. México,

UNAM, Centro de investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología, 317-337.

Banchs, M. (2000). "Aproximaciones Procesuales y Estructurales al Estudio de las Representaciones Sociales". *Paper on Social Representations. Textes sur les représentations sociales*, vol.3 Núm. 9: 1-15.

Banchs, M. (2006). "Las Representaciones Sociales como Perspectiva Teórica para el Estudio Etnográfico de Comunidades. En Valencia, S. (coord.) *Representaciones Sociales Alteridad Epistemología y Movimientos Sociales*. México: UdG, 201-228.

Blanco, R. (2010). Reseña de "Sexualidades Adolescentes. Amor, Placer y Control en la Argentina Contemporánea", *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, Núm. 6, diciembre: 144-152.

Bourdieu, P. (2007). *La Dominación Masculina*. Editorial Anagrama. Barcelona 5ta Edición.

Castro, R. (2010). "En Busca del Significado, Supuestos, Alcances y Limitaciones del Análisis Cualitativo". En Szasz, I y Lerner, S. (compiladoras) *Para Comprender la Subjetividad: Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 57-85.

CEDAW, (2010). Informe sobre la Situación de los Derechos Reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. México. <http://fundar.org.mx/mexico/pdf/cedawmexico.pdf>

- CONAPO. (2006). Sistema de Seguimiento de la Calidad de los Servicios de Salud de Salud Reproductiva y Planificación Sexual. México, 17-22.
- Córdova, R. (2003). "Reflexiones Teórico-Metodológicas en Torno al Estudio de la Sexualidad". *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, Núm. 2: 339-360.
- Dávalos, M. (1994). "Familia, Sexualidad y Matrimonio Durante la Colonia y Siglo XIX". *Antología de la Sexualidad Humana*. México, CONAPO, 153-178.
- Díaz, Z. (2012). "Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud". Tesis Doctoral. ENSAP. <http://files.sld.cu/revsalud/files/2013/01/tesiszoe.pdf>
- Dijk, V. y Ten, A. (1999). "El Análisis Crítico del Discurso". *Anthropos*. Barcelona, septiembre-octubre: 23-36.
- Fairclough, N. y Wodak, R. (2001). "Análisis crítico del discurso como interacción social, Estudios sobre el discurso, una introducción multidisciplinaria". Dijk compilador. España, Editorial Gedisa. capítulo 10: 367-405.
- Flores, F. (2010). "Representación Social y Género: Una Relación de Sentido Común". En Blazquez, N., Flores F., Ríos, M., (coords.) *Investigación Feminista: Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. México, UNAM, Centro de investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología, 339-358.
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la Clínica*. México: Ed. Siglo XXI, 6ta Edición 8-15.

- Foucault, M. (2009). *Historia de la Sexualidad I, La Voluntad de Saber*. México Ed. Siglo XXI, 99-159.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad II, El uso de los placeres*. México Ed. Siglo XXI, 9-38.
- García, D. y Díaz, Z. (2010) “Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio”. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 36, Núm. 4: 330-336.
- García, J. y Viniegra, L. (2009). “Desarrollo de una Postura Ante la Sexualidad en Personal de Salud”. *Rev Med Inst. Mex. Seguro Social*, vol. 47, Núm. 2: 205-210.
- Gogna, M. (2001), “Programas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y Sao Paulo”. Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Sexual y Reproductiva y Sexualidad, 117-194.
- Gomes, R. (2005). Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En Capitulo 4, 85-111.
- INEGI. (2010). Censo de Población Principales Resultados Zacatecas. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/zac/32_principales_resultados_cpv2010-3.pdf
- INSP, (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. México. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- INSP, (2009). Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados Nacionales. México.
- Jarillo, E., Mendoza, J., Salinas, A. (2011). "La Formación de Recursos Humanos para la Salud. En Tetelboin C, Granados JA. (coords.) *Debates actuales en Medicina Social. México: UAM.*
- Jarillo, E. Outón, M y Salinas, A. (2011). "Formación y práctica de profesionales de la salud: una mirada a su historia en México. México D.F. En Pensar el Futuro de México, La Salud en México; UAM-Xochimilco, 221-248.
- Jasso, J. (2008). "Biología de la reproductividad". En *Sexualidad Humana*, México: Manual Moderno, 239-248.
- Lagarde, M. (1993). *Los Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas*. México: UNAM, 12-56.
- Lagarde, M. (1994). "La Regulación Social del Género". *Antología de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, 389-415.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf
- Lamas, M. (1998). Sexualidad y género. La voluntad de saber feminista. En Szasz y Lerner compiladoras Sexualidades en México. Algunas Perspectivas desde las Ciencias Sociales. México: Colegio de México, 49-67.
- Langer, A. (2003). "Salud Sexual y Reproductiva: Dónde estamos a casi una década después de El Cairo". En Salud Reproductiva Temas y Debates Mario Bronfman y Catalina Denman editores. México: INSP, 25-34.

