



Unidad Xochimilco

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Maestría en Medicina Social**

**La construcción de significados sobre la sexualidad en dos
grupos de adolescentes en la Ciudad de México.**

Una mirada desde la Medicina Social.

**Idónea comunicación de resultados para obtener el Grado de Maestra en
Medicina Social**

Director: Dr. José Arturo Granados Cosme

Lic. Vertha Hernández Cabrera

2016

1

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO UNO. SALUD Y SEXUALIDAD. INVESTIGACIONES CON LA POBLACIÓN JOVEN EN MÉXICO	
1.1. Una mirada retrospectiva de la salud y la sexualidad en México	15
1.2. Investigaciones científicas de corte tradicional	20
1.3. Investigaciones sociales desde las teorías críticas	21
1.4. ¿Cómo la sexualidad de los adolescentes se convierte en objeto de interés? Disposiciones y acuerdos internacionales y nacionales	27
CAPÍTULO DOS. CONTEXTOS Y BORDES PARA LA DEMOGRAFÍA DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE	
2.1. Demografía	37
2.2. De qué mueren los jóvenes en México	38
2.3. ¿Qué afecta la salud de los jóvenes?	39
2.4. Sexualidad y reproducción	40
2.5. Escolaridad y ocupación	42
2.6. Los contextos	43
2.7. Los participantes	48
CAPÍTULO TRES. ARTICULACIONES TEÓRCAS EN TORNO A LA SEXUALIDAD	
3.1. Disciplina y biopolítica en la sexualidad	56
3.2. Sexualidad hegemónica	61
3.3. Sexualidad como construcción social	67
3.4. Proceso salud-enfermedad en la Medicina Social	72
3.5. Los adolescentes	73
3.6. Las subjetividades de los adolescentes	76

CAPÍTULO CUATRO. DECURSO METODOLÓGICO

4.1. Contexto metodológico	79
4.2. Sujetos sexuados, el devenir de la sexualidad de los adolescentes	86
4.3. Campo de inscripción de la investigación	88
4.4. Las herramientas y técnicas	89
4.5. Creación de lugares para que se hable de sexualidad	90
4.6. A propósito de estrategia, tácticas para el abordaje de la sexualidad	91
4.7. La interpretación	94

CAPÍTULO CINCO. CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS: SUBJETIVIDAD, SALUD Y SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

5.1. Saberes de la salud y la sexualidad	96
5.2. Recorriendo el laberinto	97
5.3. Asirse de una identidad	99
5.4. El discurso institucional de la sexualidad vs discurso basado en la experiencia sexual	100
5.5. La sexualidad como decisión	103
5.6. La sexualidad es la vida	104
5.7. La prohibición: El exceso de muestra del deseo y la masturbación	108
5.8. Control de los discursos: Lo que se debe y no se debe decir del ejercicio de la sexualidad	111
5.9. No todo lo que los jóvenes dicen sobre lo sexual, lo llevan a la práctica	113
5.10. Ejercicio de la sexualidad. Primeras experiencias. La virginidad en hombres y mujeres	114
5.11. Prácticas sexuales: Salir de la norma y aprovechar los placeres sexuales.	118
5.12. “La mente en blanco”	120
5.13. Significados de la sexualidad y repercusiones en la salud	122

CAPÍTULO SEIS. CONCLUSIONES

129

BIBLIOGRAFÍA

143

INTRODUCCIÓN

Mucho se dice sobre la sexualidad y su relación con la salud, la enfermedad y los riesgos potenciales para que los adolescentes se enfermen, pero realmente qué dicen ellos. La adolescencia es un sector de la población mexicana muy importante. Envueltos en entramados complejos que delimitan la creación y construcción de los significados sexuales, los adolescentes se encuentran en una lucha permanente por la vida, para incluirse y ser vistos por una sociedad adulta institucionalizada que considera conocer todo sobre ellos, pero la realidad es que estamos todavía lejos de lograrlo; pareciera que las instituciones de tanto conocerlos prefieren pasarlos por alto, los adolescentes se siguen enfermando y poniendo en riesgo su vida, las instituciones de salud con sus estadísticas consideran que tienen la última palabra sobre lo que necesita esta población, sin embargo, lo que es evidente y audible en el discurso de éstos, es que existe desconocimiento de sus necesidades en salud.

En este sentido, la Idónea comunicación de resultados para obtener el Grado de Maestra en Medicina Social, tuvo como punto de partida el siguiente objetivo: **Analizar y evidenciar las formas de construcción de los significados sobre la sexualidad que un grupo de adolescentes de la Ciudad de México asigna al ejercicio de la sexualidad y las repercusiones en su salud.**

Las preguntas de investigación fueron: **¿Cómo se conforman los significados de la sexualidad en la adolescencia? ¿Qué influencias tienen estas formas de construcción para el cuidado de la salud y el ejercicio de la sexualidad?**

A partir de los dispositivos institucionales del campo de la salud. Quizá después, con otra mirada se pueden implementar estrategias que incluyan las singularidades de esta población y podamos construir políticas públicas que incluyan al sujeto que pretenden intervenir. Cabe resaltar que este acercamiento a la población, nos mostró lo importante que es revisar desde dónde estamos

mirando a los adolescentes, cuál es la óptica teórica y metodológica de la que partimos para decir, que la sexualidad de los adolescentes es problemática o es compleja y los significados que en ella se gestan.

Si miramos a través de una postura científica de corte tradicional, diremos que los adolescentes son problemáticos, que ellos son los responsables de las enfermedades relacionadas con el ejercicio de su sexualidad, que las instituciones de salud y el personal médico que en ellas labora conocen y llevan a la práctica programas exitosos que han funcionado en otros países, que se respaldan en datos duros o investigaciones basadas en números para proporcionar la verdad más objetiva al evaluar los programas de atención a la población. El personal médico es parte de ese proceso administrativo en donde las estadísticas tienen predominio. Este pensamiento individualista deja de lado las condiciones sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad de los adolescentes, considerándolos únicos responsables del descuido de su salud.

Por otro lado, desde una postura crítica está la Medicina Social o también llamada Salud Colectiva y podemos ver justamente cómo los colectivos de adolescentes se están inscribiendo en la vida de nuestros días. La Medicina Social es un campo de conocimiento y práctica (Hiriart, *et. al.*, 2002) en donde la salud y la enfermedad no son algo dicotómico, sino que tiene que ver con un proceso que es construido colectivamente de acuerdo al momento social e histórico que se analice. Las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. La mirada crítica de la Medicina Social nos da las bases para ver de otra manera el estudio de los colectivos; seguimos esta línea debido a que tratamos de evidenciar situaciones que se han dejado de lado y son esenciales para la comprensión de la sexualidad de los adolescentes.

Nos enfocamos en el análisis del discurso, lo que los adolescentes dicen, hacen e imaginan sobre la construcción de la sexualidad, es decir una mirada a su ideología, éste es uno de los ejes teóricos de la Medicina Social, en donde a

través del ejercicio del lenguaje, de los discursos los adolescentes expresan ideas, pensamientos y prácticas. Para el estudio de la ideología también analizamos la relación que tiene con el poder y para ello retomamos conceptos teóricos de Michel Foucault, quien nos dice que el discurso es como una amalgama de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación.

Siendo coherentes con la perspectiva crítica de la Medicina Social, retomamos además los conceptos de poder (aplicado a los procesos de la vida) y resistencia que nos ayudan a analizar los controles que existen a través de normar y normalizar la sexualidad de los sujetos y las poblaciones adolescentes, qué deben hacer, cómo hacerlo, qué está permitido y qué no, qué pasa con los que se salen de la norma, cómo es que ellos logran resistir a través de estrategias y tácticas exponiendo su salud y arriesgando su vida. Pero además, qué políticas, acuerdos y convenios fungen como bases para atender la salud de los adolescentes, qué se queda guardado en el papel y qué se ejecuta, lo que sí es un hecho es que los derechos sexuales se quedan en el papel porque los jóvenes los desconocen y por ende no los ejercen, no aparecen en sus discursos, pero lo que dicen sin saberlo es que éstos son violentados repetidamente por el personal médico y de salud.

¿Qué pasa cuando una institución de salud no alcanza a responder a las necesidades de la población adolescente? Nos enfrentamos a una problemática institucional en donde la misma estructura desde su gestación está controlada y creada para controlar la vida desde ciertos parámetros a tal grado que es difícil la movilidad y mejora de sus procesos de atención en salubridad. Como emergente se gestan procesos de salud hegemónicos que no permiten una movilidad institucional; asimismo, en la atención a la salud sexual se parte de la postura hegemónica que será el molde, la representación ideal del ejercicio de las sexualidades. Todo lo que cae fuera de este campo, puesto que rompe la regla de las “buenas prácticas” bordea la experiencia límite, esas experiencias serán confinadas a la intimidad de los sujetos. Sin embargo, si la experiencia se

constituye como atributo o cualidad de la subjetividad, la Medicina Social habrá de interesarse en ella. Las ciencias sociales en su conjunto han brindado herramientas para su abordaje y nos abren el panorama de comprensión de los fenómenos que en ella confluyen.

Imperan los discursos de la sexualidad hegemónica como sexualidad dominante, legitimada por criterios científicos como por el Estado, en donde la hegemonía intenta la exclusión y/o subalternidad ideológica y jurídica (Menéndez, 1990) de otras posibilidades de mirar a la sexualidad. Quiénes son sino los adolescentes, los que se dan cuenta de dichos controles y los confrontan a pesar de que su salud y su vida se ponen en cuestión, pero no en todos los casos es lo mismo, muchos de ellos siguen con rectitud la norma a tal grado que los embarazos adolescentes y las uniones tempranas se vuelven una constante al grado de formar un problema de salud pública.

Otro de los conceptos que trabajamos es el de la sexualidad como una construcción social. La sexualidad se entiende como un fenómeno complejo adonde se articulan la pulsión sexual, la subjetivación del cuerpo y las representaciones sociales en la constitución de la experiencia de vida. Ahí se pone en perspectiva la subjetividad de los actores sociales, las relaciones sociales y las instituciones involucradas en su configuración. Es una construcción sociocultural e histórica que cambia según la época, la región del mundo, cultura, género, etnia, clase social y la generación de pertenencia (Szasz, 2005).

La sexualidad además de ser una construcción social, es un lugar de elaboración de significados personales y sociales. Los significados de la sexualidad no son estáticos, ni únicos. Aunque pareciera que se congelaron en determinado tiempo en la historia de la reproducción, todavía hay quienes tienen una fijación en ideas de pecado, de violencia. Los significados de la sexualidad son dinámicos y cambiantes, se relaciona con la erótica y el placer.

La Medicina Social, es como la mayoría de las ciencias de nuestros días, un campo de problemas a resolver en relación con las otras ciencias. Entonces sus constructos pueden ser enriquecidos con las discusiones de otras disciplinas. Nos inscribimos en campos abiertos a la discusión para abordar de manera interdisciplinaria los problemas que aquejan a nuestras sociedades.

Concretando, nos apoyamos en posturas teórico-metodológicas que parten del construccionismo social, la Medicina Social, la antropología, el psicoanálisis en donde importan los significados y la inclusión de los sujetos de estudio en la construcción misma de los problemas para abordar la realidad; pero sobre todo las relaciones de los colectivos con el mundo, lo cual significa que el lugar principal de la construcción no reside en el interior de las personas, sino entre ellas.

El sentido nace de las relaciones entre los significados, el uso social y las formas en que subjetivamos los fenómenos del mundo. Sin duda, el psicoanálisis nos ha enseñado que el infantil sujeto inviste el mundo para apropiarse de él. A la energía que emana del cuerpo le llama libido, se trata de la energía sexual que es indispensable para vivir como la sensación de hambre o sed, o la necesidad de respirar y ser tocado por el otro. La sexualidad en psicoanálisis es una dimensión de la existencia de un sujeto que nace, que vive y que sabe que morirá. Pero la adolescencia es un momento de la vida en que la sexualidad emerge en su esplendor.

Los adolescentes son sujetos, no son niños pero tampoco son adultos, están en un proceso de vida en donde conforman su identidad. Actualmente existe una discusión sobre lo que delimita quién es adolescente, muchos especialistas e investigadores retoman el rango de edad, algunos otros, consideran las etapas de desarrollo, haciendo hincapié en los cambios fisiológicos; en este trabajo incluimos las situaciones sociales y psicológicas que viven los adolescentes, y el grado escolar que cursan, de aquí, que retomamos a la población de entre 15 y 19 años

de edad. Consideramos principalmente a adolescentes que están o estarían estudiando el último año de secundaria o la preparatoria, las dificultades sociales, económicas, psicológicas y de salud a las que se enfrentan, entre ellas; infecciones de transmisión sexual, embarazos prematuros, adicciones, violencia, pobreza, problemas escolares, depresión.

Siguiendo la línea teórica del construccionismo social, es evidente que los adolescentes cambian, por tanto las subjetividades también. Entendemos como la subjetividad al proceso de organización compleja de aprehensión del mundo, de ahí emerge la relación del sujeto con el mundo y los demás, en el que el sujeto se constituye y se va conformando en su dimensión psíquica (identificaciones, significaciones, vínculos intra e intersubjetivo, deseos, fantasías, etcétera) y socio-histórica (instituciones, saberes, valores, normas, formas de ejercicio del poder). (Anzaldúa: 2012)

Las subjetividades de los adolescentes están cambiando, hay un predominio del mercado por impulsar las actitudes ideales hacia la juventud, la sociedad del consumo. Los medios de comunicación mantienen esta ideología. Ser joven, se convierte en un ideal social, los modelos de identidad que se promueven son los de la juventud, dejando de lado el modelo adulto. Esta situación es inquietante y desorienta a los adolescentes, no alcanzan a comprender cómo es que un adulto adopta la imagen, los discursos, las identidades de los adolescentes. Aún y a pesar de que el ideal social de juventud es una ideología mantenida por todos y sobre todo por el mercado, los adolescentes muestran cierta desconfianza y molestia con los adultos que quieren ser el reflejo de los adolescentes.

De aquí la importancia de conocer qué dicen y qué hacen los adolescentes en el ejercicio de su sexualidad, cuáles son los significados. El escuchar a los adolescentes en sus contextos cotidianos nos acerca y nos permite saber sobre: el distanciamiento de ellos con las instituciones de salud, la desconfianza en la

práctica médica, los médicos y el personal de salud; lo que ellos hacen en el ejercicio de su sexualidad, y lo que ellos dicen que hacen.

En el campo trabajamos con los relatos, que dicen de manera individual o en grupo, incluso lo que no dicen pero que muestran será puesto en discusión sobre el ejercicio de las sexualidades ¿Qué dicen de su experiencia los adolescentes, lo que dicen, hacen y dejan de hacer sus iguales? ¿cómo se comunica en la constitución de la experiencia de la adolescencia como colectivo? Las narraciones nos dejan ver los significados en sus estructuras complejas no como meros enunciados descritos en conceptos, sino como entramados sociales y culturales que se hilan unos a otros, son las tramas de la sexualidad adolescente.

En el capítulo uno, exponemos una mirada retrospectiva de cómo se generó el interés del Estado por la salud de la población y de manera particular por la reproducción sexual. Además, incluimos las investigaciones desde la mirada tradicional científica que refiere lo sexual como un impulso natural que requiere de distintos controles: las relaciones sexuales dentro del matrimonio, imposición de reglas para hombres y mujeres, la sexualidad como reproducción. Con la ciencia tradicional se descubrieron las causas de los comportamientos sexuales “desviados” y se establecieron nuevos lineamientos normativos de conductas sexuales apropiadas. Bajo este pensamiento científico (positivista) se pretendía la universalidad y lo normativo de las ideas de la biomedicina, en tanto biología del sexo, se establecieron como norma general el intercambio genital heterosexual dentro de las uniones conyugales, suponiendo a las manifestaciones no conyugales de la sexualidad como anormales, marginales y desviadas.

La postura positivista implica la generación de conocimientos y dispositivos prácticos y discursivos sobre un determinado saber, la exigencia del positivismo requiere la repetitividad de la experimentación, el anclaje en un discurso materialista con raigambres en el naturalismo y la norma de las ciencias del siglo XIX que busca alejarse del terreno de las ideas, y en corto de las “ideologías”. El

discurso sobre la sexualidad que adoptaron estas ciencias ha estado permeado por la idea de una sexualidad natural, normal y universal, lo mismo que las investigaciones que se realizan bajo esta mirada.

Como contraparte están las investigaciones que surgen de una postura crítica y que se basan en explicaciones más complejas sobre la sexualidad; la idea de movilidad es parte de estas explicaciones, en donde depende del contexto social y cultural, el momento histórico para decir de qué hablamos cuando hacemos referencia a la sexualidad de los adolescentes. Por otro lado, y como parte de este capítulo exponemos cómo es que la sexualidad de los adolescentes se convierte en objeto de interés de gobiernos y autoridades a partir de disposiciones, acuerdos internacionales y nacionales.

En el capítulo dos, se encuentran los datos socio-demográficos de los adolescentes de manera general, y en particular de las delegaciones donde viven y estudian nuestros participantes: demografía, mortalidad, morbilidad, sexualidad y reproducción, escolaridad y trabajo. Además se incluye información sobre los contextos: situación de pobreza, prestación de servicios culturales, educativos, de salud y una parte del diálogo que permite conocer más sobre los participantes.

En el capítulo tres, describimos conceptos teóricos que nos ayudan a explicar el fenómeno de la sexualidad de los adolescentes. Foucault, en su análisis sobre la historia de la sexualidad, nos deja ver el impacto que tiene la modernidad sobre ésta, el poder que se ejerce a través de la construcción de discursos dominantes sobre lo que debe ser, las formas para disciplinar a los sujetos y para regularizar a los grupos humanos, el control de lo que sí y lo que no se puede hacer con los cuerpos.

En el capítulo cuatro, describimos la metodología, considerando principalmente el determinante ideológico de la práctica médica, como un proceso socio-histórico que impacta en el proceso de la salud-enfermedad de los adolescentes.

El análisis de estos procesos nos permite comprender la sexualidad y salud hegemónicas que rigen los ámbitos institucionales; se hacen evidentes las estrategias discursivas que moldean los comportamientos sexuales de los sujetos y los colectivos; las prácticas, estrategias y/o tácticas de resistencia de los adolescentes relacionadas con el ejercicio de su sexualidad; las prácticas de la sexualidad que afectan y ponen en riesgo la salud de los jóvenes y que son promovidas y avaladas socialmente. La metodología de esta tesis, tiene sus anclajes en estrategias cualitativas. En donde se privilegia la producción del sentido, bordea un escenario donde se producen los hechos del lenguaje, nos muestra otra manera de ver el mundo y sus relaciones.

Es de resaltar que los discursos comprenden una serie de significados que con los juegos de poder en las instituciones (sobre todo familias e instituciones escolares y de salud) producen una normatividad acerca de la importancia -y para nuestro tema- las características que la sexualidad y la salud deberían tener en la vida de los sujetos. El trabajo sobre los discursos no es meramente una posición “subjetiva” como se argumenta en algunas instituciones para descalificar al otro. El discurso puede ser pensado como una banda de Möebius, con ello podríamos identificar las maneras de hacer y las diferencias entre lo que se dice que se hace y lo que finalmente llevan a la práctica.

En el capítulo cinco, describimos el análisis de los discursos de los adolescentes, los significados que le atribuyen a la sexualidad y las repercusiones en salud. La cultura, la sociedad, la historia intervienen en los procesos de la construcción de los sujetos, de tal manera que éstos forman una visión de quiénes son ellos, quiénes son los otros y cómo es el mundo en el que viven. La construcción de los significados no es un evento aislado, que se da de manera individual, solamente a partir de la ideas del sujeto, va más allá de eso, el sujeto está envuelto en dinámicas históricas, culturales y sociales. La construcción de los significados es un proceso social-dinámico, en donde las instituciones tienen un papel importante

que impacta en el mundo simbólico de los adolescentes y que se manifiesta a través del habla, es decir, la manera en cómo se narran, se interpretan, se significan. La construcción de significados es la acción primordial para la construcción de la identidad y la relación con el otro y el mundo.

CAPÍTULO UNO

SALUD Y SEXUALIDAD. INVESTIGACIONES CON LA POBLACIÓN JOVEN EN MÉXICO

1.1. Una mirada retrospectiva de la salud y sexualidad en México

Durante la primera mitad del siglo XX, México gestaba políticas gubernamentales con respecto a la demografía y la salud, considerando que después de la revolución mexicana había un decremento demográfico significativo. En retrospectiva, para 1900, la densidad de población a nivel nacional era baja, pero después de 1920, la población tuvo una considerable disminución, provocada por las muertes en la lucha, las migraciones y las epidemias que afectaron a la población mexicana. Una de las estrategias del gobierno fue aumentar la población en zonas consideradas despobladas, poblar el territorio se convirtió en una necesidad. Con los antecedentes de algunas epidemias como el tifo, la viruela, el cólera y la fiebre amarilla que habían afectado a la población mexicana, el "despoblamiento" se convirtió en la posibilidad de perder la soberanía nacional y la independencia lograda desde principios del siglo XIX. Para 1920, el objetivo era colonizar con población mexicana que tuvieran acceso al uso de la tierra y obtuvieran un patrimonio familiar (Cruz, 2004: 12).

Desde que Lázaro Cárdenas tomó la presidencia del país en 1934, uno de los objetivos de su política era la redistribución de la población, sobre todo rural. Cárdenas hacía hincapié que en la medida en que no se solucionaran los problemas agrícolas y los relacionados con la tierra, los recursos naturales y el reacomodo de dicha población, no se podían esperar resultados óptimos en otros terrenos como la salubridad y la educación (Cruz, 2004). Además, tenía presente la importancia de la creación de un organismo encargado de la regulación de la población, que diera legalidad a los procedimientos que ayudarían a llevar a cabo

su política agraria y de integración nacional. Se creó la Dirección General de Población, dependiente de la Secretaría de Gobernación y encargada de los estudios sobre la población en México. La definición de las normas, las iniciativas y coordinación estarían a cargo de la Secretaría de Gobernación.

La primera política demográfica fue evidentemente poblacionista, es decir, que se fomentó el crecimiento de la población y se resume en la Ley de salud como el dar legalidad jurídica al crecimiento y la distribución poblacional. (Cabrera, en Cruz, 2004: 17). Con esa Ley se fomentó el crecimiento natural, a partir de propiciar el aumento de matrimonios y nacimientos, la repatriación de nacionales y la inmigración en menor escala; además de que se planteaba también disminuir la mortalidad con el mejoramiento de la salud. Para este último rubro se formó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Con las políticas demográficas, el comportamiento reproductivo se caracterizó por ser elevado, el promedio de hijos por mujer era entre seis y siete.

...Las intervenciones públicas de corte pronatalista tuvieron el efecto esperado y, casi 40 años después (1968), la TGF alcanzó un nivel máximo en la historia del país de 7.1 hijos por mujer. Las acciones estipuladas en la Ley General de Población, vigente hasta nuestros días, contemplaban desde mediados de 1970 la regulación de la fecundidad a partir de dos estrategias estrechamente vinculadas: por una parte, la difusión de información sobre los beneficios de planear el número de hijos que se deseaba tener y de espaciar dicha descendencia; por otra parte, se establecía la provisión de información, servicios y tecnología anticonceptiva que permitiera a los individuos concretar sus preferencias reproductivas, en las mejores condiciones de salud posibles. (Mendoza y Tapia., s/f: 15)

Sin embargo, se dio cierta declinación de los niveles de fecundidad y natalidad a finales de los años 60's, un poco antes que se estableciera la política de población, se consideraba que el cambio en los patrones reproductivos, tenía que

ver con el proceso de urbanización, el incremento en la escolaridad, la participación de la mujer en actividades productivas, y sobre todo el mayor uso de métodos anticonceptivos eficaces (Ordorica, 1994:5).

Es de observarse que la política de población, desde sus orígenes y hasta los años 90's solamente se enfocaba en regular los niveles de la fecundidad y natalidad por medio del sector salud, y en específico a través de programas de planificación familiar. Cabe destacar que en estas dos últimas décadas, si bien la preocupación está inserta en la fecundidad y natalidad, también se incluye la salud, en específico la salud reproductiva. Aunque la inclusión de ésta no es garantía de que se esté atendiendo la sexualidad de las poblaciones, tampoco es suficiente considerar la demografía como elemento rector para plantear, planear y ejecutar programas y políticas en salud sexual, necesitamos algo más, no solamente contar, clasificar, etiquetar y mantener la idea de que hay una conducta sexual universal, es decir, tenemos que buscar el conocimiento de las experiencias cotidianas de los sujetos a través de sus discursos. Se necesitan políticas que favorezcan la salud sexual de las poblaciones y no solamente el control de su reproducción.

En la década de los ochentas, aparece una nueva enfermedad (SIDA) que afecta la salud sexual y la vida de las poblaciones, el interés por investigar la natalidad y la fecundidad se mantuvo. Aunque se puso mayor atención a las formas de contacto sexual que mantenían los sujetos, por ser una de las principales vías de contagio de esta enfermedad (por relaciones coitales y anales), quien no usaba preservativo se exponía a adquirirla, las mujeres infectadas a su vez la transmitían a sus bebés, el uso del preservativo se gestó como obligatorio, no solamente para evitar embarazos, sino también para disminuir el riesgo de contraer la enfermedad y evitar la muerte. Los gastos en salud aumentaron, por el incremento de pacientes infectados, se convirtió en un problema de salud pública. A pesar de que los medios de comunicación y las grandes campañas de salud informaban a la población de las medidas preventivas para evitar el contagio, se perfilaba en

México una epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (Soberón, 1988).

Si bien el interés por la sexualidad como problema de salud en nuestro país, se origina por la preocupación en la fecundidad y la natalidad, éste retoma un nuevo camino a partir de la morbi-mortalidad ocasionada por el VIH/SIDA. En México tienen mayor auge las investigaciones sobre sexualidad, precisamente con *la aparición del SIDA como problema de salud pública*. Sin embargo, la prioridad de los estudios de la sexualidad se enfocaba en los riesgos a la salud desde una visión biomédica (Szasz, 1998; Amuchástegui 2001). Las investigaciones desde esta postura no eran suficientes, no explicaban por qué la población continuaba enfermándose, aún y cuando había avances en el conocimiento sobre el virus y las formas de contagio. Se le proporcionaba a la población la información preventiva básica, sin embargo, seguía ocurriendo algo que la biología y la medicina no lograban explicar.

Ante este panorama, los investigadores empezaron a realizar estudios sociales sobre los problemas de salud relacionados con la sexualidad, entre ellos están las investigaciones sociales críticas¹ que explican los fenómenos complejos de los procesos de la salud-enfermedad relacionados con la sexualidad. La Medicina Social al igual que otras Ciencias Sociales y de Salud (con posturas teóricas críticas) han evidenciado que se están dejando de lado, situaciones que tienen que ver con los significados culturales y subjetivos que influyen en el comportamiento sexual, así como las condiciones sociales y económicas en las que los sujetos ejercen su sexualidad y reproducción humana, nos referimos a la subjetivación del sexo y la sexualidad (Amuchástegui, 2001). Si continuamos invisibilizando estas situaciones, corremos el riesgo de reproducir las prácticas y

¹ La teoría crítica surge para promover un entendimiento de la situación histórica y cultural de la sociedad con el propósito de generar acciones en torno a una transformación de ésta... ofrece un esquema de trabajo que supera la simplicidad, los estereotipos idealistas y la rigidez de las conclusiones e interpretaciones convencionales sobre el progreso del conocimiento científico en el ámbito social. (Gamboa, 2011:48).

los discursos que hacen que se vea la subjetividad y la construcción de sentido como un producto acabado y no como un proceso.

Si bien, en México, la idea de sexualidad, al igual que en los demás países de Occidente, está creada desde el discurso científico tradicional, también está influenciada por aspectos culturales (Amuchástegui, 1997). La mirada científica tradicional refiere lo sexual como un impulso natural que requiere de distintos controles, dentro de esos controles las relaciones sexuales dentro del matrimonio, señalando las reglas para hombres y mujeres. Con la ciencia tradicional se descubrieron las causas de los comportamientos sexuales “desviados” y se establecieron nuevos lineamientos normativos de conductas sexuales apropiadas. Bajo este pensamiento científico positivista² se pretendía la universalidad y lo normativo de las ideas de la biomedicina, en tanto biología del sexo, se establecieron como norma general el intercambio genital heterosexual dentro de las uniones conyugales, suponiendo a las manifestaciones no conyugales de la sexualidad como anormales, marginales y desviadas.

La postura positivista implica la generación de conocimientos y dispositivos prácticos y discursivos sobre un determinado saber, la exigencia del positivismo requiere la repetitividad de la experimentación, el anclaje en un discurso materialista con raigambres en el naturalismo y la norma de las ciencias del siglo XIX que busca alejarse del terreno de las ideas, y en corto de las “ideologías”. Desde la postura positivista también las ciencias sociales se ocuparon de la sexualidad en Occidente. En México se observó que a través de la demografía y la sociología, se tenía el control de la sexualidad por medio de la formación de familias, el matrimonio, la anticoncepción y la procreación, sin mayor profundización en otros aspectos de la sexualidad. El discurso sobre la sexualidad

² Consiste en no admitir como válidos científicamente otros conocimientos, sino los que proceden de la experiencia, rechazando, por tanto, toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto. El hecho es la única realidad científica, y la experiencia y la inducción, los métodos exclusivos de la ciencia.

que adoptaron estas ciencias ha estado permeado por la idea de una sexualidad natural, normal y universal.

1.2. Investigaciones científicas de corte tradicional

Existen una serie de investigaciones científicas de corte tradicional que se apoyan en enfoques teóricos positivistas (cuantitativas y cualitativas, pero sobre todo las primeras) de sexualidad y salud, que parten de diferentes disciplinas como la epidemiología, antropología, sociología, psicología, medicina, pedagogía, demografía, entre otras. En estas investigaciones realizadas con población joven y adolescente, lo que se resalta son los perfiles morbi-mortalidad, específicamente de la epidemiología positivista, incidencias y prevalencias de la enfermedad: VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos, uso o no uso del condón, embarazos adolescentes, uso de drogas, violencia, accidentes, etcétera. Dentro de estos trabajos se encuentran: Prácticas anticonceptivas en adolescentes y jóvenes (García-Baltazar y Figueroa-Perea, 1992) Sexualidad y embarazo adolescente (Menkes y Suárez, 2003) Conducta sexual protegida (Pérez y Pick, 2006), Comportamiento sexual (Parra-Villaruel y Pérez, 2010), por mencionar algunos. En estos trabajos prioriza el conteo de casos y sus hallazgos coincidan lo que dicen las encuestas de salud sexual y reproducción, también lo que se observa en mayor cantidad, son los estudios que tratan sobre las conductas relacionadas con la sexualidad: ¿Cuántos jóvenes usan condón? ¿Cuántos no? ¿Por qué?, ¿Cuántos embarazos adolescente hay y por qué? ¿Cuáles son los factores de riesgo de la sexualidad? las conductas aparecen como factores de riesgo. Si bien en algunos de estos estudios se menciona que se incluye lo social, esto solamente hace referencia a situaciones socio-demográficas. Muchas de estas investigaciones siguen una postura positivista de conteo y estadística, establecida desde los organismos internacionales y nacionales de salud, dejando al margen las situaciones socioculturales, económicas, políticas, y específicamente los significados que tienen los adolescentes de la salud y la sexualidad. Con esto no pretendemos

descalificar estos trabajos, sino evidenciar que existen otras formas de mirar y abordar estos fenómenos de salud en la población.

1.3. Investigaciones sociales desde las teorías críticas

Las investigaciones sociales que parten de las teorías críticas sobre la sexualidad en México, se están expandiendo principalmente en el ámbito académico y de investigación. La construcción social, las identidades, el género, las subjetividades, el poder, los significados y prácticas son imprescindibles en estos estudios. Lo que se está construyendo a partir de estas propuestas, se refiere a investigaciones como las siguientes: estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México (Stern, 2007). Los hallazgos de esta investigación indican que las políticas sociales dirigidas a prevenir embarazos adolescentes, carecen de una adecuada comprensión del problema y de las necesidades de los adolescentes en los diferentes contextos sociales.

