

SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

DOCUMENTOS DE TRABAJO



sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México

Aportaciones para la investigación y la acción

Claudio Stern y Elizabeth García

301.42608
D637
no.6



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

6

SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA
DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN MÉXICO.
APORTACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA ACCIÓN.

CLAUDIO STERN Y ELIZABETH GARCÍA
(COORDINADORES)

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

EL COLEGIO DE MÉXICO

DOCUMENTOS DE TRABAJO No. 6 SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

Coordinadores
Claudio Stern y Elizabeth García

ÍNDICE

Introducción 3

Claudio Stern y Elizabeth García

I Construcción social de la sexualidad adolescente 9

- Las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes desde la perspectiva de género: bases epistemológicas para una aproximación teórica y metodológica 11

Yuriria A. Rodríguez Martínez

- Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica 33

Rosario Román Pérez, Elba Vásquez Pizña, Adalberto Rojo Quiñónes, Graciela Caire Uberta y María José Cubillas Rodríguez

- Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia 59

Berenice Ibáñez-Bambrila

- El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales 73

Xóchitl Castañeda, Itzá Castañeda y Claire Brindis

- Factores de riesgo sexual de infección del VIH/SIDA entre jóvenes mexicanos: una revisión de 1983 a 1997 89

Ramiro Caballero Hoyos y Paulina Uribe Morfin

II Programas de educación y prevención 109

- Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un factor determinante de bienestar social 111

Fernando Beltrán Aguirre y Celia Benet Jiménez

- La planificación sexual en adolescentes y jóvenes: una aproximación socioantropológica a las representaciones y prácticas de un grupo de médicos generales 123

Diana L. Reartes

- Educación para la sexualidad con adolescentes: "Inquietudes y preguntas cuando no se esperan respuestas" 131

Elizabeth Contreras Colín

Es una publicación del
Programa Salud Reproductiva
y Sociedad
México, D.F.,
2001

Comité directivo

*Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Gustavo Verduzco Igartúa*

Investigadores del PSRS:

*Carlos Echarri Cánovas
Juan Guillermo Figueroa
Soledad González Montes
Susana Lerner Sigal
Olga Lorena Rojas Martínez
Claudio Stern Feitler
Ivonne Szasz Pianta*

Si desea recibir otros números,
solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal
de Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

En México el 21.2% de la población tiene entre 15 y 24 años de edad.¹ Esta distribución de la población se presenta en el contexto de importantes cambios sociales y culturales que colocan a los jóvenes en nuevas situaciones de vida. Por ejemplo, la creciente urbanización del país hace que el 74% de los jóvenes estén viviendo en localidades urbanas, y con ello tengan un mayor acceso a la escolarización.

Entre otros cambios recientes podemos mencionar el incremento de la edad a la que se presenta la primera unión, el inicio de relaciones sexuales antes del matrimonio y la flexibilidad o disminución de la autoridad familiar sobre los jóvenes y adolescentes.²

Esta nueva situación se traduce por un lado en ventajas sociales que generan promisorias expectativas de vida para los jóvenes, por ejemplo en cuanto a su formación técnica o académica se refiere, o al número cada vez mayor de espacios destinados para los jóvenes que, gracias al reconocimiento de las culturas juveniles, se han generado en la infraestructura del país.

Sin embargo, estos cambios sociales también exponen a los jóvenes a situaciones de riesgo que antes no enfrentaban. Por ejemplo, la disminución de la autoridad familiar sobre los jóvenes y adolescentes se conjuga con el fácil acceso a las drogas, lo que se ha visto reflejado en un incremento en el consumo de las mismas por parte de la población referida.

Otra situación nueva que enfrentan las actuales generaciones de jóvenes es el riesgo de adquirir el VIH/Sida, lo cual no significa que los adultos no lo enfrenten, sino que hace referencia a la relación de subordinación de los jóvenes, en una sociedad que niega sus

derechos sexuales, lo que muchas veces los lleva a tener relaciones sexuales desprotegidas.

Ante todos estos cambios, un ámbito sumamente controvertido son los riesgos sociales y de salud que enfrentan estos jóvenes en su sexualidad y salud reproductiva. En este ámbito los cambios sociales carecen de marcos de interpretación social renovados y acordes con la situación de la juventud actual. La normatividad social que regula el comportamiento sexual de los adolescentes y jóvenes es uno de los principales obstáculos que éstos deben enfrentar.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual, de acuerdo a datos de diversos estudios sociodemográficos, se señala que en México la edad promedio para las mujeres es de 18 años, mientras que para los varones es de uno o dos años antes (entre los 16 y los 17 años);³ este inicio se presenta a edades más tempranas en las zonas urbanas.⁴ Sin embargo, tal inicio sexual ocurre regularmente sin el uso de algún método de prevención del embarazo y del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, y cuando se llega a utilizar algún método por lo regular se recurre a los menos efectivos como el ritmo o el coito interrumpido.

Una relación sexual desprotegida puede dar lugar a un embarazo no deseado, y muchas veces a una unión prematura, una maternidad en soltería o un aborto. Pero el embarazo no deseado no es la única consecuencia de una relación sexual desprotegida, sino también lo es la posibilidad de contraer alguna enfermedad de

¹ Consejo Nacional de Población (1997), *La situación demográfica en México*, México, CONAPO.

² Stern, Claudio (1995), "La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas", en *Carta sobre Población: Boletín Oficial del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población. Temas selectos*, vol. 1, núm. 3, febrero, pp. 1-6.

³ Rodríguez, Gabriela (1996), "Sexualidad juvenil", en Pérez Islas, J.A. (coord.), *Jóvenes: una evaluación del conocimiento*. México, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud y Dirección General Causa Joven, pp. 91-148.

⁴ Por ejemplo, en la Ciudad de México, los varones inician en promedio a los 14.5 años y las mujeres a los 15.5 años. Ver Fleiz, C. *et al.* 1998, "Resultados preliminares de la conducta sexual en estudiantes de secundaria y bachillerato técnico del Distrito Federal", Ponencia presentada en el *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, Querétaro, Qro. Marzo, 1999, México.

transmisión sexual, que en el peor de los casos, puede ser el VIH/Sida.

Estas nuevas circunstancias de vida, en las que se encuentran los jóvenes en la actualidad, han llevado a los investigadores interesados en el tema a formularse nuevos problemas y nuevas estrategias de investigación que permitan explicar y comprender la articulación entre el cambio social y los nuevos sujetos sociales, adolescentes y jóvenes, que lo experimentan.

La compilación de los trabajos

Los artículos que forman parte de esta compilación son el resultado del *Grupo de Trabajo sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes* que se reunió bimensualmente durante 2 años y medio, de 1995 al segundo semestre de 1998. Éste fue convocado y apoyado por el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, y funcionó bajo la coordinación de Claudio Stern con la ayuda de Elizabeth García.

La mayoría de los participantes en el Grupo contaban con alguna experiencia sobre el tema y muchos de ellos habían realizado o estaban realizando alguna investigación relacionada con éste. La discusión en el Grupo se alimentó de la experiencia de todos ellos, y a su vez contribuyó en el trabajo que cada uno realizaba, ya sea en el campo de la investigación, de la acción en organismos no gubernamentales o de la prestación de servicios en instituciones estatales.

La idea de la publicación colectiva surge como una necesidad de documentar el tipo de investigaciones y las aproximaciones novedosas y críticas que caracterizaron a este Grupo de Trabajo frente a la problemática de la sexualidad y salud reproductiva de la gente joven.

Esta compilación también pretende ser una pequeña muestra de los tipos de problemáticas, reflexiones, metodologías, y, en resumen, de investigaciones que se realizaron en la década de los noventa sobre el tema de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente y joven.

Los trabajos no conforman un todo homogéneo, lo cual se debe en parte a las distintas procedencias institucionales de los autores. Algunos tienen menos experiencia en investigación y más experiencia en la

acción; la experiencia de otros es sobre todo en instituciones públicas y el resto tiene una formación más académica y mayor experiencia en la realización de investigaciones.

A pesar de que los artículos sean tan heterogéneos en sus contenidos, en sus temas y en su alcance, e incluso en su enfoque, con el que podemos o no estar de acuerdo, consideramos importante incluirlos para que el lector tuviera una visión más o menos completa de cómo es percibida y abordada la problemática desde las distintas adscripciones de los autores, es decir, desde la acción, las instituciones gubernamentales y la academia. Más que un texto académico y formal, tuvimos la pretensión de que la publicación ofreciera a los interesados en el tema, una visión sobre el debate y la problemática actual en torno a éste. También nos parecía importante que el valioso trabajo, realizado por los autores en estos dos años, se viera concretado en esta publicación.

A continuación se presentan de manera general, los contenidos y las problemáticas abordados en cada uno de los textos que conforman esta publicación, los cuales han sido agrupados en dos grandes apartados: I. Construcción social de la sexualidad adolescente, y II. Programas de educación y prevención.

I. Construcción social de la sexualidad adolescente

Los trabajos agrupados en este apartado hacen referencia a la construcción social de la sexualidad de los y las adolescentes, considerando los aspectos culturales, psicológicos, biológicos y culturales que la conforman, ya sea el género, los riesgos de la práctica sexual, el embarazo, las creencias o los mitos.

Así, en el primer trabajo, de Yuriria Rodríguez, titulado “Bases epistemológicas para una aproximación teórica y metodológica a las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes desde la perspectiva de género”, la autora ofrece una perspectiva teórica de los paradigmas epistemológicos que sustentan las investigaciones en el campo de la sexualidad de los adolescentes y señala la necesidad de realizar estudios acerca de la sexualidad en la adolescencia desde aproximaciones metodológicas cualitativas.

De esta forma, parte del supuesto de que la sexualidad es una construcción social, por lo que se puede afirmar que tanto hombres como mujeres somos co-partícipes de dicha construcción y que la información, las actitudes, junto con los valores que le damos, y las imágenes, elementos de la representación social, constituyen una base para la comprensión de las prácticas ejercidas por ambos géneros.

La metodología constructivista, dice la autora, ofrece una metodología adecuada para el estudio de la sexualidad, ya que las respuestas del sujeto son sólo un medio que permite al investigador acceder al estado interno de disposición cognoscitiva. Sin embargo, el investigador debe buscar la coordinación entre los datos experimentales y su marco deductivo o teoría, ya que no es suficiente la acumulación de datos, sino que es necesario incorporarlos dentro de un marco teórico en el que cobren significado.

Posteriormente, Rosario Román, Elba Vásquez, Adalberto Rojo, Graciela Caire y María Jose Cubillas, en el artículo “Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica”, hacen un análisis y reflexión acerca de los aspectos biológicos del embarazo adolescente, y rescatan la importancia que tienen los elementos sociales y culturales para la comprensión integral de este fenómeno. Analizan también el sustrato teórico-metodológico de investigaciones realizadas sobre el tema en los últimos quince años en México.

Como parte de este análisis nos presentan información sobre las complicaciones reportadas con mayor frecuencia en adolescentes embarazadas que se atendieron en un hospital público de la Ciudad de Hermosillo, Sonora. Se incluye información de un estudio de seguimiento con 15 adolescentes que acudieron a distintas instituciones de salud pública de esa misma ciudad, con la idea de ilustrar el papel que tienen el contexto social y cultural. Al respecto concluyen que el embarazo adolescente se convierte en un marcador que acentúa los factores sociodemográficos desventajosos que, incluyendo la pobreza, la desnutrición, la educación deficiente o las dificultades de acceso a los servicios de salud, establecen la probabilidad de que la gestación y la maternidad sean riesgosas.

Si bien el embarazo adolescente es considerado un evento indeseable por los riesgos de salud a los que

conlleva, la relación del embarazo con éstos tiene poco sustento empírico en cuanto a su etiología. Concluyen los autores que a partir de las investigaciones revisadas, no es fácil afirmar que el embarazo adolescente sea un problema de salud pública, cuando es claro que las complicaciones prenatales de las mujeres adolescentes son similares a las de otros grupos étnicos.

En el siguiente artículo, titulado “Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia”, Berenice Ibáñez hace un análisis de los distintos factores psicológicos que están relacionados con un embarazo en la adolescencia. Para ello la autora propone la revisión de los siguientes aspectos: la iniciación sexual, el uso de métodos anticonceptivos, el embarazo, el aborto, la adopción, la maternidad en soltería, el matrimonio y la crianza de los hijos.

La autora se basa en algunas referencias para plantear que el inicio de la vida sexual activa implica que en el inconsciente se ha adquirido el estatus de adulto, es decir que el adolescente se inicia sexualmente para poder considerarse adulto, pero también plantea que esto puede ser una forma de agresión a los adultos, cuando existen conflictos familiares, por falta de afecto o por presión social. Respecto a la “precaución anticonceptiva” nos dice la autora que ésta implica el ejercicio de una conducta de autocuidado que difícilmente se observa en las adolescentes.

Sobre el embarazo en la adolescencia plantea que las secuelas de éste varían de acuerdo al contexto psicosocial y cultural en que se presenta. En la mayoría de los casos son embarazos no deseados. Algunos factores emocionales que con frecuencia se encuentran en las adolescentes embarazadas son: depresión, baja autoestima, pasividad, culpa, tensión, agresividad, ansiedad reactiva, sensibilidad e inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, desconfianza, carácter dominante y baja sociabilidad.

Con el título “El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales”, Xóchitl Castañeda, Itzá Castañeda y Claire Brindis nos presentan los resultados de un estudio realizado en dos comunidades rurales de Chiapas y Morelos. Las autoras analizan las creencias, prácticas y mitos sobre la virginidad de la mujer, así como también sobre la iniciación sexual prematrimonial del hombre, ambos hechos encargados de regir y normar la

conducta tanto de los jóvenes como del resto de la población. Entre otros hallazgos, señalan las autoras que la mujer que pierde la virginidad fuera del matrimonio es desvalorizada por la comunidad, y se expone a las proposiciones indecorosas de cualquier hombre.

Señalan también que en las poblaciones que estudiaron existe una gran presión alrededor de la iniciación de la actividad sexo-genital, actividad que está regulada por roles de género contruidos a partir del mito de la virginidad y la castidad.

Delicados juegos de permisibilidad y prohibición crean las situaciones y contradicciones que son descritos en este trabajo, con el cual las autoras provocan la reflexión sobre la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes que habitan en las áreas rurales de México, y con ello sugieren que el diseño de campañas para la prevención de ETS y Sida deben considerar la diversidad étnica, geográfica y socio-cultural.

El último de los artículos que se presenta en este primer apartado está realizado por Ramiro Caballero y Paulina Uribe, titulado “Factores de riesgo sexual de infección del VIH/Sida entre jóvenes mexicanos: una revisión de 1983 a 1997”, en el que se describen los factores socioculturales relacionados con el riesgo de infección de VIH/Sida en adolescentes y jóvenes. Para ello los autores se dieron a la tarea de revisar resultados de investigación empírica publicada entre 1983 y 1997 que habían utilizado la técnica de entrevista con adolescentes y jóvenes tanto del área rural como urbana. Las investigaciones procedieron de las universidades públicas como la de Sonora, la de Guadalajara y la UNAM; y del CONASIDA, la Secretaría de Salud, IMSS, CONAPO, el Instituto Nacional de Salud Pública y también de algunas ONG's.

Las investigaciones revisadas por los autores fueron realizadas sobre adolescentes de todos los niveles socioeconómicos. Cada estudio ubica en diferentes rangos de edad el periodo de la adolescencia. Se seleccionaron investigaciones realizadas desde el punto de vista psicológico, demográfico, sociológico y antropológico; sin embargo, el enfoque predominante era el de “estudio del comportamiento bajo el criterio de la descripción o búsqueda epidemiológica de factores de riesgo”. Los resultados del análisis de las investigaciones referidas se presentan en las siguientes categorías: i) fuentes de información sobre sexualidad, ii) conoci-

mientos sobre VIH/Sida, iii) comunicación sobre sexualidad, iv) percepción de riesgo del VIH/Sida, v) prácticas coitales y uso de protección y vi) efecto de las campañas de medios masivos y de la educación sexual.

II. Programas de educación y prevención

Los artículos que conforman este segundo apartado se refieren a la educación y a la prevención sobre la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente, se consideran aspectos tales como: los programas de atención, las representaciones y prácticas médicas, y la educación sexual.

El artículo escrito por Fernando Beltrán y Cecilia Benet, “Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un factor determinante de bienestar social”, es el primero de los artículos que se encuentra en este segundo apartado. En él, los autores describen los programas de salud sexual y reproductiva dirigida a los y las jóvenes, tanto gubernamentales como no gubernamentales, contextualizando esta descripción con la situación que prevalece en el país respecto al tema. Para ilustrar dicha situación utilizan algunos indicadores. Así nos mencionan que la utilización de métodos anticonceptivos entre adolescentes activas aumentó de 1976 a 1992 en 36%; que las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes entre adolescentes son candidiasis, tricomoniasis y gonorreas; que el número de muertes maternas en adolescentes ha disminuido en los últimos 15 años; y que el número de nacimientos en menores de 19 años ha disminuido de 17.1% a 15.9%, entre 1990 y 1994.

Los autores también presentan el marco de las políticas internacionales y los postulados que sustentan y promueven la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el mundo. Además describen la forma en que funciona el Programa de la Secretaría de Salud “En Buen Plan”, cuyo objetivo es atender las necesidades de salud reproductiva de la población joven. En gráficas y cuadros se presentan algunos de los resultados de este Programa.

Los autores señalan como una limitación el hecho de que se ha cubierto principalmente a la población urbana, representando un reto la atención de las nece-

Sidades de los jóvenes rurales. Por último, se plantea la necesidad de reforzar y diversificar la coordinación entre los distintos sectores de la sociedad para atender la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Por su parte, Diana Reartes, en el artículo “La planificación familiar en adolescentes y jóvenes: una aproximación a las representaciones y prácticas de médicos generales”, hace un análisis desde el punto de vista antropológico, de las representaciones y prácticas de un grupo de médicos generales que ofrecen servicios de planificación familiar a adolescentes y jóvenes. En la investigación observó el proceso de orientación, selección, administración, control y seguimiento del uso de métodos anticonceptivos en población adolescente y joven. El resto de la información se obtuvo a través de entrevistas a un grupo de médicos de un Centro de Salud en el Distrito Federal.

La autora postula que las representaciones médicas vinculan a médicos y pacientes no sólo en términos técnicos, sino también en relaciones sociales y culturales. En opinión de la autora, los médicos pasan por alto las dificultades que tienen los pacientes para practicar el sexo seguro, las capacidades o imposibilidades de negociación entre mujeres y varones en la relación sexual para el autocuidado, elementos que juegan un importante papel en la adecuada y oportuna protección. Además, la consejería que imparten estos médicos descuida a la población de adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual activa y a los varones adultos. Los médicos mantienen una mentalidad reduccionista al asumir también ellos la vigencia de los roles tradicionalmente asignados a mujeres y varones en la esfera de la reproducción y la planificación familiar. Por tanto, anota la autora, este grupo de médicos induce a pensar que su formación no es la más adecuada para intervenir en los problemas de planificación específicos de la población joven.

En el artículo “Educación para la sexualidad con adolescentes: inquietudes y preguntas cuando no se esperan respuestas”, Elizabeth Contreras nos plantea que la educación sexual dirigida a la población adolescente está permeada frecuentemente por esquemas que los adultos tienen sobre el significado de la sexualidad. Ello se percibe en el tipo de preguntas hechas por adolescentes en los espacios educativos. Según la autora, los adolescentes elaboran preguntas para las que no esperan respuestas, pues la respuesta es intuitiva desde el momento en que se formula la pregunta, las cuales se elaboran, sobre todo, con la intención de establecer vínculos y resonancias.

Se analizan preguntas de estudiantes de educación media, de escuelas públicas ubicadas en la ciudad de Querétaro y en una secundaria de la ciudad de Celaya, Guanajuato. Las preguntas fueron planteadas en forma escrita por adolescentes que participaron en alguna actividad educativa y fueron clasificadas por la autora en tres rubros: i) la práctica erótica y amorosa y la temática heterosexual; ii) la práctica y temática homosexual; y iii) la práctica y temática bisexual.

La importancia de este último artículo radica sobre todo en que da un espacio a la voz de los jóvenes, nada mejor para acercarnos a sus necesidades.

Consideramos que son importantes los aportes que estos trabajos hacen sobre el tema de la sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, tanto para la investigación como para la acción; sin embargo, sabemos que aún existen muchas preguntas por responder. Esta es una tarea en proceso y es en gran medida lo que nos ha motivado para difundir estos trabajos, siempre con la intención de contribuir a la comprensión y el bienestar de los jóvenes y adolescentes mexicanos.

Claudio Stern*
y Elizabeth García**
Mayo de 2000

* Investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

** Investigadora asociada del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

PRIMERA PARTE

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

BASES EPISTEMOLÓGICAS PARA UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

YURIRIA A. RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

345 702385

Introducción

En el presente trabajo se intenta establecer algunas bases epistemológicas fundamentales para la comprensión y consecución del estudio de *Las representaciones sociales de la sexualidad, en adolescentes, desde la perspectiva de género*.

La importancia de reflexionar sobre esas bases puede rescatarse en dos sentidos. Por un lado en la relevancia que tiene para el conocimiento científico social, el reconocer y comprender los paradigmas epistemológicos que sustentan las investigaciones a desarrollar, misma que se evidencia cuando pensamos, proponemos y demostramos que los resultados de dichas investigaciones contribuyen o pueden hacerlo, a cambiar las condiciones de vida de los seres humanos. Aunque la valoración de esos cambios se haga de acuerdo con cánones sociales y culturales, y en algunos casos pudiera ser negativa y otros positiva, esos cambios son una de las metas de las ciencias sociales. Más que discutir y discernir sobre los problemas epistemológicos, tanto teóricos como metodológicos de las ciencias sociales en general, centro el análisis en la fundamentación epistemológica de la investigación de las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes, con un enfoque de género. Este escrito puede servir para comprender las posturas, que aunque implícitas, se encuentran en la plataforma que sostiene el planteamiento de investigaciones de esa temática, y deseo, de la misma manera, pueda servir a otros para conocer más de cerca estos elementos.

Por otra parte, resulta necesario expresar la necesidad de realizar estudios acerca de la sexualidad en la adolescencia, con perspectivas cualitativas, como la que

se propone, en tanto sirvan para conocer más acerca de los “valores, estereotipos y modelos sobre la sexualidad y la reproducción que la familia, las instituciones educativas y los medios de comunicación transmiten al adolescente”. Su confrontación con los valores del adolescente¹, tema prioritario de investigaciones que sirvan “para acrecentar el conocimiento sobre la naturaleza del problema del embarazo y fecundidad en adolescentes”, según el taller del Population Council, de 1992. Además, la problemática de los comportamientos sexuales que ponen en riesgo la salud y/o el desenvolvimiento de los y las adolescentes también apuntan a estudiar la construcción social de su sexualidad y las maneras en que la ejercen, basadas en gran parte, en dicha construcción. De ahí que estudios como el de las representaciones sociales de la sexualidad en la adolescencia, desde la perspectiva de género, sean relevantes para el conocimiento de las ideas, los valores y modelos de la sexualidad en los y las adolescentes, pudiendo servir como base para contrastar esta información con la transmitida por algunos talleres y cursos educativos de la sexualidad para adolescentes y jóvenes, o para crear nuevos programas de educación sexual.

De esta manera, abordo primero el planteamiento epistemológico de la Psicología Social, particularizando en la teoría de las representaciones sociales y el paradigma constructivista como base de su desarrollo. Posteriormente hago una introducción al fenómeno a investigar a través de esta teoría, la sexualidad, así como el grupo con el que trabajaremos esa temática: las y los

¹ Claudio Stern, *Taller sobre prioridades de investigación sobre embarazo y fecundidad adolescentes en América Latina y el Caribe, Resultados y recomendaciones*, The Population Council, México, 1992, p. 9.

adolescentes. Más adelante, fundamento epistemológicamente la necesidad de realizar investigaciones con la perspectiva de género y por último planteo algunas consideraciones metodológicas sobre mi objeto de estudio. Espero que con la delimitación concreta de algunas bases epistemológicas de la teoría de las representaciones sociales, la perspectiva de género, la construcción social de la sexualidad y la adolescencia aporten algunos criterios para rescatar la importancia de su estudio y para aproximarnos mejor a la comprensión del fenómeno planteado.