- Lassode, L. (1997). Los desafíos de la demografía, ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?. México: UNAM, FCE, CRIM, PUEG.
- Lázaro, J y Gracia, D. (2006). "La relación médico-enfermero a través de la historia. *An Sist. Sanit Navar*. Núm. 29, Supl. 3: 7-17.
- López, O. Rivera, J. y Blanco, J. (2011). "Determinantes Sociales y Salud-Enfermedad en México. Cambios, Rupturas y Perspectivas". *En Pensar el Futuro de México. La Salud en México*. México: UAM, 93-123.
- Menéndez, E. (1992). "Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales". En Campos, R. (Ed.) *La Antropología Médica en México I*. México: Universidad Autónoma Metropolitana - Instituto Mora.
- Menéndez, E. (2012). "Modas Narrativas y Algunos Olvidos". *Cuadernos de Antropología*. Núm. 35: 29-53.
- Mercado, F (2002). "Investigación Cualitativa en América Latina: Perspectiva Crítica en Salud". *International Journal of Qualitative Methods*, vol.1, Núm.1, Artículo 4.
- Minello, N. (1998). "De las sexualidades, Un Intento de Mirada Sociológica". En *Sexualidades en México: Algunas Perspectivas de las Ciencias Sociales*. México: El Colegio de México, 35-47.
- Miranda, A., Arango, I. y Hernández, R. (2008). Vínculo y sexualidad. En *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno, 151-182.

- Montes-Muñoz, M. (2007). "Las culturas del nacimiento. Representaciones y Prácticas de las Mujeres Gestantes, Comadronas y Médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Morlachetti, A. (2007). "Políticas de Salud Sexual y Reproductiva Dirigidas a Adolescentes y Jóvenes un Enfoque Fundado en Derechos Humanos". *Notas de Población*, CEPAL, Núm. 85: 63-96.
- Moscovici, S. (1981): "On social representation". En Forgas J.P. (Comp.). *Social Cognition. Perspectives in everyday life*. Londres: Academic Press.
- OMS. Salud del Adolescente. http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- OPS, (2000). Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes, con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. OPS, FNUAP Washington, DC. Núm. 2
- Rico, B. Feinholz, D y Rio, A (2003). "Salud Reproductiva y Políticas Públicas: Avances y Asignaturas Pendientes". En *Salud Reproductiva: Temas y Debates*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 181-200.
- Ríos, M. (2010). "Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género" En Blazquez, N., Flores, F., Ríos, M. (coordinadoras) *Investigación Feminista: Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. México, UNAM, Centro de investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología, 179-1995.
- Rubio, E. (1994). "Introducción al Estudio de la Sexualidad Humana". *Antología de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, 17-46.

- Rubio, E. (2008). "Psicoterapia Sexual". En *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno, 443-452.
- Salinas, A. (2008). "El significado de la Sexualidad en los recién egresados de la carrera de medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana". Tesis de Doctorado de Salud Colectiva.
- Salinas, A. (2010). "La Sexualidad como Derecho Humano: Reflexiones a partir de una Aproximación Cualitativa". En: *Por los Caminos de la Investigación Cualitativa. Exploraciones Narrativas y Reflexiones en el Ámbito de la Salud*. México: UAM. Núm. 93: 60-77.
- Salinas, A. y Jarillo, E. (2013). "La Confrontación de la Sexualidad en la Práctica Profesional de los Futuros Médicos: La Mirada de los Pasantes de Medicina". *Ciencia & Saúde Colectiva*, vol. 3, Núm. 18: 733-742.
- Sapién, J. y Córdoba, D. (2011). "Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud". *Psicología & Sociedade*, vol. 23, Núm. 3: 608-615.
- Scott, J. (1996). El género una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México: 265-302.
- Sen, G. (2005). "Incorporar la Perspectiva de Género en la Equidad en Salud: Un Análisis de la Investigación y las Políticas". Washington: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies, Publicación.
- Stern, C. (1995). "Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales" *Demos* : 11-12

- Stern, C. (2001). "Los Jóvenes, la Sexualidad y los Embarazos Tempranos". En *El "Problema" del Embarazo en la Adolescencia: Contribuciones a un Debate*. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, 121-141.
- Stern, C. (2002). "Mitos y Realidades sobre la Sexualidad y el Embarazo en la Adolescencia". En *El "Problema" del Embarazo en la Adolescencia: Contribuciones a un Debate*. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, 433-444.
- Stern, C. (2003). "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México". *Salud Pública México*, vol. 45, supl 1:34-43.
- Stern, C. (2007). "Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México" *Estudios Sociológicos*. México: El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, vol 25, Núm. 73: 105-129.
- Stern, C. (2012). "Conclusiones". En *El "Problema" del Embarazo en la Adolescencia: Contribuciones a un Debate*. México: El Colegio de México. Centro de estudios sociológicos,
- Szasz, I. (1998). Sexualidades en México: Algunas Aproximaciones desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales. En Szasz, I y Lerner, S. (compiladoras) *Sexualidades en México, algunas perspectivas de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, 11-34.
- Szasz, I. (2003). "Pensando la Salud Reproductiva de Hombres y Mujeres". En *Salud Reproductiva: Temas y Debates*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 35-57.