En la investigación titulada “La construcción social y la expresión de la masculinidad entre los adolescentes y varones jóvenes y los riesgos para la salud sexual y reproductiva”. (Stern, *et al.* 2003). Identificaron que las ideas y las prácticas llevan a varias formas de masculinidad mediante las cuales se reconstruyen comportamientos arriesgados, estilos de hablar y de vestir, formas de cortejo y de noviazgo específicas. Estos y sus significados son articulados con los riesgos en el campo de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y de sus parejas. Por otra parte, las condiciones económicas en que viven dificultan que lleven a la práctica elementos centrales de su propio concepto de masculinidad, como el ser trabajador, proveedor, responsable, lo que pudiera traducirse en frustración, agresividad y en violencia familiar.

También desde la construcción social se encuentran los estudios que se refieren a “la virginidad e iniciación sexual. La negociación dialógica de significados”. (Amuchástegui, 1997). En esta investigación se analizan los significados de ciertas

construcciones sobre sexualidad, desde diferentes lugares de poder. Otro de los análisis de esta misma autora, en “Las experiencias y significados”. (Amuchástegui, 2001) identifica el proceso de construcción de significado de la virginidad y la primera relación sexual entre mujeres y hombres jóvenes dentro de la sociedad y la cultura mexicana contemporáneas.

Por su parte Szasz (1998) refiere que los estudios que se han realizado sobre la sexualidad tienen un vínculo entre la construcción social de las relaciones de género y los comportamientos sexuales que impactan en la constitución de identidades. Comportamientos que reafirman la identidad masculina o en su caso la femenina. En lo referente a los significados de la sexualidad dichos estudios han encontrado que:

“...tienen influencia en las actitudes hacia la reproducción y la prevención de enfermedades. Alientan la valoración de la penetración vaginal y la eyaculación como las prácticas sexuales más deseables, construyen a la procreación como una reafirmación de identidades de género, impulsan hacia el matrimonio temprano en las mujeres y hacia la procreación temprana, alientan la ignorancia sobre la sensualidad y el placer en las mujeres y al desconocimiento sobre la reproducción en los varones, y presionan hacia la falta de previsión y de protección en las prácticas sexuales, especialmente entre los jóvenes. También presionan a los varones a experimentar sexualmente fuera del matrimonio, impiden la previsión y protección de esas prácticas, y justifican el uso de la violencia y el abuso en el ejercicio de la sexualidad”. (Szasz, 1998:79).

Las investigaciones que analizan los significados sobre la sexualidad, están proporcionando información fundamental para incidir en la salud de la población, en especial en la salud sexual de los adolescentes. Por su parte las investigaciones desde la salud colectiva, nos señala que existe disociación entre significar la sexualidad y la reproducción (Salinas, 2007). Son claras las dificultades para abordar la salud reproductiva y la sexualidad, más allá de una

visión bio-médica, deben considerarse los aspectos socio-culturales, políticos que afectan la calidad de vida de los sujetos y las comunidades.

Szasz (s.f.) Retoma la idea que si partimos de una postura social, explicar la sexualidad es siempre un ejercicio profundo de comprensión de significados específicos. Tiene que ver con poblaciones y comunidades insertas en sub-culturas, desigualdades y diversidades sociales. El enfoque de los estudios es social y contextual, está centrado en los sujetos. Estos se consideran siempre insertos en culturas, y las culturas se construyen relacionamente a través de experiencias y significados vividos colectivamente. Todo comportamiento constituye una práctica social y es relacional e históricamente producido.

“...Las prácticas y sus significados, más que los comportamientos, son el objeto de estudio de las ciencias sociales. Se considera que las prácticas están dinámicamente permeadas desde los contextos sociales y que a su vez construyen esos contextos. Los contextos sociales no son solamente socio-económicos, sino también históricos, culturales y discursivos. El contexto sitúa a los individuos en un entramado específico de recursos y capacidades relacionamente contruidos que definen sus posibilidades de acción. A su vez, son en parte las relaciones entre actores sociales las que construyen esos contextos. Para comprender las prácticas sexuales es necesario conocer los contextos sociales, los significados sexuales, las culturas sexuales y las identidades” (Parker y Gagnon, 1994; Vance, 1997; Dowsett, 2003, en: Szasz s.f.).

También Szasz (s.f.), analiza que los estudios sociales sobre sexualidad, investigan sobre los siguientes temas:

...los deseos eróticos, las fantasías y un conjunto de prácticas, sensaciones y hábitos que involucran al cuerpo...las relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados contruidos socialmente en torno a los deseos y prácticas eróticas...las clasificaciones que se asignan a los sujetos

según sus preferencias, así como las autodefiniciones que algunos sujetos y comunidades hacen de sí mismas a partir de sus opciones sexuales...lo que es sexualidad en una cultura y en un momento dado.

Como ya lo mencionamos, los estudios sobre salud y sexualidad desde una visión social crítica en México tienen pocos años, y a pesar de que se ha investigado y se sigue investigando sobre la sexualidad y la salud, son escasas las investigaciones que le proporcionan a este tema la dimensión que le corresponde. Encontramos que son tres las vertientes que focalizan estos temas: *salud sexual, salud reproductiva y salud mental*, los avances por definir estos temas siguen en construcción, por ejemplo la salud mental ha pasado de ser conceptualizada única y exclusivamente de una forma tradicional, que parte del modelo médico psiquiátrico en donde a través de la nosología se atribuyen signos y síntomas que norman lo que es sano y lo que no lo es, a reconstruir el concepto de salud mental desde una visión social incluyendo la categoría de género.

En la categoría de género se consideran la problemáticas como la construcción de su identidad respecto a su cuerpo sexuado y su identidad genérica, el género es una construcción cultural, muestra que el sexo remite a las características biológicas de los cuerpo de hombres y mujeres, nos muestra también las relaciones de poder entre los sujetos, los recursos de participación entre los sujetos en tanto ciudadanos. (Lamas, 2000).

Por su parte *la salud reproductiva*, se refiere a la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse, que puedan decidir con libertad si quieren tener hijos o no, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, y que tengan acceso a servicios y cuidados de la salud apropiados para el resultado de los embarazos sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y el infante. Conceptualizar la salud reproductiva ha llevado a discusiones nacionales e internacionales, se ha limitado a la planificación familiar y la morbi-mortalidad materno-infantil hasta la visión de

construcción histórica del concepto, que agrega las complejas relaciones entre el crecimiento de la población y el desarrollo, este enfoque está atravesado por controversias por el control de la fecundidad, las necesidades y derechos de la población, las responsabilidades individuales y colectivas, el papel del Estado y sus relaciones con la sociedad civil y los conceptos de democracia y ciudadanía. (Salles y Tuirán en: Szasz s.f.).

En cuanto a la *salud sexual*, desde una visión tradicional se enfoca específicamente en la atención a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, en la actualidad Naciones Unidas (2006) refiere que la salud sexual tiene como objetivo el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no solamente lo que tiene que ver con la reproducción y lo que a su alrededor se genera.

Nuestra investigación parte de la perspectiva médico social, que además de considerar las condiciones sociales y económicas, incluye las históricas, culturales, políticas e ideológicas de las sociedades humanas. La Medicina Social, considera el fenómeno salud-enfermedad-atención como un proceso complejo³ de carácter histórico y social, un proceso reproductivo social en construcción permanente. Bajo estos postulados la sexualidad no solamente es reproducción biológica de la especie, sino que tiene que ver con un conjunto de expresiones

³ Rasgos de lo complejo: a) necesidad de asociar al objeto con su entorno y de establecer las leyes de su interacción (por ejemplo autonomía-dependencia); b) necesidad de unir el objeto a su observador (problemáticas de la objetividad desde el sujeto; problemáticas de la representación, de la subjetividad, de lo ideológico); c) el objeto ya no es solamente un objeto si está organizado, y sobre todo si es organizante (viviente, social), si es un sistema productor de sentido; d) no existen elementos simples, sino complejos, que tienen entre sí relaciones de complementariedad, de antagonismo, de contradicción, etc.; e) enfrentar las contradicciones de lo complejo con criterios no binarios (“superadores”, de síntesis), sino con criterios ternarios (tercer término) que no “superen” sino que transgredan (desorden). Si bien el paradigma de la complejidad remite a la inclusión de todos los términos, no impide concentrarse en sólo uno de ellos, siempre y cuando se logre articular sus relaciones con el resto, con los otros términos con los cuales pueda tener relaciones de tensión, complementariedad, contradicción, etcétera. (Morín, en Gómez y Jiménez 2002:113)

humanas diversas que definen la forma en que nos relacionamos con los demás. La sexualidad es una construcción sociocultural e histórica que cambia según la época, la región del mundo, la cultura, el género, la etnia, la clase social y la generación de pertenencia (Szasz, 2005). Esta corriente sostiene que el significado de las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la satisfacción de los deseos eróticos, los deseos mismos y su sentido para la subjetividad e identidad de las personas cambian de una cultura a otra y de un grupo humano a otro.

Además, muchas de las investigaciones recientes están incluyendo la categoría de género, entre ellas se encuentra la de "Género y sexualidad adolescente." (Tuñón y Eroza, 2001) "Piernas de gelatina. Reflexiones sobre relatos de experiencia sexual coital entre jóvenes varones del sureste de México". (Reyes y Tuñón, 2007). Doble jornada y salud, costureras de las cooperativas del programa "¡Qué buena puntada!" STFE-DF (Garduño, *et. al.*, 2013) por mencionar algunas.

Las investigaciones realizadas por Lamas (2000) son un referente obligado para abordar el tema de género en nuestro país. El género es un conjunto de características sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexo biológico, esto nos ayuda a comprender y analizar los comportamientos y problemáticas que tradicionalmente se han considerado típicos e inherentes de hombres y mujeres.

Por su parte la perspectiva de género, es una visión analítica que permite abordar las desigualdades de género entre mujeres y hombres a través de políticas públicas e intervenciones institucionales para alcanzar la equidad, promoviendo la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones, permite el planteamiento de estrategias de intervención y solución frente a las desigualdades y las formas de vivir el cuerpo, y también la posibilidad de mejorar las relaciones

entre los géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a un construcción social que alude a características culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres, por medio de las cuales unas y otros adquieren ciertas pautas de comportamiento que hacen posible la feminidad y la masculinidad. Retomando estas consideraciones, el género entonces, se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres como parte de un proceso histórico de construcción social, que crea asimetrías entre los sexos. Sin duda, el enfoque de género ha modificado las formas de hacer investigación sobre la sexualidad y sobre todo amplía el enfoque para incluir las formas de asumir la sexuación de los cuerpos, las formas de vivir la sexualidad y sus significados desde la vida cotidiana.

1.4. Cómo la sexualidad de los adolescentes se convierte en objeto de interés. Disposiciones y acuerdos internacionales y nacionales

¿Cómo es que la adolescencia se convierte en objeto de interés para las instituciones y las políticas públicas? Desde la institución básica de la sociedad, la familia, se muestran las preocupaciones porque es la interface entre los sujetos y la sociedad, la familia devuelve el umbral adonde los adolescentes transitan por la madurez biológica, psicológica y social hasta la reproducción misma de instituciones y sociedades. Para la medicina, es todo un campo de estudio por el tránsito por la pubertad. Es aquí que la sexualidad, o mejor, la sexuación se vuelve importante por cuanto es el momento en que la reproducción sexual se vuelve posible. La adolescencia no es adolecer, es una etapa de la vida donde la desmesura se vuelve un tema de discusión, es la desmesura y la búsqueda de los límites que dan forma a través de los saberes y sus instituciones cobran relevancia.

Adolescencia viene del latín *adolescens* participio presente de *adolescere* que significa crecer, a diferencia del participio pasado *adultus*, que marca el hecho

de haber dejado de crecer. Las dos expresiones aparecen de manera significativa alrededor del siglo XVI, durante un periodo en el que el sentimiento de la diferencia de las edades comienza a ponerse de manifiesto en los medios sociales privilegiados. En la medida en que designa un fenómeno de crecimiento la noción de adolescencia remitió primero a la medicina, debido a la pubertad, y la psicología, debido a las particularidades del psiquismo del joven y, sobretodo, a la famosa <<crisis>>. La juventud, sería de entrada una noción que depende del lazo social. (Le Breton, 2014: 6)

El proceso de salud-enfermedad del adolescente hace que la Medicina Social vuelva la mirada a esa etapa de la vida por la riqueza y las fuerzas de vida, sus prácticas sociales, sus significaciones, entonces la adolescencia se constituye como colectivo al que las instituciones abordarán, sea la familia, la escuela o las instituciones de salud. Eso en cuanto a los aspectos formales, pero también existen saberes informales entre los grupos de pares.

Las sociedades de hoy día son complejas y a veces hasta polarizadas ¿cómo los gobiernos atienden a las poblaciones? ¿Con qué prácticas, saberes, políticas públicas? La adolescencia es una época de la vida, es un tránsito que históricamente se atraviesa con los recursos que la misma cultura ha elaborado. La adolescencia es siempre una interrogación que se vuelve a veces contra las familias y las instituciones por la misma trasmisión del sentido. Sin duda es una edad difícil.

En nuestras sociedades, la adolescencia es el tiempo necesario para la adaptación de un cuerpo que cambia, un pensamiento renovado sobre el mundo, una apertura al otro, un aprendizaje de los datos esenciales al hecho de ser un hombre o una mujer, una autonomía de movimiento creciente, un descubrimiento de la sexualidad. Este período va de las transformaciones de la pubertad a la entrada en la vida, traduce una lenta transformación del sentimiento de identidad a través de las experimentaciones del joven. [...] Adquiere el derecho de votar, de conducir, de casarse y otros más, pero al

mismo tiempo sigue encontrándose en una relación de dependencia material con sus padres, en ocasiones hasta la dependencia afectiva lo sigue. No es ya totalmente un niño sin ser todavía un hombre o una mujer y no deja de interrogarse a este respecto. La adolescencia es el tiempo progresivo de la maduración, de la construcción de los cimientos de un sentimiento de identidad más elaborado este periodo es a veces tan extenso en el tiempo que es difícil hablar de período intermedio, pues simultáneamente implica referencial culturales propias y una sociabilidad específica; es un tiempo pleno de existencia y no una simple transición de dos épocas de la vida. (Le Breton, 2014: 62-63)

Ahora bien, ¿cuáles son las interrogaciones que las ciencias se hacen respecto a la sexualidad y la adolescencia? Sin duda sobre el ejercicio de la sexualidad que en estos tiempos está comenzando cada vez en épocas más tempranas, la transmisión de enfermedades, el aborto, entre otras. La sexualidad adolescente se vuelve todo un tema de discusión, y no es por lo que aquí articulamos, se le puede preguntar a cualquier familia, a cualquier adolescente sobre las preguntas que se hace, la dificultad para acceder a los servicios de salud, etcétera. Entonces, es obligación de las instituciones educativas y de salud acompañar la construcción de identidades, el cuidado de su salud, para ello necesitamos conocer más sobre la forma en que subjetivan, o aprenden a vivir, ¿cómo construyen los significados sobre la sexualidad, la producción de la vida, la búsqueda de placeres? ¿Cómo volver a las cualidades de la construcción de sus vidas sin perdernos en el puro dato duro? Volvamos pues, a la argumentación y los cruzamientos de saberes y formas de construir la realidad.

El estudio de las sexualidades en México desde una perspectiva crítica de las ciencias sociales despunta desde hace casi tres décadas y plantea que lo sexual es socialmente construido, se han hecho avances, pero no está dicho todo sobre este tema, se siguen abriendo caminos para encontrar respuestas a problemáticas complejas relacionadas con la sexualidad y la salud: VIH/SIDA, infecciones de

transmisión sexual, embarazos en adolescentes, nuevas formas de relaciones, reorganización de las familias. Sin embargo, los avances no se han dado de la misma forma en lo que concierne a las disposiciones y acuerdos sobre la sexualidad de los adolescentes, si bien este no es el objetivo de nuestra investigación es necesario exponerlo porque afecta directamente la salud y sexualidad de los adolescentes. Son varias las disposiciones que no se han aplicado en nuestro país afectando directamente a la población en el acceso y cobertura a la educación sexual, en la realización de abortos legales y seguros, en la obtención de anticonceptivos, y en la prevención de embarazos a temprana edad.

El Estado mexicano ha suscrito diversos Tratados, Conferencias y Acuerdos internacionales que lo obligan a brindar a sus ciudadanos un marco integral de derechos humanos y a ofrecer garantías de acceso a la salud integral, incluida la sexual y reproductiva. Sin embargo, en México es poco lo producido en salud sexual y reproductiva. Desde el poder legislativo se podría modificar la legislación sanitaria federal, conforme a los estándares más altos de derechos humanos y atendiendo las recomendaciones hechas, entre otras, por el Comité de Expertas de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) al gobierno mexicano en agosto de 2006, en las que lo instan a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios (Juárez y Sánchez, 2007), desafortunadamente la realidad legislativa en nuestro país tiene muchos pendientes, y su trabajo está focalizado en las reformas gubernamentales neoliberales en salud. Revisemos algunas otras disposiciones que instan a México a realizar acciones a favor de la salud de los adolescentes.

Disposiciones internacionales

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 2008 y 2009, determinaron la Estrategia y Plan de Acción Regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes 2010-2018 (CD48.R5), en donde se solicitó a los Estados Miembros a fortalecer la capacidad de respuesta de los responsables de las políticas, los directores de programas y los proveedores de salud para elaborar políticas y programas que procuren promover el desarrollo de la comunidad y proveer servicios de salud efectivos y de calidad que atiendan las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes. Asimismo, la resolución convocó a promover la participación de adolescentes y jóvenes, sus familias, y las comunidades, para lograr que los programas de promoción y prevención sean culturalmente sensibles y adecuados a la edad, como parte del método integral de mejora de la salud y del bienestar de adolescentes y jóvenes.

Por su parte, en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en Cairo, 1994. Los gobiernos se comprometieron a abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, poniéndole énfasis a los embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, desarrollando la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento para la población adolescente. Bajo esa misma línea se encuentra la Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, realizada en Beijing, 1995. Recomienda medidas a favor de las mujeres (incluidas las adolescentes), en salud, lo que tiene que ver con los servicios de salud, la atención materna y la planificación familiar.

Disposiciones nacionales, políticas y programas en salud sexual

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley General de Población y la Norma Oficial Mexicana 005-SSA-2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, establecen los derechos relativos a la

información, a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos y el absoluto respeto a los derechos humanos, entre ellos, el acceso de toda la población a los servicios de planificación familiar, así como su carácter gratuito en las instituciones públicas de salud.

Otra de las normas de suma importancia para la promoción de la salud de la población adolescente, es la Norma Oficial Mexicana Nom-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. La norma puntualiza que la atención a esta población debe ser *integral con perspectiva de género e intercultural...sin discriminación y orientada a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida activa y saludable*.

Por su parte la Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, reconoce el derecho de este grupo de la población a recibir asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud, a la vez que asigna a las autoridades gubernamentales la tarea de impulsar programas de información y prevención de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo a edades tempranas. De este marco jurídico, así como de los derechos humanos y los derechos a la salud sexual y reproductiva y de otros, se desprende la prevención del embarazo en la adolescencia, a través de acciones propuestas en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2015).

Por si fuera necesario insistir, con la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación las instituciones, incluidas las de salud, no podrán discriminar a las personas ni la atención que necesitaran, la Ley tiene por objetivo prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona, así como para promover la igualdad de oportunidades y de trato. Incluye procedimientos que facultan a cualquier persona para denunciar conductas discriminatorias y presentar reclamaciones o quejas con respecto a las mismas.

Por otro lado, las políticas que hacen referencia a la Planificación Familiar iniciaron en los años 70's y siguen vigentes aunque no con la misma fuerza. Las Campañas que impulsaban esta política en los medios de comunicación masiva han disminuido notablemente. En la actualidad es de esperarse que los adolescentes en la mayoría de los casos no estén enterados que tienen derecho a servicios de planificación familiar gratuitos en las instituciones públicas de salud.

En 1994, la Secretaria de Salud inició un programa denominado "módulos amigables" para que los adolescentes recibieran orientación y consejería sobre planificación familiar, sin embargo, el programa no tuvo el impacto esperado. A partir del 2001 se le denominó "módulos amigables para adolescentes" aunque al título del programa se le agregó la población a la que está dirigido, no ha tenido la cobertura necesaria y los jóvenes desconocen el programa y sus beneficios. Otro de los programas para tratar la planificación familiar con los adolescentes fue propuesto por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA). (Juárez, 2010).

Además, como parte de las políticas para mejorar la atención a la población adolescente el Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006 (Secretaría de Salud) pretendía asegurar los derechos de los sujetos con relación a la información sobre salud reproductiva, respeto por los derechos sexuales y reproductivos y servicios de alta calidad. En el ámbito de los derechos sexuales, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y algunas Organizaciones No Gubernamentales promovieron en el 2003 una campaña nacional por los Derechos Sexuales de la Juventud, emitieron una Cartilla por los Derechos Sexuales, la cual incluye 13 derechos. Siguiendo esta misma línea, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en coordinación con el IMSS difundieron información sobre sexualidad, anticoncepción y derechos, lo mismo ocurrió a través de Planificatel, Planificanet, programa de radio Zona Libre, este último proporciona alternativas para la protección contra las infecciones de transmisión

sexual y proporciona información sobre el funcionamiento del cuerpo humano entre los adolescentes y estudiantes de secundarias públicas entre 12 y 15 años de edad de zonas urbanas (Juárez, 2010).

Por otra parte, el Programa Acción de Salud Sexual y reproductiva para Adolescentes 2007-2012 (Secretaría de Salud), está enfocado a dar respuesta a una problemática más ampliada que el programa anterior, incluye además de la salud reproductiva, la salud sexual. No obstante, los servicios de salud sexual y reproductiva no han cubierto las necesidades de los adolescentes en este ámbito, algunas investigaciones (Juárez, Palma, Singh, Bankole, 2010) han encontrado que el principal problema de estos programas es que están dirigidos primordialmente a mujeres con pareja, dejando en segundo plano o sin atención a mujeres y hombres solteros. La actividad sexual premarital es común principalmente en áreas urbanas y en las regiones más desarrolladas.

Existe un desfase entre las necesidades de salud sexual de los adolescentes y la atención que se presta en los servicios de salud. Es prioritario que los adolescentes conozcan y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, tengan acceso a métodos de protección y anticonceptivos y reciban por parte del personal de salud la atención indicada para ellos. Aunque por disposición legal, los servicios de planificación familiar están disponibles de manera gratuita para toda la población mexicana (asegurada o no), esto no es del conocimiento de la población en general y mucho menos de los adolescentes, quienes necesitan una atención acorde a su momento de vida y lejos de toda discriminación. Si bien, los “servicios amigables” para los adolescentes, podrían cubrir las necesidades para esta población, no están ampliamente disponibles en el país (Juárez, 2010).

Por otro lado, el Programa Sectorial de Salud, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, en la estrategia que corresponde al incremento al acceso de la salud sexual

y reproductiva, en especial en adolescentes y poblaciones vulnerables, propone las siguientes líneas de acción.

...Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente. Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres... (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 pp. 49)

Es evidente que los programas determinados por el gobierno federal (2001-2006/ 2007-2012) no llegaron a toda la población joven, las investigaciones lo refieren, y las encuestas reflejan que los problemas de salud relacionados con el ejercicio de la sexualidad siguen en aumento. Si bien, dentro de las problemáticas señaladas está la falta de seguimiento a los compromisos y acuerdos contraídos con instancias internacionales, también lo es con las disposiciones nacionales que a su vez reflejan la falta de continuidad en los programas gubernamentales. Sin embargo, en lo que respecta al Programa Sectorial de Salud (2013-2018), se ven más explícitas algunas estrategias, como por ejemplo la atención integral para los adolescentes (Nom-047-SSA2-2015) y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2015). Aunque es prematuro decir que todo lo programado en salud en este periodo, llegará a la población como está establecido, es necesario darle seguimiento para ver los resultados de su implementación y el impacto en beneficio de la salud de la población adolescente. Lo que es un hecho es que se mantenga lo logrado y se continúe priorizando la atención a la salud y sexualidad de los adolescentes. Investigaciones con una mirada social crítica, darán mayores elementos que ayuden a seguir legislando,

realizar y ejecutar programas acordes a las realidades y necesidades en salud y sexualidad de los adolescentes.

CAPÍTULO DOS

CONTEXTOS Y BORDES PARA LA DEMOGRAFÍA DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

En este capítulo describimos los datos socio-demográficos de los adolescentes de manera general a nivel país, y en particular de las delegaciones donde vive y estudia nuestra población objetivo, con la intención de contar con un panorama general y contextual. Cabe resaltar que la información que se presenta es descriptiva. Además se incluye una parte del diálogo que permite conocer más sobre este grupo de estudio.

2.1. Demografía

Con relación a la información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indica que el monto de la población joven de 15 a 29 años es de 29.9 millones. La estructura por edad, confirma el proceso de envejecimiento por el que transita la población del país. De 2010 a 2014 la proporción de personas con menos de 15 años pasa de 28.9% a 27.5%, en tanto que la de jóvenes (15 a 29 años) disminuye de 26.4% a 24.9%.

Con la finalidad de tener los datos específicos de la población adolescente (15 a 19 años) retomamos las cifras del Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE) 2013, que nos indica que el total de esta población es de 11,170,897 (29.4%), en donde 5,623,359 (29.9%) son hombres y 5,547,538 (28.9%) son mujeres.

Es evidente el proceso de envejecimiento en el que se encuentra la población del país. Sin embargo, en México todavía se dice que existe un “bono demográfico”⁴,

⁴ Período en que la relación de dependencia desciende sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas. En este período se crea un contexto especialmente favorable al desarrollo debido a que aumenta la viabilidad del ahorro y la oportunidad de invertir en el crecimiento económico, al tiempo que se reduce la demanda de recursos para la educación básica. En general, a este período se lo identifica como bono demográfico o ventana demográfica de

que si fueran favorables las políticas macroeconómicas, se tendrían mejores oportunidades de empleo, estabilidad social y económica, se necesitaría invertir en educación para que los jóvenes puedan incluirse en la productividad del país. Aunque, el panorama es otro, no se observan las condiciones políticas, económicas, sociales, de salud, y de educación para incluir a esta población. Dicha situación se ve reflejada en los datos que muestran que una gran cantidad de adolescentes no estudian, no tienen empleo, ni otras actividades, que les permitan vivir lo cotidiano equitativamente, ante ello, toman opciones y decisiones que los dañan. Revisemos lo que nos dicen los datos sociodemográficos de la población joven en nuestro país.

2.2. De qué mueren los jóvenes en México.

De acuerdo con el INEGI, en 2013 fallecieron 34 509 jóvenes, lo que en términos porcentuales representa 5.6% de las defunciones totales. Las tres principales causas de muerte en los varones son provocadas por agresiones (28.7%), accidentes de transporte (17.2%) y por lesiones autoinfligidas intencionalmente (7.2%). En población de 15 a 19 años de edad la cuarta causa de muerte se debe a las enfermedades por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En la población femenina se mantiene una estructura similar a la de los varones, fallecen principalmente por agresiones (11.2%), accidentes de transporte (10.3%) y lesiones autoinfligidas intencionalmente (6.2%). Tanto en hombres como en mujeres, estas tres causas de muerte se presentan en los distintos grupos de edad, excepto en las mujeres de 25 a 29 años, en que la diabetes mellitus (4.1%) se encuentra como tercera causa de muerte de este grupo de edad.

Sin embargo, es de observarse que no aparece el VIH como una de las causas de muerte más importantes en las mujeres. Como se indicaba en el 2010 y que

oportunidades en alusión a las posibilidades que la coyuntura demográfica ofrece para incrementar las tasas de crecimiento económico per cápita y, por ende, los niveles de bienestar de la población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2008).

aparecía como la última causa de muerte en mujeres, en específico en las adultas jóvenes. Esta información, nos permite tener antecedentes para entender de qué mueren los jóvenes en el país y destacar que una de las enfermedades que impactan en los números de la mortalidad adolescente en el país es el VIH/SIDA.

2.3. ¿Qué afecta la salud sexual de los jóvenes?

La salud de los adolescentes y jóvenes se ve afectada por una serie de situaciones, el contagio de infecciones de transmisión sexual en esta población y otras problemáticas de salud relacionadas con el ejercicio de la sexualidad.

A nivel nacional durante 2013, los datos de egresos hospitalarios señalan que del total de egresos en mujeres de 15 a 19 años, 83.9% se debió a causas de tipo obstétrico, entre las que se encuentran embarazo, aborto, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, y otras afecciones (Secretaría de Salud, 2015).

Las complicaciones durante el embarazo impactan en el desarrollo gestacional y las adolescentes tienen más probabilidades de presentar placenta previa, preclamsia, anemia grave y otras condiciones pueden generar abortos o muerte fetal. En 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes. Respecto a los mortinatos (muerte fetal) en el mismo periodo, 17.9% de estos corresponde a mujeres de 15 a 19 años (Secretaría de Salud, 2015).

Con respecto a las infecciones de transmisión sexual, tienen importantes consecuencias sobre su salud; entre ellas, un incremento en el riesgo de adquirir VIH, infertilidad o complicaciones en el embarazo. En México, las ITS se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años de edad. Los estudios sobre epidemiología de las ITS en adolescentes mexicanos son escasos; un estudio con una muestra representativa de jóvenes de zonas semiurbanas marginadas en México muestra una prevalencia de virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) de 9 y 4% en hombres y mujeres, respectivamente, de 15-18

años de edad. Si bien no existen estudios con representatividad nacional sobre la prevalencia por virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes, estudios locales con universitarios indican que los jóvenes se encuentran frecuentemente expuestos a este virus (Campero, *et. al.*, 2013).

2.4. Sexualidad y reproducción.

Cabe destacar que la información expuesta en algunas encuestas nacionales, cuando se trata el tema de salud sexual y reproducción, solamente incluyen información sobre las mujeres, enfocando los datos en cuestiones de reproducción y dejando de lado la salud sexual, en específico la de los varones.

Se indica que en las mujeres hay una postergación de la primera relación sexual. En 1987, la edad promedio a la que las mujeres en edad fértil tuvieron su primera relación sexual fue de 18.8 años, en 2009 fue de 19.1 años, es decir, en la etapa final de la adolescencia. Por su parte, la edad mediana a la primera relación sexual, esto es, la edad a la que la mitad de la población de mujeres en edad fértil ya había experimentado un primer coito, era de 17.6 en 1987 y pasó a 17.8 años en 2009. En el caso de las adolescentes, se tiene que la edad promedio entre éstas era de 15.7 en 1987 y para 2009 se desplazó apenas unos meses, para quedar en 15.9 años. La edad mediana, por su parte, pasó de 15.1 en 1987 a 15.4 en 2009 (CONAPO, 2010).

Las adolescentes tienen mayor peso entre la población sexualmente activa soltera (3.2% en 1987 y 27.7% en 2009). Es importante señalar que de acuerdo a los datos registrados por INJUVE (2010) los adolescentes de 15-19 años han tenido relaciones sexuales alguna vez, registraron un porcentaje de 33.6% en 2010, es decir, uno de cada tres jóvenes menores de 19 años ha tenido esa experiencia. En cuanto al uso de anticonceptivos, se tiene que entre las adolescentes en la primera relación sexual, no es común la utilización de éstos. En 2009, sólo cuatro de cada diez mujeres entre 15 y 19 años utilizaron algún tipo de anticonceptivo en el primer encuentro sexual. Entre la proporción menor de mujeres que sí utilizaron

anticoncepción en la primera relación sexual, el método más recurrente es el condón masculino. (CONAPO, 2010/INJUVE, 2010).

La principal razón que mencionan los jóvenes que no utilizaron algún tipo de método anticonceptivo durante su primera relación sexual es lo inesperado del acto (46.3%), en tanto que –de manera similar- 1 de cada 10 jóvenes no lo hizo porque su pareja no quiso (11.0%), no conocía los métodos (10.3%), por decisión propia (9.3%) o por querer un embarazo (9.0%) (INJUVE, 2010).

El conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos es generalizado entre la población joven 97.4 % de las mujeres entre 15 y 24 años declararon conocer al menos un método anticonceptivo en 2009, mientras que esta proporción era de 91.5% en 1987. La diferencia más notable se aprecia entre las adolescentes pues, mientras en 1987, 89.7 % de ellas conocía al menos un método, en 2009 lo hacía el 97%. Este indicador señala rezagos en la materia entre grupos de población con características que los colocan en situaciones de desventaja social, por ejemplo, entre la población con menor nivel de escolaridad (61.9% entre jóvenes sin escolaridad contra 99.1% entre aquéllas con estudios de secundaria y más) la práctica anticonceptiva y los factores asociados a la misma muestran un comportamiento diferenciado en función de diversas características sociodemográficas de las mujeres jóvenes. Dentro de las poblaciones rezagadas en el uso de métodos anticonceptivos están las adolescentes, las jóvenes con menores niveles de escolaridad.

Las tasas de fecundidad por edad estimadas con información de la ENADID 2014, muestran que en el trienio 2011 a 2013 las mujeres de 20 a 24 años de edad son las que tienen la fecundidad más alta con 126 nacimientos por cada mil mujeres, seguidas de las mujeres de 25 a 29 años con 113.1. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77. El embarazo a esta edad no solo representa un problema de salud, con repercusión económica y educativa.

La intensidad de la fecundidad adolescente no se presenta necesariamente entre las entidades con mayor rezago en el proceso de transición demográfica o con mayores dificultades socioeconómicas, como cabría esperar, es generalizado. (CONAPO, 2010).

2.5. Escolaridad y ocupación

En los adolescentes, la proporción de aquellos que tienen una escolaridad menor a la primaria completa es de 3%, en tanto que 5.9% cuenta con primaria completa y 42.2% con algún grado de secundaria (ENADID 2014).

El Distrito Federal reporta el mayor nivel de asistencia escolar en el país, tanto para el caso de hombres como las mujeres (54.1% y 53.5%, respectivamente). Es la entidad con mayor nivel de asistencia escolar debido a que la proporción de jóvenes es la más baja en el país y la infraestructura educativa más amplia. Sin embargo, a pesar de ser un espacio privilegiado, su nivel de asistencia está por debajo de lo esperado (CONAPO, 2010).

Ocupación

En México, la tasa de desocupación en los jóvenes durante el primer trimestre de 2015 es de 7.4%, es decir, casi el doble a la tasa estimada a nivel nacional para la población de 15 y más años (4.2%). Un análisis por edad, muestra que los adolescentes de 15 a 19 años (8.6%) y los jóvenes de 20 a 24 (8.3%) tienen el mayor nivel de desocupación. Uno de los problemas que enfrenta la población joven al momento de buscar trabajo es la falta de experiencia laboral: 18.2% de los jóvenes desocupados no cuenta con esta experiencia. (INEGI/ Encuesta Nacional de Ocupación y empleo, 2015)

En el año 2009, cuatro de cada diez personas entre 15 y 24 años de edad realizaba alguna actividad económica de manera exclusiva; poco más de tres de cada diez tenían como única ocupación estudiar, uno de cada seis se dedicaba al trabajo doméstico, dos de cada cien trabajaban y estudiaban y apenas uno de

cada cien reportaba no trabajar ni estudiar. Los hombres tienen mayor presencia (prácticamente el doble) entre la población que se dedica a trabajar, a trabajar y estudiar, o que no estudia ni trabaja; en cambio, las mujeres son más relevantes en la población que estudia y, principalmente, entre quienes se dedican a las actividades domésticas (donde aproximadamente hay siete mujeres por cada hombre). Los datos con población adolescente refieren que uno de cada dos adolescentes tenía como única actividad el estudio, tres de cada diez se dedicaban sólo al trabajo y poco más de uno de cada diez realizaba actividades domésticas como tarea principal. (CONAPO, 2010)

2.6. Los contextos

Elegimos dos delegaciones de la Ciudad de México, Coyoacán por encontrarse entre las demarcaciones con menor pobreza, y por contar con mayor población de adolescentes, pero con una serie de problemáticas sociales y de salud en los jóvenes, y Gustavo A. Madero por ser de las delegaciones con mayor población, con altos índices de pobreza y con una mayor cantidad de problemáticas sociales y de salud. Cabe mencionar que en un inicio habíamos seleccionado Coyoacán e Iztapalapa, sin embargo, por solicitud de una profesora del Colegio de Bachilleres 4, decidimos trabajar en la delegación Gustavo A. Madero.

Con referencia a los datos descritos por el CONEVAL (2010) en el Distrito Federal, con respecto de las 32 entidades, ocupó el lugar 30 en porcentaje de población en pobreza y el 31 en porcentaje de población en pobreza extrema. Por lo tanto, *se ubica dentro de las cinco entidades con menor pobreza en el país.*

Sin embargo, en 2010, del total de la población que habitaba en el Distrito Federal, 28.7 % se encontraba en situación de pobreza con un promedio de carencias de 2.1% lo cual representó 2, 525,792 personas de un total de 8, 797,084. (Informe de pobreza y evaluación en el Distrito Federal, 2012)

En 2010, las delegaciones que presentaron un mayor porcentaje de pobreza fueron: Milpa Alta (48.6), Tláhuac (35.8), Iztapalapa (37.4), Álvaro Obregón (31.3) y Gustavo A. Madero (30.7). En esta última entidad política, es de destacar que hay 356,328 personas en pobreza.

Por otro lado, y opuesto a las cifras que presenta la Delegación Gustavo A. Madero está Coyoacán que se encuentra entre las delegaciones con menor porcentaje de pobreza (20.0%). También como se observa mencionamos las cifras de otras delegaciones aledañas a Coyoacán, por considerar que mucha de la población entrevistada se desplaza a escuelas de esa demarcación.

Si bien, la delegación Coyoacán se ubica como una de las entidades en donde hay porcentajes menores de pobreza, es necesario precisar que existen colonias en donde se concentra la población pobre y hay que tomar con cautela estos datos, y no pensarlos como homogéneos para toda la delegación.

Delegación Coyoacán

La delegación Coyoacán limita con cinco delegaciones del Distrito Federal: al norte, con las delegaciones Benito Juárez e Iztapalapa; al noreste, con las delegaciones de Iztapalapa y Xochimilco; al sur, con la delegación Tlalpan y al sureste con la delegación Álvaro Obregón.

En esta entidad política, existe una gran diversidad cultural, aunada al movimiento de flujo poblacional. Los servicios han tenido un impacto en la organización socioeconómica de la demarcación. Esto se hace notar en la expansión del comercio formal e informal, en los cambios en el uso habitacional del suelo, en el uso de los espacios privados y públicos para actividades principalmente comerciales, en el deterioro del medio ambiente y de la imagen urbana, en la saturación vial y en situaciones de inseguridad. Coyoacán es un espacio central de la Ciudad de México se caracteriza como un espacio urbano que cuenta con una gran oferta de servicios e infraestructura: sucursales bancarias, centros

comerciales. Los servicios de educación, así como de investigación médica, de asistencia social y de asociación civil y religiosa son actividades que sobresalen por su importancia en la generación de empleos. En cuanto a la infraestructura de entretenimiento y esparcimiento, en la Delegación existen complejos de cine, los cuales cuentan con varias salas. Además, cuenta con más de 40 centros deportivos y albercas. También existen bibliotecas públicas, parques con juegos infantiles y jardines vecinales. La Delegación cuenta con museos, con inmuebles que albergan teatros y foros, además tiene casas de la cultura y centros culturales, donde se realizan exposiciones, conciertos, obras de teatro, manifestaciones artísticas y actividades culturales en general. (Programa Delegacional de Coyoacán, 2010-2012).

A partir de esta gran infraestructura urbana y de servicios, se genera un alto desplazamiento y una intensa movilidad de la población interna y flotante de la Delegación, lo que propicia una serie de problemáticas: Degeneración ambiental e incremento de la delincuencia que genera un entorno de inseguridad. (Programa Delegacional de Coyoacán, 2010-2012).

De acuerdo con el conteo de población 2005 en la Delegación Coyoacán, el 29.4 % son jóvenes de entre los 15 y 29 años, de los cuales el 47.58 % son hombres, y el 52.42 % son mujeres. En el 2009, según los datos del INEGI, se llegó a la conclusión de que el grueso de población en ese momento estaba por cumplir o había cumplido 15 años; ésta no sólo es una cifra alta, sino que se considera que podría ser la más grande de la historia, si se toma en cuenta el constante descenso en la tasa de crecimiento demográfico. Ante esta información, se identifica en la ciudad una gran demanda de servicios de educación media superior, de recreación cultural y deportiva, además de fuentes de empleo para los jóvenes. No obstante, son escasas las oportunidades de estudio y de trabajo en el caso de los jóvenes, por lo que muchos de ellos pueden verse involucrados en prácticas que dañan su salud.

En el 2003, los índices de consumo de drogas en Coyoacán fueron más altos que el promedio en la ciudad de México. La droga más utilizada entre los jóvenes es la marihuana, seguida por los inhalables y la cocaína. También se observa mayor consumo de alcohol y tabaco (70.7% y 52.5% respectivamente) que el promedio del D.F. (65.8% y 50.6% respectivamente). Dentro de las zonas que se ven afectadas se encuentran los culhuacanes. (Programa Delegacional de Coyoacán 2010-2012).

La zona de los Culhuacanes tiene como característica principal el gran número de unidades habitacionales construidas; entre ellas, el conjunto habitacional CTM, dividido en 12 secciones, Alianza Popular Revolucionaria (APR) y la U.H. STUNAM. Destaca el crecimiento de la población de esta zona en la década de los 80's, derivado del inicio de la ocupación de los conjuntos habitacionales, en la que en la actualidad habita aproximadamente el 38% de la población total de Coyoacán. Con la construcción de las unidades habitacionales llegaron a los Culhuacanes nuevos grupos humanos pertenecientes a clases sociales de nivel medio, con diversas características culturales, formas de organización y de convivencia. Situación que propicio la ausencia de un sentido de pertenencia y apropiación del espacio, y ha evidenciado problemas de deterioro físico y social en los espacios comunes. Se ha incrementado el número de vehículos en la zona, entre otros aspectos, en sí la problemática recae fundamentalmente en el mantenimiento de la infraestructura urbana.

Delegación Gustavo A. Madero

La delegación Gustavo A. Madero, se encuentra en el norte del Distrito Federal, es la segunda delegación más poblada después de Iztapalapa. De acuerdo a cifras reportadas por el CONEVAL, en el 2010, la Delegación Gustavo A. Madero, es de las delegaciones que más del 30% de su población se encuentra en pobreza (356,328 personas) y 21,093 personas en pobreza extrema (2.0%).

La mayor parte de la población se ubica dentro de los estratos más pobres de la ciudad. La infraestructura educativa, cultural, deportiva, de salud, es insuficiente para cubrir las necesidades de su población. Los espacios abiertos para el desarrollo de actividades recreativas y/o culturales tales como parques, jardines y plazas, son mínimos, la Delegación no cuenta con los suficientes espacios, considerando la densidad poblacional. La población acude a plazas cívicas, espacios deportivos, es de señalarse que estos últimos no cuentan con el mantenimiento adecuado de sus instalaciones, tampoco se promueven las actividades deportivas, aunado a ello, son escasos los Centros Sociales y Culturales, que no son promovidos y por lo tanto tampoco se ve favorecida ya que no existen espacios que destaquen por su apoyo a la población juvenil que es la mayoritaria. En cuanto a la infraestructura cultural únicamente cuentan con 4 casas de la cultura dispersas a lo largo de la delegación, se destaca el centro Cultural Jaime Torres Bodet, el planetario Luis Enrique Erro y el museo de la Basílica entre otros de menor nivel. (Diagnóstico Programa basado en resultados 2009. Delegación Gustavo A. Madero). La delegación físicamente es muy grande y tiene muchas colonias que presentan una serie de dificultades sociales, económicas y de salud, nuestro trabajo se realizó en la zona de Cuauhtémoc, por encontrarse dentro de las zonas con mayores dificultades que afectan a los adolescentes. (Gobierno del Distrito Federal, en: Vite, 2001).

La zona de Cuauhtémoc, entre los años 1940-1950, se urbanizó con instalaciones de colectores para aguas negras, tendido de tuberías de agua potable y pavimentación de sus principales calles y avenidas. Asimismo esta zona empezó a tener asentamientos humanos “irregulares” por parte de pobladores pobres, que migraban de otros estados, esta situación se intensificó en el lapso que va de 1970-1990, las demandas de servicios urbanos crecieron. Es de mencionar que Cuauhtémoc tiene una topografía accidentada con pendientes pronunciadas lo que dificulta los servicios e infraestructura en general y en específico en salud. (Gobierno del Distrito Federal, en: Vite, 2001).

Dentro de los problemas sociales que se distinguen en esta demarcación son la violencia, la delincuencia, el uso de drogas, aunque cabe mencionar que de acuerdo con los datos reportados por el Instituto Nacional de Psiquiatría (2009), la prevalencia del uso de drogas en la Delegación Gustavo A. Madero ha disminuido. Sin embargo, es común encontrar en las calles de la zona de Cuauhtémoc, a jóvenes drogándose o tomando alcohol, la población entrevistada, refiere un alto consumo de drogas en su comunidad.

Es evidente que tanto en la delegación de Coyoacán como en la de Gustavo A. Madero, son escasos los datos sobre la salud sexual de su población, solamente encontramos información que engloba las enfermedades infecciosas, en donde se resalta el contagio de VIH.

2.7. Los participantes

Seleccionamos adolescentes de la delegación Gustavo A. Madero y Coyoacán, y en específico de dos zonas por considerarlas como lugares que registran una serie de problemas sociales, económicos y de salud de los adolescentes (uso de alcohol y drogas, embarazos adolescentes, delincuencia juvenil, entre otros). Aunque la delegación Coyoacán es considerada una delegación con pocos problemas relacionados con la pobreza y con la falta de atención social y de salud, es evidente que es una delegación receptora de población joven que se desplaza de otras delegaciones para asistir a las escuelas de esta área. En la secundaria que se encuentra en la CTM Culhuacán, muchos de los adolescentes que acuden a esa escuela tienen su domicilio en otras delegaciones (Iztapalapa y Tláhuac) sin embargo, esto se vuelve más visible en el Colegio de Bachilleres, en donde hay población de Iztacalco, Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y de otras delegaciones, y un número reducido de jóvenes pertenece a Coyoacán. Se realizó el trabajo en grupos y de manera individual. La cantidad de entrevistas y de grupos está descrito a detalle en la metodología (capítulo cuatro). En este apartado mostramos algunas características de los lugares en donde trabajamos con los adolescentes,

datos biográficos de la población; además incluimos parte de sus discursos en donde abordan el tema de la sexualidad.

Por cuestiones éticas de la investigación, el nombre de todos participantes fue cambiado, respetando el anonimato y la confidencialidad de acuerdo al compromiso verbal que se realizó. (Ver metodología, capítulo cuatro).

Grupos de adolescentes de Secundaria (14-16 años de edad)

Los grupos de adolescentes son de tercero de secundaria, su edad está entre los 14 y 16 años. En la secundaria donde se realizó la discusión en grupos, es una escuela pública, los profesores y algunas autoridades mencionan que existen diversas problemáticas relacionadas con el comportamiento de esta población, por un lado la disciplina estricta y por el otro la falta de reglas claras. Dentro de las dificultades que manifiestan los profesores están; el acompañamiento y manejo de los problemas que se presentan con los adolescentes. Una situación que se evidenció es la falta de conocimiento y habilidad y por otro lado se observa un problema de discriminación y no saben cómo actuar ante las relaciones de parejas homosexuales en la escuela, en específico con las chicas, refieren que ya se “acostumbraron que los varones se tomen de las manos y se abracen”, pero con las mujeres no. Una profesora menciona que una pareja de chicas de tercero “son mal ejemplo para las demás y que están contagiando a las de segundo y primero”, otra problemática que mencionó una de las trabajadoras sociales son los embarazos de chicas de segundo grado (adolescentes de 13 y 14 años) y el intento de abuso sexual de un joven de tercero con una de sus compañeras; para los docentes son problemas difíciles de tratar y están preocupados porque esa escuela está dentro del programa piloto de horario extendido hasta las 18:00 hrs.

Por otro lado, cabe mencionar que la secundaria tiene un convenio con estudiantes de enfermería de la UAM-Xochimilco, quienes les han proporcionado a los adolescentes sesiones informativas sobre salud sexual (métodos de protección y anticoncepción, mitos sobre el uso de dichos métodos, uso correcto del condón,

Infecciones de Transmisión Sexual). En estos grupos se observó que las adolescentes son más participativas que los jóvenes. Veamos algunos enunciados que nos muestran los aspectos cualitativos, si se quiere experienciales sobre los significados de los sujetos entrevistados.

Hombres. Grupo 1

Luis: ...es un problema porque si no usas condón puedes contagiarte de algo, aunque el condón no te protege de todo, si te ayuda.

Héctor:...También hay amigos que son malas compañías, te presionan para que hagas cosas malas...mmm. (Se agacha y su compañera que tiene al lado, le dice ya dilo, ante esto él responde) usar drogas, usaba drogas por los amigos que tenía, no sé cómo pero haces cosas que no quieres hacer.

Grupo 2

Marco: ... pasa porque tú en lo que estás, si tienes o no condón eso no importa (silencios)

Pedro: ...Si te lo prohíben, tu vas a buscar la forma, porque cuando tus papás te prohíben algo, tu siempre terminas haciendo lo que te dicen que no.

Mujeres. Grupo 1

Sonia...a mí no me dejan tener novio, mi papá dice que estoy muy chiquita...

Nadia: Yo tampoco tengo novio, pero tengo muchos amigos, pero me dicen que eso no está bien, porque si me ven con muchos hombres piensan que soy una fácil o algo así, y eso no es cierto la sociedad dice cosas que no son.

Gema: La sociedad es la que nos critica, mira que está muy chica, por ejemplo: mi mamá trabaja en un hospital y a veces la acompaño y veo una chicas con su pancita y me da tristeza, porque están muy chicas, los adultos las critican, yo pienso que no me quiero ver así...

Grupo 2

Elsa:...en segundo había dos chavas embarazadas, yo no creo que sea falta de información, porque recibimos mucha información desde primero, ya lo sabemos...

Brenda: Sí, mi prima quedó embarazada de 14 años, le pregunté por qué y ella dijo que porque así pasó...

Angélica: Sí, una amiga quedó embarazada, pero ella dice que la obligaron... bueno, que la presionaron...hay veces que otros chavos o chavas te presionan y te dicen, ¿tú no?, eres esto, o aquello, así, te presionan y lo haces.

Grupo 3. Adolescentes de Bachillerato (16-19 años de edad)

El Colegio de Bachilleres es una Institución Pública de educación a nivel medio superior, se imparte bachillerato más una especialidad técnica. Los jóvenes son seleccionados por medio de un examen único. De aquí que la población escolar no solamente radica en la Delegación Coyoacán, sino que también viven en otras delegaciones aledañas.

Los grupos de jóvenes son de 3er. semestre de bachillerato, sus edades están entre los 16 y 19 años, son del turno matutino, grupos grandes de aproximadamente 30 alumnos, la diferencia entre mujeres y hombres es mínima. Las problemáticas que los docentes refieren son el uso de drogas fuera del plantel y la inseguridad que viven los jóvenes por parte de los llamados "porros". Tanto hombres como mujeres mostraron apertura al hablar sobre el tema.

Hombres

Juan: ...ahora sí con respeto para todas las mujeres y no es para ofender, ahora sí que, por lo que he escuchado y preguntado es difícil encontrar una chava que lo haga por sentimiento o por amor, no me incluyo (risas) nada más lo hacen por diversión, atracción, a ver lo que se siente, y ahora sí es diferente como lo han dicho tiempos atrás que la pensaban para hacerlo, pues ahorita en cualquier momento, en una fiesta aunque no se conozcan buscan pareja y ya están teniendo sus relaciones.

Toño: ...Yo a mi parecer, a mucha honra sigo siendo “quinto”, virgen, en una mujer se dice virgen, en un hombre por lo regular se dice quinto porque supuestamente el hombre a pesar de que lo haya hecho una vez, dos veces supuestamente sigue siendo virgen hasta después de cinco veces.

Ricardo: ...que se van caldeando, pero no necesariamente van a tener el coito, simplemente veo cómo es el baile y si se pasan, pero no todo, ahora si ya, más que nada es el respeto que se tenga a una mujer, no por bailarlas vas a caldearte con la que estas bailando, una mujer se tiene que dar a respetar y ya, ahora sí que esa es mi forma de pensar...

Max: ...yo también todavía no tengo... no tengo relaciones, no he tenido, pero a mí siempre me han inculcado en mi casa que sí debe de existir un cariño, que es cuando se siente más padre, mi madre me dice que ahora nada más la calentura pero que está mal, pero como le dije no se tiene conocimiento, no puedes llegar ni a complacer a la mujer porque no sabes cómo tocarla y nada más.

Mujeres

Blanca: ... sinceramente con todo el respeto a ustedes, yo si tengo una relación sexual activa, bueno eso, no, (pausa), les puedo decir que es algo muy bello y que la verdad, se debe de planear, yo lo planeé como un año antes, entonces ahorita tengo una relación de cuatro años, entonces no me arrepiento la verdad, en mi casa no me dieron información, pero eso no quiere decir que lo haya hecho por hormonas, entonces, pues yo no soy de esas chavas que lo hacen porque sí, o por que conoció a este ¡buey! en una fiesta, pues no sé, yo les pediría que más que decir usen condón o no sé que, más bien con quién lo hacen y cómo lo hacen.

Lola: ...Bueno yo opino que entre pareja tienes que ver todas las posibilidades de no embarazarte y no tomar un juego todos los anticonceptivos, a mí me pasó una vez que fui a comprar condones y toda la gente se voltea a ver así como si

estuvieras cometiendo un delito y entonces creo que también como adultos y como pequeños tenemos que, no verlo como morbosidad, sino como que tú también te estás cuidando y cómo saber hacerlo y es también la confianza que tu tengas con tu pareja y saber hablar y decirle pues hay varios tipos de anticonceptivos que podemos ocupar, no necesariamente el condón pues hay varios.

Laura: *...En tercero íbamos a hacer una exposición pues nosotras lo que íbamos a hacer era ir a pedir al Seguro condones y pues darle uno a cada uno, fue una compañera mía y le dijeron que no que a ella para que le iban a dar, desde ahí está mal porque es por eso que hay muchos embarazos y luego dicen el por qué y prácticamente saben el por qué.*

Mica: *...hay muchos chavos, chavas que no se valoran, yo creo que eso es un problema que no se valoran, y que son irresponsables, porque cuando no te valoras tienes relaciones con quien sea y no te importa, y lo haces porque te dan ganas o por la calentura o por lo que sea y, este y también eres una persona irresponsable porque no se protegen....*

Los adolescentes (16-19 años de edad)

Kevin:

“...Me gusta estar con mi novia aunque no tengo nada planeado con ella... Pienso estudiar un curso de audio y video para poner un negocio, para cuando me case no tenga problemas por no encontrar trabajo, o estar preocupado porque me corran, a mi me gusta mucho la música, los bailes, las tocadas”.

Kevin terminó la secundaria a los 15 años desde entonces ya no estudia, actualmente tiene 18 años y hace hincapié en que es el más chico de sus primos (hombres) que viven en la misma calle donde está su casa. El papá de Kevin es conductor de un tráiler y solamente estudió la primaria, es originario de Hidalgo, su mamá nació en el Distrito Federal, estudió la secundaria y se ocupa del trabajo doméstico. Los papás de Kevin tienen tres hijos incluyéndolo a él, es el menor y

único varón, sus dos hermanas también viven con sus papás, una de ellas se separó de su marido y vive ahí con sus hijos a los que Kevin cuida.

Bianca

“...ella se embarazó joven pero no estudiaba, ella ya trabajaba y mi papá era más grande que ella, él estudiaba en la UAM diseño, mi papá le lleva como siete años, no terminó de estudiar le faltó un año, cuando dejó la escuela, mi mamá tenía seis meses de gestación, de hecho ella seguía trabajando cuando estaba embarazada, él le llevaba de comer a su trabajo y creo que estaba estudiando cuando yo nací...”

Bianca tiene 16 años, estudia el tercer semestre en el Colegio de Bachilleres. Refiere que su familia es de pocos o escasos recursos, tiene dos hermanos más chicos que ella, y su papá no trabaja en un empleo formal desde hace un año, hace varias cosas entre ellas, serigrafía, su mamá si tiene empleo formal, con los ingresos que perciben menciona que viven al día. Bianca no se imagina estudiando una carrera universitaria, piensa que va a estudiar una carrera técnica para trabajar y ayudar económicamente a su familia.

Ángel

“...Ellos me hablaron de los cambios fisiológicos, bueno, mi papá ha sido una figura un poco intimidante, con el nunca hablé de eso, y mi mamá sí, me decía lo mismo que los maestros...”

Ángel tiene 18 años de edad, estudia una carrera técnica, al concluir sus estudios desea trabajar y continuar con una carrera universitaria. Su familia no es de muchos recursos económicos, vive en la Delegación Iztacalco, con su papá, su mamá y dos hermanos. Su vivienda es pequeña y le preocupa que estén amontonados.

Fernanda

“...Cuando hice el examen no me quedé en la escuela que yo quería, me mandaron a una escuela que parecía como la secundaria, no te dejaban salir a la calle, te cuidaban como en la secundaria por eso no me gustó y me salí, estaba esperando hacer el examen en este año, pero estoy embarazada.”

Ambos papás de Fernanda trabajan, su mamá labora en intendencia y su papá es obrero, ambos tienen estudios de secundaria, ella es originaria del D.F., y él de Zacatecas, tienen tres hijos, solamente estudia el más pequeño el 6º de primaria. Su hijo mayor tiene 23 años, no estudia y tampoco trabaja. Fernanda tiene 16 años y es la única hija (mujer). Sus papás refieren que tenían muchas expectativas sobre ella, pero éstas se modificaron cuando se enteraron que estaba embarazada. Ellos decidieron que se va a casar en un par de meses y al novio no le dejaron opción, le dijeron que si no se casa, lo meten a la cárcel porque él ya tiene 20 años y su hija es menor de edad. Fernanda piensa dedicarse al bebé y a su esposo, ella lo ve con agrado, unos meses antes de embarazarse no logró entrar a la prepa y no sabía qué hacer.

Lo anterior nos deja ver algo sobre las formas de vida de los jóvenes, es una especie de radiografía en donde se muestran las preocupaciones sobre el cuerpo, el sexo, las formas en que se transmiten el cuidado de la vida, los prejuicios de género, el desarrollo de las identidades y la participación de los adultos, en sí lo que tiene que ver con la sexualidad y su ejercicio. Esta es la entrada para conocer quiénes son los sujetos de la investigación.

CAPÍTULO TRES. ARTICULACIONES TEORICAS EN TORNO A LA SEXUALIDAD

3.1. Disciplina y biopolítica en la sexualidad

De lo revisado con anterioridad, se sigue que es necesario reestablecer los contextos que dan origen a las formas de abordaje, las disciplinas, las estrategias discursivas y los problemas a los que responden las ciencias y las instituciones, incluyendo la Medicina Social. Revisemos algunas de las características de la modernidad; de esta manera conoceremos sus implicaciones en la salud y la sexualidad de los adolescentes, no pretendemos agotar el tema, sino bordearlo y destacar algunos elementos contextuales ¿Cuáles son las bases teórico conceptuales que pueden sostener ese engarce entre la Medicina Social, la antropología, la psicología, la sociología sobre la sexualidad, sus prácticas, sus discursos, sus significados encarnados en los cuerpos de los sujetos?

Actualmente se dice mucho sobre la modernidad, sin embargo, es un hecho que existen diferencias al señalar sus características y el periodo de inicio, nuestra intención no es adentrarnos en esta polémica, sino evidenciar las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas que distingue a este periodo histórico, Bauman (2005:22) refiere como modernidad:

...un periodo histórico que empieza en Europa occidental con una serie de cambios socio-estructurales profundos y transformaciones intelectuales en el siglo XVII y que logra su madurez: 1) como un proyecto cultural –con el crecimiento de la Ilustración-; 2) como una forma de vida socialmente construida –junto con el desarrollo del capitalismo industrial, y más tarde también con la sociedad comunista.

De acuerdo con el planteamiento antes mencionado, en la modernidad se destacan los cambios socio-estructurales, entre ellos el *orden*, es decir, el mundo de Dios es desplazado, para darle paso al mundo de los humanos, se materializa

la idea obsesiva de mantener todo en orden, “la vida bien”, “la vida perfecta”, evitando en la medida de lo posible el caos, que lleva implícito en su génesis el desorden, el descontrol no pertinente para los cambios que se estaban gestando, dicho de otra manera, lo que se quería era mantener un control social total. Otra de las características de la modernidad, es la *fragmentación*. Se parte de la idea que un mundo fragmentado, es un mundo que se puede organizar y manejar. Por su parte, las ciencias delimitan sus funciones y áreas de conocimiento, la medicina se apropia de los cuerpos, aun más, dentro de ésta existen más fragmentaciones o especialidades: psiquiatría, neurología, oftalmología, sexología, entre otras. Los científicos se vuelven propietarios de las mentes, cerebros, ojos, sexos de los sujetos. El orden continúa, la fragmentación lo facilita, se resuelven problemas específicos, lo que está en juego es el poder. Parafraseando a Bauman (2005) el dominio moderno consiste en dividir, clasificar, inventariar y contabilizar a través de la estadística, los pensamientos y las prácticas de los sujetos. Sin embargo, la vida es otra cosa, no se puede encajonar en un orden matemático, no es perfecta, lineal y tampoco se guía por razonamientos científicos. Lo que es un hecho, es que la herencia de la modernidad se mira a los sujetos dentro de un orden clasificatorio, homogéneo, estático que no permite fallas.

Foucault (1993) en su análisis sobre la historia de la sexualidad, nos deja ver el impacto que tiene la modernidad sobre la identidad sexuada, el poder que se ejerce a través de la construcción de discursos dominantes sobre lo que debe ser, las formas para disciplinar a los sujetos y las formas para regularizar a los grupos humanos, el control de lo que se puede hacer con los cuerpos, ¿qué está permitido? ¿Cuál es la norma a seguir? ¿Cómo dar forma a los deseos de un cuerpo que despunta al alba de la erótica? ¿En qué se convierte el sexo, como lo observamos sobre esa superficie? ¿Sobre qué red de pulsiones y palabras pensaríamos al sexo?

La reflexión sobre el sexo tiene dos vertientes discursivas, por un lado, el sexo como categoría biológica nos habla de las características de los cuerpos, su

desarrollo, su reproducción, por el otro, el sexo como ejercicio, refiere más a la que ahora llamamos género, la forma que los cuerpos ejercer su sexualidad, producen sus placeres y sus identidades.

El cuerpo ha sido pensado bajo el modelo de la máquina, sus engranes, entradas y salidas de materia y energía bajo la orientación de los hombres. Pero el cuerpo también introduce el orden de la reproducción, es un cuerpo especie. Pero de cualquier modo ha sido necesario incluirlo en la norma, la escuadra que da forma y excluye lo que nos es aceptado, o no es posible pensar sobre el cuerpo y su reproducción. (Foucault, 1993: 168).

Tenemos pues una sexualidad normada, y no puede ser de otra forma, es justo lo que la contiene según las épocas. Las normas sobre la sexualidad forman parte de un dispositivo donde el sujeto toma forma, moldea sus placeres y sus sueños. El dispositivo es una amalgama de prácticas, discursos, líneas de fuga, instituciones, normas sobre las que se da forma a las subjetividades, los sujetos son deudores de ellos. El dispositivo nos muestra el estilo de las subjetividades ¿Qué cuerpos son posibles, en que tiempo, con qué recursos?