I. Una aproximación a la construcción social de la realidad: la psicología social y su teoría de las representaciones sociales

Para introducirnos al análisis y planteamiento de las bases epistemológicas de la investigación de *Las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes, desde la perspectiva de género*, resulta necesario echar una mirada hacia los acontecimientos del desarrollo de las ciencias sociales, específicamente, en los movimientos epistemológicos y metodológicos que las han caracterizado en el siglo presente y el anterior. Más que realizar un análisis exhaustivo, pretendemos dar elementos para contextualizar algunos fundamentos epistemológicos del estudio mencionado.

1. A manera de introducción: La crisis en las Ciencias Sociales

Hoy en día, el conocimiento científico, como todo conocimiento, es resultado del devenir histórico de la humanidad. Especialmente, el conocimiento generado por las ciencias sociales atraviesa por un proceso de crisis. Como aduce Lauro Zavala, “la situación actual de las ciencias sociales está caracterizada por la crisis de sus paradigmas y su heterogeneidad discursiva”.²

En un intento por comprender este fenómeno podemos retomar el planteamiento de Thomas S. Kuhn sobre las revoluciones científicas. En *La estructura de las*

revoluciones científicas,³ Kuhn desarrolló su concepto de “paradigma” como una manera de enfocar el conocimiento y la comprensión de la realidad. Como concepción metafísica del mundo, el paradigma viene a enmarcar los lineamientos considerados en una aproximación a la realidad. Aunque, de acuerdo con Margaret Masterman, en la obra de Kuhn existen 21 diferentes sentidos de referirse al concepto de paradigma,⁴ podemos decir que en general el paradigma funciona como modelo de creencias, valores, técnicas, métodos, procedimientos que comparten los miembros de una comunidad científica, que provee de criterios para seleccionar problemas, darles solución y/o explicación mediante un patrón, y para delimitar las soluciones aceptables. Así, determina a una ciencia en sus problemas, sus métodos, sus conocimientos y la forma de producirlos y/o aplicarlos.

De acuerdo con la propuesta de Kuhn, la ciencia se desarrolla a través de la construcción de paradigmas y las “Revoluciones Científicas”. Así, Kuhn, comparando las revoluciones científicas con las revoluciones sociales, señala que ante la existencia de quiebres en los paradigmas se presenta su transición hacia otro, siendo esta crisis el preámbulo de una revolución científica, es decir, de un cambio de paradigma. “Las revoluciones científicas se consideran aquí, como aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible.”⁵ Podemos decir que esos cambios pueden tener orígenes en la presencia de datos inexplicables o en rupturas epistemológicas dentro del grupo de científicos que lo legiti-

³ Thomas S. Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1962.

⁴ No es tarea del presente trabajo reconsiderar los sentidos del uso de este concepto en el texto de Kuhn pero es conveniente saber que, aunque haya recibido críticas al respecto, el panorama propuesto por él sobre la formación y transformación de las ciencias sociales trajo consigo una nueva visión de su desarrollo en la que se apunta hacia la idea de movimientos y cambios más que de avance y acumulación de conocimiento, como se planteó en el positivismo decimonónico y el neopositivismo. Sobre el análisis de las distintas acepciones del concepto de paradigma en el texto de Kuhn nos podemos remitir al trabajo de Margaret Masterman sobre “La naturaleza de los paradigmas”, en Lakatos, Imre y Musgrave, Alan (comps.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento*, México, Grijalbo, 1975, pp. 160-201.

⁵ T. S. Kuhn, *op.cit.*, p. 149.

² Lauro Zavala, “Las ciencias sociales como narrativas de la crisis”, en *La Jornada Semanal*, Suplemento de *La Jornada*, Nueva época, núm. 144, 15 de marzo de 1992, p. 35.

man. Las revoluciones científicas se caracterizan por el abandono de generalizaciones simbólicas y su sustitución por otras.

En el marco conceptual Kuhniano podemos ubicar la ruptura epistemológica del positivismo decimonónico y el neopositivismo, iniciada fundamentalmente en Alemania y más tarde, con la Escuela de Frankfurt. Droysen, Dilthey, Simmel, Max Weber, los neomarxistas, y más tarde Adorno, Horkheimer, y Habermas entre otros desarrollaron la Teoría Crítica de la sociedad en contraposición de los postulados del Círculo de Viena y el posterior empirismo lógico. Aún cuando la polémica no ha cesado, y teniendo sus bases anteriores al siglo XIX, podemos recordar de manera general ciertos rasgos característicos de las dos posiciones. Por un lado los positivistas consideraron como cualidades de la ciencia verdadera un monismo metodológico, en el que el modelo a seguir sería el canon de las ciencias naturales exactas. La ciencia entonces, debía buscar explicaciones causales generando leyes generales del comportamiento de los fenómenos estudiados, partiendo del interés dominador de la ciencia sobre los fenómenos, su predicción, su control y el dominio de éstos. Por su parte, la crítica alemana, con su versión sobre la hermenéutica, inició con el rechazo de las pretensiones del positivismo señalando que la investigación en ciencias sociales debía captar la dimensión interna para comprender su manifestación, es decir la intersubjetividad, y que era necesaria la unidad sujeto-objeto para la comprensión de los fenómenos desde dentro de los mismos, por lo tanto la autonomía de las ciencias del espíritu frente a las ciencias naturales estaba justificada. De acuerdo con los planteamientos posteriores, de la Escuela de Frankfurt "...el positivista no advierte que su ver, percibir, etc., está mediado por la sociedad (burguesa capitalista) en la que vive. Si renuncia a percibir esta mediación de la totalidad social del momento histórico que vive, se condena a percibir apariencias".⁶ El cambio epistemológico marcado por los alemanes, sobre la comprensión de la realidad denotaba una concepción en la que sujeto cognoscente y objeto de conocimiento se interrelacionan e influyen. Esa con-

cepción se manifiesta en la actualidad al reconocer como lo hace Marcelino Cereijido "...que la observación desprejuiciada no existe".⁷ Al cambiar la manera de concebir el objeto de estudio también cambia el método, reconociéndose hoy en día que no se puede mantener el monismo metodológico, y que "... en realidad, no sabemos cómo hacemos para tamizar el caos; pero, sea como fuere, es de una escandalosa exageración suponer que el procedimiento es lineal, y negar que resulta de múltiples caminos paralelos..."⁸

En general, esa revolución científica ha permeado el curso de las ciencias sociales, además, otras revoluciones científicas ocasionadas fundamentalmente por los cambios sociopolíticos, económicos y naturales vividos por la humanidad, ocurridos particularmente a partir de la segunda mitad de este siglo. Immanuel Wallerstein argumenta tres procesos influyentes en el debate de las ciencias sociales: primero "...el cambio en la estructura política del mundo..." después de la segunda guerra mundial junto con "...la llamada guerra fría entre Estados Unidos y la URSS y la reafirmación histórica de los pueblos no europeos del mundo". El segundo "la mayor expansión de su población y su capacidad productiva jamás conocida, que incluyó una ampliación de la escala de todas las actividades humanas". Y la tercera, la expansión "tanto cuantitativa como geográfica, del sistema universitario en todo el mundo".⁹ Así, hoy en día, las ciencias sociales se ubican en

⁷ Marcelino, Cereijido, "Cómo se crea y se investiga" en *Ciencia sin seso, locura doble. ¿Estás seguro de que te quieres dedicar a la investigación científica en un país subdesarrollado?*, México, Siglo XXI, 1994, p. 72.

⁸ *Ibidem*, p. 87.

⁹ Immanuel Wallerstein, (coord.) *Abrir las ciencias sociales*, México, Siglo XXI, 1996, p. 37. Otros cambios, la mayoría relacionados con los anteriores, como la caída del muro de Berlín, la desintegración de la URSS, el pronunciado crecimiento de sectas religiosas, los procesos de migración, la apertura de las economías y su globalización, el surgimiento de los movimientos feministas y del movimiento gay-lésbico, la aparición del retrovirus causante del SIDA, el invento del proceso de "clonación" animal, etc. Como todo cambio, estos procesos crean sensaciones de ansiedad, de miedos, de confusión, especialmente al confirmar nuevamente que el universo no está bajo el control de los seres humanos, y que la ciencia no sólo ha traído beneficios a la humanidad sino también perjuicios. Como dice Jeffrey Weeks, "...De cualquier manera que caractericemos la época, no puede haber duda de su sentido de cambio fundamental con toda la incertidumbre resultante." Aunque también, "...Enfrentados a una cultura del pánico, a una sensación de vivir al borde del mundo, atraídos y repelidos por los

⁶ J. M. Mardones y N. Ursua, *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Materiales para una fundamentación científica*, México, Fontamara, 1988, p. 27.

un proceso de replanteamientos y reflexiones acerca de las bases epistemológicas de sus paradigmas, sus metodologías, sus aplicaciones, y por tanto, su ética.

Si bien, los acontecimientos mundiales han influido la manera de trabajo en ciencias sociales, el tipo de fenómenos abordados han producido también que los planteamientos sean interdisciplinarios, es decir, trabajados desde disciplinas diferentes buscando brindar explicaciones e interpretaciones más complejas y completas de las realidades culturales. Observamos que, aunque las ciencias sociales como empresa del mundo moderno, basada en el modelo newtoniano y el cartesiano, iniciaron fragmentándose en áreas de especialización en el estudio de la realidad social, actualmente se mezclan unas con otras, en sus posturas paradigmáticas, en sus teorías, en sus métodos de investigación. Podemos decir que esto se debe al reconocimiento de la complejidad de los fenómenos sociales y la subjetividad humana inmersa en los mismos, así como al cuestionamiento de la objetividad en las ciencias y la separación tajante entre sujeto investigador y objeto investigado; pero también debemos señalar que los propios fenómenos sociales se imponen como objetos de estudio transdisciplinarios al requerir ser pensados y comprendidos como partes de un todo, como elementos de una intertextualidad, entendiéndola a ésta como:

“...la característica principal de la cultura contemporánea. Si todo producto cultural (un concierto, una mirada, una película, una novela, un acto amoroso, una conversación telefónica) puede ser considerado como un texto, es decir, literalmente como un tejido de elementos significativos que están relacionados entre sí, entonces todo producto cultural puede ser estudiado en términos de esas redes. Las reglas que determinan la naturaleza de este tejido son lo que llamamos intertextualidad”¹⁰

placeres de la catástrofe, tenemos la tentación de buscar una solución total”, en Jeffrey Weeks, “Valores en la era del sida”, en *Debate Feminista*, año 6, vol. 11, abril, 1995, pp. 157-182.

¹⁰ Lauro Zapata, “Elementos para el análisis de la intertextualidad”, en *La Colmena*, núm. 9, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, invierno, 1996, p. 4.

Considerando la intertextualidad, las ciencias sociales deben proyectar su trabajo interdisciplinariamente en tanto intenten estudiar esas redes y reglas. La interdisciplinariedad de las ciencias sociales tiene una perspectiva integrativa de las teorías que cada disciplina aporta para la comprensión de un fenómeno determinado. De acuerdo con Julie Thompson Klein, en su análisis sobre los estudios multidisciplinarios, interdisciplinarios, y transdisciplinarios, en 1978 se inició la intención de trabajar en las ciencias sociales desde una perspectiva interdisciplinaria basada no en el trabajo de grupo como en la perspectiva multidisciplinaria, sino en un trabajo genuino de equipo.¹¹ Este trabajo de equipo se debe basar en el énfasis integrativo, en el análisis de los datos de investigación.

Ante los cambios señalados sobre los objetivos de las ciencias sociales, su forma de concebir la realidad y su objeto de estudio, los fenómenos de la realidad social, su manera de trabajar fragmentada o integrativamente, podemos preguntarnos ahora ¿cuáles son los objetivos de las ciencias sociales? ¿En qué contribuyen las Ciencias Sociales al bienestar de la humanidad? o tal vez tendríamos que preguntar si contribuyen o cómo deben trabajar para hacerlo; ¿Qué elementos deben considerar para una mejor comprensión de la realidad sociocultural y una mayor producción de conocimiento? ¿Qué alternativas podemos plantear como científicos sociales para intentar alcanzar esos objetivos?

2. El lugar de la Psicología Social en la actualidad de las Ciencias Sociales

Inmersa en la crisis de las ciencias sociales, la psicología social se ha desarrollado particularmente en el último milenio, abordando el estudio de los fenómenos sociales desde tres diferentes perspectivas con base en diversos paradigmas (el conductista, el estructuralista, el constructivista por citar algunos). Hasta hace unas décadas eran tres: a) desde el individuo, dándole énfasis a las características de cada sujeto, considerándolo como parte constituyente de los grupos, de la sociedad, y privilegiando el análisis en las formas del comportamiento de los individuos en grupo. b) Otra pers-

¹¹ Julie Thompson Klein, “An interdisciplinary lexicon”, en *Interdisciplinarity. History, theory & practice*, Detroit, Wayne State University Press, 1991, p. 60

pectiva partía desde el ambiente, centrándose en el planteamiento taxonómico de los estímulos del medio ambiente, influyentes y determinantes del comportamiento de los grupos y de los individuos en grupo, según esta vertiente. c) Otra más tenía como base los grupos, en donde lo social se definía por lo numérico, y la forma en que el sujeto se relacionaba con el medio y con el grupo dependía de la manera en que se relacionan los sujetos entre sí.

Sin embargo, como ciencia social dejó de explicar la realidad entrando en una crisis que de acuerdo con Pablo Fernández Ch. "...puede entenderse como la conciencia de un fracaso ante la realidad..."¹² Esa crisis trajo el cuestionamiento de los psicólogos sociales acerca de la tarea de su disciplina, su naturaleza interdisciplinaria y su objeto de estudio, se convirtió entonces en un conflicto estructurante de una nueva perspectiva: desde ésta se supera la diferenciación entre el individuo y la sociedad (realidades cuya existencia es interdependiente), produciendo así una tercera realidad correspondiente al vínculo entre ellas: *la intersubjetividad*. Explorando el aspecto subjetivo de la realidad social y cuestionando la separación entre lo individual y lo colectivo, busca analizar y comprender los fenómenos que son al mismo tiempo psicológicos y sociales como "es el caso de los fenómenos de masas, del lenguaje, de la influencia, de signos en general, y de las representaciones sociales que se comparten en una sociedad".¹³ Lo más importante es la dimensión simbólica de la realidad social, lo cual puede resultar un problema si se busca construir una psicología social nomotética. Como aduce Tomás Ibáñez Gracia, "... no estoy sugiriendo que no existe una regulación del entramado simbólico y que no se puedan detectar en su seno ciertas relaciones más o menos constantes. Tan sólo estoy diciendo que estas regularidades no obedecen a una lógica nomotética."¹⁴ De esta manera no pretende ser una cien-

cia nomotética en el sentido señalado por Jean Piaget,¹⁵ sino una ciencia comprensiva e interpretativa de hechos psicosociales. Retomando a Piaget podemos señalar que "... la dificultad epistemológica fundamental de las ciencias del hombre -así llamadas por Piaget- consiste en que éste es a la vez sujeto y objeto, y se ve agravada por el hecho de que este objeto, a su vez, es un sujeto consciente, dotado de palabra y de múltiples simbolismos, con lo que la objetividad y sus previas condiciones de descentración se hacen tanto más difíciles y a menudo limitadas."¹⁶ Esa dificultad también está presente en la Psicología Social pero más que negarla, separando al investigador de su sujeto de estudio, como se pretendía desde el positivismo, y en corrientes como el conductismo, actualmente la Psicología Social busca reconocer y comprender esos enlaces subjetivos entre la alteridad de sus sujetos de investigación y la suya propia, dicho de otra manera, la intersubjetividad.

3. El surgimiento de la teoría de las representaciones sociales en el descontento de la Psicología Social y sus bases epistemológicas en el paradigma constructivista

Producto del conflicto estructurante de la psicología social, surge la teoría de las representaciones sociales propuesta por Serge Moscovici en su estudio doctoral sobre las Representaciones Sociales del Psicoanálisis,

¹⁵ Jean Piaget, "Introducción: la situación de las ciencias del hombre dentro del sistema de las ciencias", en *Tendencias de la investigación en ciencias sociales*, 4a. ed., Madrid, Alianza Universidad, 1979, p. 46.

¹⁶ *Ibidem*, p. 67. Retomamos a este autor para evidenciar las coincidencias en señalar lo complejo que resulta establecer lineamientos de objetividad, sin tener que olvidarse de negar la subjetividad propia de los seres humanos. Sin embargo, sabemos que los planteamientos del autor en el desarrollo de este texto están dirigidos hacia propuestas que permitan la rigurosidad metodológica en ciencias sociales y la experimentación, tomando en cuenta como uno de sus fines, el establecimiento de leyes. En el caso de la psicología, para Piaget la propuesta fue el estudio de la inteligencia y los procesos cognitivos, dándole primacía a los procesos individuales. Este no es el caso de la psicología social, pues en esta disciplina, lo que se privilegia, como veremos más adelante, es el enfoque social de los pensamientos y comportamientos humanos, como producciones socioculturales.

¹² Pablo Fernández Ch., "Psicología Social de la Cultura Cotidiana", en *Psicología Colectiva y Cultura Cotidiana*, Cuadernos de Psicología, Serie: Psicosociología, UNAM, Facultad de Psicología, 1989, p. 78

¹³ Serge Moscovici, *Psicología Social*, Barcelona, Paidós, 1985, p. 19.

¹⁴ Tomás Ibáñez Gracia, "La psicología social como dispositivo desconstruccionista", en T. Ibáñez, (coord.) *El conocimiento de la realidad social*, Barcelona, Sendai ediciones, 1989, p. 120.

en su texto *El psicoanálisis: su imagen y su público*,¹⁷ publicado en 1961. Como lo señalan Agnes Allansdottir y colaboradores, “La teoría de las representaciones sociales hace su entrada como una noción específica y proposicional dentro de la psicología social en un periodo crítico en la historia de la disciplina. En el mundo anglosajón este periodo fue etiquetado por algunos como la ‘crisis de la psicología social’...”¹⁸ El cuestionamiento acerca de dónde encontrar lo social en psicología social y qué era lo social para esta disciplina produjo la elaboración de este concepto de Moscovici, quien retomando el concepto durkheimiano de *representaciones colectivas*, y conectando con los orígenes más sociales de las actitudes, lo plantea como núcleo vertebrador de la psicología social europea. No es el caso de nuestra posición, pues aunque reconocemos que es fundamental este concepto para la comprensión de la realidad social, consideramos que no es el único a considerarse. “...En efecto, sin alejarse de las preocupaciones cognocitivistas por la importancia que tiene la experiencia fenomenológica de la realidad, Moscovici no sólo fundamenta el origen social a esta experiencia fenomenológica, sino que la inserta, tanto en cuanto a sus funciones como en cuanto a sus mecanismos, en el marco más amplio de las características macrosociales.”¹⁹ La propuesta teórica de Moscovici dio inicio a reflexiones en diferentes academias y centros de trabajo de psicólogos sociales, fundamentalmente en Europa.

“En este contexto, la aparición de la teoría de las representaciones sociales tuvo un impacto en el estado general de la disciplina. Ésta contribuyó a la crisis y el cuestionamiento de la psicología social. El concepto de representaciones sociales, propuesto por Moscovici, criticó las dicotomías tradicionales de sujeto/objeto, teoría/método, y lo individual/social. Pos-

tuló que las sociedades tienen una historia que es una mezcla de fenómenos psicológicos sociales, que la instituyen, la construyen y marcan sus diferencias... Lo más importante..., la teoría de las representaciones sociales ofreció una solución a la crisis. Fundamentalmente, a través del uso de la teoría de las representaciones sociales como un “paquete social conveniente” para ser elaborado dentro de la disciplina.”²⁰

Pero debemos acotar el surgimiento de esta teoría a algunos supuestos de paradigmas que la sostienen y la enmarcan como una forma de comprender la construcción social de la realidad. El primero de ellos es el paradigma constructivista, también llamado construccionista, en la psicología. Para abordarlo, debemos plantear que el elemento “construcción” implica la idea de que el comportamiento no se da de una manera azarosa, sino que existe cierta organización o estructura del comportamiento que da sentido y coherencia a las actividades emprendidas. Otro elemento considerado en este paradigma es el que en la mayoría de los comportamientos encontramos una transformación de los objetos a través de la actividad que se da, así como una transformación de las propias estructuras del comportamiento, y las estructuras de conocimiento que se ven también enriquecidas gracias a la transformación. Entonces una de las consideraciones fundamentales del constructivismo es asignar al sujeto psicológico propiedades de organización y transformación. “... En efecto, esta orientación se ha abierto ampliamente a las aportaciones de la hermenéutica, de la Teoría Crítica, de la orientación dialéctica, de la sociología fenomenológica, del contextualismo o de los puntos de vista wittgensteinianos...”²¹

Podemos decir que en la manera de abordar los fenómenos y entenderlos, desde el constructivismo, se enfatiza que cualquier lectura de la experiencia, está sujeta a las estructuras de conocimiento del sujeto. Por lo cual, se considera que cualquier dato o hecho observable está matizado teóricamente, es decir, elaborado a partir de creencias y conceptos, en ocasiones no explicitados, aún cuando se trate únicamente de una

¹⁷ Serge Moscovici, *El psicoanálisis: su imagen y su público*, Buenos Aires, Huelmul, 1979.

¹⁸ Agnes Allansdottir y cols., “Social representations: the versatility of a concept”, en *Papers on social representations*, núm. 1, vol. 2, 1993, p. 4.

¹⁹ Tomás Ibáñez Gracia, *Psicología Social Construccionista*, Selección de textos: Jiménez-Domínguez, México, Universidad de Guadalajara, 1994, pp. 73-74.

²⁰ Allansdottir y cols., *op. cit.*, p. 4.

²¹ Tomás Ibáñez Gracia, *op. cit.*, 18, p. 105.

actividad descriptiva. Por lo tanto, en la epistemología constructivista no se canoniza al método, sino que se le ubica en el sitio correspondiente, como un instrumento de acceso al conocimiento.

Podemos apreciar lo anterior en contra posición a la epistemología del paradigma empirista en la que el conocimiento es el producto exclusivo de la experimentación, considerando entonces que se obtiene del registro pasivo de los datos observables. De acuerdo con este paradigma, la objetividad se logra cuando se reduce a un mínimo la participación cognoscitiva del sujeto. El método se ubica como la preocupación principal de la investigación. En el constructivismo en cambio, el método está en concordancia con los supuestos epistemológicos y teóricos, quedando la objetividad delimitada por el esquema teórico del que parte el investigador.

Como epistemología constructivista podemos exponer las siguientes ideas básicas: a) la coordinación de las ciencias en distintos niveles; b) la construcción del conocimiento con base en la interacción sujeto-objeto; c) la objetividad es un proceso de acercamiento del sujeto al objeto. Analizando la primera de las ideas anteriores, señalaremos que el constructivismo rompe con las clasificaciones lineales de las ciencias, y busca su trabajo interdisciplinario mediante un sistema llamado por Piaget cíclico, como el círculo de las ciencias.²² Esto se evidencia en el abordaje interdisciplinario necesario para la comprensión de las representaciones sociales de algún aspecto o fenómeno, como por ejemplo la sexualidad, en el que tanto postulados psicológicos, sociológicos o antropológicos se integran para explicarla y comprenderla. En cuanto a la segunda idea, diremos que la epistemología constructivista asume que el conocimiento se deriva de la interacción entre el sujeto y el objeto, subrayando la idea de que la acción del sujeto es el motor de toda construcción cognoscitiva. Finalmente, sobre la tercera idea, el asunto de la objetividad, enfatizaremos que ésta no se logra con la eliminación de la actividad del sujeto, sino que de acuerdo con el constructivismo, depende del grado de organización del sujeto, es decir, a medida que el sujeto

construye estructuras de conocimiento más coherentes, su conocimiento del objeto será más rico.

Según la propuesta de Pascual-Leone, los modelos teóricos en el paradigma constructivista se componen de dos aspectos fundamentales: 1) descripciones estructurales y 2) constructividad psicogenética.²³ Para comprender el primer aspecto, recordemos que según Jean Piaget,²⁴ una estructura cuenta con cinco propiedades:

- está compuesta por elementos y relaciones entre éstos;
- la abstracción de los elementos de una estructura permiten la definición de esas estructuras a través de relaciones;
- existen diversos tipos lógicos de estructuras, relacionadas por un orden jerárquico, es decir, existe la inclusividad de estructuras (subordinadas) en otras (supraordinadas);
- la definición relacional faculta la comparación entre estructuras;
- se cuenta con subestructuras como sectores de una estructura total.