SSA, (1999). Carpeta Didáctica para Servicios Especializados de Salud Sexual y Reproductiva para la Población Adolescente. México.

SSA, (1999). La salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes, Una Estrategia Preventiva. México, 7-47.

SSA, (2007). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes*. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SRA/introduccion_SS.html.

SSZ, (2013). Servicios de Salud de Zacatecas. <http://www.saludzac.gob.mx>

SSZ, (2014). Geosalud. <http://www.saludzac.gob.mx/geosalud>

Villaseñor, M. (2008) “Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tiene sobre la sexualidad y la educación sexual”. En *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Claudio Stern coordinador, México, Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos; Population Council: 73-114.

Villaseñor, M y Castañeda, J. (2003). “Masculinidades, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública México*; vol. 45, supl. 1: 44-57.

Weeks, J. (1998). “La Construcción Cultural de las Sexualidades ¿Qué Queremos Decir Cuando Hablamos de Sexualidad?”. En Szasz, I y Lerner, S. (compiladoras) *Sexualidades en México, Algunas Perspectivas de las Ciencias Sociales*. México: El Colegio de México, 175-197.


Weeks, J. (2000). *Sexualidad, Género y sociedad*. México: Paidós UNAM.

Weeks, J. (1994). "La Sexualidad e Historia: Reconsideración". *Antología de la Sexualidad Humana*. México: CONAPO, 179-201.

X. ANEXOS

Anexo 1. Respuesta del Comité de Bioética de los Servicios de Salud de Zacatecas

SSZ
SERVICIOS DE
SALUD DE ZACATECAS
Consejo Estatal de Bioética



ZACATECAS
GOBIERNO DEL ESTADO

21 de marzo de 2013

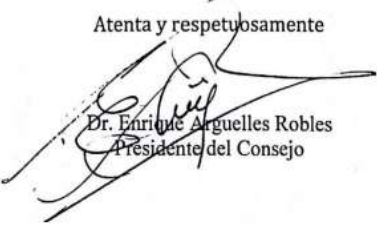
Dr. José Alberto Rivera Márquez
Coordinador de la Maestría en medicina Social
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Presente:

El H. Consejo Estatal de Bioética de Zacatecas determinó en relación al protocolo: “El personal de salud ante las sexualidad de los adolescentes. Un estudio en las unidades amigables de Zacatecas”.

1. Es necesario que se nos haga llegar la metodología completa del trabajo, a fin de determinar el impacto bioético del mismo.
2. Se sugiere tomar en cuenta lo estipulado por la Asociación Americana de Psicología en cuanto a lo referido a estudios con grupos de población.
3. Se sugiere revisar el código ético del psicólogo de edición 2012, en su apartado tres, que hace referencia a la investigación.

Una vez reunidos estos elementos se someterá el trabajo nuevamente a revisión por parte del Consejo, a fin de emitir un dictamen al respecto, en su próxima sesión.

Atenta y respetuosamente



Dr. Enrique Arguelles Robles
Presidente del Consejo

Anexo 2. Temas Explorados en la Guía de Grupo Focal

- Adolescencia: explorar las ideas que tiene el profesional de la salud sobre el grupo de edad de 10 a 19 años.
- Sexualidad como reproducción: explorar las imágenes y representaciones sobre la sexualidad con relación al coito y la reproducción.
- Sexualidad como afecto: explorar las imágenes sobre el afecto y los vínculos que se establecen entre las/los adolescentes.
- Sexualidad como placer: explorar las ideas sobre el placer y sus prácticas entre las/los adolescentes.
- Perspectiva de género: explorar cómo identifican a los hombres y las mujeres adolescentes y su prácticas relacionadas con la sexualidad.
- Experiencias de trabajo con adolescentes dentro de una institución pública de salud y como parte de un programa dirigido a las/los adolescentes.

Anexo 3. Temas explorados en la entrevista semi-estructurada

- Sexualidad y adolescencia: explorar las ideas sobre la sexualidad en la etapa del adolescente, profundizando en la condición de ser hombre o mujer.
- El género en la sexualidad de los adolescentes: explorar la mirada del personal de salud conforme a si se es hombre o mujer en esta etapa.
- Necesidades y barreras: explorar las ideas sobre lo que favorece o afecta la atención de los adolescentes en los servicios amigables.