Foucault establece en la historia del pensamiento sobre la sexualidad un parteaguas. Su historia de la sexualidad. La voluntad de saber (1993), nos enseña a mirar de otra manera la producción de la especie, la producción de placeres, la producción de los cuerpos. Lo que el autor puntualiza, es que se crearon sujetos con ciertas características y posiciones subjetivas alrededor de determinadas estrategias, en donde el poder político asumió como tarea principal la administración de la vida. Foucault distingue dos estrategias durante la modernidad donde se observa la organización del poder sobre la vida.

1º. El cuerpo como máquina: educarlo, aumentar sus aptitudes, arrancarle sus fuerzas, aumentar su utilidad y docilidad, su integración en sistemas de

control eficaces y económicos, todo ello asegurado por procedimientos de poder. (Foucault 1993:168).

Este primer punto hace referencia a las disciplinas de los cuerpos, control sobre los sujetos, adiestrarlos para que sean útiles económicamente y dóciles políticamente. Un ejemplo del poder en la sexualidad a través de la disciplina se observa en la sexología que mediante sus discursos y prácticas justifica las normas, lo que es normal y anormal en el ejercicio de la sexualidad, ésta es la disciplina que se encarga de regular el comportamiento sexual, intenta curar o encaminar lo enfermo de los sujetos a lo aceptable, curar la eyaculación precoz, la frigidez, los problemas de erección, etcétera.

2º. **El cuerpo especie.** Soporte de los procesos biológicos: proliferación, nacimientos y la mortalidad, nivel de salud, duración de la vida y la longevidad (Foucault 1993:168).

En esta segunda estrategia estamos hablando de la biopolítica, el control y regulación de las poblaciones, la regulación de la vida, cómo se dan los fenómenos de masa, los tiempos de duración. Aquí lo que importan es contar con mecanismos de previsión, de estimación estadística, de medidas globales. Entre ellas están las estadísticas sobre salud sexual y reproductiva; edad de reproducción de las mujeres, fecundidad, enfermedades relacionadas con la reproducción, planificación familiar.

La biopolítica en la modernidad tiene modos y prácticas, que tomarán la vida como blanco de administración, producción y regulación, y que consistirán en “hacer vivir y dejar morir”. De esta manera se constituyen y afianzan las llamadas sociedades disciplinarias. La organización del poder estatal administra la vida con base en la preservación y regulación de la misma, fundada en procesos biológicos de conjunto en relación a su productividad. (Farneda, en Fuentes, 2006: 106)

Es evidente que el biopoder, el poder político sobre los cuerpos, la vida y su regulación, ha sido central para el desarrollo del capitalismo, control e inserción de los sujetos en el aparato productivo y para adecuar los fenómenos de la población a los procesos económicos. Se sabe que en el capitalismo y sobre todo en su fase de neoliberalismo, tiene efectos favorables para la acumulación de capital corporativo y efectos secundarios de empobrecimiento, opresión y rebelión en los pobres. Las desigualdades son evidentes y afectan a los que menos tienen, se manejan una serie de controles para que nada cambie. Para ello, se crearon una serie de discursos y acciones que lo sostienen, entre ellas las acciones humanitarias, caritativas y solidarias, son muestra de la manipulación que sostienen y refuerza el polo de la pobreza, que se debe mantener, manejar y controlar. Las fuerzas dominantes, a través de los discursos promueven ideologías, focalizadas en intereses particulares e individualistas, crean nuevos dogmas sobre “lo que es” y “debe ser”. Hay discursos con valores premodernos y modernos que destaca la postmodernidad como “el derecho a las diferencias” de género, raza, etnia, inclinación sexual, “biodiversidad”; pero detrás de estos discursos, lo que prevalece es la ideología dominante que tiene como objetivo el aumento de capital de quienes dominan el mundo a través de rigurosas leyes de mercado (González, 2004).

La regulación de la vida en la globalización se fortalece con los controles más obscenos y brutales, tras la máscara social, los sujetos y las poblaciones son violentadas, perseguidas, abandonadas y en el peor de los casos exterminadas. La biopolítica está incrustada en los programas de salud, en las políticas de reproducción, en la demografía. Al igual que el control de los sujetos en todas las disciplinas. Aun así los sujetos y las poblaciones buscan otras posibilidades de vida, como lo sugiere Foucault, no hay poder⁵ que se ejerza sin resistencia.

⁵ Desde esta postura el poder no es algo concreto que se guarde, o que posea un sujeto o un grupo, el poder se ejerce y tiene que ver con un proceso, el poder es una fuerza cambiante y dinámica, que adquiere muchas formas diferentes y que se ejerce mediante diversas prácticas y relaciones sociales distintas.

3.2. Sexualidad hegemónica

El ejercicio de la sexualidad, se medicaliza en la modernidad más que en ninguna otra época. Los avances de la ciencia con su metodología positivista exigía la repetición de los actos. Pero esos actos tendrían que ser productivos, lo que estaba fuera de la norma cae dentro de las perversiones. La burguesía empresarial logra imponer un modelo productivo para toda sensibilidad. Encajona los placeres en las normas de la escuela, el hospital y la fábrica, familiariza toda institución, la familia se vuelve el modelo ideal para la reproducción de los sexos. Los placeres si no producían el plus de la norma eran confinados a la acción policial y religiosa de las instituciones. Aparece una sexualidad hegemónica que será el molde, la representación ideal del ejercicio de los sexos. Todo lo que cae fuera de ella, puesto que rompe la regla del método bordea la experiencia límite, será confinada a la intimidad de los sujetos, por eso la medicina y en conjunto las ciencias sociales brindarán herramientas para ejercer un mejor control y volver al sujeto a la normalidad.

Impera en los discursos la sexualidad hegemónica, la sexualidad dominante legitimada por criterios científicos como por el Estado, en donde la hegemonía intenta la exclusión y/o subalternidad ideológica y jurídica de otras posibilidades de mirar a la sexualidad, planteamos esta idea haciendo alusión a la propuesta de Menéndez (1990), sobre el Modelo Médico Hegemónico, proceso que se desarrolla en los países capitalistas, en donde los niveles de decisión son establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas. Los procesos conflictivos se resuelven de tal manera que se ven favorecidos los procesos de producción y reproducción económico-política y además se refuerza la hegemonía del sistema. Es de nuestro interés revisar algunas de sus características estructurales y comprender la dinámica y en específico los discursos que circulan entre los sujetos, los grupos y las instituciones sobre la salud y la sexualidad:

Las características del Modelo Médico Hegemónico son: a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista/positivista; c) ahistoricidad; d) asociabilidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) relación médico/paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” de saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos ;u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica. (Menéndez, 1990:87)

Con este modelo, son claras y evidentes las estrategias gestadas desde la modernidad, en específico a lo referente al quehacer médico. Al enunciar las características estructurales del llamado “Modelo Médico Hegemónico”, nos percatamos de cómo las ideas dominantes impactan en los procesos de la salud-enfermedad de la población. Para el tema que nos ocupa, podemos ver que la sexualidad es tratada desde una mirada biologista, ahistórica, algo dado, natural que así debe ser (reproducción de los seres humanos), marcada por un individualismo acérrimo que responsabiliza única y específicamente a los sujetos de las problemáticas relacionadas con su sexualidad y su salud (infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hepatitis, embarazos tempranos, no deseados,

abortos, etc.); los médicos son los dueños del saber sobre los cuerpos (y no solamente nos referimos a un plano físico, sino también al ámbito simbólico e imaginario, ellos, saben lo que los demás necesitan (es decir, lo que deben consumir, lo que deben hacer, cómo lo deben hacer y a través de qué) para conservar su salud. No es de extrañar que las instituciones de salud en México estén regidas por el Modelo Médico Hegemónico. La medicina participa en la regulación de la conducta sexual al igual que otras instituciones que avalan la moral y la ideología capitalista y que imponen el coito heterosexual como vínculo erótico afectivo saludable (Granados y Torres, 2015: 175). En particular la sexualidad, es vista a través del lente de la reproducción y todo lo que alrededor de ella se genera requiere atención por parte de las autoridades en salud, no existen otras posibilidades de mirar la sexualidad. Ante este panorama, no solo seguirán existiendo los mismos problemas de salud de los adolescentes, sino que lo peor es que se agravarán o surgirán otros.

Desde el discurso hegemónico la salud reproductiva, es definida de la siguiente manera:

La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los asuntos relativos al sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia debe hacerlo. Implícito en esta última condición está el derecho de hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén contra la ley, y el derecho de acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan a las mujeres sin riesgos durante el embarazo y el parto y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Naciones

Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, en: Glasier *et. al.*, 2006:1596).

Aunque la definición de salud reproductiva, hace alusión a un estado completo de bienestar relacionado a las funciones y procesos reproductivos, es un concepto en demasía limitado para referirnos a la sexualidad, desde una postura abierta que parte de otro paradigma epistemológico. Los organismos internacionales, así como los nacionales que norman sobre la sexualidad, mantienen un discurso maniqueo sobre ésta, la sexualidad hegemónica es equivalente a la reproducción humana, las preocupaciones giran en torno; a la cantidad de hijos por familia, los métodos del control de la natalidad, riesgos durante el embarazo, servicios de salud para asistir a personas que tienen problemas relacionados a la reproducción. La reproducción mantiene un papel protagónico, y aunque se incluya lo sexual como parte de la definición no tiene mayores implicaciones que las referidas anteriormente, como se puede observar en el siguiente párrafo:

De acuerdo con la definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y el bienestar mediante la prevención y solución de problemas de salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual". (Naciones Unidas, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo En: Glasier et. al., 2006:1596*).

Bajo la postura biomédica de Naciones Unidas, la sexualidad-reproducción tiene cinco componentes básicos: mejora de la atención prenatal, perinatal postparto, y atención al recién nacido, la prestación de servicios de alta calidad para la planificación familiar, incluidos los servicios de la infertilidad, la eliminación de los abortos inseguros, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del tracto reproductivo, cáncer

cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y la promoción de una sexualidad sana (Glasier *et. al.*, 2006:1596).

En este sentido, como lo podemos observar la sexualidad tiene una relación única y directa con lo biológico-médico. Los seres humanos siguen una cadena natural de la vida, por lo que buscan reproducirse, o por lo menos esa es la idea que se transmite a las poblaciones (sexualidad igual a reproducción) este tipo de discursos se hace evidente en algunas investigaciones y programas de salud reproductiva dirigidos tanto para hombres como para mujeres, pero en particular a ellas (control natal, enfermedades de transmisión sexual, embarazos, entre otras).

Al hacer referencia al tema de reproducción sexual, encontramos que está directamente relacionado con el concepto de salud reproductiva, el cual ha sido discutido a nivel nacional como internacional, generando distintas concepciones que van desde la planificación familiar (anticoncepción), la salud materno-infantil (la morbi-mortalidad materno-infantil), hasta los derechos de los sujetos, las condiciones sociales para ejercerlos, las responsabilidades individuales, colectivas y del Estado. Si estas acepciones las miramos como partes que no tienen relación y que están fuera de contexto corremos el riesgo de minimizar, no solamente la salud reproductiva, sino también la sexualidad, que va más allá de la mera reproducción.

A pesar de los grandes esfuerzos por incluir a la sexualidad como una construcción social en donde el derecho juega un papel fundamental, “ejercer libremente la sexualidad” sigue bajo la sombra de la reproducción humana al considerarla como una dimensión de la salud reproductiva. Ante esto surge la pregunta ¿Por qué no planteamos la posibilidad de mirar de otra manera la sexualidad y darle la dimensión que le corresponde en la vida de los seres humanos? Si exploramos este camino, como lo plantea la Medicina Social, ampliaríamos nuestras respuestas frente a los procesos de salud-enfermedad de

la población y actuaríamos para un bien común “salud para todos...”. Como lo refiere la Declaración de Alma-Ata (1978).

Continuemos revisando las definiciones que parten del discurso hegemónico sobre la sexualidad para tener una mayor comprensión de lo que rige y de lo que proponemos desde otro discurso:

Sexo: *se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.*

Sexualidad: *se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa 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. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.*

Salud sexual: *la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (OMS, OPS, AMS, 2000)*

Desde estos discursos la sexualidad aparentemente tiene que ver con todo, sin embargo, son fragmentos poco claros y ambiguos. En las definiciones predomina

el mensaje de *libertad para ejercer la sexualidad*, situación que habría que revisar con cuidado dadas las características del sistema dominante⁶ y de los discursos hegemónicos que predominan, en donde se gesta y promueve una ideología hegemónica sobre la salud y sexualidad, basada en el mercado. Estos ejemplos nos ayudan a contrastar y mirar otras posturas para definir la sexualidad, para este estudio la sexualidad es vista como una construcción social.

3.3. Sexualidad como construcción social

El *construccionismo social* tiene que ver con un conjunto de discursos, prácticas y experiencias que se crean entre los sujetos y que participan en un proceso para generar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos. Se ofrece como un enfoque metodológico que recupera la significación de la experiencia en las prácticas y discursos. Los sujetos no son entes pasivos, cuestionan lo ya establecido; los saberes, discursos y prácticas dominantes. La importancia de esta teoría no radica en que postule una “verdad”, sino porque nos permite reconsiderar las prácticas, discursos y experiencias (Gergen, 2006). Para los construccionistas, el saber, la razón, la emoción y la moralidad no residen en la mente de los individuos, sino en la relaciones porque son justamente las relaciones lo que moldea la subjetividad, y sobre todo las relaciones son un ente del mundo, ya no es solamente el dato, la cifra, sino las formas de apropiarse del mundo. Esta visión tiene una coherencia con las filosofías de finales del siglo XX en tanto que el ser es devenir historizado.

Así, para Gergen, el construccionismo social contemporáneo se interesa sobre todo por la elaboración del mundo mediante el lenguaje, importan los significados, pero sobre todo las relaciones con el mundo, lo cual significa que el lugar principal de la construcción no reside en el interior de las personas, sino entre ellas. El sentido nace de las relaciones entre los significados, el uso social y las formas en que subjetivamos los fenómenos del mundo. Sin duda, el psicoanálisis nos ha

⁶ Imperialismo mundial globalizado.

enseñado que el infantil sujeto inviste el mundo para apropiarse de él. A la energía que emana del cuerpo le llama libido, se trata de la energía sexual que es indispensable para vivir como la sensación de hambre o sed, o la necesidad de respirar y ser tocado por el otro. La sexualidad en psicoanálisis es una dimensión de la existencia de un sujeto que nace, que vive y que sabe que morirá. Pero la adolescencia es un momento de la vida en que la sexualidad emerge en su esplendor.

Por ahora, revisemos cómo a partir de la teoría del construccionismo social se conceptualiza a la sexualidad.

La sexualidad se entiende como un fenómeno complejo que se enfoca en la perspectiva de la subjetividad de los actores sociales y de las relaciones sociales y las instituciones involucradas en su configuración. La sexualidad es una construcción sociocultural e histórica que cambia según la época, la región del mundo, la cultura, el género, la etnia, la clase social y la generación de pertenencia. Esta corriente sostiene que el significado de las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la satisfacción de los deseos eróticos, así como los deseos mismos y su sentido para la subjetividad e identidad de las personas, varían de una cultura a otra y de un grupo humano a otro. En las diferentes culturas se originan categorías, esquemas, etiquetas para lo sexual, que organizan y le dan sentido a las experiencias subjetivas y colectivas de sexualidad, construyendo identidades, definiciones, ideología y normas (Vance, 1991; Parker y Gagnon, 1994; Weeks, 1986; Caplan, 1987. En Szasz 2005).

Como ya lo referimos anteriormente, la sexualidad está íntimamente relacionada con el poder, y al igual que los deseos y las emociones están constituidas socialmente. Amuchástegui (1997) refiere que la sexualidad solamente existe a través de sus formas sociales y su organización social. Lo biológico de la sexualidad no está excluido, pero es claro que adquiere significado en las

relaciones sociales. Las sensaciones, prácticas y actividades se simbolizan como sexuales en determinados contextos sociales.

La normatividad señala quiénes son los hombres, quiénes las mujeres y cómo experimentar la sexualidad; sin embargo, los dispositivos de la norma gestan transformaciones sobre la biología de los cuerpos. La norma transforma el cuerpo biológico en cuerpo social: la perspectiva de género toca a las puertas de las ciencias, la cultura y la historia, el cuerpo sexuado se apropia de las representaciones sociales y genera eróticas que de seguro moderarán la reproducción y la transformación de las familias, por ejemplo. Bajo este contexto nos referimos a la construcción social del género, que va más allá de una mera enunciación e implica un proceso complejo, la construcción de las sexualidades, es un proceso subjetivo. Al respecto, Lamas plantea que:

...el género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres... Por esta clasificación cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. 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. Por eso, para desentrañar la red de interrelaciones e interacciones sociales del orden simbólico vigente se requiere comprender el esquema cultural de género. (Lamas, 2000, 4-5)

Género, identidad, subjetividad y sexualidad son construcciones sociales, o si se quiere una gramática de la sexualidad, que constituyen a los sujetos y que están precedidas por normatividades sociales.

...La construcción social de lo femenino y lo masculino aparece como una categoría fundante del modo como los sujetos viven las experiencias

sexuales. La contribución más importante de los estudios feministas para el conocimiento de la sexualidad fue el reconocimiento de que los marcos de género son los que permiten interpretar lo sexual en las sociedades occidentales. Además, las categorías de masculinidad y feminidad pueden estar organizadas en distintas culturas de manera diferente a los conceptos y normas occidentales y en muchos contextos pueden coexistir diferentes concepciones para la interpretación de las sexualidades. Para entender el efecto de las relaciones de género en lo sexual es necesario desentrañar completamente los sistemas de género, localizando a hombres y mujeres de diferentes grupos y clases en los espacios sociales del poder y los recursos materiales y simbólicos. Las relaciones de poder construidas social y culturalmente no solamente estructuran las relaciones entre hombres y mujeres, sino también las relaciones entre diferentes tipos de hombres y diferentes tipos de mujeres en el contexto de sistemas social, política y económicamente complejos. (Szasz, s/f).

Por tanto, la construcción de género alude a formas históricas, sociales y culturales en que hombres y mujeres construyen su identidad, su sexualidad, sus relaciones y su vida en general. Las formas varían de una cultura a otra y se transforman en el tiempo.

En muchos contextos existen normas que orientan a las mujeres hacia una sexualidad vinculada a la maternidad, o hacia formar y mantener una pareja conyugal, se puede inferir que estas posiciones de poder reprimen manifestaciones activas de deseos eróticos o de experiencia sexual en las mujeres. El comportamiento o el prestigio sexual de las mujeres puede constituir un recurso social en los contextos de mayor vulnerabilidad, en los que la capacidad de sostener una pareja masculina constituye el principal vehículo de subsistencia y de movilidad social de las mujeres. A la inversa, se estigmatiza y discrimina a las mujeres sin pareja sexual. En los varones las manifestaciones de actividad sexual suelen ser reafirmadoras de sentidos de masculinidad e ideales varoniles. Las percepciones de amenazas a la virilidad o la pérdida de

sentimientos de control aparecen en la raíz de comportamientos violentos o abusivos (Szasz, 1998).

Las identidades sexuales, construyen significados que son fundamentalmente sociales, superpuestos por las complejas relaciones sociales que componen el mundo. Esto es que, la identidad sexuada, y todas lo son, es una cuestión “política”. La sexualidad no es un todo unificado, existen varias formas de sexualidad; es decir, que hay muchas sexualidades. La sexualidad no es un evento singular, tienen que ver con un proceso continuo que nos lleva a la acción y por tanto al cambio en la construcción de nuestras moradas para devenir.

La sexualidad además de ser una construcción social, es un lugar de elaboración de significados personales y sociales. Los significados de la sexualidad no son estáticos, ni únicos. Aunque pareciera que éstos se congelaron en determinado tiempo de la historia, de la reproducción, todavía hay quienes tienen una fijación en ideas de pecado, de violencia. Los significados de la sexualidad son dinámicos y cambiantes, se relaciona con la erótica y el placer.

Por tanto, el género además de una construcción social es una relación de poder. Los patrones de sexualidad femenina son un producto histórico del poder de los hombres para definir lo necesario y lo deseable. Por su parte, Laqueur (en Weeks, 1998) sostiene que el cambio con relación a la sexualidad femenina y masculina, no surgió simplemente del avance científico, ni fue producto lineal de los esfuerzos de control social de las mujeres por los hombres. El surgimiento de un discurso sobre la diferencia sexual permitió que una gama de diferentes reacciones sociales y políticas emergiera. Pero en el centro de las definiciones que surgía se encontraban nuevas relaciones políticas y culturales, producidas por cambios en el equilibrio de poder entre hombres y mujeres. La nueva percepción de la sexualidad femenina y la biología de la reproducción han sido fundamentales para el moderno discurso social y político, que enfatiza la masculinidad y femineidad son,

en gran medida definidos en referencia a la elección del objeto con quien se tiene actividad sexual.

3.4. Proceso salud-enfermedad en la Medicina Social

Desde el discurso hegemónico, la salud es lo opuesto a la enfermedad, la falta de salud implica enfermedad. La enfermedad se tiene que medicalizar para normalizar la salud.

Por el contrario, desde el planteamiento médico-social estar sano no es solo ser normal en una situación dada, sino también ampliar el campo de la norma en esa situación y en otras situaciones eventuales: se trata de subjetivar la norma, llenarla de experiencias de la singularidad de nuestras vidas, *crear sentido*.

Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas. La salud es una manera de abordar la existencia, sintiéndose no sólo poseedor o portador sino también si es necesario creador de valor, instaurador de normas vitales. (Canguilhem, 2005: 149-150)

De acuerdo con las bases teórico-conceptuales de la Medicina Social y del construccionismo social, la salud y la enfermedad no son opuestos, son parte de un proceso denominado proceso de la salud-enfermedad-atención. Sólo los seres humanos disponen de constructores simbólicos que le permiten representar intersubjetivamente aquellos procesos que forman parte de sus esferas de regulación.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud o de estar sanos? Si bien la definición de salud que predomina, tanto a nivel nacional como internacional es la señalada por OMS (2010) en donde se indica que “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

afecciones o enfermedades”. Dicha definición refiere a lo estático e inamovible, es decir a lo ahistórico y a lo ideal, debido a que las condiciones, sociales, económicas y políticas en nuestro país indicarían lo inalcanzable de la salud, es decir, mostrarían la falta de salud en nuestra población al no alcanzar la completud en el bienestar.

Este concepto nos permite ya ubicarnos entonces en lo que significa salud para los sujetos, sin embargo evoca, parcialmente la idea de lo social en ella. Al respecto Samaja (2004) comenta, “normal” y “patológico”, en efecto, se aplican al vasto campo de los seres vivientes, pero también, y sobre todo al vasto mundo de los seres culturales y morales. Se puede admitir que la “normatividad esencial de la conciencia humana”, tiene su germen en sus raíces biológicas (Samaja 2004, 92 y 93) pero la realidad humana construye su propia esfera de ser y deber ser, que expande infinitamente a las raíces vitales. Es decir hay *un modo de ser particular en el ser humano* con respecto al proceso salud enfermedad que va más allá de expandir la *lógica de lo vital*.

La salud entonces es una forma de regulación de los procesos sociales, que es dinámica y está fundada en lo social con relación al proceso vital, que tienen ahí su principio, pero que no se agota en él. En ese mismo sentido, Jaime Breilh menciona que la salud humana no es un fenómeno biológico integrado y dinámico, porque el ser humano es social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, por lo que se origina una transformación mutua (Breilh, 1994).

Por su parte, se ha dicho que las enfermedades también comportan mecanismos de regulación, es decir, que el hecho de que un individuo viviente se aparte de los valores normales de la especie no significa que no tenga él mismo una estructura normativa. La enfermedad, es también una forma de autorregulación (Canguilhem, 2005).

La salud y la enfermedad son parte de un proceso socio-histórico y las características concretas que adoptan en una persona son determinadas por las condiciones materiales de la existencia en que está inmersa, de las que no puede escapar de un momento a otro. El sujeto puede influir sobre ellas para alterarlas a fin de lograr mejores condiciones de vida y trabajo, para mantener la salud y alejar el espectro de la enfermedad, hasta donde las condiciones sociales y físicas lo permitan.

Dicho proceso, tiene carácter social por dos razones parcialmente coincidentes. Por una parte, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Pero no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social, pues es posible no fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

Tenemos entonces que la salud-enfermedad deja de ser un estado biológico posible meramente vivido por los sujetos para llegar a ser un objeto de la acción deliberada y de la conciencia de todos los miembros del colectivo social. La representación de un estado "anormal" da lugar a acciones intencionalmente dirigidas a contrarrestar los factores que –al menos imaginariamente- producen la alteración del orden representado socialmente "como normal". Bajo esta postura tenemos, que el proceso salud-enfermedad es un proceso reproductivo social en construcción permanente. La pregunta que surge con esto, es qué nos están mostrando los adolescentes con todas las enfermedades que se están gestando alrededor del ejercicio de su sexualidad.

Como intersección de conjuntos, la sexualidad y los procesos de salud enfermedad han generado programas y políticas públicas para abordar los problemas que ha presentado la población adolescente. Pero ahora, hará falta ampliar el modelo conceptual y se podría pensar en un nudo borronero, son tres anillos enlazados en cuya intersección será necesario pensar la experiencia de la sexualidad, ese flujo de fuerzas y representaciones que despuntan justamente en

la adolescencia. La sexualidad de los adolescentes es el alba de las fuerzas que transforma la vida, la política, la estética y la erótica del mundo. (Gutiérrez, 2012).

3.5 Los adolescentes

En la Edad Media, los más jóvenes, no tenían tiempo para preocuparse por pasar de una etapa de niñez a una de adolescencia o adultez; ellos, a través de ciertos ritos de pasaje eran incluidos con los adultos, quienes los educaban, los enseñaban a trabajar, amar y a vivir. Toda la comunidad era responsable de los nuevos adultos. La transmisión de saberes y valores era dirigida por todos, bajo un sistema que incluía a los niños (Ariés, 2001). Se relacionaban sujetos de diferentes edades, en ese momento no se ocupaban de la clasificación de los sujetos por edades. Sin embargo, ese sistema de aprendizaje se torna incompatible con el sistema de clases por edad que se generaliza en la modernidad.

Para Ariés (2001) no existe duda de que las clasificaciones que se iniciaron en la modernidad y que se mantienen vigentes actualmente sirven entre otras cosas, para vigilar la sexualidad. La familia tiene un papel primordial en esta tarea, por lo que también se constituyó en esa misma época, a partir de este momento existe la necesidad de tener una casa para cuidar y organizar la vida de sus integrantes y dentro de ellos, los niños y los jóvenes, esta responsabilidad también va a ser compartida con la escuela.

Actualmente, es común considerar a la adolescencia como una etapa de vida, algo esencial que siempre ha existido, sin embargo, la adolescencia como término fue creado en la modernidad, antes no se podía representar a los adolescentes. A mediados del siglo XIX en Europa y América la adolescencia adquirió un significado particular como etapa específica de la vida. Anteriormente la necesidad de reglamentar el paso del tiempo y de asignar tareas específicas a cada una de sus etapas era inexistente. El rango de edad tampoco existía, se plantea que éste tiene relación con la escuela, que aparece en la sociedad industrial. Se crean

nuevas relaciones en la sociedad, entre ellas; el niño, el joven o adolescente, la familia y la comunidad (Tuñón y Eroza, 2001).

La adolescencia como etapa de vida es reconocida en el siglo XX (Ariés, 2001). Se dice que el desarrollo humano se divide en fases: niñez, adolescencia, adultez y vejez. La edad adulta es la que norma y surge como referente para las demás, o por lo menos esa era la idea. Aunque la forma de clasificación con respecto a la edad y rol social de los adolescentes es una discusión vigente, es importante señalar que si bien, hay cambios fisiológicos que inician en la pubertad, también existen los psicológicos y los sociales, éstos últimos de cierta forma quedan invisibilizados. En este sentido, es evidente la dificultad para clasificar a los adolescentes por un determinado rango de edad, por lo consiguiente es necesario considerar otros elementos que nos ayuden a identificarlos, entre ellos, escolaridad, creencias, problemáticas, deseos, inquietudes, etcétera. De esta manera, nos encontramos que la adolescencia es una construcción social, con especificidades según el momento y lugar en donde la ubiquemos. En nuestra investigación retomamos de manera indistinta la palabra adolescente y joven para referirnos a la misma población.

Si la adolescencia es una construcción social y depende del momento, lugar socio-histórico, ¿A qué nos referimos cuando hablamos de subjetividades de los adolescentes?

3.6. Las subjetividades de los adolescentes

La relación entre sujetos y sociedad tiene que ver con un proceso de constitución de la subjetividad, en la cual las estructuras sociales y los discursos dominantes tienen un papel fundamental en el control de sentimientos, prácticas, fantasías, deseos, pensamientos en situaciones particulares de los sujetos. De aquí que la sexualidad como ya lo hemos mencionado ha sido construida discursivamente de manera específica en cada cultura y en cada época.

Ante ello, nos encontramos que actualmente las subjetividades están cambiando, en específico, nos referimos a las subjetividades de los adolescentes. Las transformaciones sociales que se han dado en los últimos años se inscriben en los cuerpos y subjetividad de la adolescencia, las palabras, los discursos no dejan de dar cuenta de ello. Nuestra pretensión no radica en describir cómo y de qué manera están cambiando las subjetividades, pero es un hecho que esto está ocurriendo y es importante para esta investigación señalarlo, además el mencionarlo nos sirve como punto de partida para explicar a que nos referimos cuando hablamos de la subjetividad.

Consideramos el planteamiento de los estudios foucaultianos en lo que se refiere a la subjetividad: “...*la manera en que los seres humanos se constituyen como sujetos a partir de la experiencia que hacen de sí mismos, en un juego de verdad consigo mismos*” (Anzaldúa: 2012).

Es decir, la subjetividad es una ficción, un saber que el sujeto produce como verdad para sí mismo, relacionando un acontecimiento consigo mismo, siguiendo ciertas reglas de producción de verdad. La subjetividad es la puesta en práctica del cuidado de sí. La medicina, pedagogía y dietética han sido los saberes que componen esa especie de amalgama de la experiencia del cuerpo social. El cuerpo singular, el cuerpo de experiencia testifica la sexualidad en una temporalidad de la inscripción de los deseos, de una erótica y una estética de la existencia (Gutiérrez, 2012). Y el adolescente es alguien quien insiste en vivir, a veces rabiosamente, o de manera sublime, representan la proliferación de la vida y la construcción de sentidos en un mundo acosado por la cifra.

Subjetividad y sujeto son parte de lo mismo, el sujeto no es un individuo (no es un organismo indivisible). Tiene un cuerpo y una psique, pero eso no es todo. Cuando decimos sujeto, es porque está sometido a las fuerzas que operan desde el entramado de la dinámica de las instancias de su aparato psíquico y está atado también, a los procesos sociales. La subjetividad es un emergente de los juegos

de poder de las instituciones y es el juego pulsional de los colectivos, y es tiempo de sentido y experiencia. No hay experiencia sin libido, tiempo y sentido.

Por tanto, la subjetividad es un proceso de organización compleja de subjetivación que emerge de la relación del sujeto con el mundo y los demás, en el que el sujeto se constituye y se va conformando en su dimensión psíquica (identificaciones, significaciones, vínculos intra e intersubjetivo, deseos, fantasías, etcétera) y sociohistórica (instituciones, saberes, valores, normas, formas de ejercicio del poder). (Anzaldúa, 2012).

Desde este planteamiento, las transformaciones sociales implican movimientos y cambios en las subjetividades, de manera particular las subjetividades de los adolescentes, cambios a través de los procesos de subjetivación psico-social en sus vínculos con los otros, con las instituciones y con los significados sociales. (Anzaldúa, 2012).