Basándonos en esas características, afirmaremos que la teoría de las representaciones sociales manifiesta estos elementos, pudiéndose considerar como un modelo teórico que logra una descripción estructural de la realidad social en tanto cuenta con los elementos de información, valores e imágenes que se relacionan entre sí y que constituyen de manera abstracta en lo que Jean-Claude Abric (1984), ha llamado “núcleo central”, o “núcleo estructurante” de una representación social, el cual tiene dos funciones esenciales:

- Una función generadora: el núcleo central es el elemento por el que se crea, se transforma, el significado de otros elementos constitutivos de la representación. Por él estos elementos adquieren un sentido, una valencia.
- Una función organizadora: ...determina la naturaleza de las relaciones que unen entre sí, a los elementos de la representación. Repre-

²² Jean Piaget, *Introducción a la epistemología genética: el pensamiento biológico, psicológico y sociológico*, tomo 3, Buenos Aires, Paidós, 1978.

²³ J. Pascual-Leone, “Metasubjective problems or constructive cognition: forms of knowing and their psychological mechanism”, en *Canadian Psychological Review*, núm. 17, 1976, pp. 110-125.

²⁴ Jean Piaget, *Biología y Conocimiento*, México, Siglo XXI, 1969.

senta también en este sentido el elemento unificador y estabilizador de la representación.”²⁵

Además del núcleo central, las representaciones sociales cuentan con un sistema periférico “que tiene al menos tres funciones en la economía de una representación. En primer lugar, un esquema que puede ser muy específico, dicta el comportamiento en una situación efectiva (que no tiene que ser obligatoriamente cotidiana);... En segundo lugar, la presencia de estos esquemas periféricos abre quizá una perspectiva nueva sobre lo que Moscovici (1983) llama “representaciones sociales individualizadas”: se encuentra (...) una población que, por un lado, parece tener una representación única de un objeto x, pero de la que, por otro lado, ciertos miembros presentan un corpus praxeo-discursivo sistemáticamente incompleto con relación al del conjunto de la población... Por último, las prácticas pueden no estar de acuerdo con la representación. Si estos desacuerdos se inscribieran directamente en el núcleo central, habría una destrucción y transformación muy rápida de la representación.”²⁶

Estas estructuras de la representación social se relacionan en un orden jerárquico de tal manera que sus elementos centrales le dan la significación a la representación social, mientras que los elementos periféricos son el conjunto que está alrededor del núcleo central, constituyendo la parte más concreta de la representación. Más que una descripción, la teoría de las representaciones sociales brinda criterios para la comprensión de la realidad social y los fenómenos psicosociales de los individuos.

En cuanto a la constructividad psicogenética planteada por Pascual-Leone, en el paradigma constructivista, señalaremos que este elemento origina modelos que dan cuenta de un proceso mediante el cual se pasa de una estructura elemental a otra más compleja. En el caso de las representaciones sociales, sabemos que con sus procesos de anclaje y objetivación, la información

del medio, de la realidad social vivida por los sujetos, es integrada a las estructuras de las representaciones sociales, con la correspondiente mediación del sistema periférico, permitiendo su adaptación a los cambios del contexto. El análisis anterior muestra algunas bases epistemológicas de la teoría de las representaciones sociales basadas en el paradigma constructivista. Aunque también postula algunas bases epistemológicas de dicha teoría, sobre su desarrollo estructural correspondiente a la misma orientación socio-cognitiva de la Psicología social, en el que la aproximación estructuralista se ha desarrollado en un momento posterior a la aproximación constructivista, integrando aquél en éste.

De alguna manera, las teorías de la cognición social (Piagetianas y post-piagetianas como por ejemplo las aproximaciones sobre los procesos de información) y la teoría de las representaciones sociales tienen sus bases epistemológicas en el paradigma constructivista. Sin embargo,

...una revisión crítica (de Rosa, 1990,1991) de las principales diferencias entre la teoría de la cognición social y las representaciones sociales enfatizó que mientras ambas aproximaciones comparten una orientación constructivista, la primera está limitada por una perspectiva individualista, mientras que la segunda también considera la génesis del conocimiento social dentro de una comprensión social e interaccionista... Para las representaciones sociales el contexto de producción del conocimiento se extiende para incluir la inercia histórica acumulada alrededor de las representaciones... Además, como estructuras cognitivas, las representaciones sociales son siempre un significado a través del cual el niño establece una identidad social; enfocando las cuestiones sobre “dónde” es construido el conocimiento social, “por quién” y “con quienes...”²⁷

²⁵ Willem Doise, “Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación”, en *El Conflicto estructurante. Veinte años de Psicología Social en Ginebra (1970-1990)*. Antología de textos básicos. Monografías temáticas, núm. 27, Barcelona, Suplementos Anthropos, 1991, p. 202

²⁶ *Ibidem*, p.203.

²⁷ Gerard Duveen y Anamaria De Rosa, “Social representations and the genesis of social knowledge”, en *Ongoing production on social representations, threads of discussion*, núm. 2-3, vol. 1, 1992, p. 95.



El énfasis que da a lo social como construido y compartido por la colectividad constituyente de un grupo social, rescata el trabajo de la Psicología social como ciencia social. Rescatar lo social de la construcción de la realidad en esta disciplina, es también reconocer que, como lo plantea Tomás Ibáñez Gracia “...entre los científicos quizá sean los psicólogos sociales, junto con los sociólogos, los antropólogos y también los historiadores quienes tengan, o debieran tener, una conciencia más aguda del carácter sociohistóricamente situado de las categorías de pensamiento a las que recurren para dar cuenta de la realidad”.²⁸ Esta es otra base epistemológica de la teoría de las representaciones sociales, por la que diremos que los conceptos, las categorías y los análisis que utilizaremos para comprender la realidad social en la que se encuentran inmersas las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes, desde la perspectiva de género, forman parte ellos mismos de esa realidad social, asumiendo que “...el conocimiento que podemos producir en un período histórico dado es dependiente del entramado sociocultural que caracteriza ese período”.²⁹ Lo anterior involucra de manera directa la ética del investigador en tanto las categorías que utilice y los tipos de análisis que realice, forma parte de su realidad social, y por tanto de sus propias valoraciones de dicha realidad. El complejo asunto de la subjetividad del investigador resurge de esta manera apuntando hacia un compromiso mayor, que debe partir de contestar una serie de interrogantes como ¿Cuál es el papel del científico social?, ¿cuál es su meta? Si tanto el conocimiento social como el conocimiento científico se construyen, ¿qué tipo de conocimiento deseamos construir los científicos sociales en general, y los psicólogos sociales en particular?, ¿qué valores de la vida social deberían ser transformados a partir de ese conocimiento?, ¿cuáles debieran ser reforzados? Y una cuestión muy compleja pero afortunadamente ya abordada por las ciencias sociales ¿cómo se construyen los valores hegemónicos y cómo se pueden transformar en valores emancipatorios de las sociedades?

II. Algunos elementos para construir el objeto de estudio: Las representaciones sociales de la sexualidad, en adolescentes, desde la perspectiva de género

1. Un fenómeno para conocer y comprender: la sexualidad

Habiendo planteado algunos lineamientos epistemológicos que enmarcan la teoría de las representaciones sociales, en la psicología social, pasaremos ahora al fenómeno humano que interesa abordar con esta teoría: *la sexualidad*.

Este aspecto fundamental en la vida de los seres humanos forma parte de ellos, de su experiencia, de su comprensión de la realidad, de sus decisiones y actitudes. Se puede decir que constituye a los individuos en tanto seres humanos pensantes, pero también capaces de desear y buscar, y en muchos casos obtener experiencias placenteras. En este sentido, la concepción de la sexualidad en nuestro proyecto, también parte del paradigma construccionista, y del estructuralismo foucaultiano al considerar que la sexualidad es una experiencia históricamente singular, constituida por tres ejes: “la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes).”³⁰ Esta concepción considera elementos históricos, sociales, culturales y psicológicos de la sexualidad, con una mirada interdisciplinaria. Todos esos elementos confluyen en la vivencia de los fenómenos de la sexualidad en los seres humanos por lo que, si se quiere conocer y comprender la manera en que se estructura y se significa al practicarla, la teoría de la representación social resulta adecuada para esos fines. Debemos recordar que Moscovici parte del supuesto de que la sociedad es pensante y por tanto construye, intercambia y articula significados de su realidad.

“Entonces lo que estamos sugiriendo es que los individuos y los grupos, lejos de ser receptores pasivos, piensan por ellos mismos, pro-

²⁸ Tomás Ibáñez Gracia, *op. cit.*, 13, p. 112.

²⁹ *Ídem*.

³⁰ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad, Tomo II: el uso de los placeres*, México, Siglo XXI, 1993. p. 8.

ducen y se comunican continuamente sus representaciones específicas y las soluciones de los problemas que les acometen. En las calles, en cafés, oficinas, hospitales, laboratorios, etc., la gente analiza, comenta, intercambia espontáneamente ‘filosofías’ no oficiales las cuales tienen un impacto decisivo sobre sus relaciones sociales, sus decisiones, las maneras en que educarán a sus hijos, planearán... Los eventos, las ciencias y las ideologías simplemente los proveen con ‘aliento para el pensamiento’.”³¹

La sexualidad también se crea y reconstruye en esos intercambios, y por tanto no podemos tomarla como algo biológicamente dado, que responde únicamente a instintos, estímulos y respuestas dados interior y exteriormente en el individuo. Si bien, tiene un componente biológico, este se encuentra permeado por las redes sociales de los significados que tiene para la cultura, desde el cuerpo, las reacciones corporales, incluso los líquidos corporales asociados a la sexualidad como el semen, los fluidos vaginales, los olores, hasta el por qué ejercer de una manera la sexualidad, como la masturbación y no de otra, con quién se debe ejercer y en qué condiciones, etcétera. Moscovici (1989) ha mostrado un interés particular en el estudio de las representaciones sexuales infantiles considerándolas como una expresión de las representaciones sociales como fenómeno.³² Sobre esta base se fundamenta el estudio de la sexualidad en preadolescentes de Yolanda Membrilla, del Centro de Estudios de Género, de la Universidad de Guadalajara, así como la investigación que estoy realizando acerca de esta temática. Dicho sea de paso, en la investigación bibliográfica exhaustiva, realizada has-

ta este momento, se han localizado pocos estudios sobre representaciones sociales vinculados directamente a algunos aspectos de la sexualidad como el proyecto de Membrilla, y el trabajo sobre “La Dimensión Social de la Pubertad” de Julia Behar,³³ un estudio sobre el Sida, de Marco González y Gladys Orellán³⁴, y otro más sobre el condón de Luis A. Botello en el D.F., todos realizados con adolescentes, en algunos casos sólo mujeres como el de Behar, y en otro sólo con hombres, como el estudio de Botello.³⁵ Tenemos conocimiento, aunque no la referencia bibliográfica de un trabajo sobre el Sida y su prevención, realizado por el Dr. Páez, de la Universidad del País Vasco.

2. Sexualidades y experiencias: Los grupos para la investigación planteada

La “adolescencia” es también un fenómeno construido, cuyas condiciones y características actuales tienen su origen en la modernidad, principalmente a finales del siglo pasado y principios de este. Podemos decir que con la obra de G. Stanley Hall, *Adolescencia*, publicada en 1904, se inició la inclusión de la adolescencia como “etapa de vida” en el pensamiento social.³⁶ Producto de la Revolución industrial y la era moderna, la adolescencia hoy en día es vista como una etapa de cuestionamientos, en la que los individuos, dejando de ser niños, deben buscar la manera de integrarse a la vida adulta. Ese cambio se evidencia con la aparición incontrolable de los llamados caracteres sexuales secundarios, muestra de la madurez genital para la procreación. Consecuencia de ello, son también varios procesos psicológicos y sociales que caracterizan al adolescente y a sus grupos de convivencia: sus pares, sus maestros, sus padres, etc.

Nuevamente retomamos el pagadigma constructivista para la construcción de nuestro objeto de estu-

³¹ Serge Moscovici, “The phenomenon of social representations”, en Farr, R. y Moscovici, S., *Social representations*, París, Editions de la Maison des Sciences de l’Homme, Cambridge University Press, 1984, p. 16.

³² Serge Moscovici, “Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire”, en Denise Jodelet (ed.), *Les représentations Sociales*, París, Puf, 1989, citado por Yolanda Membrilla, “¿Cómo se hacen los niños? Estudio sobre las representaciones sociales de la sexualidad durante la preadolescencia (10-14 años)”, Proyecto de investigación presentado en el *Grupo de Trabajo sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, junio, 1996.

³³ Publicado en: Tomás Ibáñez Gracia, (coord.), *Ideologías de la vida cotidiana*, Barcelona, Sendai 1988, pp. 205-245.

³⁴ Marco González y Gladys Orellán, *Representación social del SIDA en adolescentes, (bases para el diseño de una campaña de prevención)*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1991.

³⁵ Luis A. Botello, *Representación Social del Condón en adolescentes varones*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1996.

³⁶ Ver James Coleman y Husén Torsten, *La inserción de los jóvenes en una sociedad de cambio*, Madrid, Narcea, 1989.

dio: las representaciones sociales de la sexualidad *en adolescentes*. Además de tener como base la construcción social de la sexualidad, y la adolescencia como parte de la realidad social, tomamos como base la idea de que los y las adolescentes constituyen un grupo social delimitado por la edad biológica, conjuntos de prácticas y representaciones, tomando como base el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu:

“... sistema de disposiciones durables, transferibles estructurados, predispuestos a funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios de generación y de estructuración de prácticas y de representaciones, que pueden ser objetivamente reglamentadas y regulares sin ser en absoluto el producto de la obediencia a las reglas; adoptada objetivamente a su meta sin presuponer la visión consciente de los fines y de destreza explícita de las operaciones necesarias para lograrlas; y siendo todo aquello colectivamente orquestado, sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta.”³⁷

Este concepto es un esfuerzo por vincular los comportamientos individuales y las estructuras sociales (Andión, 1992), intentando, al igual que en la propuesta de Moscovici, no reducir una a la otra. Entonces, el *habitus* de algunos y algunas adolescentes nos puede servir para la comprensión de la forma en que la sexualidad es vivida, y puede ser considerado para la formación de los grupos en los que se pretenda desarrollar la investigación sobre las representaciones sociales de la sexualidad, donde la edad, el género, el nivel educativo (secundaria y bachillerato) y el tipo de educación brindada (activa o tradicional) serán fundamentales para reconstruir el *habitus*, y por tanto las representaciones sociales respectivas.

III. La perspectiva de género: una herramienta para la comprensión de la realidad social

Al investigar sobre las representaciones sociales, es decir sobre la forma de aprehender la realidad, las situacio-

nes, los otros, y su determinación en la elección de la información de los fenómenos para constituirlos posteriormente en sistemas de conocimientos con un cierto modo de organización, sirviendo como sistemas de referencia o modelos de explicación de esa realidad, no podemos dejar de observarlas con una mirada especial, y relativamente nueva en las ciencias sociales: *la perspectiva de género*.

1. Retomando los antecedentes históricos

Recordemos que en el presente siglo, las ciencias sociales han puesto interés en el análisis sobre lo “cultural” y lo “natural” de las diferencias entre los sexos. En las dos antologías, *Woman, culture and society* (1974) y *Toward and Antropology of women* (1975) se publicaron por primera vez en los 70's diferentes investigaciones sobre el estatus de las mujeres en varias sociedades y diversas interpretaciones al respecto. Más tarde, textos como el de Roberta Hamilton sobre la liberación de la mujer intenta dar una explicación de los orígenes de la subordinación femenina.³⁸ Es en ese momento donde podemos ubicar el surgimiento de la categoría de género desde las ciencias sociales como la antropología y la psicología, y el feminismo académico. Esta nueva categoría de análisis trata de responder al cuestionamiento planteado por el feminismo, sobre la diferencia sexual devenida en desigualdad social. De esta manera se inició la investigación de los elementos distintivos de los factores culturales y los biológicos en la caracterización de “lo femenino. La búsqueda de la legitimidad académica por parte de las feministas en la década de los ochentas dio como resultado la sustitución de la palabra “mujeres” por “género”. Sin embargo, hoy en día se maneja este término para aludir a la construcción social de los sexos y las relaciones sociales entre los mismos.

De alguna manera, los planteamientos sobre la categoría de género tienen una base en el paradigma construccionista, en la que la realidad como construcción cultural elaborada por las sociedades, con base en contextos específicos caracterizantes y contextualizantes, está permeada por una visión de género cons-

³⁷ Pierre Bourdieu, *Esquisse d'une theorie de la pratique, precede de trois etudes d'ethnologie kabyle*, Ginebra, Droz, 1972, p. 175.

³⁸ Roberta Hamilton, *The liberation of women. A study of patriarchy and capitalism*, London, George Allen & Unwin, 1978.

truida, también, culturalmente. Al respecto, Henrietta Moore nos dice que “...el concepto de género puede considerarse como una construcción simbólica o como una relación social... y a las relaciones sociales entre los sujetos incluidos en diferentes categorías genéricas, como por ejemplo, hombres y mujeres, masculino y femenino.”³⁹ Esta categoría nos va a permitir analizar las relaciones de poder entre los géneros, con una visión integradora, en la que se consideren las relaciones sociales entre los sexos, inmersas en un contexto histórico y político, en el que tanto hombres como mujeres ejercen el poder desde diferentes espacios y con diferentes fines. Como lo apuntó Joan Scott (1985) el género pasa a ser, en las ciencias sociales, una forma de caracterizar las construcciones sociales y culturales. Viene a ser una forma de referirse a los orígenes socio-culturales de las identidades de mujeres y hombres, siendo una categoría básica para el análisis de la desigualdad social, dada con la marginación y las exigencias para los dos sexos.

“Con la propuesta del género, como categoría de análisis se inician los estudios con perspectiva de género, es decir, investigaciones que buscan hacer un análisis incluyendo esta categoría como parte fundamental de los mismos (fundamental mas no excluyente de otras categorías de análisis)”.⁴⁰ Realizar el análisis basándonos en la categoría de género, no es trabajar las investigaciones con hombres y mujeres, y explicitar los resultados en porcentajes para cada sexo; más que eso, la perspectiva de género nos posiciona en una mirada desde la cual se observan los resultados inmersos en la significación psicosocial del ser hombre o mujer en la sociedad en la que se esté investigando, buscando conocer si existen diferencias y cómo están construidas. De esta manera, en la base de los estudios con perspectiva de género, se encuentran los cuestionamientos feministas, y el planteamiento político sobre la necesaria equidad de los géneros para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Como lo planteó Marta Lamas “¿Para qué sirve la reflexión feminista si no es

para leer en términos nuevos el significado del género y de los conflictos alrededor de éste?”⁴¹

2. La crítica feminista de las ciencias sociales

El asunto de la desigualdad y subordinación de las mujeres ha sido también analizado en la producción del conocimiento científico. Las feministas académicas han puesto en tela de juicio los cánones y criterios con que se realizan investigaciones generalizantes de sus resultados, en las que se niega, ignora o distorsiona el papel de las mujeres como sujeto de estudio. Esta no ha sido una tarea fácil pues el conocimiento científico ha sido producido principalmente por hombres y desde una perspectiva masculina basada en la sociedad sexista. El sexismo en la investigación fue reconocido como problema a mediados de los 70's, década en que varias organizaciones, investigadoras y editoriales se dieron a la tarea de crear nuevas reglas acerca del uso del lenguaje no sexista o de contenidos no sexistas en el conocimiento generado por las ciencias sociales. Margot Enchler (1988) ha propuesto una clasificación de siete tipos de sexismo en investigación, de los cuales cuatro son considerados primarios y los otros tres, derivados de estos. En su propuesta señala como problemas de sexismo: la androcentricidad, la sobregeneralización, la insensibilidad de género, el uso de dobles estándares en la evaluación, la visión de roles apropiados para cada sexo, el “familismo”, y el dicotomismo sexual.⁴² Todas hacen referencia a los problemas que conlleva no tener una perspectiva de género, es decir, no considerar la construcción social de los sexos como base para el análisis de los datos, y no cuestionar las relaciones desiguales entre mujeres y hombres.

La crítica feminista también ha abordado el análisis de la asociación existente entre lo masculino y lo científico, aunque, según Evelyn Fox Keller, no ha sido tomada tan seriamente como quisiéramos. “La feminización es tomada como sinónimo de sentimentalización. Una mujer pensando científicamente o objetivamente está pensando ‘como hombre’, contrariamen-

³⁹ Henrietta Moore, *Antropología y feminismo*, Madrid, Cátedra, 1991, pp. 25-26.

⁴⁰ Yuriria Rodríguez, “Discursos de género: una reflexión teórica”, ponencia presentada en el *Segundo Congreso de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología*, Aguascalientes, abril, 1996.

⁴¹ Marta Lamas, “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, en *La Ventana*, núm. 1, 1995, p. 54.

⁴² Margot Enchler, “Sexism in research”, en *Nonsexist research methods*, Boston, U. Hyman, 1988.

te, un hombre proponiendo un argumento no racional o no científico, está argumentando ‘como una mujer’⁴³. De esta manera el conocimiento objetivo está vinculado a la masculinidad y los hombres, por lo que se ha dificultado legitimar el conocimiento objetivo generado por los estudios de género, realizados en su mayoría por mujeres.⁴⁴ Aunque Evelyn Fox retoma la consideración de que uno de los más importantes determinantes de nuestras concepciones sobre lo masculino y lo femenino está dado por nuestras percepciones y experiencias con nuestros padres, el conocimiento científico sin perspectiva de género ha contribuido a seguir reforzando ideas esencialistas sobre la mujer y el hombre. Tal es el caso, por poner un ejemplo, de las perspectivas teóricas y terapéuticas que abordan el problema de la violencia doméstica y sexual como una mirada individualista y esencialista en la que la violencia es resultado de un impulso agresivo incontrolable por ser irracional en los hombres, o bien es el resultado de la provocación de una mujer masoquista cuya inferioridad no le permite articular formas de vincularse más racionales y, por tanto, superiores.⁴⁵

Apoyando esta crítica, Marcia Westkott ha señalado que:

...Mucha de la crítica feminista a los métodos en la ciencia social está derivada de la crítica de su contenido. De acuerdo con esta crítica, las vías patriarcales están reflejadas en las maneras en que las cuestiones sobre mujeres están expresadas: la ausencia de conceptos que refieran a la experiencia de las mujeres, la mirada de las mujeres como una esencia estática

⁴³ Evelyn Fox Keller, “Gender and science”, en McCarl Nielsen, Joyce, (ed.), *Feminist research methods, exemplary readings in the Social Sciences*, Boulder, San Francisco & London, Westview Press, p. 43.

⁴⁴ Aunque no debemos olvidar que la proporción de hombres vinculados con estos estudios ha ido aumentando, sin embargo no con la rapidez que deseamos. En algunos casos sus aportaciones están siendo muy importantes para la creación de mejores condiciones de vida de las mujeres. Es el caso por ejemplo, de los trabajos de Juan Guillermo Figueroa sobre ética y derechos reproductivos, en El Colegio de México.

⁴⁵ Eduardo Liendo, “Una propuesta de trabajo con hombres violentos”, presentación en el *Grupo de Trabajo sobre Violencia y Salud*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 30 y 31 de enero, 1997.

independientemente del tiempo y el lugar, y la pobreza del concepto de los seres humanos, reflejada en las maneras limitadas de entender la conducta humana.⁴⁶

Al respecto, Westkott sugiere la diferencia entre la ciencia social sobre mujeres y la ciencia social para mujeres, en donde la primera ha sido la mirada sobre las mujeres como objetos de conocimiento pasivos, y la segunda, propuesta por ella, “no excluiría la información sobre las mujeres pero informaría el conocimiento visto con una invención para el futuro en lugar de una resignación para el presente” sobre la posición subordinada y desigual de las mujeres.⁴⁷ La propuesta es que atender la crítica feminista es abrir las ciencias sociales tanto al proyecto feminista como a sus esperanzas, lo que podemos sumar al planteamiento de Wallerstein en torno a abrir las ciencias sociales y reestructurarlas, trabajando interdisciplinariamente.