Las subjetividades actuales de los adolescentes son diversas y no pueden explicarse con categorías basadas en rangos de edad como ya lo mencionamos en párrafos anteriores. Ahora se dice que las adolescencias están construidas por el mercado como los modelos a seguir. La idea que imperaba a mediados del siglo pasado era la de prepararse para ser adulto, tener una carrera, un buen trabajo, casarse y tener una familia. Actualmente lo que se impulsa son actitudes ideales hacia la juventud, la sociedad del consumo. Los medios de comunicación mantienen esta ideología. Ser joven, se convierte en un ideal social, los modelos de identidad que se promueven son los de la juventud, dejando de lado el modelo adulto. Esta situación es inquietante y desorienta a los adolescentes, no alcanzan a comprender cómo es que un adulto adopta la imagen, los discursos, las identidades de los adolescentes. Aun y a pesar de que el ideal social de juventud es una ideología mantenida por todos y sobre todo por el mercado, los adolescentes muestran cierta desconfianza y molestia con los adultos que quieren ser el reflejo de los adolescentes.

CAPITULO CUATRO. DECURSO METODOLÓGICO

4.1. Contexto metodológico

De principio, diremos que investigar es poner en perspectiva un problema, es cuestionar los objetos del mundo y sus relaciones para aumentar el conocimiento. En Medicina Social, además de lo anterior, es deseable que podamos crear estrategias para mejorar las condiciones de vida de los colectivos.

La Medicina Social, como campo de conocimiento científico estudia el proceso salud-enfermedad-atención de los colectivos. Tiene dos objetos de estudio, por un lado los Determinantes del proceso Salud-enfermedad-atención y por el otro, los Determinantes de la Práctica Médica.

La Práctica Médica tiene tres determinaciones históricas: económica, política e ideológica o cultural, la práctica médica es resultado de un proceso socio-histórico en donde la determinación económica está relacionada con la reproducción de la fuerza de trabajo y la valorización del capital; así como con un ámbito de realización del plus valor a través de la producción, circulación y consumo de bienes y servicios (medicamentos, equipo e instrumental y atención médica) que a través de la intervención de la economía de nuestros días son susceptibles de ser considerados mercancías.

Por su parte, la determinación política se vincula en las sociedades modernas con las relaciones entre el Estado y los distintos sectores de la sociedad, pasando por el régimen político y por la definición de las políticas y programas de salud, marcando el sentido –mediado por el discurso- de la construcción o conducción de los actores, las instituciones y sus prácticas. En este sentido, la inclusión de la relaciones de poder es central en la definición de las tendencias que asumen las respuestas a los problemas de salud, sus estructuras formales y sus acciones. Si bien la relación de los determinantes de la práctica médica es activa y compleja, parte de un proceso, en donde solamente podemos dividir estos determinantes

para su estudio, nuestro trabajo se centra en el dominio de la determinación ideológica, aunque no dejamos de reconocer las interrelaciones con los otros dominios de determinación.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de determinación ideológica? Hacemos alusión a la reproducción de los significados y prácticas que constituyen las nociones de sentido de una sociedad. Los procesos de producción de las ideas, creencias y significados, su distribución en los distintos grupos, así como su final consumo mediante las acciones, conductas y prácticas, tienen lugar en los discursos y para el caso específico de este trabajo, adquieren relevancia los discursos sobre salud y su vinculación con la sexualidad de los adolescentes. La ideología es un conjunto de ideas, valores, formas de intervención de procesos que además, mediante los aparatos culturales y de educación moldea las acciones y conciencias de los ciudadanos. El análisis de estos procesos nos permite comprender las distintas ideologías que sobre la sexualidad y la salud se han constituido en una sociedad determinada, en un tiempo determinado, así como las relaciones de hegemonía y subordinación que se establecen entre ellas; en estas relaciones contradictorias que se hacen evidentes las estrategias discursivas que moldean los comportamientos sexuales de los sujetos y los colectivos; las prácticas, estrategias y/o tácticas de resistencia de los adolescentes relacionadas con el ejercicio de su sexualidad; las prácticas de la sexualidad que afectan y ponen en riesgo la salud de los jóvenes y que son promovidas y avaladas socialmente.

La metodología de esta tesis tiene sus anclajes en estrategias cualitativas. La metodología cualitativa privilegia la producción de la palabra como cualidad del ser porque con el lenguaje construimos el mundo, bordea un escenario donde se producen los hechos del lenguaje, nos muestra otra manera de ver el mundo y sus relaciones.

El lenguaje, es el espacio de interacción de los seres humanos. En él los individuos se constituyen en sujetos, al ser el medio con el que se “metaboliza” la cultura, cualquier hecho humano es comprensible mediante el análisis del discurso. En ese sentido el fenómeno de la sexualidad puede ser estudiado como un hecho de discurso porque ahí se abren líneas de acción para comprender al sujeto, sus objetos, sus relaciones con otros sujetos, así como con la sociedad a partir de sus relaciones con las instituciones, de ahí que el análisis del discurso permite la apertura de nuevas preguntas que pudieran ser tomadas en cuenta al formular programas y políticas públicas.

“El lenguaje es el escenario para expresar las subjetividades, entre pulsiones y textualidades se produce la experiencia y la vida misma. Lengua y escritura son suplementos una de la otra, nos dan una ilusión de continuidad” (Gutiérrez, 2012: 219); pero sobre todo, nos muestran las formas en que se están produciendo los significados y la experiencia de nuestros sujetos de investigación.

El lenguaje desde los trabajos de Saussure (1989: 147) está constituido por la lengua y el habla, la primera hace referencia a un sistema de diferencias entre signos y la segunda tiene que ver con los actos de habla individuales. “La lengua es un sistema utilizado por todos, es compartido socialmente. Este autor retoma la diada significado/significante para explicar el signo lingüístico.

El concepto mental (significado) está unido a la imagen acústica (significante); en una palabra simboliza la significación; bien entendido ese concepto nada tiene de primigenio, al ocupar un lugar en la cadena de significación sus relaciones con los otros valores similares permite el juego de creación de sentido, y sin el juego, la significación no existiría. Si se afirma que una palabra significa tal cosa, existe una asociación entre la imagen acústica y el concepto, se realiza una operación, que en cierta medida puede suscitar nuevas relaciones y dar una idea de la realidad en los vínculos. El significante, por ser de naturaleza auditiva, se desenvuelve en el tiempo únicamente y

tiene los caracteres que toma del tiempo: a) representa una extensión y; b) esa extensión es mensurable en una sola dimensión; es una línea, los significantes acústicos; sus elementos se presentan uno tras otro, forman una cadena. (Saussure, 1989:95).

Después de Saussure, hay varios autores importantes, que retomaron este planteamiento, y crearon nuevas formas de explicar el lenguaje y el habla a través de lo que se conoce como semiótica⁷. En esta investigación nos ocupamos de los significados que los sujetos atribuyen a su actuar. Es que el lenguaje da sentido a la experiencia, o la experiencia configura formas de vida que necesariamente se construyen con los otros, y la experiencia está mediada por los aparatos culturales. Así se forman líneas o campos discursivos que incluyen interacciones lingüísticas, cuerpos, personas, objetos, ideologías, intervenciones científicas e institucionales, como una especie de amalgama. Entonces el discurso es un hecho social y tiene una positividad, una materialidad que nos sirve de referente en la construcción de la experiencia.

Es de resaltar que los discursos comprenden una serie de significados que con los juegos de poder en las instituciones (sobre todo familias e instituciones escolares y de salud) producen una normatividad acerca de la sexualidad y la salud, ya que sobre estas dimensiones de la vida humana la sociedad establece regímenes de pensamiento y acción basadas en dicotomías sobre “el deber ser” “deber hacer” “lo bueno y lo malo” “lo sano y lo insano”, definiendo la serie de prescripciones y procripciones que “deberían” observar los sujetos. El trabajo sobre los discursos no es meramente una posición “subjetiva” como se argumenta en algunas instituciones para descalificar al otro. El discurso será pensado como el modelo de la banda de Möebius adonde hay una continuidad en la producción de planos que solamente se diferencian por el envés, en el acto de analizar los hechos del

⁷ Es la doctrina de los signos.

lenguaje, podríamos identificar las maneras de hacer y decir sobre el contexto de la producción discursiva.

Michel Foucault pensó el discurso como una amalgama de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación; por ejemplo; discurso económico, discurso clínico o discurso político. El discurso está constituido por un número limitado de enunciados para los cuales se puede definir un conjunto de condiciones de existencia. El discurso está constituido por un conjunto de secuencias de signos, en tanto que ellas son enunciados, que se les puede asignar modalidades de existencia particulares. El enunciado para Foucault tiene que ver con la modalidad de existencia de un conjunto de signos, modalidad que le posibilita ser algo más que un simple conjunto de marcas materiales. El enunciado refiere siempre relaciones entre objetos y sujetos, entrar en relación con otras formulaciones y es repetible (Castro; 2004:92). De ahí la positividad del enunciado y el discurso, refieren relaciones estables para el estudio y la investigación.

Foucault, se ocupa del discurso en tres momentos diferentes, primero la función que ocupa el discurso dentro de un sistema estratégico donde el poder está implicado y por el cual el poder funciona. El discurso es un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder. En un segundo momento el discurso como instrumento de lucha, y el tercero la función del discurso como formador de la subjetividad (Castro; 2004:95).

Es de resaltar que para Foucault, las prácticas discursivas toman un papel importante, son modos de fabricación de discursos, toman forma en el conjunto de las técnicas, de las instituciones, de los esquemas de comportamiento, de los tipos de transmisión y de difusión, en las formas pedagógicas que, a la vez, las imponen y las mantienen. Son un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio, que han definido para una época dada, y

un área social, económica, geográfica, o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa. (Castro, 2004:109).

Las prácticas discursivas o enunciativas llevan a un control social a través de estrategias. Michel de Certeau (1996), llama estrategias al:

...cálculo o a la manipulación de las relaciones de fuerzas que se hacen posibles desde que un sujeto de voluntad y de poder (una empresa, un ejército, una ciudad, una institución científica) resulta aislable. La estrategia postula un lugar susceptible de ser circunscrito como algo propio y de ser la base donde administrar las relaciones con una exterioridad de mestas o de amenazas (los clientes o los competidores, los enemigos, el campo alrededor de la ciudad, los objetivos y los objetos de la investigación, etc.) Como en la administración gerencial, toda racionalización "estratégica" se ocupa primero de distinguir en un "medio ambiente" lo que es "propio", es decir, el lugar del poder y de la voluntad propios. Acción cartesiana, si se quiere: circunscribir lo propio en un mundo hechizado por los poderes invisibles del Otro. Acción de la modernidad científica, política o militar. (de Certeau, 1996: 42).

Este mismo autor refiere que existen resistencias ante los controles sociales, denominadas tácticas, procedimientos de los sujetos, de los grupos. Estos se valen de las tácticas para pasar a ambientes anti disciplinarios, fuera de la vigilancia, así la táctica refiere a la:

...acción calculada que determina la ausencia de un lugar propio...ninguna delimitación de la exterioridad le proporciona una condición de autonomía. La táctica no tiene más lugar que el del otro...debe actuar con el terreno que le impone y organiza la ley de una fuerza extraña. No tiene el medio de mantenerse en sí misma, a distancia, en una posición de retirada, de previsión y de recogimiento de sí: es movimiento...Obra poco a poco. Aprovecha las ocasiones y depende de ellas, sin base donde acumular los beneficios, aumentar lo propio y prever las salidas. No guarda lo que gana.

Este no lugar le permite, sin duda, la movilidad pero con una docilidad respecto a los azares del tiempo, para tomar al vuelo las posibilidades que ofrece el instante. Necesita utilizar, vigilante, las fallas que las coyunturas particulares abren en la vigilancia del poder propietario. Caza furtivamente. Crea sorpresas. Le resulta posible estar allí donde no se le espera...
(de Certeau, 1996: 43).

Desde este planteamiento las *estrategias son acciones, que elaboran sistemas y discursos totalizadores*, mientras tanto, *las tácticas se relacionan con la habilidad de utilizar el tiempo en las ocasiones que se presenta*. Si bien existe una polémica en el abordaje de Michel de Certeau sobre la dificultad para comprender la posibilidad de inversión de fuerzas poder/resistencia, fuerte-débil, en donde se discute que el ejercicio del poder no se agrega del exterior, que el carácter de la vinculación poder-resistencia no tiene una relación de exterioridad que posibilite mirar por un lado, las prácticas de poder del sujeto dominante (la estrategia) y por otro, sus “contrapartidas” (tácticas), a nuestro modo de pensar el modelo de la banda de Möebius nos ayudaría a trabajar la aparente contradicción o discontinuidad de las relaciones de poder. Si bien no nos vamos a adentrar en dicha polémica, es necesario mencionarlo, considerando que de Certeau hace alusión a lo que refiere Foucault “donde hay poder hay resistencia”. No es que exista una y luego la otra, sino que la eficacia de la resistencia se construye también (al igual que la del ejercicio del poder) en el marco de la *vinculación entre táctica y estrategia de resistencia*.

Considerando lo anterior, retomamos las “maneras de hacer” como producción de positividades, como hechos de discurso, ello nos llevará pensar las prácticas constantes, cotidianas del ejercicio de la sexualidad, porque para conocer las maneras de hacer es necesario conocer las “maneras de hablar” ¿qué se dice?, ¿cómo se dice?, ¿quién lo dice?, ¿desde dónde lo dice?; en este trabajo nos ocupamos del habla de los adolescentes que nosotros pondremos en el registro de la escritura. A través de sus discursos se hacen evidentes las prácticas y los

significados que tienen de la sexualidad y su relación con la salud, pero también a través de sus maneras de hablar identificamos las prácticas discursivas de las instituciones de salud.

Bajo estos postulados observamos que los discursos de los sujetos no solamente permiten identificar la ideología hegemónica sobre la salud y la sexualidad, sino el control que se pretende detrás de los discursos institucionales y de los discursos propios, que denotan una serie de contradicciones y complejidades. La influencia del discurso hegemónico, mantiene y facilita el aumento de riesgos y daños a la salud relacionadas al ejercicio de la sexualidad. Pensemos pues, cómo se produce el juego entre estrategias y tácticas, prácticas y discursos en la producción de la sexualidad adolescente.

4.2. Sujetos sexuados, el devenir de la sexualidad de los adolescentes

Al plantearnos diferentes preguntas sobre los problemas relacionados con las sexualidades adolescentes y la salud, seleccionamos las siguientes porque se acercan más a nuestro objeto de estudio ¿Por qué y a pesar de todas las políticas, los programas y proyectos dirigidos a la población de jóvenes, los datos estadísticos sobre las problemáticas de salud sexual y reproductiva van en aumento?⁸ ¿Qué elementos culturales intervienen para que se mantenga esta tendencia? ¿Por qué se dice que los adolescentes son uno de los grupos de la población con más problemas de salud relacionados con embarazos no deseados, contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y abortos?, ¿qué pasa en los contextos donde se desenvuelven los adolescentes, que lleva a incluirlos en problemáticas sociales y de salud? No debemos dejar de mencionar que para que se geste un problema, deben de estar activas una serie de situaciones que

⁸ De todas las ITS, la atención se ha focalizado en el VIH, pues representa un problema serio y creciente de salud pública, especialmente para adolescentes y jóvenes. A nivel mundial, la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en población de 15-24 años. En México, donde hay un importante subregistro de casos de VIH, en la población de 15-19 años de edad se reportaron 2,744 casos acumulados de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) entre 2002-2011 de un total de 149,883 casos (1.8%), siendo la vía sexual la principal forma de transmisión. (Campero, *et al.* 2013).

convergen de tal forma que su concatenación y acomodo intervienen en el proceso de enfermar y sanar.

La mirada médico-social nos permitió partir de una epistemología diferente, en la que el análisis se centra en el conjunto social y su síntesis en el proceso salud-enfermedad. Éste es desde la Medicina Social, un proceso complejo histórico, en donde no solamente interviene el sujeto, sino también su contexto, los otros, el Estado y sus instituciones.

Mostramos y analizamos lo que los adolescentes dicen, hacen, lo que quieren y necesitan para el ejercicio de su sexualidad con los menores riesgos y daños a la salud posibles. No se debe continuar haciendo o conformando programas, proyectos y servicios que desconocen el contexto económico, político, cultural en donde se desenvuelven los adolescentes, es prioritario también escuchar sus voces y sus necesidades, para no partir de las necesidades creadas por los adultos o por las instituciones sobre lo que creen de los adolescentes. El llamado de los adolescentes existe, lo que falta es escucharlos y actuar, incluirlos en políticas y programas que consideren no solamente los problemas de reproducción sexual, sino también a la sexualidad como parte constitutiva de los sujetos, de hombres y mujeres por igual.

Las políticas públicas de la actualidad, o mejor, las metodologías para llevar a cabo las políticas públicas exigen que se incluya a los actores desde la planeación; pero a la vez existen resistencias de parte de los administradores de dichas políticas por cuanto insisten en hacer la planeación desde referentes normativos de una ideología hegemónica, frecuentemente sin considerar la voz de quienes viven los problemas. En esta tesis se insiste en la importancia de conocer el problema, pero sobre todo en la inclusión de los discursos de los actores, que aquí denominamos como sujetos.

4.3. Campo de inscripción de la investigación y estrategia metodológica

Para este estudio, la metodología es una construcción de carácter analítico, optamos por el corte cualitativo, considerando que no existe una forma única de conocer la realidad, que cada situación de estudio es única e irrepetible. La metodología cualitativa es un campo abierto, dinámico con un enfoque interpretativo, “en donde el investigador cualitativo se enfrenta a la tarea de hacer sentido de lo que ha experimentado”. “Hacer sentido de lo que ha sido experimentado”, se refiere a la interpretación y la interpretación es una construcción, creación de nuevos sentidos. (Baz, 1998).

La metodología cualitativa ha generado muchos espacios de estudio, sosteniendo sus trabajos en la producción de discursos y el análisis de la enunciación desde la singularidad. Se opone a los universales normativos y hegemónicos, por eso, no por la revuelta, sino por la producción de experiencia anclada en lo histórico social es que nos interesa. El cuerpo de las y los adolescentes se está forjando. El cuerpo es cuerpo de experiencia no solamente de órganos y sistemas. Digámoslo desde ya, es un cuerpo donde habitan las huellas del tiempo subjetivo; las prácticas, de las formas de domesticación familiar desde las políticas; y los discursos que ordenan, que le dan forma a su vida psicológica, sensible o si se quiere, la sensibilidad del mundo en ese cruce entre biología y el tiempo de vida. Entonces nos importa la experiencia o la discursividad de la acción sobre la sexualidad y la salud.

Con base en lo anterior, retomamos la estrategia del análisis del discurso (Haidar, 1998) como estrategia para la interpretación. Del análisis del discurso, nos interesó la tendencia de la Escuela Francesa, denominada así, porque permite abordar los problemas relacionados con el poder y la ideología y la que avanza en una teoría del sujeto de corte materialista, pero mejor, en su producción de positividad. Es importante resaltar que se toma el discurso como práctica discursiva, allí: *a) el discurso siempre se relaciona con las condiciones de producción, circulación y recepción; b) el discurso está constituido por varias*

materialidades con funcionamientos diferentes; c) el discurso es una práctica social peculiar (Haidar, 1998). Pero en el análisis de discurso privilegiaremos los actos de enunciación y los contextos que dan lugar a los procesos sociales sobre sexualidad y salud.

En el análisis de la producción de identidades adolescentes no podemos negar que la sexualidad es uno de los elementos que moldean las identidades de nuestros sujetos de trabajo. Así, analizamos lo que hay entre los discursos y las prácticas, es decir que hay entre lo que los adolescentes dicen y lo que hacen con respecto a su sexualidad (entre el sentido y la acción) y reconstruimos el significado de la iniciación en las prácticas sexuales, lo que dicen sobre su ejercicio. El gran problema que bordeamos es la subjetivación de la sexualidad, sobre todo en esa brecha que se ha producido en todos los discursos modernos, en corto, tratamos de problematizar las prácticas y los discursos, el sentido y la acción sobre el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes.

Discutimos la toma de la palabra como un devenir, esto es, nos importan los significados procesos de enunciación donde se avizora la producción de significados no solamente como productos que han soldado los lazos de la energía sexual o libido, sino como construcciones en tanto que subjetivan la experiencia.

4.4. Las herramientas y técnicas

Las herramientas y técnicas que utilizamos son entrevistas a profundidad, discusión en grupos dirigidos, observaciones y notas de campo. Las entrevistas a profundidad, promueven las conversaciones entre el entrevistador y el participante, facilitándole a este último un ambiente idóneo para hablar libremente. La discusión en grupos dirigidos se centra en la interacción del grupo. El grupo es una reunión de personas en donde se les proponen preguntas o temas para reflexionar, se busca que en grupo reflexionen. En metodología cualitativa

corresponde a la técnica del grupo focal. Posteriormente se trabaja el discurso con un conglomerado discursivo que corresponde a determinado tiempo y contexto.

4.5. Creación de lugares para que se hable la sexualidad

Trabajamos con grupos cautivos y en comunidad. Para realizar la discusión en grupo, seleccionamos la Escuela Secundaria Pública “178” y en el Colegio de Bachilleres No. 4 en la delegación Coyoacán. Consideramos que las escuelas son un lugar privilegiado para hacer trabajo de investigación con los adolescentes, por ser una población cautiva que facilita la realización de las entrevistas. En las escuelas ellos pasan gran parte de su tiempo, aprenden cuestiones académicas, pero también aprenden a relacionarse y a socializar con los demás, mantienen relaciones afectivas y amorosas con sus iguales, comparten inquietudes e intereses y crean sus propios códigos para comunicarse entre ellos. Este espacio es idóneo para realizar trabajo grupal que genere discursos sobre los significados de la sexualidad de los jóvenes. Pero considerando que en una sociedad con enormes desigualdades y brechas de desarrollo social como es la Ciudad de México, en la que aún se observan coberturas deficientes en el acceso a bienes colectivos como la educación y la atención médica, resulta importante también considerar a los adolescentes que por diferentes causas no tienen acceso a la educación formal, esto permite además una primera aproximación a la influencia de la institución escolar en la producción, distribución y consumo de significados y prácticas sobre la sexualidad.

En la comunidad, se realizaron entrevistas a profundidad con adolescentes escolarizados y no escolarizados. A los adolescentes que estudian se les realizó la entrevista por petición personal, ellos se contactaron a través del trabajo grupal y del contacto con autoridades escolares. Los adolescentes que actualmente no estudian, se les contactó en su comunidad a través de una profesora y una madre de familia interesada en los problemas de su colonia. Estas entrevistas se realizaron en las delegaciones Coyoacán y Gustavo A. Madero.

4.6. A propósito de estrategias, tácticas para el abordaje de la sexualidad

Contactamos con autoridades escolares, para solicitar el permiso de trabajo con los grupos. En el Colegio de Bachilleres, primero nos entrevistamos con una profesora, a su vez ella contactó con profesores del sindicato, con los que nos reunimos, y decidieron en ese momento en qué grupo podía realizar el trabajo. La discusión en grupo se llevó a cabo en un salón de clases. En la Secundaria Pública, contactamos a las autoridades a través de una de las Trabajadoras Sociales, quien nos concertó una reunión con el subdirector, él nos expuso la dificultad de trabajar en esos espacios debido a que su población es menor de edad, por lo que solicitó una carta expedida por la Universidad. En una reunión posterior entregamos la carta y nos asignaron grupos, días y horas de trabajo, la discusión con estos grupos también se realizó en su salón de clase. En esta escuela fue difícil convocar a los adolescentes para la realización de las entrevistas a profundidad, debido a que había mucha tensión entre profesores, autoridades escolares y padres de familia por una problemática relacionada con un supuesto abuso sexual entre alumnos.

Para realizar las entrevistas a profundidad con adolescentes escolarizados, hicimos una invitación al grupo del Colegio de Bachilleres donde trabajamos. Por decisión personal se anotaron algunos adolescentes a los que posteriormente llamamos vía telefónica y acordamos día y hora para las entrevistas. Las entrevistas se realizaron en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Con la población de adolescentes que no estudian, el contacto fue a través de la profesora del Colegio de Bachilleres, y una madre de familia de una colonia de la Delegación Gustavo A. Madero, nos expresaron su preocupación por los adolescentes de esa comunidad, ya que refieren que hay muchos jóvenes que no van a la escuela y “se la pasan en la calle”. Esta madre de familia fue nuestro enlace en la colonia, en donde realizamos las entrevistas a profundidad con

adolescentes que no estudian, pero también con adolescentes que estudian secundaria y son menores de 15 años.

En las escuelas hicimos grupos de discusión con hombres y mujeres adolescentes, en total trabajamos con cinco grupos, uno en el Colegio de Bachilleres y cuatro en la Escuela Secundaria Pública. Realizamos 6 entrevistas a profundidad cuatro con adolescentes que estudian (dos hombres y dos mujeres) y dos con adolescentes que no estudian (un hombre y una mujer), todos ellos participaron de forma voluntaria, cabe mencionar que ellos dieron su consentimiento informado de forma oral. En total se realizaron cinco entrevistas grupales y seis entrevistas individuales (tres hombres y tres mujeres). Para ambos casos se elaboraron notas de campo y observaciones sobre las acciones, las palabras, frases y situaciones en relación al tema de investigación.

El compromiso con los adolescentes que decidieron participan en la investigación fue el anonimato y la confidencialidad, no incluir sus nombres en los documentos, y en algunos casos no grabar las entrevistas, solamente permitieron tomar notas, con ese material se reconstruyeron los discursos.

Escenarios y sujetos de la sexualidad

Se elaboraron temas ejes para las entrevistas grupales e individuales.

1. Sexualidad, sexo y género

- a) Definición de sexualidad
- b) Definición de sexo
- c) Definición de género
- d) Relación entre sexualidad y sexo

2. Salud y sexualidad

- a) Relación entre sexualidad y salud

3. Lo que se dice y lo que no se dice de la sexualidad

4. Primeras enseñanzas para vivir la sexualidad

- a) Procedencia de los discursos

b) Contenidos

5. Diferencias entre la sexualidad de los adolescentes y la sexualidad de los adultos

a) Especificación de diferencias

b) Las razones que le atribuyen a las diferencias

c) Validez

6. Problemas de salud relacionados con la sexualidad

7. La sexualidad como problema

a) Visualizan la sexualidad como un problema

b) Argumentos para percibirla así

c) Derecho

8. El ejercicio de la sexualidad de los adolescentes

a) Significados

b) Prácticas

c) Coherencia entre los significados y las prácticas

Posteriormente, realizamos la transcripción de las entrevistas con la perspectiva de construir los relatos con los sujetos de la entrevista y crear categorías analíticas.

¿Codificar el enunciado o bordear los significados?

La mayoría de las entrevistas a profundidad y del trabajo en grupo fueron grabadas y posteriormente se transcribieron, sin embargo, las que no se grabaron, se reconstruyeron a partir de las notas realizadas durante las entrevistas. Los textos resultantes de las transcripciones se leyeron varias veces y se anotó al margen las posibles categorías discursivas emergentes, que son resultado de los discursos de los participantes, así como del enfoque teórico de la investigación. Por ejemplo, la categoría “sexo” que utilizaron a menudo los participantes para referirse a tener una relación sexual y en otros casos a lo femenino y masculino.

De intensidades e intenciones

Cuando terminamos de seleccionar las categorías de las entrevistas, construimos los siguientes ejes teóricos de análisis.

1. Saberes de la salud y la sexualidad
2. Prácticas sexuales.
3. La prohibición y los dobles discursos sobre el ejercicio de la sexualidad. El discurso de los adultos y las instituciones.
4. Significados de la sexualidad y repercusiones en la salud

4.7. La interpretación

La interpretación es una puesta en sentido de la experiencia de los adolescentes con los contextos. La interpretación es generar nuevas lecturas de los hechos sociales, aquí nos referimos a la puesta en discurso de la sexualidad de los adolescentes. Mediante la transcripción del decir de los sujetos de investigación se fijan huellas sobre una superficie discursiva, el siguiente momento consiste en leer tomando en cuenta los contextos de tal manera que se van formulando emergentes que hacen pregunta, esto es la antesala de la formulación de significados. En el ámbito de la ideología son las ideas que muestran los cruces y encuentros de sentido pero que corren el riesgo de quedar fijos y reproducirse a veces de manera inconsciente. Esto quiere decir que los sujetos reproducen los significados sin conocer los antecedentes mediante los que reproducen significaciones hegemónicas y moldean sus formas de ser. Aquí la interpretación es dar a ver.

Existe otra manera de pensar la interpretación como construcción de sentido. En el acto de enunciación el sujeto del enunciado descubre nuevos lazos, nuevas maneras de decir. Aquí el sujeto del habla, en la acción enunciativa participa del decir, usa las palabras para dar nombre a su experiencia, es decir, se piensa. En el acto de hablar el sujeto se construye, construye su experiencia y crea nuevos significados al compartirlos con los otros. Aquí el sujeto se sumerge en el campo discursivo y aprende a pensarse de otra manera, es decir construye significados.

Decíamos con anterioridad que abordamos la investigación con estrategias de la metodología cualitativa, es aquí donde hacemos el enlace de esa vertiente de investigación con la construcción de sentido, porque a final de cuentas los adolescentes son seres de sentido que están construyendo su identidad, sus formas de vivir y habitar el mundo.

Hace falta sin embargo que las instituciones de salud comiencen a valorar la experiencia de los adolescentes porque solamente considerando su experiencia es posible hacerlos partícipes, responsables y sujetos activos de los programas que pretenden mejorar sus condiciones de vida y de salud.

Por otro lado, es necesario establecer los márgenes del problema, es decir, mostrar las condiciones sobre las cuales se ha dibujado la problemática de la sexualidad adolescente.

CAPÍTULO CINCO

CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS: SUBJETIVIDAD, SALUD Y SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

5. 1 Saberes de la salud y la sexualidad

La cultura, la sociedad, la historia determinan los procesos de construcción de los sujetos, de tal manera que éstos forman una visión de quiénes son ellos, quiénes son los otros y cómo es el mundo en el que viven. La construcción de los significados no es un evento aislado que se da de manera individual, solamente a partir de la ideas del sujeto, va más allá de eso, el sujeto está envuelto en dinámicas históricas y culturales. La construcción de los significados es un proceso social-dinámico, en donde las instituciones tienen un papel importante que impacta en el mundo simbólico de los adolescentes y que se manifiesta a través del habla, es decir, la manera en cómo se narran, se interpretan y se resignifican. La construcción de significados es la acción primordial para la construcción de la identidad y la relación con el otro y el mundo.

Lo que los adolescentes significan sobre sí y los demás, los saberes sobre la sexualidad y la salud, en la mayoría de sus conversaciones están enmarcados en discursos institucionales, existe un predominio de significados y prácticas que denotan una cultura hegemónica de la sexualidad y la salud, hay una relación que articula ideológicamente lo sexual con la reproducción biológica. Los adolescentes se apropian de manera particular de los discursos institucionales, aprenden conceptos, repiten información reproduciendo significados y prácticas, pero también con frecuencia, como si hubiera una escisión entre lo que han aprendido en la educación formal y sus propias experiencias, también reelaboran la cultura. Al enunciar o tratar de describir qué es la sexualidad desde lo que han aprendido en su casa, en la escuela y en los medios de comunicación, algunos muestran contradicciones haciendo combinaciones entre lo que consideran es la sexualidad, el sexo y el género, sin embargo, algunos de ellos tienen su propia construcción a

partir del contexto, de sus sensaciones y experiencias, esto se deja ver en sus propias narraciones. Cuando el sujeto se narra, expresa una identidad narrativa que da cuenta de las formas en que habita el mundo y las formas en que da cuentas de su existir, para este caso con relación a la sexualidad y la salud.