3. Algunas consideraciones epistemológicas de la perspectiva de género

Basada en el proyecto feminista, la perspectiva de género busca atender a la cuestión epistemológica sobre quién puede ser sujeto de conocimiento. Hasta antes de iniciarse la crítica feminista, no se habían cuestionado esto en ciencias sociales, en tanto géneros, y se asumía, con bases esencialistas, que los hombres eran los sujetos de conocimiento posibles, de la realidad social. Considerando que la epistemología aborda las cuestiones sobre la teoría del conocimiento y las estrategias de justificación, y para responder si pueden o no ser las mujeres sujetos de conocimiento, retomaremos los argumentos de Sandra Harding en su artículo “¿Existe un método feminista?”.⁴⁸ En ese trabajo, Harding argumenta que las epistemologías tradicionales, al enfatizar en que la ciencia es masculina y que el hombre es lo representativo de lo humano, niegan la posibilidad a

⁴⁶ Marcia Westkott, “Feminist criticism of the Social Sciences”, en J. McCarl Nielsen, *op. cit.*, p. 60.

⁴⁷ *Ibidem*, p.65.

⁴⁸ Sandra Harding, *¿Existe un método feminista?*, Centro de Documentación del la Coordinación de la Especialización en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, s/f.

las mujeres de ser sujetos o agentes de conocimiento. Como epistemologías alternativas, propuestas por el feminismo, podemos señalar que no se trata de incorporar y resaltar las contribuciones femeninas “al mundo de los hombres”, sino de tener un enfoque histórico como la mejor estrategia para dar cuenta de la construcción social de los sexos, y de la especificidad y peso de la investigación feminista, la cual tiene, de acuerdo con Harding, tres características distintivas:

- a) Plantea el cuestionamiento sobre cómo los fenómenos sociales se convierten en problemas que requieren explicación, al responder que un problema es siempre un problema para alguien.
- b) Define su problemática desde la perspectiva de las experiencias femeninas que son identificador significativo de la realidad.
- c) Propone la no existencia de el hombre universal, sino la existencia de hombres y mujeres culturalmente diferentes. Propone también la no existencia de la mujer universal, sino que existen especificidades según su clase, su raza, su generación, su cultura, etc.

Esos tres planteamientos epistemológicos evidencian que las mujeres pueden ser sujetos y agentes del conocimiento científico, dándole un giro a la producción y construcción del conocimiento de las ciencias sociales.

Para terminar este apartado quisiera retomar los principios epistemológicos de la metodología feminista planteados por Judith A. Cook y Mary Margaret Fonow, en su artículo “Knowledge and Women’s Interests”.⁴⁹ De acuerdo con sus planteamientos podemos señalar cinco:

1. La necesidad de una atención continua y reflexiva a los significados del género y a la asimetría de género, como elemento básica de toda la vida social, incluyendo la conducta de investigar.
2. La importancia central del crecimiento de la conciencia como una regla metodológica específica y como una orientación general o manera de ver.
3. La necesidad de transformar la norma de objetividad que asume que el sujeto y el objeto de investigación pueden estar separados uno de otro y que experiencias personales son no científicas.

⁴⁹ en J. McCarl Nielsen, *op. cit.*, pp. 69-93

4. Considerar las implicaciones éticas de la investigación feminista y el reconocimiento de la explotación de las mujeres como objetos de conocimiento.

5. Hacer énfasis en el empoderamiento de las mujeres y la transformación de las instituciones sociales patriarcales a través de la investigación.”⁵⁰

4. La epistemología feminista en el estudio de la sexualidad de las y los adolescentes

Partiendo del supuesto de que la sexualidad es una construcción social, articulada históricamente y normada políticamente en cada sociedad, podemos afirmar que tanto hombres como mujeres somos copartícipes de dicha construcción y que la información, las actitudes junto con los valores que le damos, y las imágenes, elementos de la representación social, constituyen una base para la comprensión de las prácticas ejercidas por ambos géneros. Como construcción social, las normas y especificidades de la sexualidad asignadas culturalmente a cada sexo han mostrado ser desiguales. La prevalencia de una doble moral, en la que por un lado existe la libertad para los hombres, de ejercer su sexualidad, y no sólo eso, sino que este ejercicio conlleva una aceptación y reforzamiento de la masculinidad, y por el otro se impone una prohibición a las mujeres para ejercerla y disfrutarla con independencia de la reproducción, ha traído diversos problemas sociales, entre ellos, por decir un ejemplo, el aumento en los casos de contagio de Sida en amas de casa, que en términos de porcentaje se presume mayor en este grupo de mujeres, que en prostitutas.⁵¹ Como señalan

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 72-73

⁵¹ Hacemos esta declaración, no por considerar, como tradicionalmente se hace, que las mujeres prostitutas sean quienes “deban” padecer este tipo de infecciones, o sean las “únicas” que se puedan contagiar por el tipo de trabajo; sino que, efectivamente, por las prácticas de riesgo que pueden ejercer en su trabajo como tener relaciones sexuales con varios compañeros sin utilizar protección alguna, pudieran considerarse con mayores posibilidades de infectarse. No siendo el caso de una mujer que sólo tenga relaciones sexuales con su pareja, en la que se supone, existe la creencia de que éste solo las tendrá con ella, evitando así algún tipo de riesgo de contagio por vía sexual. El problema es que por la doble moral existente, en la mayoría de los casos, los hombres tienen relaciones sexuales con otras personas, además de su pareja estable y, en no pocos casos, sin medidas preventivas como el uso del condón, el cual también acarrea otro problema, la cuestión de las

Lucille Atkin y cols., "...en la mayoría de los países de América Latina aún se mantienen mensajes de doble moral en relación con la sexualidad. Por un lado, se toleran y facilitan las relaciones prematrimoniales para los varones mientras se prohíben y condenan en el caso de las mujeres. El valor que se da a la virginidad es alto; en gran medida todavía se considera que es el hombre quien debe tomar las decisiones con respecto al ejercicio de la sexualidad y al número de hijos".⁵²

Una vez más, la realidad social nos refleja que, al menos en países como el nuestro, la desigualdad también es vivida en la sexualidad y esto invita a la investigación en ciencias sociales a tener como base la perspectiva de género, para la comprensión de esa desigualdad, así como para su transformación.

IV. Algunas cuestiones metodológicas para nuestro objeto de estudio

La investigación en ciencias sociales ha sufrido diversas críticas sobre su metodología, sus criterios de objetividad, de acumulación de datos, de interpretación de resultados. La rigurosidad en las ciencias sociales, considerando como parámetro a seguir el canon de las ciencias naturales, ha sido cuestionada. De acuerdo con Cereijido "... es fácil advertir que el uso del pensamiento lineal está reforzado por: a) la linealidad del discurso científico con el que se justifica y sistematiza lo ya encontrado...; b) la obligación de presentar proyectos en los que debemos prometer que recorreremos una línea fija, recta, incontrovertible; c) la insistencia en hacer investigación aplicada..."⁵³ Las metodologías y por tanto, las técnicas de investigación que incluyeran el reconocimiento de la subjetividad y de otro tipo de pensamiento, como algo influyente en el conocien-

sensaciones corporales diferentes y de los significados sociales que se le ha atribuido al simple hecho de portarlo, o al uso mismo de éste, como objeto símbolo de una sexualidad planeada, preparada y pensada como algo independiente de la reproducción y con el fin de obtener placer. Esto, por supuesto, negado para las mujeres.

⁵² Lucille Atkin, y cols., "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, México, 1996, p. 44.

⁵³ M. Cereijido, *op. cit.*, p. 87.

to científico han pasado por procesos de legitimación y deslegitimación, debido a la crisis de las ciencias sociales y sus paradigmas. La dificultad en el cambio de la epistemología empirista en la metodología se ha hecho evidente cuando nos encontramos con exigencias metodológicas que no pueden continuar siendo sostenidas, como el separar al investigador en ciencias sociales, de su cultura y su contexto, y por tanto del sujeto, antes visto como objeto, de investigación.

Ya no es posible mantener la consigna de un monismo metodológico, y debemos reconocer que "El método científico sólo se refiere a la instancia de aceptación del conocimiento que alguien generó, para incluirlo en el cuerpo del conocimiento científico: gracias a él, nuestros colegas creen en lo que publicamos".⁵⁴ Por lo tanto el establecimiento de los métodos necesarios para hacer ciencia social deberán construirse con base en los paradigmas teóricos con los que se trabaja.

Como podemos observar, el cambio de paradigma trae consigo el cambio de la metodología para la investigación. Considerando que el paradigma constructivista es una de las bases de la investigación de las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes, señalaremos algunos aspectos de la metodología a desarrollar. Primeramente ilustraremos la lógica de la metodología constructivista retomando la distinción propuesta por Carnap entre la metodología constructivista y la metodología conductista, en la que, de acuerdo con él:

"...el método de análisis de estructura o sea el constructivista, que consiste en investigar el estado de X (en un momento dado t) con un detalle suficiente tal que sea posible derivar de la descripción obtenida del estado, y con ayuda de las leyes generales relevantes (...) la respuesta que x realizaría ante cualquier circunstancia especificada del medio. Entonces sería posible predecir, en particular, si bajo la condición C, x produciría la respuesta R o no; en caso positivo, x tiene la disposición D, en otro caso no".⁵⁵

⁵⁴ *Ibidem*, p. 90.

⁵⁵ Carnap (1947), citado por Pascual-Leone, *op. cit.*, p. 210.

Así, en la lógica de la metodología constructivista se considera a las condiciones ambientales (para la tradición conductista, estímulos) como la ocasión propicia para que se manifieste la disposición cognoscitiva (D) de un sujeto (X) en un tiempo (t) y no como la causa o variable independiente determinante de la respuesta (R) como se hace en metodología conductista. En segundo término, para la metodología constructivista las respuestas del sujeto (R), son sólo un medio que permite el acceso al investigador al estado interno de disposición cognoscitiva, en el cual centra su interés.

Finalmente, reiteramos la idea de que la metodología constructivista, como cualquier otra, mantiene una estrecha interdependencia con las coordenadas epistemológicas y teóricas de su propio paradigma. De tal manera que el investigador debe buscar la coordinación entre los datos experimentales y su marco deductivo o teoría. No es suficiente acumular datos, es siempre necesario incorporarlos dentro de un marco en el que cobren significado, es más, en tanto se vayan obteniendo y registrando se deben ir analizando con base en los fundamentos teóricos de la investigación.

Basándonos en los planteamientos epistemológicos de la metodología constructivista, diremos que una forma clásica para acceder al contenido de una representación social es obtener material discursivo, "... cuya producción puede ser, o bien espontánea (conversaciones, entrevistas, libros,...) o bien inducida por medio de cuestionarios más o menos estructurados. También se puede recurrir a producciones discursivas cristalizadas en obras literarias, soportes periodísticos, grabaciones de radio... este material discursivo es sometido a tratamiento mediante las clásicas técnicas del *análisis* de contenido."⁵⁶ Esta técnica ha sido cuestionada porque involucra un componente subjetivo propio de las técnicas hermenéuticas.

El planteamiento sobre la hermenéutica también constituye un componente de nuestra investigación pues "...considera la lengua, por así decirlo, en funcionamiento, esto es, en la forma en que es empleada por los participantes con el objeto de llegar a la comprensión conjunta de una cosa o a una opinión común."⁵⁷

⁵⁶ Tomás Ibáñez Gracia, *Ideologías de la vida...*, op. cit., p. 67.

⁵⁷ Jürgen Habermas, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona, Península, trad. Ramón García Cotarelo, 1983, p. 37.

Si una de las funciones de las representaciones sociales es la comunicación entre los sujetos, y si la sexualidad, como fenómeno social, se construye en los espacios de interacción de éstos a través de la comunicación, la hermenéutica resulta una herramienta necesaria para el conocimiento y comprensión de dichas representaciones. Para tomarla como una base fundamental de nuestro proyecto, hay que puntualizar las tres implicaciones que, de acuerdo con Habermas, son las más importantes de los procedimientos hermenéuticos:

"En primer lugar, los intérpretes prescinden de la superioridad de la posición privilegiada del observador, ya que se ven involucrados, al menos de modo virtual, en los tratos sobre el sentido y la validez de las manifestaciones. Al participar en acciones comunicativas, aceptan en lo fundamental la misma posición de aquéllos cuyas manifestaciones tratan de comprender... están inmersos en un proceso de crítica cambiante... En segundo lugar, los intérpretes no solamente prescinden de su posición de seguridad frente a la esfera objetiva al adoptar una actitud realizadora, sino que se enfrentan al problema de cómo superar la dependencia contextual de su interpretación... La comprensión global previa de la situación hermenéutica que tenga el intérprete solamente puede comprobarse de modo parcial y no cuestionarse en su totalidad... Para comprender lo que se les dice, los intérpretes tienen que poseer un conocimiento que se apoye sobre otras pretensiones de validez. Por esta razón, una interpretación correcta no es verdadera sin más, como puede serlo una proposición que da cuenta de una circunstancia; antes bien, cabe decir que una interpretación correcta acierta con el significado del interpretandum, que el intérprete ha de captar, o bien se adecua a él o lo explícita... Estas son las tres consecuencias que se derivan del hecho de que <comprender lo que se dice> precisa participación y no mera observación..."⁵⁸

⁵⁸ *Ibidem*, pp. 39-40.

Los planteamientos hermenéuticos son pertinentes para el estudio de las representaciones sociales de la sexualidad en tanto que la sexualidad es un fenómeno vivido por los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte, por lo que los investigadores sociales de este tema tenemos la misma posición que los sujetos de nuestra investigación, y los resultados e interpretaciones que logremos hacer con base en nuestras teorías, será verdadera para ese grupo de sujetos, en ese contexto, y según los planteamientos de esas teorías. “Las ciencias sociales, según Jodelet, trazan una importante contribución en la medida en que explicitan la estrecha relación entre las producciones mentales y las dimensiones materiales y funcionales de la vida de los grupos.”⁵⁹ Esas contribuciones no pueden hacerse desde una mirada independiente del contexto, sino que debe incluirse como parte del mismo, compartiendo su formación sociocultural o bien reconociendo que tanto el investigador como el investigado tienen un bagaje sociocultural influyente en los datos, los resultados y las interpretaciones de los mismos. Parafraseando a Agnes Heller, “las ciencias sociales no sólo son susceptibles de falsificación, lo cual ocurre con todas las ciencias”; también deberían ser susceptibles de interpretación y reinterpretación.⁶⁰

En el caso del estudio de las representaciones sociales, la metodología adquiere cierta especificidad al concebirla como producto y como proceso social. De acuerdo con Paris Spink, si las representaciones sociales son enfocadas como producto, la investigación buscaría desprender los elementos constitutivos de las representaciones; la información, las imágenes, las opiniones, las creencias, etc. Si están enfocadas como proceso, la investigación buscará “la comprensión de la elaboración y transformación de las representaciones”, que pueden tomar dos direcciones: a) “examinando los mecanismos sociales que intervienen en la elaboración cognitiva mediante los dos procesos constitutivos: el anclaje y la objetivación”; b) “analizando las propiedades estructurales de las representaciones sociales...

⁵⁹ Mary Jane Paris Spink, “O estudo empírico das representações sociais”, en *Contribuição da Psicologia Social aos estudos qualitativos*, 4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, Brasil, s/f, p. 86.

⁶⁰ Agnes Heller, “Verdad y conocimiento verdadero en ciencias sociales/II”, en *Revista Mundo*, año 3, núm. 11, mayo-junio, 1989, p. 15.

como el núcleo figurativo, los aspectos periféricos, de modo que se estudie la relación entre representación y comportamiento, junto con la dinámica de transformación de las representaciones sociales.”⁶¹ Tomando como base los criterios de Paris, y desde una perspectiva hermenéutica debemos señalar que nuestro proyecto considerará el estudio de las representaciones en tanto producto, es decir, buscando conocer la información, la actitud y las imágenes de la sexualidad, como proceso, analizando el anclaje y la objetivación de los elementos y significados de ésta, así como el núcleo central y el sistema periférico que la estructuran. De ahí que se puedan manejar varias técnicas como por ejemplo, los grupos focales, las entrevistas a profundidad, la historia de vida.

Esa metodología puede obtener de diversas maneras, discursos sobre los componentes de las representaciones sociales de la sexualidad. Para comprender su forma, contenido, estructuración y dinámica se puede usar también el análisis de contenido. Esa metodología combinada se retoma de las aportaciones de la metodología feminista, mismas que se han visto en la aplicación de los métodos más que en la formulación. Hay que señalar que la metodología feminista sigue en proceso de construcción y no está todavía completamente articulada. Sin embargo, las feministas han rescatado la riqueza de distintas técnicas y métodos de investigación, utilizados desde la perspectiva de género. Por ejemplo, Cook y Fonow explican el uso de técnicas visuales como fotografías y videos; la triangulación de métodos, en donde se combinan varias técnicas de investigación, cuantitativas y/o cualitativas, simultáneamente, el análisis textual, aproximaciones cuantitativas refinadas y desarrolladas con base en la asimetría sexual y el mundo de las mujeres; estrategias colaborativas con modelos colectivos de investigación en donde entra el trabajo multidisciplinario, y/o interdisciplinario. Por último señalan el uso de una situación “actual”, en la que de manera espontánea se presente a quien investiga, y aproveche los datos que pueda obtener de dicha situación.

Las consideraciones expresas en este apartado, sobre la metodología a utilizar para un objeto de estudio como el nuestro son fundamentales para entender

⁶¹ Paris Spink, *op. cit.*, pp. 91-92.

la manera de acercarnos a éste; sin embargo, queremos reconocer la posibilidad de la existencia de otros elementos, que, aunque muchos se nieguen a considerarlos por no estar bajo el control objetivo y consciente del investigador, se presentan y dan giros, a veces, exorbitantes, al la investigación planteada. Como apunta Cinna Lomnitz “No sabemos qué sucede en la mente del científico cuando encuentra una pista, cuando produce una idea, una nueva representación de la realidad”,⁶² pero si asumimos la ocurrencia de procesos de pensamiento alternos, al pensamiento lógico racional. Cómo se pueden controlar, o utilizar para el mejoramiento de los resultados en ciencias sociales, es asunto que no podemos responder, al menos por el momento. Tal vez la respuesta a esta pregunta sería igual de instrumental (en el sentido habermasiano) que cierta intensidad empirista de la producción de conocimiento, y la tarea inicial no tendría que ser contestarla, sino evidenciar la existencia de dichos procesos, como una muestra más de la subjetividad inmersa en la investigación social.

Repensando y concluyendo

Para finalizar este escrito, quisiera manifestar algunas reflexiones, apoyadas o acompañadas de afirmaciones que comparto. Más que para concluir, estas ideas están sirviendo para continuar el proceso de generación, enriquecimiento y concreción de un proyecto de investigación: *Las representaciones sociales de la sexualidad, en adolescentes, desde la perspectiva de género*.

Primero que nada, hay que recordar que el cambio de paradigma se basa fundamentalmente en la retórica y que aunque este tipo de proyectos de investigación no estén planteando un cambio de paradigma, si se presenta como una posibilidad de obtener más elementos para seguir constituyendo el paradigma teórico de la representación social, basado en el constructivismo y la hermenéutica fundamentalmente, y para reforzar el reconocimiento de lo social en el trabajo del psicólogo social. Como aduce Latour (1987) “... Todo parece indicar que la construcción de los hechos científicos responde efectivamente a un conjunto de procesos emi-

nentemente sociales que se fraguan en el contexto de las comunidades científicas. Los análisis de la retórica científica, y del complejo dispositivo social que debe movilizar un investigador para que los resultados que ha elaborado alcancen el estatus de hechos científicos dejan pocas dudas sobre la naturaleza social del conocimiento científico.”⁶³

En segundo término, debemos enfatizar la importancia de reconocer en investigaciones como la planteada, la riqueza de las metodologías cualitativas, así como la necesidad de tomarlas con más seriedad y compromiso y no sólo como moda en investigación. Se reconoce al investigador como conformante de lo que está investigando, en este caso la construcción social de la sexualidad. Recordando a Deveraux, diremos que

... los científicos de lo social, fatuamente manipulativos “experimentales”, no han tenido la humildad ni el ingenio suficientes para reconocer que están introduciendo datos contaminados de muchas maneras por el hombre, en sus máquinas de la Verdad y -a pesar de una “metodología” obsesivamente exacta- están por ello sencillamente redescubriendo (tormentosa, laboriosa y sobre todo inconscientemente) el folklore local contemporáneo de nuestra sociedad, que no deja de ser lo que ellos programaron en sus protocolos y que por cierto (con muchas menos pretensiones y pesadeces) la simple etnografía podía habernos dado.⁶⁴

Las pretensiones totalizantes y magnificadoras del “método” y conocimiento científico deben ser reemplazadas por la intención humilde de aportar algo, de manera seria, adecuada a la visión teórica, y sistematizada para la mejor convivencia de los seres humanos, desde las creaciones de las ciencias sociales.

En tercer lugar, tenemos que promover la importancia de la perspectiva de género como una posibilidad más de la comprensión de la desigualdad social, y como una estrategia comprometida con el cambio de

⁶³ Citado en Tomás Ibáñez Gracia, *Psicología Social Constructivista*, México, Universidad de Guadalajara, 1994, *op. cit.*, p. 129.

⁶⁴ George Deveraux, *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI, 1977, p. 12.

⁶² Cinna Lomnitz, *Sobre la creación científica*, citada en Cerejido, *op. cit.*, p. 90.

estructuras y relaciones de poder rígidas, amenazantes y limitantes para el desarrollo y convivencia de todos los seres humanos, hombres y mujeres, de cualquier edad. Retomando a Marta Lamas, confirmamos que

el uso riguroso de la categoría género conduce ineluctablemente a la desesencialización de la idea de mujer y de hombre. Comprender los procesos psíquicos y sociales mediante los cuales las personas nos convertimos en hombres y mujeres dentro de un esquema cultural de género, que postula la complementareidad de los sexos y la normatividad de la heterosexualidad, facilita la aceptación de la igualdad -psíquica y social- de los seres humanos y la reconceptualización de la homosexualidad⁶⁵

contribuyendo también, a la transformación de realidades sociales oprimientes tanto para mujeres como para hombres. Un problema muy importante para abordar en ciencias sociales es la reflexión ética sobre las condiciones de convivencia y la creación, a través del conocimiento científico y la investigación, de mejores y más posibilidades de equidad, respeto y crecimiento mutuo.

En cuarto término, debemos afirmar que después de analizar las bases epistemológicas del estudio de las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes, desde la perspectiva de género, y por tanto de mi proyecto, así como las perspectivas teóricas y metodológicas en las que está fundamentado, no podemos negar la presencia de una ética de la autora, implícita tanto en el proyecto como en los futuros resultados. Como señala Tomás Ibáñez Gracia:

... es obvio que el conocimiento de la realidad psicológica nunca es inocente, (...) en el caso del conocimiento psicológico, ésta carece por completo de neutralidad y en tanto que conforma la realidad que pretende investigar es claro que presenta siempre un carácter intrínsecamente normativo. La problemática de los valores aparece así (...) y con ella (...) la cuestión del compromiso. Pero ya no se trata de un com-

promiso limitado al uso particular que podemos hacer de los conocimientos psicológicos, sino que plantea directamente, y de forma mucho más radical, la cuestión de cuál es el tipo de conocimiento que elegimos producir. De esta elección va a depender, claro está, el tipo de realidad psicológica que vamos a contribuir a construir efectivamente, y esta es una responsabilidad de la que tenemos que ser conscientes en tanto que profesionales de lo psicológico.⁶⁶

Finalmente, quiero apuntar la importancia de asumir plenamente el carácter "reflexivo" de las ciencias sociales, instituyéndolas como objetos que forman parte, ellas mismas, de lo que pretenden dilucidar (Ibáñez, 1989). Quizás podamos desembocar de esta forma en una ciencia social, que abra el horizonte político hacia modos de vida menos alienados⁶⁷, lo cual nos invita a la problematización de los modos de vida, de las estructuras de poder legitimantes de condiciones desiguales de coexistencia, de las formas en que a través de las experiencias humanas se reproducen esos modos de vida alienados, y comprender en qué medida y de qué manera pueden transformarse, incluyendo la normatividad de la sexualidad para hombres y mujeres, en la infancia, en la adolescencia, en la adultez y en la vejez, como vector de opresión o explotación de ciertos grupos. Después de todo, si como señala Agnes Heller (1984) "...la teoría social es una especie de servicio y debe ser entendida como tal. La ofrecemos y sugerimos: tómalala o déjala según tus necesidades...", todas aquellas personas que hayan vivido algún tipo de alienación, discriminación, subvaloración, están esperando conocer nuestras ofertas y sugerencias, por recordar algunos ejemplos: una adolescente embarazada, una ama de casa con Sida, una indígena vendida por su padre, un hombre joven herido en una riña, una niña violada por su tío, un paciente psiquiátrico sedado las 24 horas del día, un chavo banda rechazado de la UNAM, un adolescente infectado de Sida, un niño de la calle limpiando parabrisas, y muchos etcéteras más.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 256-257.

⁶⁷ Tomás Ibáñez Gracia, *Psicología Social Construcionista*, México, Universidad de Guadalajara, 1994, p. 297.

⁶⁵ Marta Lamas, *op. cit.*, p. 56.

Bibliografía

Allansdottir, Agnes y cols. (1993), "Social representations: the versatility of a concept", en *Papers on social representations*, núm. 1, vol. 2, pp. 3-10.

Atkin, Lucille y cols. (1996), "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, México.

Botello, L. L. (1996), *Representación social del condón en adolescentes varones*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Bourdieu, Pierre (1972), *Esquisse d'une theorie de la pratique, precede de trois etudes d'ethnologie kabyle*, Ginebra, Droz.

Cerejido, Marcelino (1994), "Cómo se crea y se investiga" en *Ciencia sin seso, locura doble. ¿Estás seguro de que te quieres dedicar a la investigación científica en un país subdesarrollado?*, México, Siglo XXI, pp. 72-92.

Coleman, James y Torsten, Husén (1989), *La inserción de los jóvenes en una sociedad de cambio*, Madrid, Narcea.

Deveraux, George (1977), "Prefacio", *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI.

Doise, Willem (1991), "Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación", en *El conflicto estructurante. Veinte años de Psicología Social en Ginebra (1970-1990)*. Antología de textos básicos. Monografías temáticas, núm. 27, Barcelona, Suplementos Anthropos, pp. 196-206.

Duveen, Gerard y Annamaria, De Rosa (1992), "Social representations and the genesis of social knowledge", en *Ongoing Production on Social Representations, Threads of Discussion*, núm. 2-3, vol. 1, pp. 94-108.

Enchler, Margot (1988), "Sexism in research", en *Nonsexist research Methods*, Boston, U. Hyman, pp. 1-18.

Fernández Ch., Pablo (1989), "Psicología Social de la cultura cotidiana", en *Psicología colectiva y cultura cotidiana*, Cuadernos de Psicología, Serie: Psicosociología, UNAM, Facultad de Psicología, pp. 75-110.

Foucault, Michel (1993), *Historia de la sexualidad, Tomo II: el uso de los placeres*, México, Siglo XXI.

Fox Keller, Evelyn (1990), "Gender and science", en McCarl Nielsen, Joyce, (ed.), *Feminist research methods, exemplary readings in the Social Sciences*, Boulder, San Francisco & London, Westview Press, pp. 41-57.

González, Marco y Orellán, Gladys (1991), *Representación social del SIDA en adolescentes, (bases para el diseño de una campaña de prevención)*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Habermas, Jürgen (1983), *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona, Península, trad. Ramón García Cotarelo, pp. 7-55.

Hamilton, Roberta (1978), *The liberation of women. A study of patriarchy and capitalism*, London, George Allen & Unwin.

Harding, Sandra (s/f), *¿Existe un método feminista?*, Centro de Documentación del la Coordinación de la Especialización en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Heller, Agnes (1989), "Verdad y conocimiento verdadero en Ciencias Sociales/II", en *Revista Mundo*, año 3, núm. 11, mayo-junio, pp. 14-20.

Ibáñez Gracia, Tomás (1989), "La psicología social como dispositivo desconstruccionista", en Ibáñez Gracia T., (coord.), *El conocimiento de la realidad social*, Barcelona, Sendai ediciones, pp. 109-134.

————— (1989), *Ideologías de la vida cotidiana*, Barcelona, Sendai.

————— (1994), *Psicología Social Construccionista*, México, Universidad de Guadalajara, pp. 73-74.

Klein, Julie Thompson (1991), "An interdisciplinary lexicon", en *Interdisciplinarity. History, theory & practice*. Detroit, Wayne State University Press, pp. 55-73.

Kuhn, Thomas S. (1962), *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica.

Lamas, Marta (1995), "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género", en *La Ventana*, núm. 1, pp.9-61.

Liendro, Eduardo (1997), "Una propuesta de trabajo con hombres violentos", presentación en el *Grupo de Trabajo sobre Violencia y Salud*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 30 y 31 de enero.

Mardones, J. M. y Ursua, N. (1988), *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Materiales para una fundamentación científica*, México, Fontamara.

Masterman, Margaret (1975), "La naturaleza de los paradigmas", en Lakatos, Imre y Musgrave, Alan (comps.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento*, México, Grijalbo, pp. 160-201.

Membrilla, Yolanda (1996), "¿Cómo se hacen los niños? Estudio sobre las representaciones sociales de la sexualidad durante la preadolescencia (10-14 años)", Proyecto de investigación presentado en el *Grupo de Trabajo sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, junio.

Moore, Henrietta (1991), *Antropología y feminismo*, Madrid, Cátedra.

Moscovici, Serge, (1979), *El psicoanálisis: su imagen y su público*, Buenos Aires, Huemul.

————— (1985), *Psicología Social*, Barcelona, Paidós.

————— (1984), "The phenomenon of social representations", en Farr, R. y Moscovici, S., *Social representations*, París, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, Cambridge University Press, pp. 3-70.

Paris Spink, Mary Jane (s/f), "O estudo empírico das representações sociais", en *Contribuição da Psicologia Social aos estudos qualitativos*, 4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, Brasil, pp. 85-108.

Pascuale-Leone, J. (1976), "Metasubjective problems or constructive cognition: forms of knowing and their psychological mechanism", en *Canadian Psychological Review*, núm. 17, pp. 110-125.

Piaget, Jean (1969), *Biología y conocimiento*, México, Siglo XXI.

————— (1978), *Introducción a la epistemología genética: el pensamiento biológico, psicológico y sociológico*, tomo 3, Buenos Aires, Paidós.

————— (1979), "Introducción: la situación de las ciencias del hombre dentro del sistema de las ciencias", en *Tendencias de la investigación en ciencias sociales*, 4a. ed., Madrid, Alianza Universidad, pp.44-120.

Rodríguez, Yuriria (1996), "Discursos de género: una reflexión teórica", ponencia presentada en el *Segundo Congreso de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología*, Aguascalientes, abril.

Wallerstein, Immanuel (coord.) (1996), *Abrir las ciencias sociales*, México, Siglo XXI.

Weeks, Jeffrey (1995), "Valores en la era del sida", en *Debate Feminista*, año 6, vol. 11, abril, pp. 157-182.

Westcott, Marcia, "Feminist criticism of the social sciences", en J. McCarl, Nielsen, *op. cit.*, pp. 58-68

Zapata, Lauro (1996), "Elementos para el análisis de la intertextualidad", en *La Colmena*, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, núm. 9, invierno, pp. 4-15.

————— (1992), "Las ciencias sociales como narrativas de la crisis", en *La Jornada Semanal*, Suplemento mensual de *La Jornada*, Nueva época, núm. 144, 15 de marzo, pp. 35-38.

RIESGOS BIOLÓGICOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: UNA PARADOJA SOCIAL Y BIOLÓGICA

ROSARIO ROMÁN PÉREZ

MARÍA JOSÉ CUBILLAS RODRÍGUEZ

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.

ELBA VÁSQUEZ PIZAÑA

DR. ADALBERTO ROJO QUIÑÓNEZ

CLÍNICA DEL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

GRACIELA CAIRE JUVERA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C. DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN

Introducción

595 702914

El embarazo en la adolescencia (EA) ha sido un tema recurrente en la investigación biomédica mexicana desde la década de 1960 a la fecha. La preocupación principal ha sido documentar los riesgos que entraña la reproducción en la salud de la madre adolescente y en la de su hijo(a). Los estudios sobre el tema señalan que en la mayor parte de los embarazos de adolescentes la morbilidad materna y fetal es más alta en comparación con la de mujeres adultas.

Ante las limitaciones presupuestales para atender a toda la población mexicana, la posición de quienes toman decisiones e investigadores de la salud con respecto al EA es que al ser de alto riesgo, no es deseable y debe evitarse. El principal argumento se sustenta en que la adolescencia por sí misma es un factor de riesgo para la salud de la madre y el(la) hijo(a), sobre todo cuando a ello se añan condiciones de pobreza (Hamel, 1991). En los estudios sobre EA se señala que al ser la adolescente una persona en crecimiento, su cuerpo aún no alcanza la "madurez biológica" necesaria para sostener el crecimiento de su hijo(a). Igualmente, en algunas investigaciones se asocia el EA con la morbilidad infantil entre otras cosas, por la falta de "madurez psicológica" de las adolescentes para asumir las responsabilidades del cuidado y la crianza del(a) hijo(a) (Schlaepfer e Infante, 1996).

Al señalar el EA como un problema de salud pública enfatizando más sus peligros y complicaciones en la salud de la madre y su hijo(a), se tiende a simplificar la naturaleza de las acciones de intervención. Las

recomendaciones desde el punto de vista biomédico se centran en evitar el EA para lo cual un medio más seguro es la abstinencia sexual. Bajo el argumento de que los riesgos se tienen por la inmadurez biológica o psicológica de las adolescentes, para ejercer su sexualidad ellas deberían esperar hasta la culminación de su crecimiento y desarrollo.

Enfocar así el EA resulta poco realista cuando se revisan las estadísticas sobre la edad de inicio de la vida sexual activa de las mujeres mexicanas, misma que ocurre por lo general alrededor de los veinte años en algunos lugares del país (INEGI, 1993). En un país como México caracterizado por la desigualdad social, la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, su calidad, calidez y oportunidad son factores que deben también considerarse porque pueden significar la diferencia entre un embarazo sano y uno de riesgo. Por lo mismo, el análisis del EA no debe reducirse a la descripción aislada de complicaciones observadas durante el proceso reproductivo. Es necesario además incluir la revisión de las condiciones económicas, sociales y culturales en las que ocurre este fenómeno y profundizar en la naturaleza del mismo (Stern, 1997).

Sin dejar de reconocer el interés de las autoridades e investigadores(as) de la salud sobre el EA en su búsqueda por allegarse mayor información acerca de los problemas de salud que aquejan a la población femenina en edad reproductiva, la escasa atención prestada a otros factores de orden social y cultural limita la comprensión de este fenómeno. Ser madres en un período que biológicamente la mujer se puede encontrar en

crecimiento y con ello plantear la existencia de un factor de riesgo para la salud de ella y su hijo(a), hace que el EA adquiera el carácter de problema de salud pública, independientemente del contexto en el que se encuentre inmerso. Por ello es conveniente analizar la evidencia que lo sustenta a partir de los estudios empíricos realizados por los(as) investigadores(as) en las instituciones que prestan servicios gineco-obstétricos.

La población estudiada en las investigaciones sobre EA ha sido la que acude a instituciones de salud pública -generalmente personas de bajos ingresos económicos o medios- y el procedimiento utilizado para identificar los riesgos biológicos ha sido la revisión de los archivos clínicos de la consulta prenatal y/o de los ingresos hospitalarios. Las complicaciones que con mayor frecuencia se mencionan en las investigaciones de carácter epidemiológico son en la madre la eclampsia, el parto pretérmino, la anemia, las infecciones por aborto o del puerperio y la ruptura prematura de membranas. En el(la) recién nacido(a) el peso bajo al nacer y la morbilidad fetal (Marín *et al.*, 1983; Pérez y Torres, 1988; Ortiz, 1991; López y Robles, 1996; Avila *et al.*, 1997) entre otros.

Los riesgos documentados han tenido implicaciones diversas en las políticas y los servicios de salud que prestan las instituciones públicas. Una de las más importantes, sin duda alguna, ha sido su contribución para validar al EA como un problema social y de interés público que debe ser evitado, independientemente de las condiciones en que se presente. No es que el fenómeno en sí mismo sea novedoso sino que en algunos contextos socioculturales su sola mención provoca reacciones encontradas. Las expectativas socialmente creadas alrededor de la adolescencia no incluyen a la maternidad. Principalmente en las comunidades urbanas de clase media se espera que el lugar de la adolescente sea la escuela y no el hogar y sus tareas las académicas y no las de crianza de un(a) bebé. Ideológicamente, el ejercicio sexual y la maternidad están fuera de la esfera de competencia de la adolescente debido a su inmadurez biológica y psicológica como ya se apuntó.

En este trabajo buscamos demostrar que, en la investigación de los riesgos biológicos del EA, es necesario documentar empíricamente otros datos de carácter social y cultural que sustenten las diferencias en-

contradas entre adolescentes y adultas en cuanto a las complicaciones pre, peri y pos natales. Para poder aislar el efecto de la edad, es necesario estudiar otras variables que puedan afectar el resultado del embarazo tales como la escolaridad, el nivel socioeconómico, edad gineco- lógica, la alimentación y el estado de nutrición antes y durante la gestación, el cuidado prenatal o la educación para la salud entre otras (Arcos *et al.*, 1995).

La generalización de los resultados sobre los riesgos del EA dificulta la comprensión integral de este fenómeno y limita la implementación de estrategias de educación para la salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes. Siendo la adolescencia una experiencia permeada por las condiciones de vida y la cultura, su confrontación a los continuos cambios sociales no permite que se viva de la misma manera en los distintos contextos. Lo mismo puede decirse del proceso reproductivo durante la adolescencia, cuando las condiciones de salud y el acceso y disponibilidad a los servicios de salud en nuestro país varían en función de factores de orden estructural y cultural. Es necesario por lo tanto profundizar en los por qué de la “veda globalizada” impuesta a la sexualidad de las adolescentes, bajo el argumento de los peligros que conlleva un embarazo. La investigación sobre los riesgos del EA brinda una visión parcial que requiere ser ampliada a fin de contar con mayor información al diseñar políticas de salud para que respondan adecuadamente a las realidades y necesidades de los(as) adolescentes de hoy.

Para lograr el objetivo, en principio se discutirá el papel que la falta de una definición conceptual de adolescencia ha jugado en la consideración del EA como un problema social de interés público. Se planteará la necesidad de incorporar una visión social y cultural, orientando los esfuerzos hacia la construcción de una definición de adolescencia que refleje su carácter arbitrario y cambiante. Las divisiones por edades, tal como lo señala Bourdieu (1984), en todas las sociedades son el reflejo de una lucha de poder entre las generaciones. Es una forma de poner límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse y ocupar su lugar. Por lo mismo, es importante cuestionar cómo se definen las generaciones, sus normas específicas de funcionamiento, sus diferencias, negociaciones y divisiones que origina. Ello permitirá interpretar los fenómenos del EA más allá de buscar una explicación a su

problemática en la edad cronológica, el desarrollo del pensamiento abstracto o la dependencia económica.

Posteriormente se presentarán algunas reflexiones sobre las definiciones de adolescencia que se han venido manejando en los estudios sobre los riesgos biológicos del EA. Igualmente analizaremos el sustento teórico-metodológico de un conjunto de investigaciones realizadas sobre el tema en los últimos quince años en nuestro país. En un tercer apartado presentaremos información sobre las complicaciones reportadas con mayor frecuencia en adolescentes embarazadas que se atendieron en un hospital público de la ciudad de Hermosillo, Sonora, entidad de la frontera norte caracterizada por su dinamismo económico aún durante la agudización de la crisis.¹ Además, se incluirá información de un estudio de seguimiento con 15 adolescentes provenientes de distintas instituciones de salud pública de esa misma ciudad, con la idea de ilustrar el papel que juegan el contexto social y cultural.

El embarazo en la adolescencia y el concepto de adolescencia

Cuando se piensa en un embarazo durante la adolescencia se pone de manifiesto la capacidad biológica de la adolescente para reproducirse, pero más que nada se hace evidente el ejercicio de una actividad sexual en medio de y a pesar de los discursos tendientes a promover la abstinencia entre la población adolescente. Si bien el consenso social con respecto al EA ha ido variando con el correr de los años y los cambios sociales que le acompañan, ello no implica que en México haya una mejor comprensión de este fenómeno. A la luz del impulso que se ha venido dando al enfoque de salud reproductiva promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el carácter riesgoso del EA ha sido invocado reiteradamente entre los argumentos para lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.

¹ De acuerdo con los informes de Gobierno en esta entidad la cobertura de salud es del 99% de la población (Gobierno del Estado de Sonora, 1997), y sus indicadores de educación, empleo y esperanza de vida son superiores a los del centro y sur del país (INEGI, 1997).

El señalamiento anterior no busca restar importancia a la información generada hasta ahora en nuestro país sobre los riesgos biológicos del EA o presentar una visión complaciente de este fenómeno. Más bien intenta provocar la reflexión sobre la forma como han sido interpretados y utilizados los datos de las investigaciones por académicos(as) y autoridades de salud que tienen que ver con el estudio y diseño de las políticas de salud. Asimismo, se destaca la necesidad de reconsiderar el enfoque de riesgo con el que hasta ahora se ha abordado el EA e incorporar su dimensión social y cultural. Asumimos que la falta de consideración de sus especificidades provoca poco interés por incorporar en la investigación sobre los riesgos biológicos del EA, información empírica sobre otras dimensiones presentes en la vida cotidiana. En consecuencia, los estudios de orientación biomédica sólo describen algunos aspectos del contexto como las condiciones de pobreza y/o el papel de la educación, sin analizar a fondo cómo se crea un contexto de riesgo o los factores de protección para el desenlace de un embarazo.

Tal limitación tiene que ver entre otras cosas con la forma como se ha definido la adolescencia a partir de un rango de edad -15 a 19 años de edad-. Al conformarse como grupo de población en un país en transición demográfica, los(as) adolescentes destacan desplazando en importancia (en volumen, en número) al de los menores de un año (Stern, 1997). La notoriedad que adquieren los y las adolescentes en nuestro país y en otras partes de Latinoamérica repercute también en la consideración de los riesgos. La quinta parte de la población mundial tiene entre diez y diecinueve años de edad (Population Reports, 1995) -rango en el que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) ubica a la adolescencia-. El mayor porcentaje de esa población es aportado por países como el nuestro donde cualquier fenómeno de la adolescencia resulta evidente y se tiende fácilmente a caer en generalizaciones. Por el rango tan amplio de edad los posibles riesgos no son homogéneos y lo que aplica a los 10 años de edad puede no hacerlo a los 17, 18 ó 19.

Un componente más de la definición es la idea de que la adolescencia es un proceso evolutivo en el que se avanza de menos a más. Se plantea que la adolescencia es una etapa de la vida en la cual se adquiere la madurez reproductiva, se transitan los patrones psico-

lógicos de la niñez a la adultez y se pasa de la dependencia a la independencia económica. Ante la dificultad para establecer con esta definición los límites de la adolescencia, las investigaciones definen su población de estudio a partir de la edad cronológica (Ortiz, 1991; Pérez y Torres, 1988; Toro, 1992; Suárez *et al.*, 1993; Escobedo *et al.*, 1995; Avila *et al.*, 1997). Pocos incluyen además la consideración de la edad ginecológica (EG) que es la edad cronológica al momento del embarazo menos la edad de la menarquia (Fernández *et al.*, 1996).

La EG es información que orienta sobre el desarrollo físico de la adolescente en función del tiempo que ha pasado su organismo ovulando y disponiéndose para la reproducción. Los autores que incluyen este dato definen como factor de riesgo biológico el embarazo ocurrido antes del primer año de EG (Rubarth, 1994). Como embarazo precoz o adolescente se considera aquél que se presenta en mujeres con EG menor de dos años y/o cuando la adolescente mantiene dependencia socioeconómica total de su familia parental (Coll *et al.*, 1996 y Fernández *et al.* 1996).

La inespecificidad de la definición de adolescencia se marca aún más al considerar puntos de referencia con base en la evolución de los procesos psicológicos y la independencia socioeconómica. Para el desarrollo psicológico no existen instrumentos diseñados en la población mexicana que de manera confiable nos indique cuándo la persona pasa de una etapa a otra. Por lo que toca a la independencia económica, la agudización de la crisis hace que ésta sea cada vez menos asequible para la mayor parte de la población mexicana.

Ante tales dificultades para definir la adolescencia, parece ser que el único acuerdo entre los estudiosos(as) de este fenómeno es la indefinición de sus roles pues no son considerados niños(as) ni tampoco adultos(as). Bajo esta concepción la adolescencia ha sido un tema de investigación pero ello no asegura su existencia como concepto y experiencia de la vida cotidiana en todas las partes del mundo. En la práctica, al margen de cómo la sociedad considere la adolescencia, las limitaciones económicas obligan a que muchos(as) adolescentes adopten prematuramente roles asignados a los(as) adultos(as), independientemente de la edad o el desarrollo psicológico (Rodríguez, 1996). Por exten-

sión, la maternidad/paternidad se incluyen puesto que forman parte esencial del mundo adulto.

En México es bien sabido que la vida rural o urbana marginal demandan la incorporación al mercado de trabajo formal o informal desde la infancia misma. Las condiciones de pobreza obligan a que niños(as) y adolescentes indígenas, campesinos o urbanos se conviertan en proveedores de recursos económicos para sus familias. Así también existen grupos sociales donde la cultura favorece el inicio de la vida sexual activa y la nupcialidad entre menores de diecinueve años (Salazar, 1995). Pese a ello en la ideología dominante se rechaza socialmente lo que la biología permite sustentándose en los posibles riesgos del EA.

Las condiciones que se consideran ideales para un embarazo sano en cualquier edad que éste se presente, también están sujetas a la presencia o ausencia de recursos individuales e institucionales para la salud. En principio se requiere un organismo sano y bien nutrido. El estado de nutrición determina el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (Arcos, 1995). El peso total ganado durante el embarazo es un excelente predictor del peso al nacer del(a) infante, pero también debe considerarse la talla de la madre y la influencia de la genética (Peláez *et al.*, 1996). El peso bajo al nacer es uno de los riesgos al que con mayor frecuencia se alude en el EA pues es un parámetro biológicamente utilizado para relacionarlo con la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo mental ulterior del(a) recién nacido(a).

La atención prenatal es otro factor importante para el logro de un embarazo sano (Coll *et al.*, 1996). El número de visitas médicas permite asegurar que ha habido un monitoreo frecuente del estado de salud de la madre, su aumento de peso y el crecimiento intrauterino para detectar cualquier posible complicación. Desde el punto de vista ginecológico, se considera que tres visitas prenatales es el mínimo deseable así como que éstas se inicien desde el primer trimestre de embarazo (Fernández *et al.*, 1996). Son pocos los estudios sobre EA que comparan el número de visitas prenatales realizadas por las adolescentes y el de las adultas (Coll *et al.*, 1992). Cuando lo hacen, las primeras se dice acuden con menos frecuencia aunque las diferencias entre adolescentes y adultas no resultan significativas estadísticamente (Escobedo, 1995).

Si las adolescentes se embarazan fuera de matrimonio o unión el estigma social que ello acarrea en algunas familias o comunidades mexicanas, y el temor al rechazo familiar o social propicia que se demoren en dar a conocer su situación (Coll *et al.* 1996). En algunos casos las adolescentes embarazadas pueden tener otras prioridades antes de buscar atención prenatal como conocer la reacción de la pareja y/o la familia. Los cuidados de la salud quedan por lo tanto condicionados de manera indirecta a la reacción de las personas significativas para las adolescentes y éstas a su vez de otro tipo de factores que tienen que ver con las expectativas parentales respecto al futuro de la hija.