5.2 Recorriendo el laberinto

Fernanda tiene 16 años, radica en la zona de Cuautepec, en la Delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México, el lugar donde vive está en la parte alta del cerro, los vecinos se conocen, ella tiene familiares que viven en la misma calle, la diversión para los jóvenes de esta zona son las “tocadas”, fiestas que se realizan en la calle o salir al cine, lo que implica un gasto mayor, por no encontrarse cerca. La secundaria en la que ella asistió se ubica en la parte baja del Cerro del Chiquihuite. Las adolescentes se relacionan con jóvenes de la misma comunidad, esto se intensifica cuando no estudian o no trabajan, lo que las obligaría de cierta forma a desplazarse solamente en la misma zona o a permanecer en ella, situación que disminuye la posibilidad de conocer a otras personas fuera de su comunidad y a crear otras relaciones más allá de su lugar de residencia. Fernanda conoció a su novio cuando iba en tercero de secundaria, él vive en la parte baja del cerro, estudió una carrera técnica, trabaja y es mayor que ella, tiene 20 años. En un primer momento de la conversación menciona que la sexualidad es para ella: “...*la eyaculación, la menstruación, el embarazo y las relaciones sexuales...*” que es lo que le enseñaron en la escuela, posteriormente menciona que la sexualidad es “...*algo muy bonito, que si lo practicas con alguien que te quiere, respeta, no hay algo a lo que hay que temer, miedo a una enfermedad o a quedar embarazada*”. Hace referencia a sus vivencias, está embarazada y el padre de su hijo se va a casar con ella, esta decisión la tomaron los padres de ambos jóvenes, ya que Fernanda es menor de edad y el novio es mayor, por lo que una negativa a la petición de los padres de Fernanda implicaba problemas legales para él. Para Fernanda “...*la sexualidad no solamente es algo bello, sino que también es lo que le permitió tener otro estatus social...*”, pasó de

ser una mujer soltera, que está bajo la autoridad de sus padres, una joven que no se quedó en la preparatoria que quería, que no trabaja y que adquiere mayores responsabilidades en casa con sus padres y hermanos, a ser la mujer casada, que se ocupa de un hogar, un marido y de un bebé y que ya no es tratada como adolescente, se observa pues que “...*la adolescencia es un estado transitorio en las edades del hombre y la mujer*”.

¿Qué pasa cuando una adolescente no sabe qué hacer con su vida?, ¿qué posibilidades tendría una adolescente, cuando sus opciones por tener mejores condiciones de vida se han agotado? El embarazo y el matrimonio son las alternativas por las que muchas adolescentes se inclinan como en el caso de Fernanda. En nuestro país culturalmente son aceptados y promovidos los embarazos y uniones tempranas. Las cargas e ideas de lo que son los roles de género hegemónicos determinan las posibilidades de las mujeres en México, no solamente las que se encuentran en situación de escasas posibilidades económicas, si no que ocurre invariablemente en mujeres que se encuentran en otras situaciones.

Las expectativas de una adolescente por alcanzar una posición social y económica estable la exponen a realizar acciones que intentaba o por lo menos creía que intentaba postergar (relaciones sexuales sin protección, embarazos, matrimonio). Más cuando se trata de unirse con jóvenes que tienen mejores condiciones sociales y económicas (estudio, trabajo, lugar donde vivir) que ella, o por lo menos creen que van a tener mejores posibilidades con esa unión. El significado de la sexualidad para Fernanda en este momento de su vida es que se trata de “...*algo bello*” porque le permitió lograr algo que ella deseaba. La salud para ella “...*es amor y respeto*”, lo que impide considerar que visualice objetivamente la posibilidad de las enfermedades de transmisión sexual. Más allá de tener un comportamiento para prevenir el contagio de ITS's o de embarazarse, la carga en su contexto familiar, social, sus deseos, sus desencuentros con las instituciones educativas, le facilitó tomar el camino que muchas otras adolescentes

de su comunidad toman, embarazarse a temprana edad para tener otro estatus de vida, que las aleje de las miserias y carencias que caracterizan su vida cotidiana. En su perspectiva, el ejercicio de la sexualidad y el “*amor*” pueden servir de punto de apoyo para mejorar las condiciones de vida, y traspasar los umbrales de la exclusión social, como nos puede mostrar esta viñeta de análisis del material de campo.

5.3 Asirse de una identidad

Hugo tiene 14 años, radica en la zona de Cuatepec en la Delegación Gustavo A. Madero y vive con su mamá, una hermana y el cuñado en la casa de su abuela, en donde viven otros hijos de esta última con sus respectivas familias. Hugo es el menor de tres hijos, tiene dos hermanas mayores y ambas están casadas. La mamá de Hugo trabaja en una fábrica, y su papá migró a Estados Unidos cuando él tenía dos años de edad, dice que les enviaba dinero, pero que no lo conoce, algunas veces se comunicó con él vía telefónica, pero que ahora ha perdido todo contacto. Hugo y su mamá no tienen buena relación, a él le cuesta trabajo comunicarse con ella, él cree que a ella no le importa lo que él haga. Con quien tiene mayor relación es con su hermana la mayor, ella le va a conseguir trabajo en una fábrica, Hugo piensa dejar la secundaria, su aspiración laboral es ser policía. Refiere que la sexualidad para él es: “...*los condones, las enfermedades... eso... eso de la protección...*” comenta que este conocimiento lo adquirió en la escuela, de manera formal dice que eso es lo que ha aprendido sobre la sexualidad, sin embargo su discurso dice más, la sexualidad para él “...*es tener novia*”, una chica que conoció en su calle, la vio cuando ella iba con su papá vendiendo. “...*voy a verla a su casa, sus papás ya me conocen y estoy con ella...*” (silencios)... *yo le he platicado de los problemas en mi casa y ella me dijo que me vaya a vivir a su casa, que le dijo a sus papás... Van a comprar una casa en Zumpango y sí me quiero ir con ellos*”. Para Hugo la sexualidad va más allá de los condones y las enfermedades, es tener novia, irse a vivir con ella, pero no solamente eso sino también tener la posibilidad de ser parte de una familia, ser escuchado, que se

tomen en cuenta sus decisiones, alejarse de la mala relación con su madre, trabajar y formar su propia familia, es decir tener acceso a eventos que den orden a su vida. Para él, ejercer su sexualidad es ser otro y apropiarse de su vida, no tiene tiempo para ocuparse de embarazos tempranos o de adquirir o transmitir ITS's, sus prioridades están en otro lugar. Este adolescente quiere incluirse en otra familia, pero ya como hombre, la indeterminación de la adolescencia para la gente con pocos recursos es utilizada como palanca para el encuentro de otros mundos. Sin duda todas las disciplinas científicas tendrían que abordar los problemas como estados abiertos o estructura flexibles o disipativas con cuya homeostasis busca equilibrios aunque sean precarios porque es justamente así como se construye la identidad.

5.4 El discurso institucional de la sexualidad vs discurso basado en la experiencia sexual

En este apartado, retomo los discursos obtenidos mediante entrevistas grupales, en esta experiencia se dio la posibilidad de que los jóvenes pudieran expresar sus significados sobre la sexualidad y la salud, así como hablar de sus prácticas a través de un proceso que permitió la interacción entre ellos, lo cual le da al dato (discurso), una "densidad" específica que habla por el sujeto de discurso colectivo, que pone de relieve las semejanzas y diferencias en los contenidos de un discurso socialmente compartido y sobre el que son socializados los jóvenes.

Grupos de Secundaria

Sonia: *"Sexualidad es tener relaciones y sexo es ser hombre o mujer"*

Luis: *"No, yo digo que es al revés: sexo es tener relaciones sexuales y sexualidad tiene que ver con hombre o con mujer"* (ovaciones por parte de otros chicos).

Nadia: *"...eso es lo que nos han enseñado, la sexualidad es tener relaciones"*

Marco: *"Sexualidad es hacerlo, sexo es si eres hombre o eres mujer"*

Pedro: “Lo que nos han dicho es que sexualidad es tener relaciones y sexo es el físico”.

En los grupos de secundaria el control sobre lo que dicen los adolescentes es más evidente, bajo la vigilancia de la autoridad (profesor, prefecto, trabajadora social o padres de familia) trataron de apegarse a definir la sexualidad como se los han enseñado en la escuela o en su casa. Sin embargo, para algunos de ellos es todavía confuso entender qué es la sexualidad, si es una dimensión exclusivamente biológica que ellos remiten a aspectos físicos, es decir, si tiene que ver con su cuerpo, o son las relaciones sexuales, entendidas éstas como las interacciones físicas, corporales o eróticas. Los adolescentes se esforzaron por expresar claramente un concepto técnico de la sexualidad, orientando su discurso no necesariamente a resolver la pregunta de qué es sino a satisfacer la expectativa de la autoridad como representante personificado de la institución educativa, sin embargo, en el lenguaje coloquial, los códigos verbales entre ellos son otros, tener sexo es tener relaciones sexuales, “*estar calientes*” es tener “*ganas*” de estar en contacto íntimo con otra persona y no necesariamente llegar a la relación coital. Llama la atención que el tema de sexualidad desde las instituciones educativas está incluido en la currícula desde quinto año de primaria, continúa en sexto y primero de secundaria, además este tema es reforzado por otras instituciones sociales, educativas y de salud. La sexualidad sigue mostrando una dualidad discursiva entre el mandato institucional definido por las diferencias de género y la vida cotidiana en que ejercen sus prácticas, habiendo en este doble contenido desencuentros con potenciales consecuencias en los riesgos y daños a la salud que implica el ejercicio de la sexualidad.

Las conversaciones con los adolescentes en su ámbito educativo, permean sus discursos, lo que deben de decir desde el ámbito académico, lo que les enseñaron los maestros u otras autoridades educativas o de salud sobre la sexualidad. No cabe duda que lo que las instituciones siguen transmitiendo tiene que ver con todo lo relacionado con la reproducción humana, la cultura hegemónica sobre

sexualidad es la que predomina, lo que hace que se sientan extraños y ajenos a la información que se les provee desde los discursos institucionales, los adolescentes desean experimentar lo erótico, el placer en el mejor de los casos, en lo inmediato no piensan en un embarazo o en una enfermedad y estas improntas se relacionan poco con los contenidos que les disponen en la educación formal. Sus expectativas están fuera del alcance de esta información, están envueltas en los discursos que recorren los pasillos, los salones, los baños y tiene que ver con las experiencias sexuales ¿qué se siente estar con una chica o con un chico? ¿qué hicieron? ¿cómo lo hicieron? ¿qué sintieron?, estos discursos son como dinamita que hace explotar la curiosidad y el deseo de los adolescentes por tener sus propias experiencias. La escuela es una de las instituciones del Estado donde se transmiten, se comparten saberes y no queda lejos de los mecanismos de transmisión de las reacciones de poder que están implicadas en el sistema general de relaciones sociales.

El control sobre los cuerpos y la vida es evidente en los discursos de las instituciones, pero éste parece estar dirigido a que los jóvenes posterguen las interacciones sexuales y la persuasión va argumentada por los “peligros” que entraña ejercer la sexualidad y cargada de indicaciones sobre cómo deben comportarse sexualmente para no enfermarse o embarazarse; es decir, se trata de un discurso eminentemente normativo fundado principalmente en el miedo, lo cual puede alejar a los jóvenes de conocer con mayor detalle aquello que se les presenta como peligroso, quizá un mecanismo de evitación que se ve superado por la curiosidad y el deseo. Algunos adolescentes se resisten y a través de ciertas tácticas viven el momento, fuera de los discursos reguladores de poder.

Grupo de Bachilleres

Blanca: *“la sexualidad es relación... relación de género de dos personas que se quieren, pero sexual ya sería de cada quién porque como ejemplo dicen no exactamente tiene que haber un coito, una relación sexual, hay gente que sólo se excita con sólo verte, con sólo besarte, sexual ya varía de cada persona.”*

Juan: *“Hay un problema aquí porque están mezclando sexo y la sexualidad son dos cosas muy distintas, muy diferentes y más que nada la relación sexual es el congeniar con ambos, de diferentes sexos, congeniar es como muchos dicen el coito, simplemente hablando las dos tienen que ver.”*

Lola: *“Por ejemplo igualmente no tiene que ser teniendo sexo, sino hacerlo ocupando los sentidos, mucha gente tiene relaciones sexuales y no es necesariamente meter al sexo en este tipo de cosas.”*

La conversación con este grupo se dio de manera más libre ya que no había autoridades escolares presentes durante la entrevista, los jóvenes expresaron sus ideas más abiertamente, describieron lo sexual como una construcción social que depende o *“varía de cada persona”, “no solamente como una relación coital, sino también a través de una mirada o un beso”*. Con este grupo de jóvenes fue evidente que también expresaban su opinión a partir de la experiencia propia en el ejercicio de su sexualidad y de las enseñanzas académicas, aunque es de observarse que, no existe un consenso sobre lo que piensan sobre qué es la sexualidad. Cada uno tiene su propia construcción, aunque pueden distinguirse imprecisiones sobre el concepto sexo que parecen equiparlo a coito, así como una mirada heterosexista de la sexualidad, ya que algunos informantes no contemplan en su visión de las interrelaciones sexuales sino solamente a las que involucran a personas de diferentes sexos y géneros. De ahí la complejidad de los significados construidos sobre este tema.

5.5 La sexualidad como decisión

Bianca: *“Pues, pienso que la sexualidad es una decisión, la sexualidad es una preferencia algo así como gay o lesbiana, para mí la sexualidad no es un acto, como el sexo, se me hace como una preferencia... para mí es como la teoría y la práctica, la sexualidad es la teoría y la práctica es el acto, el acto es saber qué te gusta y qué no. La sexualidad como lo que tú prefieres, puede ser un beso, una*

caricia, una mirada, la sexualidad puede ser de todo tipo, o sea, hay muchas diferencias, muchos géneros.”

Para Bianca la sexualidad tiene que ver con una decisión, con una preferencia, ella construye sus propias aseveraciones considerando las experiencias vividas, para ella, hablar de sexualidad es lo mismo que hablar de género. La sexualidad para Bianca va más allá de tener relaciones coitales. Cada quien construye lo que es la sexualidad a partir de lo que ha vivido. La sexualidad es una decisión, es decir, cada quien decide como experimentar su sexualidad, en este caso, el significado de sexualidad está más “cargado” y “amplificado” que en el caso de los jóvenes de secundaria ya que aquí, algunos informantes relacionaron la noción de sexualidad con la “preferencia” y la toma de decisiones en función de ella, hablan de ella como un conjunto de posibilidades, de opciones a ser elegidas. Llama la atención que en este enfoque, abren su horizonte incluyendo otras identidades basadas en la sexualidad cuando consideran lo “gay” por ejemplo, aunque se incurre en un imprecisión al denominarla “preferencia” en tanto que el término más idóneo es de orientación del deseo sexual.

5.6 La sexualidad es la vida

Ángel se interesó en la entrevista cuando su novia que estudia en el Colegio de Bachilleres 4, le mencionó que iba a participar en una entrevista para esta investigación. Él es un joven de 18 años que muestra alegría y disposición, es abierto y habla sin mayores dificultades sobre el tema, él quiere ejercer como técnico radiólogo y estudiar una carrera universitaria. Refiere que la sexualidad es una inquietud que lo ha acompañado desde pequeño, esto lo podemos observar en su discurso.

“...yo ya tenía un poco de conocimiento por curiosidad... hubo un problema por eso, le levanté la falda a una niña, tenía como ocho años. En otra ocasión, estaba dormidito, no soy de muchos recursos económicos, estábamos amontonados (mi

papá, mi mamá y dos hermanos) mi papá estaba en la intimidad, sabía lo que estaba ocurriendo, pero mi corazón empezó a latir, como si estuviera asustado...”.

Ángel a los ocho años empieza a ser consciente de que hay diferencias físicas entre hombres y mujeres, las diferencias entre los órganos sexuales masculinos y femeninos, la particularidad de los eventos con que adquiere conocimiento de la sexualidad definieron sus prácticas subsecuentes: levantarle la falda a una niña para mirar que tiene de diferente a él, el hacinamiento en su casa que lo expone a presenciar la intimidad de sus padres; él siente, imagina y sabe que tienen un encuentro sexual. Cuando un niño quiere saber sobre la sexualidad, se llena de fantasías y sensaciones que no sabe explicar, un niño siente deseos, excitación y no sabe cómo ponerlo en palabras pero el término más aproximado es: “*asustado*”. Sabe que sus padres tuvieron relaciones sexuales en la misma habitación donde dormían sus hijos, “*estábamos amontonados*”, por falta de recursos económicos para contar con un lugar en donde pudieran tener intimidad con mayor privacidad. Ángel y su novia están pasando por la misma situación no tienen un lugar a donde tener sus encuentros íntimos. Ángel ha visto que las personas con escasos recursos económicos viven sus encuentros sexuales como pueden y en donde pueden. Si bien es cierto que en este grupo, los jóvenes se plantean la sexualidad como un ámbito de opciones a tomar, también ponen de relieve, mediante sus experiencias, que las condiciones materiales de vida definen sus significados (la sexualidad se vincula al miedo y al mismo tiempo, a la imposibilidad de privacidad), moldean sus expectativas (curiosidad) y producen ciertas conductas (levantarle la falda a una compañera). Prevalece entonces en la sexualidad una idealización de ésta como un ámbito para el ejercer el derecho a la elección pero contradictoriamente, se ve limitado por condiciones materiales.

“...Mis amigos iniciaron primero que yo, y hablaban del tema, algunos conocidos siempre tocan el tema pero con un lenguaje a veces obsceno, tengo más confianza con mis amigos, no tomo el tema a la ligera” ... (pausa). Entre hombres es común hablar de cuestiones sexuales, refiriéndose a las mujeres, bajo ciertos

códigos, que las discriminan y las estigmatizan, haciendo valer una cultura hegemónica del género en el que las mujeres son colocadas en un espacio de menor jerarquía en relación a los varones. La construcción de género determina así tanto los pensamientos como los comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres, son evidentes los códigos verbales, que usan los hombres para referirse a las mujeres con las que han tenido relaciones sexuales, y además es una práctica conocida entre los varones y avalada socialmente.

“... A los 16 años, fue algo raro, mi novia con la que estoy ahorita... (Se toma tiempo para recordar y expresar su idea) yo estaba en tercero de secundaria y ella en primero, y éramos novios de 'cachete'. Ella fue la primera persona que toqué, 'algo padre' (su rostro se nota alegre) yo era su primer novio que tomaba en serio. Nuestro primer encuentro para los dos inició con besos, después de un año de relación la tomaba de la cintura y nos dábamos besos, me dio la confianza y empezamos con juegos para tocarnos, nos escribíamos mensajes en el celular, nos mensajeábamos, sentía muy bonito, que me amaba..., ella me escribió que si quería pasar a otro nivel, ¿qué, a otro nivel? sí, ella me dijo que era debajo de la ropa. En ese momento la amé, pero siento que la calentura era más y le dije que sí; nos tocamos más a fondo, después de meses se dio el primer desnudo, no hubo coito, nos preocupaba el hecho de quedar embarazados, pensábamos en los preservativos para mujeres y para hombres, pero nos daba un poco de temor, era desconocido para nosotros tuvimos otro tipo de sexo, sexo oral, no sé si sea precoz, iniciaron mis cambios de voz pronto, me preguntaba ¿qué iba a sentir cuando..? ¿cómo se hacía...? siempre me dio curiosidad eso”.

“...Cuando ya estábamos en esto, algo que no tenga que ver con el coito, yo iba a los sex-shop que están en Salto del Agua, la primera vez sentí algo de pánico, pero tengo un amigo que se ve más grande que yo, me acompañó, él me aclaró algunas dudas, vimos varios accesorios, juguetes de gel, lubricantes y él me explicaba 'hace esto...' o lo otro, compré un anillo con bolitas de goma, con el

anillo nos rozábamos, nos gusta sentir a los dos, no me gusta que los hombres utilicen a las mujeres como 'objeto sexual'.

Si bien este informante parece evitar positivamente el lugar subordinado que la cultura de género asigna a las mujeres en la sexualidad, al preocuparse por su placer, al afirmar que no le gusta que las “utilicen”, su experiencia se vio marcada por el modelo de masculinidad hegemónica en el que frecuentemente los varones pueden sentirse obligados a responder a las expectativas o deseos de sus parejas para ser vistos como proveedores (en este caso de placer) pero también como responsables del bienestar de las mujeres, respondiendo posiblemente a expectativas que aunque pudieran compartir, no las contemplaban para ese momento, por otro lado, también nos muestra otro rasgo característico de la masculinidad en la socialización de la sexualidad, y es la recurrencia a los pares como fuente de información y como espacio en el que comparten la experiencia mediante discursos que refuerzan los significados con que los varones piensan sus vínculos con las mujeres y la forma en que éstos determinan sus prácticas sexuales.

Ángel define la sexualidad como “...el tema... en la sexualidad aprendemos que hay tipos de sexualidad, formas de tener relaciones, cuidados y prácticas”. Para él, la sexualidad no es algo universal, parte de que hay tipos de sexualidad, que cada quien ejerce su sexualidad como quiere o como puede, que existen diferentes formas de ejercer la sexualidad, él lo ha experimentado a través de mirar, tocar, besar, jugar, mensajear, tocar el cuerpo desnudo, tener sexo oral, estar “caliente”, tener temor, pánico, buscar accesorios para tener placer, tener relaciones coitales. Para Ángel, la sexualidad y salud no son temas independientes, uno es parte del otro, lo refiere como “prácticas y cuidados” “...nos preocupaba el hecho de quedar embarazados, pensábamos en los preservativos para mujeres y para hombres”. Ángel se describe como precoz, lo que le da la posibilidad de explorar más, no solamente sobre la sexualidad sino también sobre la salud y en general sobre la vida.

A lo largo de la conversación con Ángel, muestra resistencia a repetir normas ejecutadas y verbalizadas por hombres para hombres con relación a las mujeres *“utilizar a las mujeres como objeto sexual”*. Para él es importante el deseo y la satisfacción sexual tanto de hombres como de las mujeres. Podríamos pensar que el discurso de Ángel parte de la idea de la igualdad de géneros.

La histórica intención por normativizar a la población adolescente a través de los discursos indicativos, que buscan persuadir mediante el temor a las consecuencias negativas de las prácticas sexuales es evidente. El discurso religioso y aún el jurídico (con todo y el reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos), así como ciertos discursos científicos aún, que se difunden en las instituciones educativas y de salud, insisten en resaltar datos con los que interpretan que las poblaciones jóvenes se están enfermando más por tener comportamientos irresponsables en el ejercicio de su sexualidad, desde esta perspectiva, la sexualidad se está gestando como problemática (estadísticas de prevalencia e incidencia de sus consecuencia negativas parecerían respaldarlos), estos argumentos son también apropiados por el sentido común de los adultos y en específico los padres de familia que vienen a confirmarles sus propios prejuicios, cuando en realidad consecuencias como embarazos no deseados e ITS son resultado precisamente de una cultura dominante de la sexualidad anclada ideológicamente a la reproducción, basada en estereotipos de género que reproducen inequidades entre varones y mujeres, y cuya regulación se fundamenta en el temor. Estas contradicciones, son un obstáculo para que los adolescentes adquieran habilidades coherentes con sus nuevos significados sobre sexualidad y los expone a daños a la salud.

5.7 La prohibición: El exceso de muestra del deseo y la masturbación

Kevin, es un adolescente de 18 años, actualmente no está estudiando, a los 15 años terminó la secundaria, se dedica a cuidar a sus sobrinos, aunque en la

conversación refiere que no trabaja, tiene un trabajo pero no es remunerado, tiene novia y menciona que quiere tomar un curso y poner su propio negocio de audio y video, para no tener que depender de una empresa que le de trabajo, además se quiere casar y formar su propia familia. Cuando habla de los adultos y de la opinión que tienen de la sexualidad de los adolescentes menciona que: “...se equivocan los adultos...” (Pausa) “y a veces tienen razón...pasa que tú ya no quieres, y la mujer dice sí, yo le dije a una chava ‘ya me cansé’. Descansé y yo ya no quería, y aunque no quería, ella se puso a llorar y si lloran me convencen. Con esta amiga lo hice porque me dio lástima de verla llorar, nos conocemos desde que teníamos siete años, pero, una vez unos amigos me dijeron que se subió al carro de uno, pedí el carro a mis primos y los alcancé y ella estaba teniendo relaciones con el chavo en el carro. Una vez le pregunté a ella, por qué era así, ella dijo ‘no me aguanto las ganas’. Creo que debe estar ‘enferma’ o ha de tener algo, porque yo tengo hermanas y una de ellas está separada desde hace dos años y no la he visto ‘desesperada’ por buscar hombres”.

Kevin repite lo que ha escuchado, pero no se trata de una repetición inocua del discurso aprendido sino de la reproducción de los contenidos de género con que él mismo se ha constituido como sujeto. Basado en el significado de que la actividad sexual en las mujeres debe ser contenida, limitada o por lo menos “discreta”, basa su propia valoración de la mujer con la que se vincula sexualmente y ejerce en dichas prácticas esas ideas de minusvalía o estigmatización de las mujeres que ejercen plenamente su deseo sexual, al resultarle inexplicable el hecho de que una mujer busque a los “hombres” para su satisfacción sexual (hecho que no tendría la misma valoración si se tratara de un hombre que “busca” mujeres para el mismo fin), encuentra entonces el argumento de la patologización como recurso comprensivo (“ha de tener algo”), el discurso normativo de la salud y de la cultura de género como recursos regulatorios adquieren operación mediante juicios indicativos: ¿cuáles deben ser los comportamientos aceptables en el ejercicio de la sexualidad? si una adolescente quiere tener relaciones coitales varias veces con él, debe estar “enferma” no hay otra posibilidad de que él se refiera a ella, la

norma sexual y de género determinada desde el biopoder, señala que las mujeres no deben expresar abiertamente sus deseos sexuales, esto no es sano, se muestra que las mujeres así, son *“mujeres desesperadas por buscar hombres”, “algo anda mal en ellas”, “necesitan un especialista”* desde una visión disciplinaria se etiqueta y descalifica a la adolescente por estar fuera de los estándares establecidos, no solamente por los adultos, las instituciones, sino también por sus iguales, ya sean varones o mujeres.

“...no me gusta hablar bien con ellos, no son de confianza, porque si les cuentas al rato toda la cuadra lo sabe, y ‘quemar’ a las chavas, cuando insisten solamente les digo ‘estuve con una chava’ o ‘voy con una chava’, nada más”.

Aún, cuando Kevin no intercambie información con sus pares varones, sobre las chicas con las que anda para no ‘quemarlas’, de manera intrínseca es parte de esa misma red discursiva sobre la normalidad en la sexualidad de las mujeres y en los hombres, lo aprendido y construido sigue gestando las desigualdades entre géneros.

Kevin narra sobre sus experiencias personales con la masturbación y muestra mucho desagrado con esas prácticas; por un lado, dice, que sí le proporciona placer, pero por el otro, refiere que no es algo aceptable: *“...Cuando tenía como 15 años me masturbé algunas veces, pero no me gustó porque es ‘asqueroso y sucio’, y sí sientes placer, pero ‘no me gusta ensuciarme, no me gusta...’.* *Sí la masturbación es algo ‘sucio’ y ‘asqueroso’ es porque es una práctica que aunque es común en los adolescentes, es prohibida por los padres desde edades tempranas.* “no es sano masturbarse”, es el discurso de padres y respaldado por las instituciones, aunque en éstas últimas, se manejan ciertas contradicciones y de manera velada, las instituciones de salud promueven la masturbación, no descrita de manera explícita, sino incluida dentro de lo que denominan autoerotismo, “sexo seguro”, “sexualidad responsable” pero en tal ambigüedad, los adolescentes pueden no adquirir certidumbre de lo que es bueno para ellos.

5.8 Control de los discursos: Lo que se debe y no se debe decir del ejercicio de la sexualidad

Bianca tiene 16 años, estudia el tercer semestre en el Colegio de Bachilleres, vive con sus papás y tiene dos hermanos menores; en la conversación ella refiere que su familia es de escasos o bajos recursos económicos, su papá desde hace un año no tiene un empleo fijo, su mamá sí, pero siente que viven al día. El papá de Bianca dejó su carrera universitaria a un año de concluirla, estaba a tres meses de convertirse en papá y no tenía trabajo, la esposa sí trabajaba pero no estudiaba, tenía 22 años cuando Bianca nació.

Bianca menciona que con sus papás no habla sobre la sexualidad, aunque le mandan mensajes indirectos y advertencias: “...*mis papás no, porque nunca me han hablado de sexualidad, entonces no hay la confianza, a la fecha no me hablan de nada, por ejemplo vemos un programa y me dicen pero 'no vayas a salir eh'... o como me gustan mucho los bebés pequeños, me dicen 'no se te vaya a antojar', ninguna vez me han dicho, oye usa condón. Mi papá sí, dice lo que dicen los papás, porque me dice 'tú sabes lo que haces', 'ya eres responsable', pero, nada más. Mi mamá nunca me dijo nada*”. Los mensajes que los padres verbalizan son advertencias que están disfrazadas a través de ciertos dichos, la comunicación sobre la sexualidad en las familias no es directa y crea confusión en los jóvenes. Pareciera que Bianca sabe que los padres de familia manejan los mismos discursos cuando hablan con sus hijos sobre sexualidad, como si fuera un discurso obligado en los padres, pero no dirigido de manera particular a cada adolescente. Bianca no escucha de sus padres, lo que considera necesita saber sobre sexualidad, la prohibición obtura cualquier otro discurso. Bianca intentó hablar con su mamá sobre el tema pero, esto provocó tensión y disgusto por parte de la mamá: “...*la verdad, no, ella me habla del tema solamente como advertencia, 'tú no vayas a hacer esto', una vez en la tele pasaban sobre el*

condón y yo le pregunté, pero cómo se usa, y ella me comentó ¡ay! (resalta la entonación de molestia) y ya me dijo, pero no...”.

Cuando Bianca se refiere a las experiencias sexuales de sus pares menciona lo siguiente: *“...con los chavos de mi edad es un poco extraño que no hayan tenido una experiencia sexual, aunque creo que todo varía, dependiendo de la educación que te han dado, porque si no te han dado educación todo te vale y eres muy desmadrosa, pero si eres buena persona a lo mejor todavía no. Pero uno de mis compañeros que dijo que era quinto (virgen), yo lo veo muy mujeriego, lo veo con muchas chavas, pero eso no le quita lo..., su educación, que respete a las mujeres...”*. En la narración de Bianca se observa el papel normativo y el ejercicio de control que se le destina a los discursos sobre sexualidad, *“si no te educaron eres desmadrosa”*, ¿quiénes educan a los jóvenes? padres, maestros, otras figuras de autoridad, las instituciones, el gobierno, ¿quién lo dice? *“si eres buena persona todavía no has tenido experiencias sexuales”*. Bianca muestra una serie de contradicciones entre lo que vive y lo que dice con respecto a la sexualidad, ella desde los 12 años, (es la edad que refiere) ha tenido distintas experiencias sexuales, ¿en qué lugar se pensará Bianca?, si menciona que lo bueno y lo educado tiene que ver con las adolescentes que no han tenido experiencias sexuales y por el contrario lo malo y lo no educado se relaciona con quien sí las han tenido. Ante esta contradicción Bianca ejerce su sexualidad con temor y desconfianza, ese algo que no la deja disfrutar plenamente de su vida sexual.

La contradicción es parte constituyente del control de los discursos, y la parte moral del deber ser tiene un papel fundamental en el pensamiento de los adolescentes, lo que ellos dicen que se debe de hacer contra lo que ellos realmente hacen, provoca conflictos psíquicos difíciles de observar por parte de los jóvenes (angustia, atrasos de la menarca, ansiedad por obtener inmediatamente el fármaco abortivo, distracciones en la escuela, presiones, dolores de cabeza, dolores abdominales entre otros). La experiencia del dolor en la subjetividad es uno de los factores que no se encuentran en los informes

estadísticos, sin embargo existe y de seguro es un punto de anclaje para la toma de decisiones a nivel cotidiano en el día a día de los adolescentes.

5.9 No todo lo que los jóvenes dicen sobre lo sexual, lo llevan a la práctica

Entre los jóvenes es común que ciertas conversaciones se enfoquen en sus opiniones y experiencias de lo sexual, sin embargo no son los mismos códigos los que manejan las mujeres y los hombres, y aunque ellas quisieran que fuera diferente, saben que hay algo en la sociedad que las limita. Hacen evidente la desigualdad de género como una práctica social y cultural que lacera a todas las mujeres. Aunque se resistan a estas desigualdades, dichas prácticas las superan.