Un factor más para el logro de un embarazo sano tiene que ver con la educación para la salud. En la medida en que las mujeres están más informadas sobre los cuidados de su cuerpo, de la alimentación, la higiene en su persona y en el hogar o los efectos teratogénicos de algunas sustancias tóxicas con las que comúnmente entran en contacto, las probabilidades de tener un embarazo y parto sin complicaciones se incrementan (Perkins *et al.*, 1988; Hardy *et al.*, 1987; González y González *et al.*, 1991 y Coll *et al.*, 1992). En este sentido también se menciona que la adolescente embarazada tiene mayor desventaja que la adulta, tanto para identificar signos de alarma como para cooperar con el médico durante el parto. Tales limitaciones refrendan la importancia de la inversión en medidas preventivas de amplia cobertura como la educación para la salud dirigida a todos los sectores de la población, en particular la educación perinatal (Coll *et al.*, 1992).

En síntesis, los riesgos asociados al embarazo y el parto hasta ahora estudiados no obedecen exclusivamente a condiciones fisiológicas y/o psicosociales intrínsecas de la adolescencia, como que la madre se encuentre aún en crecimiento o a una “inmadurez” reproductora o cognoscitiva -ésta última poco explorada y evaluada con baremos adecuados para nuestra población mexicana-. Más bien el EA se convierte en un marcador que acentúa los factores sociodemográficos desventajosos que, incluyendo la pobreza, la desnutrición, la educación deficiente o las dificultades de acceso a los servicios de salud, establecen la probabilidad de que la gestación y la maternidad sean riesgosas.

Si las madres adolescentes tienen bebés más pequeños, el análisis debería incluir en principio una com-

paración con madres consideradas adultas de características sociodemográficas y antropométricas similares. Igualmente, sería deseable contar con información puntual sobre la calidad de la alimentación y el estado nutricional de las adolescentes embarazadas, la atención prenatal, el uso de drogas o alcohol, la dinámica y organización familiar, los antecedentes de la concepción y el estado anímico, entre otros datos (Arcos *et al.*, 1995). Algunos resultados de investigación en los últimos quince años sobre los riesgos del EA en nuestro país, sólo consideran parcialmente tales aspectos mismos que serán analizados en el siguiente apartado.² Sin tener la pretensión de realizar un “estado del arte”, la revisión busca identificar algunos vacíos de información sobre el tema, los riesgos sustentados empíricamente en investigaciones comparativas y la ideología que permea los estudios mediante el análisis de la interpretación que los autores hacen de sus datos.

De los riesgos biológicos estudiados en México: 1983-1997

Uno de los primeros problemas que enfrenta el o la investigador(a) de los riesgos biológicos del EA es la circulación restringida de los trabajos producidos en México. Si bien en muchos hospitales de especialización se realizan trabajos de tesis, no existe en nuestro país un sistema de registro que reuna y haga accesible esta información entre las personas interesadas en el tema. A ello se agregan los distintos esfuerzos editoriales realizados a nivel local, pero cuya difusión es restringida. Aunque los trabajos que en el presente apartado se analizarán fueron estudios realizados en distintas instituciones, la mayoría de la ciudad de México y su zona conurbada, no puede decirse que sean los más representativos. Más bien presentamos aquéllos a los que pudimos tener acceso y que estudiaban los riesgos con mayor frecuencia al hablar del EA. En todas las investigaciones se concluye que la morbilidad materna e infantil en las adolescentes es igual o menor a la reportada en adultas y su fuente de datos es el

² Sólo se incluyeron aquellos estudios que han sido publicados en revistas periódicas editadas en México a las cuales se tuvo acceso. La revisión de este tema en nuestro país resulta limitada dado que muchos trabajos son de circulación local.

expediente clínico de consulta externa o de hospitalización.

La mayoría de los estudios sobre el EA son de carácter descriptivo y en pocos se incluyen comparaciones con adultas. Es en la discusión y conclusiones donde la información obtenida se compara con los datos producidos con adultas o adolescentes de otros países, principalmente de Estados Unidos y en muy contados estudios se hace con población latinoamericana. En las investigaciones la edad es la única variable que diferencia o agrupa a la población estudiada. Su origen rural o urbano, estado civil, escolaridad, fecundidad, edad ginecológica, estado de nutrición, peso pregestacional, ganancia de peso durante el embarazo, estado de salud al inicio del embarazo, situación emocional, asistencia a control prenatal o condiciones de vida entre otras cosas, suelen describirse pero no analizarse. A continuación analizaremos algunos resultados de estos estudios y en el Cuadro 1 se resumen sus características, así como la morbilidad materna y neonatal en los Cuadros 2 y 3.

Marín *et al.* (1983) estudiaron las características de las adolescentes que se atendieron durante el año de 1979 en la población que acude al hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Puebla, en el estado del mismo nombre. La población estudiada, se dice, pertenece a los estratos sociales medio-bajo y bajo; con un 8% de analfabetismo y alimentación reportada como mala en el 46.6% de los casos. Sin embargo no se dio información sobre la forma como se evaluaron tales variables ni se interpretó el papel de éstas en los resultados. La falta de un análisis factorial así como de la comparación con adultas dejó los resultados a nivel descriptivo, esto dificultó llegar a alguna conclusión. Las adolescentes primigestas representaron el 5.96% del total de partos con edades que fluctuaban entre los 13 y los 16 años de edad, concentrándose el 85.3% en esta última edad.

En el mismo estudio se reportó que el 85.3% de la población estudiada tenía entre tres y cinco años de EG. Considerando que la definición de EA con base en la EG incluye sólo aquellos casos que ocurren antes de los dos primeros años, podría decirse que ese porcentaje no puede considerarse de embarazos precoces o adolescentes. El 19.9% había tenido anteriormente un aborto, el 8% amenaza de aborto y el 6.6% amena-

za de parto prematuro. El 46.6% tuvo cesárea por distintas causas, de las cuales la más frecuente fue la desproporción cefalopélvica (20%). Las complicaciones en el postparto fueron de 9.1% en total, destacan la endometritis (2.6%) y el desgarro de comisura (5.2%), complicación que en la práctica médica puede ser evitada mediante una episiotomía oportuna.

En cuanto a las condiciones de salud del neonato, el APGAR³ con calificación de 8 o más -parámetro considerado adecuado para predecir el buen desarrollo del neonato-, sólo se encontró en el 38.6% de los casos, principalmente porque la mayoría mostraba palidez y disminución del tono muscular. Tal condición no necesariamente tiene que ver con la edad sino con la forma como la madre aprenda a respirar durante el trabajo de parto de manera que pueda mantener una oxigenación adecuada (López y Robles, 1996). Otro parámetro importante para documentar el carácter riesgoso del EA es el peso bajo al nacer. En este estudio se encontró una mayoría de infantes con peso superior a 2,500 g. (88%) y el 11.9% con menos de este peso.

La discusión final se centra sobre los factores que influyen en la incidencia del EA entre estos la facilidad para adquirir "propaganda sexual", la baja escolaridad, la nula preparación sexual, el no acceso a los programas de planificación familiar y los problemas emocionales, todos estos aspectos no evaluados o por lo menos no presentados en el artículo. Sin embargo, datos importantes como el porcentaje de mortalidad y de malformaciones congénitas que fueron de 6.5% no se discuten ni se analizan, aunque sí se menciona que éstos son bajos sin dar el referente de comparación.

Ortiz (1991) revisó en un hospital de Netzahualcōyotl, Estado de México los expedientes de cuatro años con objetivos similares al estudio anterior. El total de la muestra fueron 840 expedientes de adolescentes, lo que representó el 4.75% de la población total captada en la institución hospitalaria, porcentaje menor al reportado por Marín *et al.* (1983). Se incluyeron variables demográficas como el origen geográfico, la escolaridad, el estado civil, la edad ginecológica y la atención prenatal, que son expuestas como caracterís-

³ Evalúa color de piel, tono muscular, reflejos, respiración y ritmo cardíaco al primer y quinto minuto de vida (Apgar, 1953).

Cuadro 1
Características sociodemográficas de las participantes en estudios
sobre riesgos biológicos del embarazo adolescente. México 1983-1997

Autor/ Fecha	Metodología del estudio	Muestra	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Estrato	Procedencia
Marín <i>et al.</i> , 1983.	Revisión retrospec- tiva de libros de in- gresos hospitalarios. 1 de enero- 31 de diciembre 1979.	75 adolescentes, menores de 16 años. 80% primigestas, 18.6% 2a. gesta, 1.3% 3a. gesta.	8% analfabetas, 28% primaria inc., 44% primaria comp., 18.6% secundaria comp., 1.3% 1er. año de preparatoria.	no reportado	no reportado	10.6% es- trato social medio, 40.0% me- dio bajo, 49.3% bajo.	Hospital General de zona del IMSS. Delegación Puebla.
Ortiz, 1991.	Estudio retrospecti- vo de 4 años de los ingresos hospitalarios. Julio 1980- julio 1984.	840 adolescen- tes menores de 16 años 88.9% primigesta, 11.1% 2a. gesta, 9.6% 3a. gesta, 1.5% multigesta.	7.9% analfabeta, 81.7% no cursaban grado escolar correspondiente o abandonaron la escuela primaria. 10.4% cursaba instrucción acorde a su edad.	44.2% casada, 20% soltera, 35% unión libre.	no reportado	Socioeco- nómica- mente bajo.	73.6% D.F. y Edo. de México. Medio sub- urbano.
Toro, 1992.	Estudio prospecti- vo*, comparativo, longitudinal. 1 de mayo 1989- 28 de febrero 1990.	A. 12-15 años=69, B. 16-17 años= 233, C. 18-39 años=304. 2a. gesta o más= A. 4.3%, B. 26.6%, C. 61.8%.	no reportado	A. UE=76.9 S=23.1 B. UE=86.1 S=13.9 C. UE=90.7 S=9.3 UE=Unión estable S=Soltera	Hogar Trabaja Estudia A. 68.1 5.7 26 B. 82.1 8.6 9.1 C. 85.7 8.3 5.9	89.3% es- trato social medio bajo, 10.6% estrato medio.	Hospital General "Gral. Vicente Villada". Edo. de México. Comunidad suburbana.
Suárez <i>et al.</i> , 1993.	Revisión retrospec- tiva de registros de parto hospitalario. 1981 y 1990.	6 457 mujeres embarazadas de 12 a 19 años. A. Mujeres embarazadas de 12 a 19 años en 1981. B. Mujeres embarazadas de 12 a 19 años en 1990. 57% primigestas.	Media A. 5.03 B. 6.11	Se observó una reduc- ción en el grupo de ma- dres solte- ras de 1981 a 1990, un incremento en el grupo de casadas y la unión consensual se mantuvo estable durante los 10 años estudiados.	no reportado	no reportado	Materno-In- fantil y de Planificación Familiar, A.C. Cd. Juárez. 90% de las mujeres atendidas en 1981 y 91% de las mujeres en 1990 proce- den de colo- nias urbano- marginadas.
Escobe- do <i>et al.</i> , 1995.	Estudio prospec- tivo*. Aplicación de encuesta. Mayo a julio 1991.	64 recién nacidos Edad madre: A. 13-18=33 casos B. 23-28= 31 casos 100% primigestas	Sólo primaria en todos los casos.	Solteras A. 81.9% B. 58.1%	A B Hogar 96.9% 87% Empleo 3.0% 12.9%	Nivel socio- económico medio o bajo.	Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SSA. Residentes de la Ciudad de México.

Autor/ Fecha	Metodología del estudio	Muestra	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Estrato	Procedencia
Fernández <i>et al.</i> , 1995.	Estudio prospectivo*. Encuesta a un grupo de madres adolescentes primigestas menores de 18 años. Mayo-julio 1991.	21 madres adolescentes menores de 18 años. A. 13 adolescentes de 14 a 16 años. B. 8 adolescentes de 17 a 18 años.	A. 70% primaria, 30% secundaria. B. 37% primaria, 63% secundaria.	A. 62% soltera, 38% unión libre. B. 87.5% soltera, 12.5% unión libre.	A. 15% empleadas domésticas, 8% estudiante, 77% hogar. B. 37% empleadas, 63% hogar.	A. 27% ingreso fam. menor al sueldo mínimo, 27% igual al mínimo, 46% mayor al mínimo. B. 25% desconoce monto ingreso fam., 12.5% ingreso menor al mínimo, 50% igual al mínimo, 12.5% más del mínimo.	Hospital Materno-Infantil Inguarán. SSA/DDF. A. 39% zona suburbana, 61% zona urbana. B. 12.5% zona rural, 37% zona suburbana, 50% zona urbana.
Fernández <i>et al.</i> , 1996.	Estudio prospectivo*. Encuesta a un grupo de adolescentes embarazadas y a madres adolescentes embarazadas antes de 2 años postmenarca. Enero 1992-mayo 1993.	70 adolescentes con edades entre 12 y 15 años embarazadas antes de 2 años postmenarca.	60% algún año primaria, 34% algún año secundaria, 6% analfabetas.	47% UL, 43% solteras, 10% casadas.	50% hogar 29% estudia 21% trabaja	47% sueldo mínimo, 43% sueldo menor al mínimo, 10% sueldo mayor al mínimo.	Hospital Materno-Infantil Inguarán. D.F. Zona urbana.
López y Robles, 1996.	Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional. 1 de Enero-31 de diciembre 1994	1,027 expedientes de embarazos en adolescentes de 13 a 19 años. 75.6% primigestas	64% estaban cursando secundaria, 26% primaria incompleta o analfabetas.	45% casadas, 26.4% solteras, 28% unión libre.	la mayoría se dedicaba al hogar	81% estrato socio-económico bajo.	Hospital Estatal de Gineco-obstetricia en Jesús María, Aguascalientes. 54% comunidad urbana, 37% área rural, 9% zona suburbana.
Avila <i>et al.</i> , 1997.	Registros hospitalarios de 1990 a 1994.	A. 215 madres menores de 19 años. B. 215 madres mayores de 19 años. Primigestas y con embarazo a término.	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado	Hospital General Regional No. 1 IMSS, Sinaloa y Hospital General "Bernardo J. Gastelum" SSA. Culiacán, Sinaloa.
Vázquez <i>et al.</i> , 1997.	Estudio retrospectivo, descriptivo, registro de hospital y consulta externa de ginecología y obstetricia. Junio 1995-noviembre de 1996.	2,229 adolescentes entre 13 y 19 años. 78.4% primigestas, 16.7% 2a. gesta, 4.9% 3a. gesta o más.	1.7% analfabeta, 15.6% primaria completa, 13.5% primaria incompleta, 22.8% secundaria completa, 17.2% secundaria incomp., 2.2% bach. comp., 5% bach. incomp.	49.6% unión libre, 31.9% soltera, 18.6% casada.	no reportado	0.1% nivel socioeconómico medio, 92.0% medio bajo, 7.9% bajo.	Hospital Infantil del Estado de Sonora. 15.8% foráneas, 84.2% locales.

* Prospectivo: Estudio que incluye captación de muestra y seguimiento de la misma.

Cuadro 2
Antecedentes ginecológicos y morbilidad materna del embarazo adolescente México, 1983-1997

Autor/fecha Muestra	Control prenatal	Menarca	Tiempo de gestación	Número de gestaciones	Cesárea	DCP	RPM	Amenaza aborto	Preclampsia/ eclampsia
Marín, 1983. 75 adolescentes	la mayoría no asistió en forma periódica	mayoría 13 años	1.3% 20-28 12% 29-36 66.6% 37-40 20.0 + de 40	80% primigesta 18.6% 2a. gesta 1.3% 3a. gesta	46.6%	20%	6.6%	8%	5.3%
Pérez y Torres, 1998. A. 587 madres menor o igual a 19 años. B. 1608 madres de 20 a 29 años.	participantes expuestas a una atención prenatal de alta calidad	no reportado	A. 77% pretérmino, 13.1% término, 9.8% posttérmino. B. 78.5% pretér- mino, 12.6% término, 8.7% posttérmino.	no reportado	25.4% menores de 17 años 33.9% población general	13.8% (259 ado- lescentes de 17 años y menos)	8.4% (259 adol. de 17 años y menos)	3.0% (259 adol. de 17 años y menos)	no reportado
Ortiz, 1991. 840 adolescentes menores de 16 años.	36.1%	12.2 años	88% término 11.5% pretérmino 0.5% posttérmino	88.9% primigesta 11.1% 2a. gesta 9.6% 3a. gesta 1.5% multigesta	25.5%	15.5%	13.2%	no reportado	9.1% / 2%
Toro, 1992. A. 12-15 años= 69 B. 16-17 años =233 C. 18-39 años =304	(+ de 6 consultas) A. 37.6% B. 37.5% C. 41.5%	no reportado	Media A. 39.42 B. 39.21 C. 39.44	2a. gesta o más A. 4.3% B. 26.6% C. 61.8%	A. 18.8% B. 20.1% C. 12.5%	A. 53.8% B. 25.5% C. 20%	A. 21.7% B. 20.6% C. 16.4%	A. 4.3% B. 6.0% C. 5.9%	no reportado
Suárez <i>et al.</i> , 1993. 6 457 mujeres embarazadas de 12 a 19 años. A. En 1981. B. En 1990.	No 1981 94.6% 1990 84.7% Sí 5.4% 15.3%	Media 12.25	no reportado	57% primigesta 32.3% 2a. gesta 8.9% 3a. gesta 1.2% 4a. gesta y más	36.7% < 20 años 63.3% > 20 años	52% de las cesáreas por DCP fueron practicadas en mujeres menores de 20 años	no reportado	no reportado	no reportado
Escobedo, <i>et al.</i> , 1995. 64 recién nacidos Edad madre: A. 13-18= 33 casos B. 23-28= 31 casos	A. 51.5% B. 70.9%	no reportado	Media A. 38.88 ±0.5 B. 39.37 ±0.7	requisito de inclusión primigestas	A. 24% B. 6%	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado

Autor/fecha Muestra	Control prenatal	Menarca	Tiempo de gestación	Número de gestaciones	Cesárea	DCP	RPM	Amenaza aborto	Preciampsia/ eclampsia
Fernández, <i>et al.</i> , 1995. A. 13 adolescentes de 14 a 16 años. B. 8 adolescentes de 17 a 18 años.	A. 85% acudió por lo menos una vez a control prenatal. B. 75% acudió por lo menos una vez a control prenatal.	no reportado	A. 39% pretérmino, 61% término. B. 25% pretérmino, 75% término.	no reportado	A. 15% B. 12.5%	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado
Fernández, <i>et al.</i> , 1996. 70 adolescentes menores de 15 años, con me- nos de 2 años postmenarca.	31% insuficiente (menos de 3 consultas) 69% suficiente.	requisito de inclusión: edad gine- cológica menor de 12 años	10% abortos o inmaduros, 10% pretérmino, 80% término.	no reportado	30%	no reportado	no reportado	2.8%	no reportado
López y Robles, 1996. 1 027 expedientes de embarazos en adolescentes de 13 a 19 años.	53% de las pa- cientes no acudió a control prenatal.	57% 12-13 años	74% embarazo a término, 14% menos de 28 semanas, 10% pretérmino.	75.6% primigestas	18%	5.8%	4%	no reportado	no reportado
Avila <i>et al.</i> , 1997. A. 215 madres menores de 19 años. B. 215 madres mayores de 19 años. Primigestas y con embarazo a término.	no reportado	no reportado	todos embarazos a término (requisito inclusión)	todas primigestas (requisito inclusión)	A. 37.2% B. 31.1%	no reportado	A. 4.6% B. 6%	no reportado	A. 11.1% B. 14.4%
Vásquez <i>et al.</i> , 1997. 2 229 adolescentes entre 13 y 19 años.	10.1% 1er. trimes- tre, 20.6% 2o. trimes- tre, 69.2% 3er. trimes- tre.	no reportado	no reportado	78.4% 1a. gesta, 16.7% 2a. gesta, 4.9% 3a. gesta o más.	20.23%	4.2%	3.3%	1.7%	9.2%

Cuadro 3
Características de salud en hijos de madres adolescentes. México 1983-1997

Autor/Fecha/ Muestra	Prematuriz	Bajo peso	Apgar	Peso	Talla	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal
Marín, 1983. 75 adolescentes	13.3%	12%	61.3% 7 o menos	2.6% menos de 1500 9.3% 1501 a 2499 88% 2500 a 3999	no reportado	no reportado	6.6%
Pérez y Torres, 1988. A. 587 madres con edad menor o igual a 19 años. B. 1608 madres de 20 a 29 años.	< 15 años= 57.3% 20-29= 12.6%	A. 13.7% B. 10.0%	<7 Al 1er. minuto A. 14.1%, B. 15.9%. A los 5 minutos A. 3.9%, B. 5.1%.	no reportado	no reportado	3.0% (259 adol. de 17 años y menos)	no reportado
Ortiz, 1991. 840 adolescentes menores de 16 años.	11.5%	21%	1" 6.91 5" 7.85 10" 8.43	Media 2765	no reportado	10.5%	0.4%
Toro, 1992. A. 12-15 años=69 B. 16-17 años=233 C. 18-39 años= 304	A. 8.8% B. 6.6% C. 7.7%	no reportado	Media 1" Media 5" A. 7.54 8.61 B. 7.52 8.62 C. 7.73 8.78	Media A. 3028.25 B. 3005.41 C. 3096.14	Media A. 49.76 B. 50.13 C. 50.39	no reportado	0%
Suárez <i>et al.</i> , 1993. 6457 mujeres embarazadas de 12 a 19 años A= En 1981. B= En 1990.	no reportado	no reportado	Apgar de 6 o menos <20 20-24 16.9 13.6 1981 11.2 8.3 1990	Media <20 Gral. 1981 2591 2944 1990 2867 3159	no reportado	no reportado	no reportado
Escobedo <i>et al.</i> , 1995. 64 recién nacidos Edad madre: A. 13-18= 33 casos B. 23-28= 31 casos	no reportado	no reportado	no reportado	Media A. 3.03 ± 1.8 B. 3.02 ± 1.6	no reportado	no reportado	no reportado
Fernández <i>et al.</i> , 1995. A. 13 adolescentes de 14 a 16 años. B. 8 adolescentes de 17 a 18 años.	39%	A. 54% B. 25%	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado
Fernández <i>et al.</i> , 1996. 70 adolescentes menores de 15 años.	10%	18%	3% asfixia moderada, 14% asfixia leve, 67% sin asfixia, 16% sin calificación.	8% menos de 500 10% menos de 2500 81% 2501-4000	no reportado	no reportado	no reportado

Autor/Fecha/ Muestra	Prematurez	Bajo peso	Apgar	Peso	Talla	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal
López y Robles, 1996. 1 027 expedientes de embarazos en adolescentes de 13 a 19 años.	6-20% en adoles- centes menores de 15 años	no reportado	90.2% apgar de 8-9	no reportado	no reportado	3.1%	26.12 por 1000
Avila <i>et al.</i> , 1997. A. 215 madres menores de 19 años. B. 215 madres mayores de 19 años. Primigestas y con embarazo a término.	embarazos a término (requisito inclusión)	no reportado	Menor de 7 al 1er. minuto A. 20%, B. 5%. al 5to. minuto A. 3%, B. 1.6%.	Media A. 3297 $\pm$ 0.414 B. 3393 $\pm$ 0.591	Media A. 50.8 $\pm$ 3.8 B. 51.4 $\pm$ 2.9	no reportado	no reportado
Vásquez <i>et al.</i> , 1997. 2229 adolescentes entre 13 y 19 años.	25.1%	no reportado	17.6%	no reportado	no reportado	no reportado	no reportado

ticas de la población sin analizar su posible vinculación con los resultados. Tampoco en este estudio se hizo comparación entre adolescentes y adultas. En las complicaciones del parto se reportaron la cesárea después del parto por desproporción cefalopélvica (DCP) 15.5%, la ruptura prematura de membranas (13.2%), el sufrimiento fetal (10.5%) y la preeclampsia (9.1%). En el posparto aparecieron con puntajes menores de 3%, anemia, endometriosis e infección de vías urinarias bajas. En cuanto al peso de los(as) infantes este fue superior a los 2,500 g. en el 85.2%.

Si bien al final el autor hace un recuento de la información obtenida a nivel descriptivo, en la discusión no analizó ni integró el conjunto de variables estudiadas. Por ejemplo, si uno de los argumentos sobre el EA es su incremento hubiera sido deseable conocer su aumento o decremento a lo largo de los cuatro años estudiados para compararlo con el total de nacimientos de mujeres de otras edades de éste y de otros hospitales de nuestro país. Igualmente, si el embarazo de una mujer primigesta difiere del de una multigesta el control de la fecundidad, como variable para establecer los grupos de comparación, es ineludible. En este estudio, la fecundidad como variable no fue considerada ya que se consideraron a primigestas y multigestas dentro de un mismo grupo, situación que limita las posibilidades de análisis. Se menciona también en el trabajo de Ortiz (1991) que menos de la mitad de las adolescentes acudió a consulta prenatal y fue de manera irregular, mientras el resto se presentó directamente al hospital para su atención al parto, igualmente no existía el dato comparativo con las adultas. Aunque el autor concluye que el embarazo en la adolescencia es equiparable al encontrado en el resto de la población femenina en etapa fértil, para sustentar tal aseveración haría falta la comparación con adultas.

Pérez y Torres (1988) llevaron a cabo una revisión de los archivos clínicos del Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México, institución que durante ese tiempo se caracterizaba por atender embarazos de mediano y alto riesgo. Ellos encontraron que la proporción de abortos y cesáreas fue menor en un grupo de adolescentes embarazadas de 17 años y menos, en comparación con la de la población general - 0.7% versus 4.0% y 25.4% versus 33.9% respectivamente-. Las complicaciones durante la gestación fueron mínimas, ocupaba el primer sitio la ruptura pre-

matura de membranas (8.4%) y la DCP que en el 13.8% de los casos fue causa de cesárea. Con respecto a la salud de los(as) hijos(as) el 78.8% tuvo un APGAR de 7 ó más al primer minuto de vida, el 88.8% registró un peso igual o mayor a 2500 g. Con estos resultados los autores concluyen que la patología perinatal de la adolescente no difiere de la del resto de la población, postura que coincide con la de Ortiz (1991) y Toro (1992) señalando que tales resultados pueden deberse a la calidad de la atención prenatal recibida aunque no se presentan datos sobre este punto.

En el estado de Aguascalientes, López y Robles (1996) analizaron retrospectivamente los registros de 1,027 embarazadas adolescentes de 13 a 19 años de edad, que acudieron al Hospital Estatal de Gineco-obstetricia en Jesús María a lo largo de un año. Los grupos no fueron conformados en función de su fecundidad, ni se tomó un grupo de adultas para comparación. Se registró el origen de las pacientes (comunidad urbana, rural o suburbana), edad de la menarca y la incidencia de complicaciones pero no fueron motivo de análisis. Los autores describieron además información relacionada con el tabaquismo y el consumo de enervantes como la marihuana por parte de las adolescentes embarazadas, aspectos no explorados en otros estudios. Hubiera sido interesante observar la relación de las diferentes variables reportadas tales como el lugar de procedencia, el nivel socioeconómico, la escolaridad y el consumo de drogas con la presentación de complicaciones obstétricas.

El papel de la atención médica prenatal ha sido poco considerado como objeto de estudio en el EA aunque con frecuencia se le menciona como práctica importante para reducir sus riesgos. Sin ser el objetivo principal en algunos estudios como el de Fernández *et al.*, (1995), se compararon algunas características sociodemográficas, el control prenatal y los resultados obstétricos de dos grupos de madres adolescentes. El primer grupo constaba de 13 adolescentes con edades de 14 a 16 años de edad y el segundo con 8 entre los 17 y 18 años. La información se obtuvo mediante encuesta aplicada a las madres que asistieron de mayo a julio de 1991 al servicio del Hospital Materno-infantil Inguarán, del Distrito Federal. Ambos grupos fueron parecidos en cuanto al estado civil, ocupación y procedencia, no así en escolaridad donde el 30% de las ma-

dres del primer grupo tenía educación secundaria contra 63% en el segundo grupo. El 85% de las jóvenes del primer grupo y 75% del segundo acudieron por lo menos una vez a control prenatal. Sin dar un tratamiento estadístico a la información se intentó correlacionar el control prenatal con los resultados del embarazo mismos que fueron variados y no mostraron una tendencia definida. Por ejemplo, el 77% de los embarazos no reportó complicaciones en el grupo de menor edad mientras que, en las mayores de 16 años de edad, fue de 50%. Sin embargo en las primeras el porcentaje de partos eutócicos fue de 69% contra 87.5% del segundo grupo y el 62% y 50% respectivamente de los(as) infantes sufrieron algún tipo de patología.

En un estudio posterior, Fernández *et al.* (1996) presentaron información sobre la atención prenatal de 70 adolescentes primigestas con edad ginecológica menor de dos años, que acudieron al hospital antes mencionado de enero de 1992 a mayo de 1993. El 60% tenía “algún año de primaria”, el 34% “algún año de secundaria” y 6% era analfabeta. En relación al control prenatal en 31% de los casos se definió como insuficiente (menos de 3 consultas durante la gestación) y en 69% como suficiente. Con respecto a la salud de la madre, el 74% no presentó problemas médicos durante el embarazo, 14% sí y 12% patologías no relacionadas con el embarazo. En cuanto a la edad gestacional 20% fue catalogado como abortos, productos inmaduros o prematuros y 80% de término con un 30% de cesáreas. En la discusión se resumen los riesgos biológicos del EA con base en estudios de la Unión Americana y se destaca como problema el estado civil de las participantes con un 75% de “madres solteras”. Se concluye que el estudio corrobora la problemática de la salud de las madres adolescentes sin aludir a otros resultados del país o latinoamericanos.

Entre los estudios que comparan los resultados del EA entre adolescentes y adultas se encuentra en el Estado de México el de Toro (1992) quien llegó a conclusiones similares a las obtenidas por Ortiz (1991) en su estudio prospectivo con 606 pacientes de un hospital público para población de Cuautitlán, Tultitlán, Teoloyucan, Huehuetoca y otros municipios de la zona conurbada del Distrito Federal. Se formó un grupo de 53 embarazadas menores de 15 años, otro de 198 em-

barazadas de 16 a 17 años y el grupo control de 273 mayores de 18 años. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto a las complicaciones obstétricas similares a las reseñadas en los estudios anteriores. Se realizó un análisis estadístico de las diferencias entre los grupos etarios conformados y se presentaron también datos de peso al nacer, sin encontrarse diferencias significativas de esta variable entre el grupo de adolescentes y las adultas. Como ya se mencionó, el trabajo no tomó en cuenta la fecundidad ni el estado de nutrición de la madre, variables que podrían estudiarse para establecer relaciones de riesgo del bajo peso al nacer.

En este estudio se consideraron adultas las mujeres 19 años de edad aunque para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) esta edad queda incluida dentro del rango de lo que se considera como adolescencia. En este sentido vale la pena mencionar que resulta común en las investigaciones sobre EA encontrar clasificaciones por rangos de diferentes edades dificultándose por lo mismo las comparaciones entre los resultados de un estudio y otro, por lo menos para la variable edad que en estos trabajos define a la adolescencia.

Al analizar el control prenatal en los datos de este estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, obteniéndose un promedio de 6 consultas médicas durante el embarazo. Así mismo, no se encontraron diferencias significativas en las complicaciones que se consideran más comunes: amenaza de aborto, toxemia, sangrado en la segunda mitad del embarazo, ruptura prematura de membranas y prematuridad. Además, se compararon las semanas de gestación y la somatometría del bebé en los tres grupos, sin que las diferencias resultaran estadísticamente significativas. Sí lo fueron en lo que respecta a la calificación APGAR al primer minuto de vida pero no en el quinto minuto al comparar el grupo de 16 y 17 años con el grupo de mayores de 18 años. Ello dificulta sustentar empíricamente que los riesgos biológicos del embarazo y la capacidad de recuperación de los(as) neonatos(as) están asociados con la edad cronológica de la madre al momento del parto.

En el estudio en cuestión, la incidencia de toxemia en las adolescentes fue de 7.6%, considerado bajo por el autor quien lo explica en función del buen estado de

nutrición de la mayoría de las embarazadas adolescentes. Tal interpretación carece de sustento empírico en tanto no se evaluó la dieta y nutrición de los grupos de estudio. Otro dato importante tiene que ver con la preparación para el trabajo de parto al observarse sufrimiento fetal agudo en el 52.7% en el grupo de menores de 18 años, superior al reportado por Ortiz (1991). El autor lo explica en función de que a las adultas se les permitió un mayor trabajo de parto, por considerarlas más aptas para cooperar durante el parto, precisamente por su edad. Esto último, si bien no está documentado, permite inferir el efecto que la edad de la parturienta pudiera tener sobre el comportamiento del personal médico. Al mismo tiempo, confirma la necesidad de proporcionar a las futuras madres entrenamiento sobre el trabajo de parto. Finalmente, en este trabajo, al igual que en el de Ortiz (1991), no se tomó en cuenta la fecundidad de manera que la información derivada de las primigestas y multigestas se analizó como un todo sin considerar sus especificidades, ventajas o desventajas.

Suárez *et al.* (1993) analizaron la tendencia que ha seguido a lo largo de diez años (1981-1990) el EA en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez, Chihuahua, y encontraron algunos cambios en las características sociodemográficas. El nivel de escolaridad de las mujeres de 19 años y menos, cambió de 5.03 años de estudio en 1981 a 6.11 en 1990; el porcentaje de madres solteras se redujo y se incrementó el promedio de edad al primer embarazo de 17.08 a 19.14 años. La relación parto-cesárea en mujeres de 20 años y más, en 1990 fue de una cesárea por cada 5.24 partos vaginales mientras en el grupo de mujeres de 20 años y menos la proporción fue de una por cada 2.78 partos vaginales. El porcentaje de mujeres menores de 20 años que acudían a control prenatal se elevó del 5.4% en 1981 a 15.3% en 1990, porcentaje que continúa siendo bajo de acuerdo con otros estudios (Escobedo *et al.*, 1995 y Vázquez *et al.* 1997) y que los autores explican por la migración de ciudades fronterizas como Ciudad Juárez.

Con respecto a la salud de los hijos la diferencia del peso promedio de los recién nacidos entre mujeres de 19 años y menos y el grupo de 20 a 34 años de edad fue de 389 g. (3256 g. menos 2867 respectivamente). El promedio de calificación APGAR abajo de 6 es mayor en el grupo de mujeres menores de 19

años con respecto a mujeres de 20 a 24 años (11.2% y 8.3% respectivamente). Los autores afirman que el embarazo en mujeres de 19 años y menos es una condición de alto riesgo, aunado a las condiciones pobres de nutrición de las mujeres sin que haya un análisis del contexto sociocultural que rodea al EA.

En un trabajo realizado en el estado de Sinaloa (Avila *et al.*, 1997) revisaron 215 registros de pacientes adolescentes y 215 de adultas atendidas en un periodo de cinco años en los hospitales generales del IMSS y la Secretaría de Salud de Culiacán, Sinaloa. Se analizaron las condiciones perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes primigestas así como otras variables de riesgo reproductivo. Al igual que en los estudios anteriormente mencionados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos sobre el resultado obstétrico y/o neonatal, se concluye que la edad no es un factor de riesgo para dar a luz productos de bajo peso al nacer y mayor incidencia de complicaciones obstétricas.

Al incluir comparaciones entre los resultados del embarazo de adolescentes y adultas, los autores de este estudio cuentan con mayores elementos de análisis para sustentar su conclusión de que los riesgos son similares y en la misma proporción para la madre y su hijo(a). La discusión, sin embargo, carece de un análisis sobre los factores que operan para dar lugar a un resultado distinto a lo ya reportado. Considerando que el contexto norteño de Sinaloa podría diferir del observado en otras regiones hubiera sido recomendable incorporar variables como el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de atención prenatal, por mencionar algunas. El control prenatal, la preparación para el parto, la escolaridad y el nivel socioeconómico pueden hacer la diferencia entre los embarazos independientemente de la edad cronológica.

En otros estudios además de describir una serie de variables previamente determinadas se hace un seguimiento para analizar el crecimiento y desarrollo del(a) infante a mediano y largo plazo. El objetivo es documentar los riesgos del EA mediante la comparación del peso del infante durante el primer año de vida y su peso al nacer. Tales investigaciones son menos frecuentes en virtud de las dificultades inherentes a seguir durante un determinado tiempo a una muestra y pese a que con frecuencia se afirma la existencia de

mayores riesgos de enfermar y morir en los(as) hijos(as) de madres adolescentes.

Un estudio realizado en esta línea de investigación fue el de Escobedo *et al.* (1995) en la ciudad de México. Los autores estudiaron 80 recién nacidos de madres adolescentes y adultas de la unidad tócoquirúrgica del Hospital General Manuel Gea González, dependiente de la Secretaría de Salud, y evaluaron su crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida. No encontraron diferencias significativas en cuanto a peso, talla e hipoxia neonatal. Los autores señalan que estos resultados se explican debido a los servicios de la clínica del adolescente, donde se presta atención al aspecto emocional y educativo de las pacientes para con el embarazo.

Otro tipo de estudios tienen que ver con el estado nutricional de las adolescentes como el de Casanueva *et al.* (1991) y Gelis *et al.* (1993), quienes analizaron los cambios en la composición corporal de adolescentes y adultas durante el puerperio. A diferencia de las adultas, el estado de salud de las adolescentes se deterioró en el periodo postparto, pues presentaron un desgaste en su composición corporal asociado a la lactancia materna, pero sin impactar la salud y el peso del niño. El estado de nutrición de la madre adolescente después del parto ha sido poco estudiado en el país. De ahí la importancia de este trabajo cuyo análisis habría sido más completo si se hubiera llevado a cabo un estudio dietario de las pacientes para obtener su ingesta energética durante el embarazo y el puerperio y establecer su relación con el estado de nutrición de la madre.⁴

En cuanto a trabajos que documentan los riesgos del EA mediante encuestas con representación de la población nacional, se encuentra el publicado por Schlaepfer e Infante (1995 y 1996) basado en la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) realizada en México en 1987. Las autoras registraron la frecuencia de bajo peso al nacer ligeramente mayor en hijos de madres adolescentes que los de las adultas. Sin embargo, estadísticamente no se encontró asociación del bajo peso al nacer con la edad y la paridad de la madre al nacimiento del hijo. En este estudio resulta

interesante la diferenciación de los riesgos con base en la edad de la menarca. Tomando en cuenta a adolescentes y adultas juntas, se reporta una proporción de niños con bajo peso al nacer mayor en el caso de madres cuya menarca ocurrió tardíamente (después de los 15 años). Este dato confirma la importancia de tomar en cuenta la edad de la menarca en los estudios. En este estudio aunque sí se mencionan, no se analizaron con detalle las variables de nutrición, salud y hábitos maternos.

En relación a la salud de los hijos el trabajo de Schlaepfer e Infante registró un 19% con bajo peso, 13% presentaron patología perinatal y 70% se diagnosticaron como sanos. Se menciona en los datos sociodemográficos que el 50% de las madres ya habían abandonado la escuela antes del embarazo y que el 90% de las pacientes tenían un ingreso menor al mínimo. Las autoras concluyen que en México los embarazos en menores de 15 años aumentan y que los factores sociales son importantes, aunque no son motivo de análisis. Datos como el estado de salud de la madre, de nutrición y el peso antes, durante y después del embarazo no fueron evaluados.

De lo hasta aquí revisado es evidente que no es fácil una valoración integral y objetiva de los efectos del EA sobre el resultado obstétrico y neonatal, debido a la intervención de variables complejas como son las socioeconómicas, geográficas, culturales y psicológicas. Tales variables han sido consideradas a nivel descriptivo pero no analizadas e incorporadas en un cuerpo de conocimientos teórico-conceptual que evidencie el carácter riesgoso del EA. En general, los trabajos publicados en el país en los últimos 15 años indican que no existen diferencias significativas en cuanto a riesgos obstétricos y peso al nacer del(a) hijo(a) de madres adolescentes y adultas. Sin embargo, por su carácter multifactorial, la eficiencia reproductiva basada en la edad de las madres adolescentes en comparación con las adultas debe continuar analizándose con mayor rigor metodológico.

En México se observa un avance importante en lo que se refiere al estudio de riesgos biológicos en adolescentes embarazadas. Se sabe que ocurren complicaciones y que en términos cuantitativos son equiparables a las encontradas en adultas. También con frecuencia se menciona la necesidad de tomar en cuenta

⁴ Este trabajo no se resumió en el cuadro 1 por tener la publicación un formato diferente al de los demás artículos.

ta las variables sociales pero éstas sólo son reportadas al caracterizar a las participantes. Para incorporarlas, como parte de un modelo explicativo, es importante analizar el EA tomando en cuenta los mediadores potenciales de riesgo, como son las condiciones de vida, el posible sobreesfuerzo de la mujer durante el embarazo, su situación nutricional, el ambiente familiar y el cuidado pre y postnatal (Arcos *et al.*, 1995). Asimismo, resulta importante analizar la situación psicológica de las adolescentes embarazadas, su preparación para el embarazo y el postparto así como la aceptación del mismo, considerando la naturaleza biopsicosociocultural del fenómeno reproductivo.

Indicadores de riesgo como el peso al nacer requieren ser complementados con información sobre el peso pregestacional de la madre, su talla, aumento de peso y su dieta durante el embarazo. También es conveniente explorar el papel de la lactancia materna puesto que la salud y el crecimiento del niño pueden variar dependiendo de su régimen alimentario así como también puede alterar el estado de salud de la madre adolescente cuando no hay una alimentación adecuada (Gelís, 1993). Tal información ayudaría a entender más el contexto de las adolescentes embarazadas, coadyuvando en la implementación de programas de atención prenatal al tomar en cuenta no sólo sus características biológicas sino también otras de orden psicológico y social.

El papel del contexto: El caso de las adolescentes embarazadas de Hermosillo, Sonora

En 1994 se inició en el estado de Sonora el servicio de atención médica especializada para adolescentes mediante dos módulos ubicados en Hermosillo, la ciudad capital. Actualmente funcionan seis módulos: tres en Hermosillo y tres en Ciudad Obregón, una de las ciudades que le sigue en importancia. En 1995 la Secretaría de Salud, del estado de Sonora concentró en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) sus servicios de gineco-obstetricia. Al ser esta misma institución la que actualmente brinda atención general y especializada a la adolescencia, sus estadísticas sobre EA incluyen tanto la atención prenatal como la del parto.

Con la población que asiste a este hospital, Vázquez *et al.* (1997) llevaron a cabo un estudio retrospectivo para caracterizar el embarazo adolescente en la región considerando los registros de hospitalización y consulta externa de ginecología y obstetricia.

Del total de eventos obstétricos presentes en la población durante ese período, el 24% correspondió a adolescentes de las cuales el 21.6% eran multigestas, lo cual contrasta con los porcentajes de EA reportado en los estudios de otras regiones (Marín *et al.* 1983 y Ortíz, 1991). De 2,229 adolescentes atendidas en hospitalización el 76% se encontraba en el rango de edad de 17 a 19 años. En consulta externa se atendieron a 582 adolescentes por embarazo, en 20 casos menores de 15 años (rango 14-15). Entre las características de esa población destaca el porcentaje de analfabetismo (1.7%) menor al reportado en otros estudios, el 49.6% se encontraba en unión libre mientras el 31.9% eran solteras y el 18.6% casadas. De acuerdo con la evaluación realizada por el área de trabajo social de esa institución, el 92% de la población provenía de un nivel socioeconómico medio-bajo, considerado así en base a la cantidad y estabilidad en los ingresos y el tamaño y la estructura familiar.

Con respecto al control prenatal el 10.1% de las adolescentes embarazadas acudió a consulta en el primer trimestre de su embarazo, 20.6% en el segundo y la mayoría hasta el tercer trimestre (69.2%). En cuanto a las complicaciones presentadas aparecen como las más frecuentes prematuridad (25.1%), bajo peso (17.6%), infección de vías urinarias (10.6%) y preeclampsia (9.2%) entre otras. Tales porcentajes, en algunos casos, como el de prematuridad, son menores a los reportados por Fernández *et al.* (1995) pero superiores a los de Ortiz (1991), mientras que los de preeclampsia son inferiores a los de Avila *et al.* (1997). El porcentaje de cesáreas fue de 20.27% ligeramente más bajo que el reportado por otros autores (Marín *et al.*, 1983, Fernández *et al.*, 1996). La desproporción céfalo-pélvica se presentó en el 4.2% a diferencia del 15.5% reportado en otros estudios (Ortiz, 1991; Toro, 1992) que trabajaron con adolescentes menores de 16 años a diferencia de este estudio en el que la mayoría estaba en el rango de los 17 a los 19 años de edad.

En otro estudio llevado a cabo durante 1993 en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo

llo, A. C., con el objeto de profundizar en el análisis de las condiciones de vida de las adolescentes que se embarazan, se analizaron 15 casos de adolescentes embarazadas con edades entre 15 y 19 años de edad. Todas las participantes habitaban en colonias populares y provenían de familias con ingresos per cápita de entre 0.32 y 2.42 salarios mínimos mensuales a la fecha de la entrevista. Las adolescentes fueron seleccionadas con base en los siguientes criterios: 1) primigestas, 2) con pareja reconocida y embarazo no producto de violación, 3) domicilio permanente en la ciudad de Hermosillo, Sonora, 4) con embarazo sin complicaciones al momento de contactarlas y 5) que aceptaran participar con entrevistas en sus hogares. Una vez incorporadas en el estudio se les aplicó una encuesta socioeconómica y se entrevistaron en distintos periodos, en el hospital después del parto y el hogar a los 15, 30 y 45 días postparto. En algunos casos se obtuvo información sobre el estado de salud en los expedientes clínicos de los hospitales donde dieron a luz. En las entrevistas se obtuvo información sobre los antecedentes del embarazo, reacciones ante el embarazo de la madre, el padre y la pareja, condiciones de salud de la madre antes, durante y después del parto tanto de la madre como del hijo(a).

Las características socioeconómicas de las participantes aparecen en el Cuadro 4. El grado mínimo de estudios de las participantes fue de 6° año de primaria y cinco de ellas contaban con ese nivel de escolaridad, cinco tenían estudios de secundaria y cuatro de preparatoria incompleta. La media de escolaridad fue de 8.16 años, por debajo de 9 que es el promedio estatal reportado por el Gobierno del Estado y superior al de otras regiones de nuestro país. Dos participantes reportaron haber abandonado sus estudios por el embarazo, el resto lo hizo entre uno y seis años antes del embarazo por lo que en estos últimos casos se trató de adolescentes para quienes la escuela había dejado de ser una opción desde tiempo atrás. La mayoría no tenía empleo remunerado y cuatro trabajaban como empleadas de servicios. El matrimonio civil y religioso antes del embarazo fue reportado únicamente con una de las participantes, entre el resto predominó la unión libre con tres casos de matrimonio después del embarazo y dos adolescentes solteras. La mayoría había nacido en Hermosillo, Sonora, dos eran de poblaciones cercanas

del mismo estado y cuatro provenían de estados vecinos. La edad al primer coito fue reportada entre los 13 y los 19 años de edad.

Los datos sobre el estado de salud de las mujeres entrevistadas se pueden observar en el Cuadro 5. En promedio las entrevistadas aumentaron 13.25 kg. con un rango de 7 a 19 kg., lo que denota en algunos casos un aumento de peso más alto que el recomendado ginecológicamente. Su promedio de visitas al médico durante el embarazo fue de cinco, variando entre un mínimo de tres y un máximo de seis antes del parto. La primera consulta prenatal ocurrió entre las 7.4 y 30 semanas de gestación con una media de 9.12 semanas. Entre el parto y la primera visita al médico pasaron de 4 días a 4 meses. En todos los casos el parto ocurrió después de las 38 semanas a partir de la fecha de la última regla.

La morbilidad materna reportada durante el embarazo fue faringitis, infección de vías urinarias en un caso complicado con amenaza de parto prematuro y proteinuria combinado con presión alta. Tales problemas de salud se presentaron en cuatro casos y fueron atendidos médicamente. En cuanto al parto, la mayoría fue eutócico sin uso de analgésicos, hubo dos cesáreas por desproporción cefalopélvica, un eutócico con uso de forceps por razones didácticas en un hospital de enseñanza y un eutócico con anestesia epidural.

Durante el parto se registraron complicaciones en algunas participantes como anemia moderada, preclampsia severa, preclampsia leve, hipertensión por embarazo y uno de complicación renal. En todos estos casos las embarazadas habían asistido antes del parto a mínimo tres consultas médicas sin que se hubiera detectado algún síntoma de estas complicaciones. Después del parto la entrevistada con problemas de preclampsia severa reportó problemas de presión arterial alta. En cuanto a los(as) neonatos(as) ninguno(a) tuvo peso al nacer menor de 2,500 g. y el peso menor registrado fue de 2,950 g. con un máximo de 3,525 g. La existencia de estas complicaciones en embarazadas, que asistieron con cierta regularidad al servicio médico, nos plantean la incógnita sobre la calidad de la atención prenatal y el seguimiento de la prescripción médica, ya que en todos los casos habían recibido al menos cuatro consultas prenatales antes del parto.