Bianca: "...aunque hay mujeres que dicen todo, santo y seña y como que dices ¡ay! será cierto o no (sonrisa) no sé y me he fijado que en los hombres muchas cosas que dicen se me hace como fanfarronería entre amigos, lo dicen en broma 'yo todos los días', resulta que cuando alardean lo hacen en broma, si fuera real no lo harían broma. Yo nunca he alardeado, creo que no es algo para presumir, porque no es algo para presumir, es algo para compartir, decir en qué te puedo ayudar o algo así, pero no para alardear,... entre mujeres hay un código un respeto, porque la sociedad no nos impone con todos... Pues sí, depende de la sociedad, porque si fuéramos realmente equitativos tanto a hombres como a mujeres lo hablarían igual, pero la sociedad no lo permite, les da más permiso a los hombres. Las mujeres son etiquetadas y por eso mismo lo ocultan, porque yo creo que hay mujeres que tienen muchas relaciones pero no lo van a decir por temor a la etiqueta, pero sin embargo yo creo que sí las hay".

El control de los discursos sobre la sexualidad se da en toda la sociedad, pero además, el control por género es más drástico, las mujeres limitan más sus discursos sobre sus experiencias sexuales, por las distintas implicaciones que esto genera. Dentro de éstas están los prejuicios sociales y los estereotipos que las señalan y las discriminan, por otro lado, y no de menor importancia están las

limitaciones para atender su salud. Esto se intensifica cuando no hay confianza para hablar sobre el tema con su familia o con algún adulto significativo, y mucho menos con personal médico y de salud. La salud sexual de las adolescentes está más expuesta a riesgos y daños cuando no tienen el acompañamiento adecuado que las ayude a prevenir ITS's, abortos y embarazos tempranos.

Si bien es cierto, que el tema de sexualidad está dejando de ser un tema tabú, los discursos de los jóvenes indican, o lo contrario, o la permanencia de significados antiguos frente a nuevas prácticas, o una transición entre una cultura de la sexualidad conservadora a una más progresista, pero claramente contradictoria. Los discursos sobre el tema están caracterizados de vacíos, no solamente en la familia, sino en todas las demás instituciones. En las instituciones se habla con más frecuencia de la perspectiva de género, pero tal parece que esto aún no llega con facilidad a la población vulnerable.

5.10 Ejercicio de la sexualidad. Primeras experiencias. La virginidad en hombres y mujeres

Kevin: *“... mmm. A los 16 años tenía una novia y fue en una fiesta, ella pidió permiso a sus papás para quedarse en una fiesta con su amiga y se quedó conmigo, mis amigos pensaron que la había alcoholizado, no fue así (silencio), los dos lo habíamos planeado. Me sentía incómodo porque para ella era su primera vez, pero yo ya había tenido relaciones cuatro o cinco veces antes. (Silencio) Cuando tenía 14 años jugando a las escondidillas con una mujer más grande, de 18 años (silencio)... “estaba sacado de onda”, pero ella me dijo ‘es algo natural’, empezó con un beso, no sabía nada y no sabía qué hacer, y ella dijo acuéstate y ya (silencio) mira hacia el techo. Como si no hubiera pasado la primera vez no lo disfruté, estaba nervioso...”*

Los discursos hegemónicos sobre el género dictan que los hombres son los que inician sexualmente a las mujeres, pero ¿qué pasa cuando esto no ocurre así y

son las mujeres quienes inician a los hombres?, más cuando una mujer mayor de edad inicia a un menor; de acuerdo a lo referido por Kevin cuando él tenía que iniciar a su novia sentía incomodidad, como si toda la responsabilidad del encuentro sexual recayera sobre él, quien no deja de controlar el momento ya que su masculinidad está comprometida. Algunos jóvenes todavía siguen el esquema de género transmitido históricamente, en el que se considera que el hombre es el que tiene que iniciar sexualmente a las mujeres y ellas, por su parte, no deben mostrarse con deseos o conocimientos previos porque se compromete su idea de virginidad. Kevin entra en conflictos por *“tener que hacer lo que le toca como hombre”* de acuerdo a lo que ha aprendido. No logra sentir placer, ni cuando fue iniciado, ni cuando le tocó iniciar sexualmente a su pareja. Kevin sabe que tiene que hacer ciertas cosas que se imponen social y culturalmente para los hombres. Sin embargo, ¿qué pasa cuando Kevin ha tenido experiencias sexuales con hombres gay?.

“...yo tengo muchos amigos gay y me llevo muy bien con ellos, una vez tuve una discusión con uno de ellos, son dos los que trabajan en la estética donde me corto el cabello, un día un amigo y yo fuimos a cortarnos el cabello y de repente bajaron la cortina y uno, no nos dejaba salir, dijo que tuviéramos relaciones, yo le dije ‘no soy gay a mí me gustan las mujeres’, no tengo nada en contra de ellos. Tengo otros amigos gay que me abrazan y me dan besos en los cachetes, para mí no tiene nada de malo, un beso en el cachete para mí no significa nada. Mi papá me saluda con besos y eso no tiene nada de malo, me gusta tocarme con mis amigos gay. Uno está operado, me empezó a agarrar, (pausa) pero con morbo nunca”.

Kevin tiene introyectado que los hombres solamente deben sentirse atraídos por las mujeres, sin embargo participa en juegos eróticos con otros hombres, en su discurso justifica sus acciones *“para mí no tiene nada de malo”*. Los discursos y las normas sociales de lo que un hombre debe de hacer en el ejercicio de su sexualidad se convierte en una sombra para Kevin, el tocarse, besarse y abrazarse con hombres gay *“...no tiene nada de malo”*, aunque pareciera que la

idea contraria es la que predomina en su pensamiento, las experiencias que él tiene con estos hombres, las saca del plano erótico, de sentir placer, por lo menos en el discurso, para llevarlo al ámbito filial: *“Mi papá me saluda con besos y eso no tiene nada de malo”*. Al negar lo erótico, limita sus expresiones de la sexualidad, busca apegarse a lo que ha aprendido sobre lo que debe ser la sexualidad de los hombres, la atracción sexual que tiene por estos jóvenes la trata de controlar, pero también está abierta la posibilidad de tener encuentros íntimos con ellos, esta expresión de la sexualidad por significarla como prohibida, no permite la prevención y el cuidado de su salud sexual.

Bianca: *“...al principio si me daba miedo, como siempre con la idea en la cabeza, que a la primera iba a salir embarazada, pero no, después descubres... descubres como un mundo ¿no? ya otra cosa. De mí experiencia puedo decir que hasta ahora está bien, no me arrepiento, pienso que estuvo bien, que no fue apresurado ni nada... Fue bonito, porque estaba con la persona que yo quería hacerlo, por una cosa u otra pensaba que con él era, que con él debía ser, para mí fue muy bonito porque fue por cariño, no fue algo abrupto. Nos sentimos nerviosos, pero ya lo queríamos”* (sonrisa).

¿Qué pasa con las adolescentes que teniendo información sobre la prevención de embarazos y de ITS's, tienen miedo de quedar embarazadas en su primer encuentro coital. Parece que la información que se les ha proporcionado sobre la sexualidad es ajena para ellas. Como si la idea transmitida fuera que la relación coital lleva indistintamente a un embarazo, aún y cuando usen preservativo. Aunque Bianca vivió su primera experiencia coital como algo *“bonito”*, mantiene una preocupación, ella sigue ejerciendo su sexualidad con temor a quedar embarazada. No quedar embarazada es una idea que la persigue, ya que sus padres se enterarían que es activa sexualmente, que no está usando protección y el tener un bebé sería un gasto más que sus papás tendrían que absorber y no están en condiciones económicas, para ello, lo bello de la primera relación coital es desplazado por el temor de un embarazo.

Fernanda: *“...solamente besos, que me tomaran de la cintura, solamente novios de besos, amigos nada más, si me decían que si quería estar con ellos, yo decía que quería estar virgen hasta el matrimonio”*. La idea de conservar la virginidad estaba muy presente en Fernanda, repetía la idea de *“estar virgen hasta el matrimonio”*, reproduciendo ideas manifestadas por generaciones anteriores en las que, contrariamente a la experiencia que se valora en los varones, en las mujeres la ausencia de sexualidad se valora positivamente como virtud. La cultura hegemónica de género determina las valoraciones sociales diferenciadas de lo que hacen varones y mujeres, aun cuando esto se exprese en las mismas prácticas, el género se impone como conjunto de prescripciones y proscripciones sobre lo que deben hacer las mujeres con sus cuerpos, a través de las expectativas, en las voces de las mujeres se escuchan discursos pasados cuyo eco adquiere resonancia mediante frases que, escuchadas en el presente suenan añejas: *“...fue extraña la primera vez, sentí dolor, después de eso me sentía diferente, distinta, confundida, no podía creer que ya... (silencios). Desde la secundaria yo escuchaba de quienes ya lo habían hecho... y me daba curiosidad de saber qué se sentía. La primera vez me puse nerviosa, cuando estaba penetrándome yo estaba pensando qué iba a sentir... tenía la sensación de ‘¿qué he hecho?’, como que ‘rompí algo’ ...después la segunda vez fue diferente, también usamos condón, en la cuarta ocasión me preocupé, por no usar protección pero sentí más placer... quedé embarazada, tengo cuatro meses de embarazo. Cuando no bajó mi regla, ya nos preocupamos y dijimos vamos a esperarnos una semana, nos aferramos a lo que pase, él me preguntó que si lo quería tener, le dije ‘yo si lo quiero tener si tú no lo quieres’, y él me dijo ‘es mi hijo y lo tengo que cuidar’*.

Fernanda construyó una idea de virginidad a partir de lo transmitido por su familia, enfatiza que en su primera relación coital, estaba pensando en lo que iba a sentir, menciona, “como que rompí algo” y no se refiere quizá sólo al himen, sino a la ruptura con su ideal, con un pasado que dejaba atrás y con el que resignificaba su

vida y cuerpo a partir de ese momento, la ruptura con los deseos y expectativas de sus padres. Sin embargo, trata de enmendar dicha ruptura, casándose con el joven que la inició en las relaciones coitales, teniendo de por medio una fuerte justificación, el embarazo.

5.11 Prácticas sexuales: Salir de la norma y aprovechar los placeres sexuales.

Los adolescentes se preguntan y cuestionan de diferentes formas a la autoridad, es común que tengan experiencias de vida que les haga sentir que salen de la norma impuesta o por lo menos, que construyen una nueva norma. Si bien es cierto que existen los derechos de los niños y de los adolescentes, jurídicamente hasta cumplir los 18 años están bajo la tutela de sus padres o de algún otro adulto.

Fernando: *“...tú vas a buscar la forma, porque cuando tus papás te prohíben algo, tú siempre terminas haciendo lo que te dicen que no”.*

Mary: *“A mí me pasó que llevé mi novio a mi casa y mi papá me dijo que no debo de tener novio, que no quería verlo ahí. Pero él sigue siendo mi novio, me sigo viendo con él”.*

Andy: *“...También a mí me dijeron que no querían verme con mi novio, que era un bueno para nada, un vago. Sigo con él, no me importa lo que ellos digan”.*

Los adolescentes todavía están viviendo los cambios fisiológicos, físicos, sociales y psíquicos del proceso de la pubertad, esto implica una serie de contradicciones que muchos adultos e instituciones no saben manejar o por el contrario manejan implementando una normatividad que a esa edad, los jóvenes niegan casi por simple resistencia, pero además se trata de una normatividad excluyente de muchas formas de vida que no por resultar ajenas a la cultura de género y sexualidad dominante, son poco frecuentes, para estas expresiones y a los sujetos que las muestran, dicha normatividad integra procesos de exclusión,

invisibilización y estigmatización. Denominaciones como “ninis” imputa a los jóvenes indiferencia, irresponsabilidad, falta de vocaciones y compromiso con exigencias como el estudio o el trabajo que difícilmente pueden cumplirse en contextos de crisis económica.

La mala planeación gestada desde el gobierno, la pobre infraestructura educativa, cultural, económica, laboral y de salud forma parte de los problemas que viven los adolescentes. Bajo el discurso económico dominante los adolescentes no son población económicamente activa, no producen capital. Son presionados en sus hogares, en la escuela y socialmente, desde edades tempranas para que se incluyan al mercado laboral. Muchos de ellos desertan para incluirse en trabajos mal pagados en donde son explotados. Es de observarse que los adolescentes entrevistados sí realizan un trabajo que impacta favorablemente en la economía de las familias, realizan actividades en el hogar (limpieza, comida, cuidado de niños más pequeños, atención a los adultos mayores) por las que no reciben remuneración económica, estas actividades laborales son invisibilizadas y no reconocidas como parte de la reproducción de capital. Ante este panorama los jóvenes viven su sexualidad con opciones limitadas por las condiciones materiales de existencia que les impone su contexto, por un lado, la cultura dominante de género y sexualidad, impone la adolescencia y la juventud como un momento decisivo y definitivo en materia de identidad sexual y ejercicio de la vida sexual activa para reafirmarse como heterosexuales, como varones masculinos o como adultos, pero por otro lado, la sociedad no ofrece las condiciones objetivas óptimas para que esto ocurra sin riesgos para la salud, de hecho, exponerse a los riesgos que implica es parte del tránsito a la adultez, hacerse cargo de las consecuencias de ejercer la sexualidad, sea un embarazo o una ITS es, en esta cultura, convertirse en un **verdadero** hombre para el caso del modelo de masculinidad hegemónica, y reivindicar la dignidad perdida asumiendo la maternidad por sobre cualquier otra aspiración (Granados, Jiménez y Valadez, 2016), es convertirse en una **buena** mujer.

5.12 La mente en blanco

En todas las conversaciones los adolescentes refieren que todo lo que sabían, lo que les habían advertido, lo que habían planeado para esa primera, segunda, tercera vez, se les había olvidado. El deseo, la necesidad, la “calentura”, fue mayor que cualquier enseñanza, control o prohibición.

Kevin: *“...una vez fue más fuerte la necesidad, lo hice sin protección, ella era mi novia y fue a mi casa porque sus papás la habían corrido y mi mamá me dijo que se quedara y fue ahí, pero con ella no había problema porque es de esas chavas que ‘no hacen nada’, que casi no salen, ni tienen novios”.*

Kevin relata que la necesidad lo hizo actuar de esa manera, no utilizó protección, le dio confianza pensar que su novia no es una mujer que se relacione con otros hombres. Parte de que él está sano y no va a contagiar a nadie, que más bien lo van a contagiar a él, pero le ha ocurrido en más de una ocasión no utilizar protección. La “necesidad” se sobrepone a cualquier valoración de riesgo de una enfermedad o embarazo, predomina en la toma de decisiones, el carácter emergente de la necesidad, el deseo de disfrutar de los placeres sexuales.

Bianca: *“...Es como dicen lo que planeas no sale y lo que no, sale, fue en un bosque, y entonces, fue, o sea, ‘fue por calentura’, pero como ya lo habíamos platicado antes, no fue tan de sopetón y así, no fue que dijéramos ahí se dio, porque ya lo habíamos planeado”.*

Ángel: *“Una vez que fuimos al bosque, en un bosque donde te perdías, empezamos besos y besos, caricias y caricias: no iba preparado, no llevaba un condón, fue más bonito así, que planearlo, esa vez ‘nos agarró’, lo hicimos en medio del bosque, fue una experiencia muy bonita. Después hablamos que no nos cuidamos, pensamos en la pastilla del día siguiente, de regreso pasamos a la*

farmacia, éramos menores de edad, ella lo sigue siendo, ella se quedó afuera y yo entré, me dio pánico pedirla, leí las indicaciones, y no se recomendaba a menores de 16 años de edad, leí las reacciones, pero no nos quedaba otra opción, le dije la tomas y me dices cómo te fue. Después de esto yo me pregunté ‘¿Qué va a seguir?’, seguí con preocupación, no tenemos un lugar dónde pasar la intimidad, lo hacemos cuando se puede, no sé, lo hacemos cuando en una casa no hay nadie”.

Eso que los jóvenes llaman “calentura” o “necesidad” es una construcción que reelaboran para poder vivir su sexualidad y justificar, aunque con culpa, sus prácticas sexuales realizadas fuera de la norma; evitan las miradas ajenas que los cuestionan al momento de comprar un condón o pedir una habitación de hotel o solicitar una orientación sobre el uso de anticonceptivos. Muestra de ello, es que los jóvenes tienen sus encuentros íntimos en casas, en bosques o lugares solitarios en donde no se sientan cuestionados por los adultos. No hay razonamiento alguno, ni pensamientos prohibitorios, hay un aparente abandono a perder el control que alimenta el deseo y la afectividad, viven, experimentan, disfrutan y después, cuando todo ha ocurrido se preocupan, al no tener orientación de personal médico o de salud, algunos de ellos hacen uso de fármacos que conocen sin información suficiente, otros se lo dejan al tiempo a ver qué pasa y otros, asumen las consecuencias con los costos que esto implica en sus propios proyectos de vida (Granados, Jiménez y Valadez, 2016).

Fernanda: *“...en ese momento se me borró todo de la mente, todo lo que me habían dicho y enseñado se me olvidó. Empecé a besarme con mi pareja, él me dijo que si quería tener relaciones y le dije que sí, acepté, en ese momento tener relaciones con él, es lo que deseaba. Nos acostamos en la cama y nos empezamos a desvestir, mi mente estaba en blanco ...cuando él me decía ‘vamos a mi casa’, pasaba por mi cabeza lo que iba a ocurrir, ya lo sabía, aunque no ocurrió muchas veces, lo hicimos en su casa”.*

¿Qué contenido tiene la metáfora de “mi mente estaba en blanco”? parece que la intención es justificar el abandono a algo socialmente culpabilizante: el deseo sexual, de olvidar o borrar todo lo aprendido, lo prohibido, lo sabido, dejar de pensar y actuar con la razón para poder experimentar lo placentero, pero ¿por qué algo que es placentero como satisfacer el deseo sexual, parte esencial de la vida humana, y hasta saludable, impone para su realización, culpa y sentimientos negativos?, los adolescentes tienen que lidiar con estas contradicciones y frecuentemente se las plantean como dilemas en los que cifran sus proyectos de vida, en ello también luchan por disfrutar su sexualidad, se encuentran que hay otras posibilidades de vivirla y que no son cómo se las habían contado, empiezan a cuestionar y a evadir ciertos controles, que por lo menos les crea la ilusión de estar haciendo lo que quieren, fuera del control de los padres y de la sociedad.

Cada que tienen la oportunidad los adolescentes ponen “*su mente en blanco*” y disfrutan de los placeres que les proporciona el ejercicio de su sexualidad, “*mente en blanco*” significa que no hay preocupaciones, no hay nadie, solamente el deseo de sentir placer. La vertiente del placer en la sexualidad es fundamental para la construcción de la subjetividad y la identidad porque en ello se constituyen en cuerpo objeto y sujeto de placer, no son solamente cuerpo de trabajo u objetos de las políticas públicas, sujetos de control de los adultos, aquí la vivencia de lo cotidiano también les permite momentos de abandono para recuperar la ilusión de vivir fuera de las responsabilidades del mundo adulto.

5.13 Significados de la sexualidad y repercusiones en la salud

La sexualidad además de ser una construcción social, es un lugar de elaboración de significados personales y sociales. Los significados de la sexualidad no son estáticos, ni únicos.

Kevin: “...me gusta disfrutar y sentir, no me gusta ser de la gente que hace sus relaciones y no nada de placer, a mí me gusta que el placer sea para ambos. De

ahí tuvimos relaciones cada mes o cada dos meses. Ahora con mi novia cada 15 días o cada mes, mes y medio, no me gusta ser de las personas que a cada ratito quieren no me gusta diario, 'sí me sé reservar...' Me gusta protegerme, estoy todavía chico, me cuido y las cuido para no embarazarnos, y para no tener infecciones. Algunas chavas se niegan, pero yo no insisto.

...tengo amigas y en la secundaria salieron embarazadas de 14 años. Algunas usaban PVC y los chavos las agarran drogadas y tienen las relaciones. También en las fiestas algunas chavas te dicen: 'me gustaste, ¿dónde vives?' y se van contigo. También los chavos les dicen: 'amiga quieres una cerveza' y es ahí cuando se van con la chava. Tengo amigos que han dejado embarazadas a sus novias. Como un amigo que ya estaba mal su relación y ella planeó embarazarse para que él no la dejara, ella preparó el condón, le hizo un hoyo, así son algunas chavas.... Cuando no te satisfaces te sientes incómodo, cuando tienes relaciones sexuales con la chava y no tienes placer 'no es lo mismo', a mí me gusta disfrutar, tener placer... Creo que ahora el mundo está más 'destrampado', sabes que te tienes que cuidar, que tal si la chava está contagiada, te vas a contagiar, o si ya está embarazada... (pausa, suena celular). Yo pienso que los papás deben hablar con los más jóvenes. Lo más recomendable hablarles desde los 12 a 13 años, porque de más chico te entran más las palabras de tu papá a tu cabeza que más grande. Ahorita ya no tiene caso que mi papá me diga algo, cuando me dice, digo "sí, sí, sí", sus palabras ya no las escucho".

La sexualidad para Kevin es placer, responsabilidad, cuidado y protección, matrimonio pero también (aunque él no hable de experiencias propias y se refiera a sus iguales) usar drogas, alcohol, no utilizar condón, contagiarse, infectarse y embarazarse. Los significados para Kevin son diversos y variados depende del lugar en donde se encuentre (en su casa, en la calle, en una fiesta o tocada), de las personas con las que comparte (amigas, conocidas, vecinas, desconocidas que usan alcohol o drogas), el estado afectivo que viva en ese momento (deprimido, alegre, enojado) los significados de la sexualidad son construidos socialmente y

elaborados personalmente y tienen que ver con el medio, el estado psíquico, físico, el lugar donde viven y el tipo de relaciones que tienen con los otros.

Bianca: *“...así como se da el condón, por qué no dar el lugar, a lo mejor saldrían más planeadas las cosas pues si ya tienes un condón, también tendrías un lugar, estaría más controlado todo. Aunque en algunas cosas no debes tener tanta posibilidad, si no caes en el error... como en determinadas cosas, que vas a cada rato y se te olvida la protección ...Siempre tengo esa cosquillita, pasará o no pasará aunque usáramos el condón siempre tengo esa cosquillita y no siento que sea normal porque tardaba mi periodo ¿qué va a pasar? y me doy cuenta que entre más presionada, tarda más, entonces estaba así como que jayj, soy irregular y a veces tardaba dos meses, no me bajaba y así como que me espantaba, pero sí he pasado sustos ...aunque la preocupación la tenga antes y después, y pienso que me estoy protegiendo, mi novio me dice 'de qué te preocupas si nos protegemos' pues por eso porque está la posibilidad de quedar embarazada, y no se me quita la cosquillita, creo que me falta confianza o madurez, no sé, cuando tenga las cosas más fijas, sólidas en mi futuro, pienso que ya voy a tener dinero, mi familia va a estar bien, cuando mis papás ya no cargaran con todo pues sí, pero la realidad es que si te embarazas tus papás se encargan de ti ...no es de que quiera estudiar una carrera larga, no me hago tonta, quiero una carrera corta, para trabajar joven, tener dinero y ayudar a mi familia, no descarto el aborto aunque a mi novio no le parezca. Él está estudiando una carrera corta y dice que después va a seguir estudiando, pero yo no creo, pero no se lo digo”.*

Para Bianca los significados de la sexualidad van de una sexualidad libre hasta una sexualidad controlada socialmente, para ella no es una verdad absoluta que a mayor control menos posibilidad de olvidar la protección. El ejercicio de la sexualidad implica una constante preocupación por un posible embarazo y aborto, alteraciones psíquicas y fisiológicas cada vez que tiene un encuentro íntimo con su pareja. La idea de vivir una sexualidad con libertad tiene que ver con

estabilidad económica, trabajo, confianza y madurez. Los significados no son estáticos y cambian de acuerdo a las situaciones que en ese momento esté viviendo.

Ángel: *“... muchos compañeros que quedan fuera es por esto, no aplica eso con nosotros, la mayoría de los chavos sí usan drogas y sexo sin protección. Todo se generó por la sexualidad como está, por ejemplo el reggaetón, a mí no me gusta. Me choca tanta información de expertos hablando en la tele y que no les hagan caso. Si sabes usar el condón sirve de mucho. Creo que no nos falta información, ni tampoco es por falta de comunicación, no sé porque están influidos muchos, toman, beben, 'perrean', pegan aquí, allá, la música es vacía, no dice nada... La sociedad crea las condiciones y los jóvenes quieren revelarse con sus prácticas, con sus gustos, incluida la música, el reggaetón es un género popularizado entre los adolescentes y asociado a las prácticas sexuales, hay quienes están apartados o han sido excluidos de sus familias y comunidades y buscan aceptación entre sus pares y asumen que tarde o temprano se van a integrar a esos espacios. Los “chavos” que van entrando a la adolescencia buscan incluirse en su sociedad, no en la sociedad adulta, sino en una para “chavos”.*

“...muchos chavos dicen: 'voy a tener relaciones con mi pareja, porque estoy bien caliente', lo que decide es la calentura, no hay amor. Antes había más amor. En el libro del “Mundo Feliz”, para ser la sociedad perfecta, las relaciones deben ser sin amor ...las niñas siempre esperaban a su príncipe azul, y el hombre que aparece es un 'ojete', 'machista', que te dice: 'no trabajas, cumple con tus deberes en la cama". Fue pasando el tiempo y siguen esperando el príncipe azul, hasta que se dieron cuenta que 'nunca va a llegar' y se dicen 'si el hombre puede tener muchas mujeres ¿por qué yo no?'. Un día una chava se me acercó y me dijo que le gustaba, y le dije que tengo novia y no puedo tener nada contigo, y me agarró por atrás, y le comente 'te dije que tengo novia', iba muy escotada, tal vez pensaría seducirme, se acercó mucho y ya no quería despegarme y recordé a mi novia, me dije no te puedes quedar con esa compañera; ella me dijo 'tengo ganas' ve a la

fiesta, hay cuartos y alberca y al siguiente día ni nos conocemos, yo me dije no, no puedo hacer esto. Creo que si hay placer sin necesidad del amor. Mi amigo tiene una novia, decía yo sí soy fiel, él tuvo relaciones con otras y dijo 'no se va a enterar, no es nada malo'. Es una forma de vida respetable”.

Ángel se pregunta por qué la sexualidad implica uso de drogas, alcohol, violencia, música que a él le resulta vacía, búsqueda de aceptación, para él la sociedad crea las condiciones para que los jóvenes vivan su sexualidad acompañada de una serie de problemáticas sociales que delimitan la posibilidad del uso de protección. Para Ángel la sexualidad es amor, responsabilidad, respeto, fidelidad, pero también es encuentros casuales, otras parejas, falta de compromiso. El ejercicio de la sexualidad ya no se basa en cuentos de hadas, príncipes y princesas, la realidad es otra, y los jóvenes buscan formas de vivir la sexualidad sin tantas complicaciones, sin embargo, los discursos de las instituciones señalan otra cosa, para tener una sexualidad en apariencia libre es necesaria una unión legal para ello, quienes están fuera de lo legal están violando la normatividad y la sanción por ello, es la exclusión social, quizá por ello asumen un doble discurso que revela las contradicciones en que ejercen sus prácticas sexuales.

Fernanda... *“él me llevó a su casa a comer, luego empezamos a besarnos y él me preguntó que si quería tener relaciones, yo le dije pues sí.” “... Mi mamá me dijo que como él es mayor de edad lo puede meter a la cárcel, porque yo soy menor y voy a tener riesgos por estar embarazada a esta edad, me dijo que mi cuerpo todavía no termina de crecer...” “...me arrepiento de no haber usado la protección, me siento un poquito mal por no haber terminado la preparatoria. Me siento extraña al estar embarazada, me siento distinta, mi vida ya cambio...primero se lo dije a mi prima, hace como 15 días se lo dije a mi mamá, ella se puso a llorar, yo creo que se sintió triste y después enojada, mi hermano Luis se enojó demasiado. Yo tenía miedo decirles a mis papás, no sabía cuál sería su reacción, pensaba que se iban a poner muy mal y me iban a correr de la casa por mi irresponsabilidad. (Silencios)...Mejor hubiera sido como antes yo veía un rato a mi*

novio, íbamos al cine. Estaba mejor como era antes, ahora no vamos a disfrutar de la vida bien...Yo criticaba mucho a las chavas que quedaban embarazadas, decía que eran unas chavas muy tontas, porque no se protegían, yo así lo decía, ahora que me tocó a mí, se acabó mi libertad. Me va a criticar la demás gente, pero no me importa. En abril me voy a casar con mi novio". (Su rostro cambia, sonrío, se nota contenta).

El ejercicio de su sexualidad le permitió a Fernanda embarazarse y comprometerse legalmente con un hombre mayor de edad que tiene las posibilidades económicas para formar una familia con ella y vivir su sexualidad más libremente, sin las restricciones de sus padres. Al encontrarse con obstáculos académicos, decidió tomar otras decisiones que cambiaron su vida, embarazarse para casarse y dejar las responsabilidades que tenía en casa de sus padres y vivir la sexualidad a través de las reglas sociales establecidas.

Para Fernanda la sexualidad es libertad, logro de unos objetivos aún a costa del sacrificio por otros, como no logró entrar a la escuela, buscó otra forma para ya no estar bajo la tutela de sus padres. El ideal de las chicas de su colonia, es tener un hombre con quien vivir, que les solventen todos sus gastos económicos, tener hijos, incluirse al mundo de los adultos a través del embarazo y el matrimonio. Esto es algo de lo que se habla poco ¿cómo es que algunos adolescentes usan la sexualidad para incluirse en el mundo adulto, o en mejores condiciones de vida, o tener una estabilidad que en la precariedad económica de las familias no es posible?, como si la sexualidad fuera un puente para arribar a otros mundos y resarcir la exclusión social de nuestros tiempos.

Fernanda"...Cuando iba en tercero de secundaria escuchaba que un chavo le decía a su amigo 'yo ya, yo ya tuve sexo con esta chava', y otro decía: 'yo te voy a ganar'. En cambio las mujeres, se veían muy ilusionadas cuando ya, y lo platicaban: que la había tratado muy bien cosas así, pero los hombres es como si hubieran jugado fútbol. Me daba curiosidad de saber porque lo hacían con tantos y

tantas veces, los de segundo con los de tercero y tercero con tercero...Si antes me preocupaba porque sacaba seis, ahora me preocupo por dónde me voy a aliviar de mi bebé, de limpiar, de trapear, de barrer. No me agrada mucho hacer quehacer”.

La curiosidad es parte del proceso de aprendizaje de los adolescentes, cuando se trata de la sexualidad esta curiosidad puede traer serias consecuencias en su vida, experimentar nuevas sensaciones es lo que importa y no consideran las repercusiones en su salud. Se observa claramente cómo los varones bajo el modelo de masculinidad hegemónica, tienen comportamientos que les permiten reafirmar su masculinidad, como es el caso de la competitividad con sus pares, quien haya tenido más parejas sexuales tiene mayor éxito. Mientras que para las mujeres representa un espacio de compromiso en donde se crean vínculos erótico-afectivos, que muchas de las veces no corresponden con lo que esperan de sus pares varones. Este tipo de ideas y comportamientos los exponen a vivir una sexualidad acompañada riesgos para su salud.

CAPITULO SEIS. CONCLUSIONES

El análisis anterior me permitió elaborar algunas conclusiones sobre los resultados de este estudio que pueden ser útiles ya no sólo para la comprensión de la relación entre los significados y prácticas con que los jóvenes ejercen su sexualidad y los potenciales riesgos, daños o consecuencias no planeadas, sino también para la intervención en salud sobre este grupo poblacional.

La lectura analítica de los testimonios va formulando un campo que podría corresponder al cuadro de las inscripciones de la ideología en las formas de vida de un grupo de adolescentes del México actual. Es cierto que esas formas de asumir la sexualidad no corresponden a todos los adolescentes del país porque tienen contextos particulares distintos pero también es cierto que todos los jóvenes mexicanos comparten un contexto general que delimita las condiciones objetivas y subjetivas en que se desenvuelven por medio de su sexualidad. Por ello, vale la pena que las instituciones de salud realicen estudios de mayor alcance pero al mismo tiempo intervengan ya, sobre la evidencia documentada, la primera necesidad sería que, incluyan en toda política dirigida a los jóvenes y en todo programa de salud sexual y reproductiva, un enfoque que considere como determinantes, las condiciones socio históricas que generaron los significados y prácticas que constituyen la cultura dominante de género y sexualidad.

En la época de Lázaro Cárdenas, en materia de salud, se impulsaron leyes y políticas poblacionales, eminentemente demográficas que no consideraban el carácter sociohistórico de la sexualidad, prevalecía la impronta de intervenir sobre la natalidad y la mortalidad para controlar el tamaño de la población por sobre otros enfoques. No obstante, en materia de educación, dicho régimen se caracterizó por un enfoque socialista desarrollado por Bassols en la Secretaría de Educación Pública (Granados y Nasaya, 2003), quien promovió la inclusión, no sin resistencia de los grupos conservadores históricos (Granados y Nasaya, 2007), la

educación sexual científica y laica, se impulsaron los matrimonios, los nacimientos, se minimizó la migración, se crearon instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social para disminuir la mortalidad y mejorar la salud de la población, las familias tenían entre 6 y 7 hijos, dichas estrategias favorecieron el aumento de población, el impulso de las políticas duró cerca de cuatro décadas. En los años setentas la política poblacional dio inicio a la regulación de la fecundidad, promoviendo la libertad y responsabilidad de los matrimonios sobre el número y espaciamento de los hijos que decidieran tener, estableciéndolo incluso, como un derecho constitucional, el país en esa década tuvo los niveles más altos de fecundidad, se realizaron y promovieron posteriormente, políticas de planificación familiar para disminuir el número de embarazos y de hijos en las familias.

Aunque el Estado fija metas demográficas para la modificación del comportamiento reproductivo de la población, observamos claramente que las estrategias gubernamentales están definidas por la finalidad del control de las poblaciones, control de los embarazos, control de la natalidad, control de la capacidad reproductiva de las mujeres y al mismo tiempo de sus decisiones, así como el control de las sexualidades, siempre en función de las situaciones políticas y económicas, éstas por lo tanto determinan los cambios que en materia de salud se observan tanto en los servicios de atención médica como en los riesgos y daños a la salud sexual y reproductiva que muestran los jóvenes.

Es evidente cómo el Estado, a través del ejercicio y monopolio del poder político inscribe los cuerpos en variables poblacionales y a su vez disciplina desde lo individual y grupal a los sujetos, nos referimos a la noción de biopolítica “...el ingreso completo del cuerpo y de la vida en los cálculos de la política, en tanto esto caracteriza a la modernidad (disciplinaria) respecto de otros períodos históricos” (Rodríguez, 2009, citado en Farneda, 2012: 107).

Las instituciones de salud en nuestro país son parte de la infraestructura del control de las poblaciones, una vez convertidas en parte fundamental de la vida de los sujetos, logran legitimidad ya que son las encargadas de cuidar la salud de las poblaciones y erradicar las enfermedades, las estrategias del Estado son evidentes no solamente porque hacen necesarias a las instituciones de salud en la vida de los sujetos, sino que también existen en ellas mecanismos normativos que definen los significados y prácticas que constituyen la cultura de género y sexualidad en la que los jóvenes inscriben sus subjetividades reelaborando sus identidades, como dispositivo del poder, la sexualidad y como instrumento del poder, las políticas de salud, proporcionan a los individuos, los lineamientos que deben aceptar para asegurar su vida.

Cuando se crearon las instituciones de salud imperaba la idea de crear las condiciones para disminuir las enfermedades y evitar la muerte, de acuerdo con la prioridad de la política demográfica de esa época. Sin embargo, actualmente la ideología dominante es la del mercado globalizado por encima de los objetivos que se plantean explícitamente como prioritarios, revisemos; en la década de los ochentas la atención a la salud disminuyó en calidad y se estancó en términos de cobertura, el Estado inicia un proceso de deslinde de su anterior responsabilidad con la salud de la población y no sólo eso sino que dio la pauta para que la burguesía se deslinde también de los compromisos adquiridos en el Estado de bienestar, dejando paulatinamente todo el gasto económico de salud en la población.

La salud se convierte en una mercancía, las instituciones públicas de salud disminuyeron su plantilla, modificaron sus prácticas y discursos, no cuentan con el personal médico suficiente, el equipo y las instalaciones no tienen el mantenimiento adecuado, no hay los medicamentos necesarios, el desprestigio de las instituciones de salud se está consolidando. A casi treinta años de que se hizo más evidente la implementación de la fase neoliberal en el capitalismo de nuestro país con el régimen de Carlos Salinas de Gortari, la población busca acceder por

su cuenta a servicios económicos privados para atender su salud. Las instituciones públicas de salud ya no son de confianza para la población, tienen servicios de mala calidad y una atención deficiente (Laurell, 2001) Las estrategias neoliberales para fracturar los vínculos entre la población y las instituciones públicas de salud han atomizado a la población, fomentando un individualismo que fragmenta las relaciones sociales y pulveriza los lazos comunitarios y la solidaridad; en materia de salud, lo anterior se expresa con la implementación de una lógica centrada en el individuo y el costo que redefine la operación de las instituciones de salud y el carácter de sus programas de salud, se plantea una nueva institucionalidad de salud que promete mejor atención siempre y cuando la población pague el total de los costos.

Por su parte, la población adolescente difícilmente visita las instituciones de salud pública, y es evidente en los discursos de los adolescentes, además hay un gran desconocimiento de la población con respecto a sus derechos en salud sexual. Son pocos los adolescentes que tienen seguridad social por parte de sus padres, pero son menos los que demandan los servicios de estas instituciones. Los que han tenido acercamientos refieren malas experiencias y falta de atención por ser menores de edad, en específico todo lo que tiene que ver con la sexualidad.

Es de observarse que las estrategias neoliberales en salud, han provocado un gran descuido en la atención de la población en general y en específico de los adolescentes. El desconocimiento, la incertidumbre, la desconfianza, el exceso de costos en los servicios lleva a los sujetos adolescentes a dejar de lado el cuidado de su salud. Aunado a ello, encontramos enfermedades en los adolescentes que se están haciendo comunes, en su vivir cotidiano y que no son identificadas como tales, nos referimos a lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad, algunas encuestas nacionales con jóvenes refieren que es común que éstos no usen anticonceptivos en sus primeras relaciones coitales (INJUVE, 2010; ENADID 2014) se confirman dichos hallazgos en nuestra investigación, si bien nuestro objetivo principal no fue éste, es de suma importancia referirlo, ya que la falta del

uso del anticonceptivo y específicamente el preservativo, provoca que después de cada encuentro íntimo los adolescentes, especialmente las mujeres atraviesen por un proceso de ansiedad, angustia, estrés, dolores de cabeza, atrasos del periodo menstrual y otros síntomas psíquicos y somáticos relacionados con la idea y la posibilidad de quedar embarazadas, hay situaciones en que la alteración psíquica es tan fuerte que las jóvenes dejan de menstruar alrededor de dos meses, sin que exista embarazo. Estas situaciones provocan una alteración en la salud de los jóvenes y lo más preocupante es que ya las viven como normales, sin darse cuenta que tienen otras afectaciones en los demás ámbitos de su vida, estas afectaciones se están normalizando, las sexualidades de algunas adolescentes se están construyendo como sexualidades angustiosas.

Por su parte, la institución educativa al igual que la de salud regula a las poblaciones, si bien es cierto, que es el lugar privilegiado para la enseñanza formal, en donde los jóvenes adquieren conocimientos, estos conocimientos son reproducidos de acuerdo a los parámetros de las autoridades educativas y el tema de la sexualidad no es la excepción. Ante la mirada de los maestros, los adolescentes se esfuerzan por expresar claramente un concepto técnico de la sexualidad. El tema no es nuevo, está incluido en la currícula de educación básica, pero es más explícito desde quinto año de primaria, continúa en sexto y primero de secundaria. La sexualidad sigue mostrando una dualidad discursiva entre el mandato institucional y la vida cotidiana en que ejercen sus prácticas, habiendo en este doble contenido desencuentros con potenciales consecuencias en los riesgos y daños a la salud que implica el ejercicio de la sexualidad.

Las instituciones educativas siguen transmitiendo todo lo relacionado con la reproducción humana, la cultura hegemónica sobre sexualidad es la que predomina, lo que hace que se sientan extraños y ajenos a la información que se les provee desde los discursos institucionales. Las instancias internacionales y nacionales plantean estrategias para que se implementen *“programas de educación integral para la sexualidad enfatizando que se debe respetar la*

autonomía del niño y de la niña y las decisiones informadas de los adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y derechos humanos.” (CEPAL/ Consenso de Montevideo, 2013). Lo cual no ha llegado a las escuelas como está planteado de acuerdo a los discursos de los adolescentes.

Considerando que partimos del planteamiento teórico que la sexualidad es una construcción social y como tal no estamos hablando solamente de una sola sexualidad sino de una gran variedad de sexualidades, los adolescentes que participaron en esta investigación nos dejaron ver a través de sus narraciones que si bien hay un discurso general sobre la sexualidad, una sexualidad única-hegemónica, que es natural, normal y universal, también hay otras construcciones sobre la sexualidad relacionadas con sus propias experiencias, sus prácticas, sus discursos y sus relaciones con los otros. De esta manera vemos cómo construyen los adolescentes los significados de la sexualidad.

Los adolescentes no son sujetos pasivos, cuestionan lo establecido, discursos, prácticas y saberes dominantes sobre la sexualidad. Hay cierta resistencia a lo establecido, el control y las normas, abruma su experiencia de la sexualidad y la esclavizan a una dualidad moral saturada de contradicciones que los exponen a ver deteriorada su salud; ellos rehúyen a las instituciones por no ver en ellas la expectativa de resolver sus necesidades. Es evidente que los adolescentes no tienen relación, ni acercamientos con el personal médico y de salud para tratar asuntos relacionados con el ejercicio de su sexualidad. La dotación de condones con esta población es escasa, la orientación sobre planificación familiar es nula y el desconocimiento de los anticonceptivos es evidente en hombres y mujeres jóvenes, esto último no es ocasionado por falta de información, sino por la falta de atención a las necesidades específicas de los jóvenes de acuerdo al contexto social en el que se desenvuelven. No es lo mismo hablarle a una chica que ya inició su actividad sexual de la pastilla del día siguiente, que a una chica que no ha iniciado, es más significativo para la primera que para esta última. Atender las

necesidades específicas de los adolescentes tiene que ver con conocer los significados de la sexualidad que ellos han construido y que están determinados en gran medida por el contexto social en el que se desenvuelven.

Encontramos algunas diferencias de acuerdo con el contexto social en donde se desenvuelven los jóvenes, por ejemplo en el área con mayores carencias sociales, económicas, educativas y de salud podemos observar que las adolescentes de la zona de Cuautepec, significan la sexualidad hacia la maternidad, esto les facilita acceder a mejores condiciones de vida cuando las opciones individuales y familiares fracasan. Al decir individuales nos referimos a la imposibilidad de entrar a la escuela preparatoria o de no obtener buenas calificaciones en la secundaria, no tener opciones laborales que satisfagan sus expectativas. En cuanto a las opciones familiares algunos se adaptan a las actividades de casa, principalmente algunos varones que cuidan a niños pequeños o a personas mayores, sin embargo, esto es más complicado para las adolescentes ya que sus responsabilidades en el hogar son mayores; realizan quehaceres, hacen comida, cuidan niños y personas mayores, es decir, prácticamente se hacen cargo de sus hogares debido a que la madre o ambos padres trabajan, de aquí la premura de salir de su contexto familiar que no les permite vislumbrar otras opciones. Las adolescentes que se encuentran en estas situaciones inician noviazgos a temprana edad entre los 12 y 13 años en la búsqueda de conformar su propia familia.

Otro de los significados de la sexualidad de los jóvenes de la zona de Cuautepec, se relaciona con la consolidación de la identidad de género. El auto reconocimiento y autodefinición de “ser hombres” o “de ser mujeres” en los ambientes familiares extensos crea una serie de conflictos para los adolescentes, son invisibilizados, no tienen derecho a participar en las decisiones de la familia, aunque sean afectados directamente, no son escuchados ni tomados en cuenta. Es de resaltar que en estos ambientes existen ambigüedades en cuanto a quien tiene la autoridad, principalmente cuando el padre del adolescente afectado no

forma parte del grupo familiar. Existe la posibilidad de que, en el caso de los varones, alrededor de los 12 años inician la búsqueda de pareja, se da el inicio de la actividad sexual tempranamente para conseguir un embarazo que obligue a las familias a la unión de los jóvenes, para que ellos a su vez abandonen la escuela y busquen un trabajo para solventar sus gastos, en algunos casos se quedan en el mismo ambiente familiar, en otros lo abandonan, en el mejor de los casos buscan un ambiente en donde construir su propio lugar, como hombres, como pareja y como padres.

El uso de alcohol y drogas es común en Cuautepec, y forma parte de la sexualidad de los adolescentes; facilita el intercambio sexual entre los jóvenes, sin compromisos posteriores. Es de observarse que las adolescentes en muchos de los casos toman la iniciativa, o que bajo el efecto de las drogas resulte más fácil acceder a entablar prácticas sexuales en las que hay menos probabilidades de recurrir a los insumos necesarios para evitar consecuencias no deseables. Hay que resaltar también, que principalmente son varones los que les ofrecen las drogas a las adolescentes.

Otro de los significados de la sexualidad para los adolescentes de esta zona es compartir íntimamente con personas del mismo sexo, aunque no sea de manera abierta, algunos jóvenes dicen que les gustan las mujeres y reafirman constantemente su masculinidad teniendo relaciones con ellas, pero es un hecho que existe atracción y acercamientos corporales entre adolescentes del mismo sexo, sin embargo, no hay una expresión abierta a estos contactos y sentimientos, lo justifican desde lo filial, esto reafirma el carácter de dualidad moral que prevalece en la cultura sobre sexualidad, mientras que prevalece una base heteronormativa, bajo determinadas circunstancias se toleran aquellas prácticas que el mismo esquema heterocentrista excluye y mandata estigmatizar.

Si bien, para los adolescentes de Cuautepec la sexualidad es placer, entendiendo por sexualidad la relación coital; en sus primeras experiencias sexuales

difícilmente logran tener una experiencia placentera; tanto hombres como mujeres narraron que después de varios encuentros sexuales lograron sentir placer, atribuyéndole a sus primeras experiencias preocupación, estrés e inexperiencia.

Por otra parte, en la zona de Culhuacán, los adolescentes que se desarrollan en este contexto social tienen mayores opciones de esparcimiento, culturales, deportivas, sociales y educativas. Aunque narran que el embarazo no es una opción totalmente descartada, tratan de evitarlo, considerando que si la adolescente queda embarazada quien asume las consecuencias económicas son los padres de ambos o la familia de la joven. De los embarazos que refieren los adolescentes de secundaria, los progenitores no permitieron la unión de los menores. En algunas situaciones los padres de las adolescentes asumen la paternidad y la responsabilidad del nuevo bebé y la joven continúa con su vida en la escuela y en sus demás actividades. En situaciones menos favorables, las adolescentes son enviadas a trabajar y tienen que abandonar la escuela y demás actividades para asumir la responsabilidad. Es común que las envíen a trabajar a las tiendas de autoservicio como empacadoras (cerillas).

Ante estas situaciones, las autoridades escolares han buscado reforzar la información sobre sexualidad, sin embargo, esta situación parece haber sido rebasada. Con las adolescentes embarazadas han tenido que hacer ajustes, en algunos casos, por solicitud de los padres para que las jóvenes no pierdan el ciclo escolar o abandonen la escuela, por ejemplo, las evalúan con trabajos especiales y con exámenes bimestrales que las adolescentes presentan. Esto es importante porque no todas las jóvenes embarazadas tienen que dejar la escuela. Es de mencionarse que muchos de los adolescentes de secundaria no cuentan con la supervisión de sus padres debido a que ambos padres trabajan.

Por otro lado, es de mencionarse que para los jóvenes la sexualidad es algo que les pasa y no piensan en las consecuencias, lo que ellos quieren es experimentar. La sexualidad es “*calentura*”, sentir calentura, es querer estar con otros y otras

adolescentes, tocarse, besarse y tener relaciones sexuales. Los encuentros casuales también forman parte de los significados de la sexualidad, aprovechar la ocasión, sin compromisos, sin reclamos, sin preocupaciones y disfrutar un encuentro íntimo con diferentes adolescentes. Algunos jóvenes tienen las posibilidades sociales y económicas para organizar fiestas en sus casas fuera de la supervisión de los adultos, en donde se facilitan dichos encuentros. Si bien es cierto que todos los jóvenes mencionaron que desde la primaria han recibido información sobre prevención de riesgos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, en la práctica es diferente porque ocurre que no utilizan preservativo o que como ellos dicen, se dejan llevar por la “*calentura*” y entonces ya no piensan en otra cosa, más que en el deseo de sentir y experimentar su sexualidad.

Otro significado de la sexualidad que resaltan es la seducción, la manera de vestirse, caminar, hablar, mirarse, arreglarse, besarse, tocarse, mensajearse, les aumenta el deseo de estar con esa otra persona. La masificación de las formas electrónicas de comunicación actuales, han facilitado que muchos de los jóvenes expresen lo que directamente les es difícil decir y también facilitan la gestión de sus vínculos sexuales pero no parece haber esta misma correspondencia con la negociación para protegerse de los posibles efectos no deseados.

También, los adolescentes narran que la sexualidad es “*placer*”, pero a su vez es preocupación, tensión, “*miedo*”, angustia que se presenta después de cada encuentro íntimo. El principal temor es que la adolescente quede embarazada, que sus padres se enteren que es activa sexualmente, que no haya las condiciones económicas para asumir el cuidado de un bebé. Esta situación nos lleva nuevamente a la generación de falsos dilemas en los que los que en la práctica los jóvenes deciden no usar protección. Además, no alcanzan a visualizar en el ejercicio de su sexualidad que hay otros problemas relacionados con su salud, como es el caso de las ITS's entre ellas el VIH/SIDA, los pocos que hacen referencia al respecto son los que tienen familiares o amigos que han pasado por

estas enfermedades, para los demás existe la posibilidad en el discurso, pero no en sus propias vidas.

Para los adolescentes lo que sí es importante es la aceptación social de los demás jóvenes. El ejercicio de la sexualidad es social, muchos adolescentes varones ganan aceptación y reconocimiento social de otros jóvenes al reforzar su masculinidad a través de la cantidad de experiencias sexuales. No así en el caso de las adolescentes, quienes muestran mayor recato en exhibir la información sobre sus experiencias sexuales.

En las conversaciones también escuchamos que la sexualidad para algunos jóvenes es expresión de afectos, muestras de ternura, muestras de amor; tener amor a su novia(o) les da confianza y les facilita la fidelidad, aunque esta última sea significada frecuentemente como propiedad y les sea difícil mantenerla generando angustia. La idea de confianza y fidelidad los lleva a la idea de cuidado y salud, *“Si él o ella no tiene otra pareja solamente a mí, entonces no me preocupo por contagiarme de ITS’s”*.

En el discurso los adolescentes refieren que para tener una sexualidad libre es necesario tener estabilidad económica, trabajo, confianza y madurez. La libertad no solamente radica en hacer con sus cuerpos lo que ellos desean, sino que lo económico es fundamental. Esto solamente es en el discurso porque en la práctica encontramos otras realidades.

Nos encontramos con que la estructura institucional y el sistema médico hegemónico han construido un sistema de creencias, de prácticas y discursos sobre la sexualidad, que está alejado de la realidad de los jóvenes quienes se resisten al control y producen sus propias experiencias. Es evidente que los significados hegemónicos de la sexualidad adolescente no corresponde con los significados de los adolescentes en su vivir cotidiano. Debemos insistir que lo que se juega en la sexualidad de los adolescentes no es solamente la reproducción de

la especie sino también la construcción de nuevas formas de vida donde aprendamos a respetar las diferencias.

El orden social vigente crea la norma mediante la cual encuadra todo los discursos y experiencias y rechaza o descalifica aquella que no cabe dentro de ella. Propone un sistema de control de la experiencia, sin embargo los jóvenes resisten y refutan o cuestionan la norma misma, poniéndose a veces en riesgo y en ese juego de control y resistencia se juega el presente y el futuro de los jóvenes.

Como se habrá observado los significados no son solamente elementos discursivos, o “retazos” de las ideologías de cada época, los significados moldean, se asumen y se reinventan. Podemos ver que los significados se encarnan, con ellos construimos nuestras vidas, son nuestra segunda piel. Si bien los podemos asir con facilidad en el ámbito discursivo, también los significados proyectan las formas en que los colectivos construyen el mundo, hacen mundo y articulan el mundo simbólico con la materia. Entonces hablar de significados en una tesis inscrita en el campo de la medicina social es una estrategia metodológica que nos puede hacer ver otras cualidades en la construcción de las identidades colectivas.

Las prácticas y los discursos con que la medicina social analiza la salud, tendrían que insistir en las metodologías cualitativas, mantener la crítica al sesgo cuantitativo, el dato duro, el número y la gráfica constituyen elementos importantes en los estudios pero se trata de un discurso que no abarca la dimensión subjetiva de las determinaciones sociales de los saberes y prácticas en salud. Por otro lado, la práctica médica que no alcanza a mirar las tácticas cotidianas que tiene la gente para sobrevivir a los rasgos normativos y regulatorios de la sexualidad, incluso para pensar la enfermedad, estas limitaciones no permiten la imaginación radical ni la creatividad necesarias como para enfrentar integralmente la complejidad de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Es necesario recordar que los sujetos, los adolescentes no son simples objetos de políticas y programas de salud y que tampoco son sujetos dados para siempre. El ser del

adolescente es un devenir, porque la adolescencia es solamente una etapa en la historia de varones y mujeres, entonces ¿cómo pensar políticas públicas que apuesten por el devenir de estas poblaciones?

Finalmente, podemos enlistar un número siempre limitado, de recomendaciones sugeridas a través de nuestro análisis, a manera de líneas generales a ser consideradas en los programas de salud pertinentes a la población adolescente. También se propone la apertura de líneas temáticas a profundizar mediante la investigación.

- a) Las instituciones de salud deben crear espacios de análisis e intervención basados en la experiencia de la salud y sexualidad entre los adolescentes.
- b) Considerar las necesidades de salud relacionadas con el ejercicio de la sexualidad de los adolescentes, enfatizando los hechos que les son particularmente significativos a los jóvenes.
- c) Elaborar programas integrales sobre salud sexual del adolescente, que incluyan información sobre derechos sexuales y su ejercicio, así como acompañamiento en su experiencia, resolución de dudas relacionadas con el uso o no de preservativos o anticonceptivos.
- d) Considerar el espacio socio-económico en el que se desarrolla el adolescente para la realización de proyectos sociales y de salud.
- e) Atender de forma integral la salud de los adolescentes, visualizándolos como sujetos de derecho, quienes deben tener acceso a revisiones periódicas de su salud. Crear los mecanismos y espacios adecuados para su atención, es decir, espacios que no solamente atiendan los problemas de salud relacionados con la sexualidad, ya que esto limita su afluencia a estos lugares. Sino centros integrales de salud para los adolescentes. Un lugar específico de atención en donde no sientan que son criticados, juzgados o perseguidos por alguna duda, requerimiento o problema relacionado con el ejercicio de su sexualidad, un espacio donde sientan la libertad de ir a uno y otro servicio sin ningún problema.

Con relación a nuevas vertientes para la exploración científica, recomendamos:

- a) Elaborar otras investigaciones sobre discursos y prácticas de la sexualidad en adolescentes en la ciudad de México y en otros estados del país.
- b) Elaborar investigaciones que contemplen la sexualidad de los jóvenes y su inclusión temprana en los ámbitos laborales.
- c) Investigaciones sobre problemas psicosomáticos en los adolescentes relacionados con el ejercicio de su sexualidad, que afectan su salud y su vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

Amuchástegui, A. (1997). Virginidad e iniciación sexual: la negociación dialógica de significados. En *Subjetividad y Procesos Sociales*. Tramas 12, UAMX. 169-193.

Amuchástegui, A. (2001a). *Virginidad e Iniciación Sexual. Experiencias y Significados*. México: Edamex/Population Council.

Amuchástegui, A. (2001b). Construccinismo social y sexualidad: El sujeto y la Autogestión (comentario). En *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación* (Coord). Stern C, y Figueroa J. México. El Colegio de México. 85-91.

Anzaldúa, A., R. E (2012) *Infancias y adolescencias en el entramado de los procesos de subjetivación*. Tramas. *Subjetividad y Procesos Sociales*. No.36, Junio Año 23; Págs. 177-208. México. UAM Xochimilco.

Ariés, P. (2001). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. México. Taurus.

Balbier, E., et. al., (1999) *Michel Foucault, filósofo*. España, Gedisa.

Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Barcelona, España. Anthropos.

Bauman, Z. (2006). *La globalización. Consecuencias Humanas*. México. Fondo de Cultura Económica.

Baz, M. (1998). *Tiempo y temporalidades: los confines de la experiencia*. Anuario de Investigación 1998 (volumen II). Departamento de Educación y Comunicación, UAM-XOCHIMILCO, México, pp. 173-182.

Breilh, J. (1994). Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones. En: Organización Panamericana de la Salud. Rodríguez, M., (coord.) Lo biológico y lo social. OPS. P.85

Canguilhem, G. (2005) Lo normal y lo patológico. México, Siglo XX Editores.

Campero C., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas (303). México. Gaceta Médica.

Castro, E. (2004). El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Argentina. Universidad Nacional de Quilmes.

CONAPO, 2010. www.conapo.gob.mx

CONEVAL, 2010. www.coneval.gob.mx

Cruz, N.C. (2004). Baja California en el contexto de la política de población durante el periodo Cardenista, 1930-1940. Tesis de Maestría. El Colegio de la Frontera Norte. México.

De Certeau, M. (1996). La invención de lo cotidiano. 1 Artes de hacer. México. Universidad Iberoamericana.

Fuentes, A. (Ed.) (2012) Necropolítica, violencia y excepción en América Latina. México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Foucault, M. (1993). Historia de la Sexualidad. 1. Voluntad de Saber. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1999). Sexualidad y poder. Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Vol. III. Paidós. España. Pp. 129-147.

Freud (1990). Teoría de la libido. Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Vol. XVIII. Argentina, Amorrortu Editores.

Gamboa, R. (2011). El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. Revista Electrónica Diálogos Educativos. No. 21, año 11. Recuperado en la base de datos de Dialnet.

Garduño, MÁ., Lara, N., Pulido, M., Morales, SL., Salinas, A.A. (2013). Doble jornada y salud, costureras de las cooperativas del programa "¡Qué buena puntada!" STFE-DF. Salud Problema 13, Segunda Época, año 7, enero-junio. Págs. 18-31

Gayet, C., y Solís, P. (s/f). Sexualidad saludable de los adolescentes: La necesidad de políticas basadas en evidencias. Revista de Salud Pública de México. Vol 49, ed. Especial XII. E47-E51. Recuperado de la base de datos de Salud Pública.

Gergen, K. (1996). Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social. España. Paidós

Gergen, K. (2006). Construir la realidad. España. Paidós.

Glasier, A., y Gülmezoglu, M. (2006). Poner la salud sexual y reproductiva en la agenda. The Lancet, Vol. 368(9547). 1550-1551.

Gómez, R. y Jiménez, J. (2002). De los principios del pensamiento complejo. En Velilla, MA. (Comp). Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo.

(pp. 113-117) Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior. UNESCO.

Granados, JA., Nasaiya, K, Torres A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH-SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa en México, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública* 23(3): S35-S44.

Granados, JA., Nasaiya, K. (2003). Salud, sexualidad y VIH-SIDA en la educación pública en México. Un análisis del texto de Ciencias Naturales de quinto grado de primaria. *Argumentos* (45):39-57.

Granados, JA., Jiménez, A., y Valadez, TO. (2016). Cultura de género en el embarazo adolescente en un contexto de marginación y ruralidad. *Salud Problema* 10(19):68-89.

Granados, JA., y Torres, C. (2015). Medicalización y heteronormatividad de la diversidad sexual. Apuntes para una propuesta analítica desde la Medicina Social. En Tetelboin, C. y Granados, JA. (coords.). *Debates y problemas actuales en la Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación* (119, pp. 167-187) México. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Gutiérrez, R. (2012). *Subjetividad, cuerpo y violencia: Encrucijadas en Ciencias Sociales*. Tesis de Doctorado. México, UAM Xochimilco.

Haidar, J. (1998). Análisis de Discurso. En: Galindo Luis (comp.). *Técnica de Investigación en Sociedad Cultura y Comunicación*. México: Pearson.117-143.

Ibañez, T. (2005). *Contra la dominación. Variaciones sobre la salvaje exigencia de la libertad que brota del relativismo y de las consonancias entre Castoriadis, Foucault, Rorty y Serres*. España. Gedisa. 125-147.

INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. www.inegi.org.mx.

INJUVE, Encuesta Nacional de la Juventud 2010. www.injuve.cdmx.gob.mx.

Iriart, C. et. al., (2002) Revista Panamericana de Salud Pública. On-line version ISSN 1680-5348 Print version ISSN 1020-4989. Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos.

Jáidar, I. (2003). Por los senderos de la subjetividad. En Jáidar Isabel (comp.) Tras las huellas de la subjetividad. Cuadernos del TIPI 9. México, UAMX. 39-60.

Juárez, F., Palma, L., Singh, S., y Bankole, A.(2010). Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades, Nueva York. Guttmacher Institute.

Lamas, M. (2000) Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. vol. 7, núm. 18, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México. Cuicuilco. Recuperado en la base de datos Redalib.

Laurell, AC. (2001). Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas. México. Planeta. 66-111.

Laurell, AC. (2009). Trayectoria y Retos de la Medicina Social en América Latina. Curso Monográfico Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 27 de junio. México.

Le Breton, D. (2014) Una breve historia de la Adolescencia. Argentina, Nueva Visión.

Mendoza, ME., y García, G. (s/f). Situación Demográfica de México 1910-2010. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_4.pdf

Menéndez, E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Alianza Editorial Mexicana.

México. Secretaría de Salud. (2008). Programa de Acción específica 2002-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Poder ejecutivo. Segunda Sección. Secretaría de Salud. Recuperado en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

Ordorica, M. (1994). Diagnóstico y política de población en México. Papeles de población, (5), 4-11. Recuperado en la base de datos Redalib.

Reyes, y Tuñón (2007). Piernas de gelatina. Reflexiones sobre relatos de experiencia sexual coital entre jóvenes varones del sureste de México. En: Amuchástegui, y Szasz (coord.) Sucede que me canso de ser hombre: relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México. México: El Colegio de México.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Plan Nacional de Desarrollo. México. Recuperado en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html

Salinas, A. (2007). La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión” Temas y desafíos en Salud Colectiva.171-187. Argentina. Lugar.

Samaja, J. (2004). Epistemología de la Salud. Argentina. Lugar.

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Teviño, LR., Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Revista de Salud Pública de México*. 45(1), 534-543. Recuperado de la base de datos de Salud Pública.

Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de los jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios sociológicos*. El Colegio de México. XXV (001), 105-129. Recuperado en la base de datos Redalib.

Saussure, F. (1989). *Curso de lingüística general*. México. Nueva Alianza.

Soberón, G. (1988). SIDA: Características generales de un problema de salud pública. *Salud Pública*. México 30:504-512. Recuperado de <http://bvssida.insp.mx/articulos/1374.pdf>

Szasz y Lerner (comps.) (2005) *Sexualidades en México*. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México. El colegio de México. Recuperado en la base de datos Redalib.

Szasz. I. s/f. *El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades*. México. El Colegio de México.

Szasz. I. (1998). *Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México*. México. El colegio de México. Recuperado en la base de datos Redalib.

Tuñón, E., Eroza, E. (2001). *Género y sexualidad adolescente*. La búsqueda de un conocimiento huidizo. *Estudios Sociológicos* XIX: 55. México. El Colegio de la Frontera Sur. Recuperado en la base de datos Redalib.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*, Ed. Paidós. México, UNAM/PUEG.