Cuadro 4
Características de las adolescentes de Sonora y sus parejas
en el estudio del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.

Participante										Pareja		
Informante	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Origen	Edad al primer coito	No. de novios	Edad ideal para procrear		Edad	Escolaridad	Ocupación
1	19	9	empleada	casada	Hermosillo	18	1	20-22		26	10	albañil
2	18	6	empleada	soltera	Hermosillo	16	3	20		23	16	fletero
3	16	9.5	hogar	unión libre	Hermosillo	15	1	20		16	9.5	empleado
4	17	8	hogar	unión libre	Hermosillo	16	1	17		18	9	empleado
5	19	9	hogar	unión libre	Sinaloa	19	1	23-24		22	12	mecánico
6	18	10	hogar	casada	Navoja, Son.	17	2	18		20	10	empleado
7	19	9	hogar	unión libre	Hermosillo	19	3	19 o más		19	11	estudiante y empleado
8	15	7	hogar	unión libre	Los Mochis, Sin.	13	3	17-18		18	6	empleado
9	17	10	hogar	unión libre	Hermosillo	17	1	20		27	8	empleado
10	18	6	hogar	unión libre	Empalme, Son.	17	1	27		22	9	mecánico
11	17	6	hogar	soltera	Chihuahua, Chih.	16	2	20		17	6	incapacitado
12	19	6	empleada	casada	Mexicali, B.C.	19	8	20		21	6	albañil
13	16	6	hogar	unión libre	Hermosillo	15	1	18		18	9	empleado
14	16	9	hogar	unión libre	Hermosillo	16	4	22		19	11	albañil
15	19	12	empleada	unión libre	Hermosillo	19	3	22-23		19	8	mesero
Totales	X 17.53 (±1.20)	X 8.16 (±1.90)	- empleada 26.66% - hogar 73.33%	- unión libre 66.66% - casada 20% - soltera 13.33%	- local 60% - foránea 40%	X 16.8 (±1.78)	X 2.33 (±1.87)	X 20.36 (±1.87)		X 20.33 (±3.17)	X 9.36 (±2.60)	- trabaja 86.66% - estudia y trabaja 6.6% - incapacitado 6.6%

Cuadro 5. Proceso perinatal...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kilogramos aumentados durante el embarazo	12	7	12	15	14-15	19	14	11	17
Número de visitas prenatales	6	6	6	4	4	3	5	6	5
Morbilidad embarazo	Farin- gitis	no	no	infección vías urinarias	no	no	no	no	no
Fecha última consulta prenatal	9/ag./93	19/jul./ 93	25/ag./ 93	7/jul./93	23/sept./93	9/jul./93	13/sep./93	3/ag./93	8/dic./93
Fecha de parto	9/dic./ 93	2/oct./ 93	12/sep./ 93	1/ago./93	1/oct./93	6/nov./93	23/sep./93	13/sep./93	7/en./94
Semanas de gestación al momento del parto	40.1 por FUR	40-41 por FUR	43 por FUR	38.6 por FUR	38 por FUR	40 por FUR	38.5 por FUR	39 por FUR	40 por FUR
Tipo de parto	eutócico*	eutócico	eutócico	eutócico	eutócico (uso de fórceps por didáctica)	distócico (cesárea)	eutócico	distócico (cesárea)	eutócico
Morbilidad materna perinatal	no	no	no	anemia moderada	no	preclampsia severa	no	no	preclam- psia leve
Morbilidad materna postparto	no	no	no	no referida	no	presión arterial alta	no	no	no
Peso producto al nacer (grs.)	2.950	3.100	3.100	3.900	2.725	3.000	3.100	3.250	3.400
Puntaje APGAR al 1er y 5o min.	8-9	8-9	8-9	9-9	8-9	8-9	8-9	8-9	9-10
Morbilidad infantil perinatal	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Alimentación infantil planeada	LM y FL	LM	LM	LM y FL	LM	LM y FL	LM	LM y FL	LM y FL
Alimentación infantil practicada a los 15 días postparto	LM y ocasio- nalmen- te FL	FL	LM	LM y FL	LM	LM y tés, cuando sale FL	LM	LM	FL
Alimentación infantil practicada a los 30 días postparto	LM	LM y FL	LM y FL	FL	LM	LM, cuando sale fuera de casa FL	LM y oca- sionalmen- te FL por recomen- dación médica	LM	FL
Alimentación infantil practicada a los 45 días postparto	LM	FL	FL	FL	LM	LM	LM	LM	FL

FUR= Fecha de última regla LM= Leche materna FL= Fórmula láctea

Fuente: Datos tomados de los expedientes en los hospitales IMSS, General y Básico del edo. de Sonora 1993

* Parto vía vaginal sin complicaciones obstétricas

**Obito fetal

Cuadro 5. ... de las participantes.

	10	11	12**	13	14	15	Totales
Kilogramos aumentados durante el embarazo		15	-		14-15	8-9	13.29 (± 3.39)
Número de visitas prenatales	5		-	6	5	6	5.15 (± 0.98)
Morbilidad embarazo	infección vías urinarias y amenaza de parto prematuro	no	-	no	proteinuria, infección vías urinarias y alta presión	afección renal previa a embarazo	Sí 35.7% No 64.2%
Fecha última consulta prenatal	11/oct./93		-	21/en./94	1/oct./93	20/en./94	
Fecha de parto	28/oct./93	26/sep./93	-	20/feb./94	8/oct./93	24/en./94	
Semanas de gestación al momento del parto	38.3 por FUR	42.2 por FUR	-	41.3 por FUR	39 por FUR	39.6 por FUR	39.86 (± 1.48)
Tipo de parto	eutócico	eutócico con anestesia	-	eutócico	eutócico	eutócico	cesárea 14.2%
Morbilidad materna perinatal	no	hipertensión por embarazo	-	no	preclampsia	complicación renal	Sí 42.8% No 57.1%
Morbilidad materna postparto	no	no	-	no	no	no	Sí 7.1% No 92.9%
Peso producto al nacer (grs.)	3.100	3.400	-		3.350	3.525	3.223 (± 297.4)
Puntaje APGAR al 1er y 5o min.	9-9	7-9	-		6-8-9	7-8	7.9 $\pm$ 0.8 8.9 $\pm$ 0.4
Morbilidad infantil perinatal	no	no	-	no	no	no	morbil. Inf. 0%
Alimentación infantil planeada	LM	LM	-	LM los primeros 4 meses	LM	LM	LM 64.2% LM y FL 35.7%
Alimentación infantil practicada a los 15 días postparto	LM	LM	-	FL y ocasionalmente LM	LM y FL	LM	LM 50% LM y FL 35.7%
Alimentación infantil practicada a los 30 días postparto	LM	LM y FL	-	FL	LM y FL	LM	LM 35.7% LM y FL 42.8% FL 21.4%
Alimentación infantil practicada a los 45 días postparto	LM	LM y FL	-	FL	FL	LM y FL	LM 42.8% LM y FL 14.2% FL 42.8%

El puntaje APGAR, otro de los indicadores mencionados con frecuencia como predictor de riesgos en los(as) hijos(as) de mujeres adolescentes en la mayoría de los casos fue de 8 en el primer minuto. En los dos casos que se registró una calificación de 7 en el primer minuto, cambió a 8 y 9 a los cinco minutos. No se presentó ningún problema de salud peri o postnatal en los(as) infantes y hubo un óbito fetal por desprendimiento de placenta cuya atención, al parecer, no fue oportuna.⁵ Por lo que se refiere a la alimentación recibida durante los primeros cuarenta y cinco días de vida del infante, a los quince la mitad recibió exclusivamente leche materna, dos recibieron exclusivamente fórmula láctea y el resto fue alimentado(a) con leche materna y fórmula láctea. A los treinta días menos infantes recibieron leche materna (5), la alimentación mixta con fórmula y leche materna se incrementó (6) así como el uso exclusivo de fórmulas lácteas (3). Para los cuarenta y cinco días la alimentación con fórmula láctea se duplicó (6), la mixta bajó a dos y la lactancia materna exclusiva se mantuvo en seis infantes.

Durante el tiempo del seguimiento en los hogares (45 días postparto) se registró en los(as) infantes un caso de bronquitis, uno de gastroenteritis, uno de deshidratación, dos resfriados y una alergia cutánea. De las madres que reportaron problemas de salud durante el parto, la que tuvo preclampsia severa registró presión arterial alta. En los demás casos no hubo reporte de patologías materno-infantil, lo que sugiere mejores condiciones para el EA y plantea la necesidad de analizar las condiciones bajo las cuales se presentaron en un estado de la frontera norte como Sonora donde el sector salud reporta una cobertura de más del 90% de la población (Gobierno del Estado de Sonora, 1997).

Además del acceso a los servicios de salud para las adolescentes, en el análisis del EA deben considerarse otros elementos de orden económico, social y político. En el caso de Hermosillo destacan los cambios en la economía al pasar de una basada en las actividades agropecuarias a una pretendida modernización industrial a través de la industria maquiladora de exportación y los servicios. Como resultado de este proceso de

cambio, los indicadores de desarrollo socioeconómico del estado de Sonora sobrepasan los de la media nacional y entre los estados colindantes con la frontera norte de nuestro país, se ubica en el punto medio. En educación, empleo y salud sólo lo superan los estados de Baja California y Chihuahua (INEGI, 1997). Pero también ha traído al mismo tiempo que la población urbana casi se haya triplicado mientras la rural, en algunas regiones, se mantenga estable y en otras tienda a disminuir. Nuevas fuentes de empleo brindan otras oportunidades de ocupación para la mujer sonorense de extracción popular a través de las maquiladoras que ocupan principalmente mano de obra de mujeres jóvenes.

Al tener mayor acceso a la educación y la posibilidad de un ingreso económico -no derivado del servicio doméstico como antaño era la única opción para las mujeres de los estratos bajos- las nuevas generaciones de mujeres enfrentan condiciones de vida distintas a las que tuvieron sus madres o sus abuelas criadas en los pueblos y emigradas a la ciudad. Sin embargo, aunque la fecundidad de las mujeres sonorenses tiende a disminuir de manera similar a la que se observa en los estados del norte del país,⁶ el 24% de EA reportados en el estudio de Vázquez (1997) superior al de otros estudios reportados en el apartado anterior, nos sugiere la posibilidad de que en esta región la edad al primer embarazo se dé en edades tempranas, de manera similar a lo que se registra en sus zonas rurales. Todo ello puede contribuir a los resultados reportados en esta región.

Los supuestos riesgos biológicos del embarazo adolescente, un análisis de los hallazgos

La información, hasta aquí analizada, sobre los riesgos biológicos del EA en nuestro país plantea de entrada la dificultad de poder generalizar los resultados de las investigaciones y asumir con base en ellas un perfil epidemiológico universal. En principio, los rangos de edades manejados en las investigaciones son muy variables y lo mismo se consideran adolescentes de 13 a 18 años (Escobedo *et al.* 1995) que se toman como

⁵ La entrevistada reportó al respecto que dos meses antes de la fecha probable de parto desde las 11.00 p.m. empezó a tener dolores en el vientre. Fue al hospital al día siguiente a las 13.00p.m., donde le informaron que era necesario operarla.

⁶ En Sonora, el número de hijos por mujer disminuyó de 3.1 en 1970 a 2.5 en 1990, con una variación porcentual de -19.4 (INEGI, 1993).

adultas a las mujeres de 18 o más años (Toro, 1992). En segundo término se encuentra la situación de desventaja socioeconómica en la que nacen y crecen la mayor parte de las mujeres que conforman la base de datos de los trabajos que documentan los riesgos biológicos del EA. Algunos factores que influyen para un embarazo de alto riesgo como pueden ser la alimentación deficiente o la desnutrición (Mateluna *et al.*, 1984), problemas que en muchos de los casos estudiados, pudieron existir desde antes del embarazo.

Esta misma variabilidad e inconsistencia presentan los datos sobre el abandono escolar y el EA. El promedio de escolaridad ni siquiera es reportado en algunos estudios y los porcentajes de analfabetismo únicamente confirman las limitaciones que existen en nuestro país en la cobertura del sistema educativo. Los porcentajes tanto de analfabetismo como del nivel de escolaridad varían según la región estudiada, más como una muestra de la diversidad de condiciones de las distintas regiones en México, que como resultado del EA. Así mientras en el Distrito Federal, Estado de México y Puebla, reportan cerca de un 8% de analfabetismo, en Sonora éste es de 1.7 con una escolaridad mínima de primaria completa habiendo abandonado la escuela antes del embarazo y sólo en dos casos ambas cosas ocurrieron simultáneamente, lo anterior coincide con los estudios de Stevens y White (1991) llevados a cabo en los Estados Unidos.

En el terreno de las complicaciones gineco-obstétricas el análisis resulta complicado en virtud de que son pocos los trabajos que comparan adolescentes y adultas. En aquéllos que se incluyen, los porcentajes no muestran una tendencia definida que permitan afirmar la existencia de un mayor o menor riesgo para unas u otras. Si bien se reportan diversos porcentajes en cada una de las complicaciones peri y postnatales estos en general son bajos. En algunos como las cesáreas los porcentajes altos de ninguna manera pueden tomarse como evidencia de riesgo. Las cesáreas por lo común son programadas con base a la consideración del EA como patológico y no producto de una complicación detectada durante el embarazo o el parto. Por el tamaño o la edad, se asume la existencia de una desproporción cefalopélvica -principal causa de cesáreas- que contraindica el trabajo de parto y sugiere como única alternativa la intervención quirúrgica. Lejos de ser el último

recurso la cesárea, en muchos casos, aparece como una opción alternativa al parto vía vaginal (Román y Luque, 1991).

Otro tipo de complicaciones como la preclampsia, la hipertensión, la prematuridad, el peso bajo, la calificación APGAR, el sufrimiento fetal o la muerte neonatal, en los estudios comparativos de adolescentes y adultas no muestran diferencias significativas entre adolescentes y adultas o bien aparecen en porcentajes bajos. Lo que evidencian los datos sobre este tipo de padecimientos, en todos los estudios revisados, es la incidencia de diversos problemas de salud tanto en la madre como el(la) hijo(a), independientemente de la edad cronológica o ginecológica (cuando esta se reporta). En la mayoría de los casos la morbilidad corresponde a padecimientos prevenibles siempre y cuando coincidan distintos factores relacionados con el estado de salud previo al embarazo, la búsqueda de atención prenatal oportuna y la existencia de un servicio gineco-obstétrico eficiente (Arcos *et al.*, 1995). Si bien las complicaciones en el embarazo y el parto no ocupan en nuestro país el primer lugar como causa de morbilidad materna, el hecho de que cada vez un mayor número de mujeres busque atenderse en los hospitales hace más notorios los problemas que enfrentan las adolescentes no por el embarazo en sí mismo, sino por ser pobres y estar embarazadas.

Cabe entonces cuestionarse por qué la atención se centra en el EA y no en los factores estructurales. Si el sistema social, político y económico no es capaz de reducir la brecha entre los que poco tienen y los que tienen más de manera que la alimentación adecuada sea un derecho y una realidad para todos(as), si la escuela no ha implementado las estrategias adecuadas para retener a sus estudiantes y las instituciones de salud no tienen la posibilidad de ampliar su cobertura y mejorar la calidad y calidez de sus servicios para que no haya mujeres desnutridas, analfabetas y sin atención médica adecuada, por qué argumentar que es el EA por sí mismo el que conlleva los riesgos. Puesto en otros términos, el EA se considera no deseable por los riesgos que conlleva, pero éstos tienen poco sustento empírico no en tanto a su existencia sino en cuanto a su etiología. De ahí que en las investigaciones se resalte siempre el escaso porcentaje registrado de complicaciones y no sean motivo de análisis los resultados de adoles-

centes en los que éstos no se presentan a pesar de provenir de estratos socioeconómicos similares.

El problema de homogeneizar las poblaciones en los estudios de EA es que se pasa por alto el análisis de los factores que inciden para que al interior de un mismo grupo social se registren diferencias significativas y desviaciones positivas. El que en la mayoría de los estudios se reporte un 80% de EA sin riesgos de alguna naturaleza parece no importar, como si más que caracterizar y encontrar una explicación empírica a este fenómeno el fin fuera buscar un objeto de culpabilidad. El interés parece centrarse entonces en el control de la sexualidad de las adolescentes y no en las macro-estructuras que sostienen las condiciones deficientes que ellas enfrentan al ejercer su sexualidad y embarazarse.

De otra manera, cómo explicar los resultados diferentes en las distintas entidades cuyas variaciones en niveles de escolaridad, cobertura de salud o desempleo son evidentes. De alguna manera las adolescentes sonorenses crecen en algún tipo de pobreza y a pesar de ésta, pero sus porcentajes de embarazos sin complicaciones obstétricas señalan la necesidad de preguntarnos cómo la cultura y la limitación de recursos influyen en el desarrollo de las mujeres adolescentes en contextos como éste y qué los diferencia de otros. Cómo entender que las adolescentes abandonen la escuela, se queden en casa a la espera del “príncipe azul” y no practiquen la anticoncepción en una región de la frontera

norte de México, donde las tasas de natalidad son más bajas que en otros estados de la República Mexicana.

En síntesis, a partir de las investigaciones revisadas en este trabajo, no es fácil afirmar que el EA sea un problema de salud pública cuando encontramos que la mayor parte de esa población estudiada cursa su embarazo, parto y puerperio con complicaciones similares a las de otros grupos étnicos. Las adolescentes de las zonas populares, con las que se integran las bases de datos de los estudios sonorenses, parecen apoyar la necesidad de reconsiderar la naturaleza social y cultural del EA. Mientras en las clases medias y altas es posible que las adolescentes tengan mayores oportunidades de desarrollo, las opciones en las clases populares se restringen cada día y la maternidad se erige como la mejor alternativa para las mujeres. Cuando social y culturalmente la maternidad se erige como la máxima realización de las mujeres, las clases de educación sexual por sí solas difícilmente serán el medio idóneo para reducir la natalidad, promoviendo el retraso de la actividad coital, la maternidad y la paternidad si sobre todo la primera es, para muchas adolescentes, la alternativa más a la mano para entender su mundo cambiante, difícil de explicar y lograr una posición en él. De ahí la importancia de que en la investigación el embarazo adolescente no se considere sólo como un fenómeno reproductivo, sino que se incorpore a su análisis las dimensiones sociales y culturales.

Bibliografía

- Arcos, E. A. *et al.* (1995), "Relación entre el estado nutricional de madres adolescentes y el desarrollo neonatal", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 118, núm. 6, pp. 488-498.
- Apgar, V. (1953), "A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant", en *Current Research Anesthesiology Analg*, núm. 32, pp. 260-267.
- Avila, M. A. *et al.* (1997), "Condiciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes del Estado de Sinaloa", en *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 65, pp. 159-161.
- Bourdieu, P. (1984), *Sociología y cultura*, México, Grijalbo y CONACULTA.
- Casanueva, E. *et al.* (1991), "Cambios en la composición corporal en el período perinatal en un grupo de adolescentes", en *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 5, núm. 1, pp. 28-32.
- Coll, A. *et al.* (1992), "Comprehensive prenatal care in adolescent pregnancy: Its effectiveness in the obstetric outcome", en *Adolescent and Pediatric Gynecology*, vol. 5, núm. 2.
- _____ *et al.* (1996), "La maternidad adolescente: ¿Deseo de qué?", en *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.*, vol. 3, núm. 2, pp. 57-63.
- Escobedo, E. *et al.* (1995), "Embarazo en adolescentes: Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 52, núm. 7, pp. 415-419.
- Fernández, P. F. *et al.* (1995), "Problemas perinatales del embarazo en edad precoz", en *Revista de Salud del Distrito Federal*, vol. 3, núm. 3, pp. 51-54.
- _____ *et al.* (1996), "Características socio-familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz". En *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 53, núm. 2, pp. 84-88.
- Gelis, P. *et al.* (1993), "Adolescencia y Nutrición. Determinantes de la evolución del peso en el posparto", en *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 7, núm. 2, pp. 15-18.
- Gobierno del Estado de Sonora (1997), *Sexto Informe de Gobierno 1997*, México, octubre, 1997.
- González y González, N. L. *et al.* (1991), "Influencia del control prenatal sobre los resultados perinatales del embarazo en la adolescencia", en *Acta Pediátrica Española*, núm. 49, p. 3.
- Hamel, P. (1991), "El embarazo adolescente: Un problema social", trabajo presentado en el *Seminario de Embarazo Adolescente*, Santiago de Chile, SERNAM-UNICEF, 8 y 9 de octubre.
- Hardy, J. B. *et al.* (1987), "The John Hopkins adolescent pregnancy program: an evaluation", en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 69, núm. 3, pp. 300-305.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993), *La Mujer en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990*, México, INEGI.
- _____ (1997), *Mujeres y Hombres en México*. México, INEGI, programa Nacional de la Mujer 1997.
- López, B. R. E. y Robles, A. J. A. (1996), "Frecuencia de embarazo en adolescentes en el Hospital Estatal de Ginecología y Obstetricia Jesús María", en *Revista Médica de Aguascalientes*, vol. 3, núm. 3, pp. 140-145.
- Marín, R. R. *et al.* (1983), "Embarazo en la adolescente", en *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 51, núm. 314, pp. 143-149.
- Mateluna, A. *et al.* (1984), "Características nutricionales de adolescentes embarazadas controladas en el consultorio de adolescencia", en *Cuadernos Médico Sociales*, Colegio Médico de Chile, vol. 26, núm. 3, pp. 106-111.

Organización Mundial de la Salud (1975), *El embarazo y el aborto en la adolescencia*, Serie de Informes Técnicos, 583, Ginebra, Suiza, OMS.

Ortiz, S. E. (1991), "Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos", en *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 59, pp. 289-292.

Pérez, J. y Torres A. (1988), "Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescente", en *La Psicología en el Ambito Perinatal*, México, Instituto de Perinatología, pp. 381-397.

Peláez, M. J. *et al.* (1996), "Valoración de predictores antropométricos en embarazadas adolescentes con riesgo nutricional", en *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.* Vol. 3, No. 1, pp. 5-12.

Perkins, E. *et al.* (1988), "Intensive care in adolescent pregnancy", en *Obstetric and Gynecology*, vol. 52, núm. 2, pp. 179-288.

Population Reports (1995), serie J, núm. 41, p. 3.

Rodríguez, E. (1996), "Los desafíos de fin de siglo y la problemática juvenil rural en América Latina", en Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Juventud rural, modernidad y democracia en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 33-54.

Román, R. y Luque, D. (1991), "Educación perinatal: Evaluación de sus efectos sobre la salud materno-infantil", en *Psicología y Salud*, Centro de Estudios Psicológicos de la Universidad Veracruzana, julio-diciembre, núm. 4, pp. 45-52.

Rubarth, G. H. (1994), "La adolescente y el embarazo", en Rubarth, G. H. *et al.* (comps.), *La adolescente embarazada*, Argentina, Grupo Editor Latinoamericano, pp. 55-68.

Salazar, R. D. (1995), "Adolescencia, cultura y salud", en Maddaleno, M. *et al.*, *La salud del adolescente y del joven*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, pp. 15-16.

Schlaepfer, L. e Infante, C. (1995), "Bajo peso al nacer en México: Evidencias a partir de una encuesta retrospectiva a nivel nacional", en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 52, núm. 3, pp. 168-179.

_____ (1996), "Patrones de inicio de vida reproductiva: Su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros", en Lartigue T. y Avila H. (comp.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. 2, México, Plaza y Valdéz, pp. 77-94.

Stevens, S. C. y White, M. M. (1991), "Adolescent pregnancy", en *Pediatric Annals*, vol. 20, núm. 6, junio, pp. 322-331.

Suárez, E. *et al.* (1993), "Embarazo en adolescentes: Un estudio de 10 años que muestra los cambios, los riesgos y sus consecuencias", en *Cuadernos Científicos FEMAP*, vol. 1, núm. 2, diciembre, pp. 47-62.

Stern, C. (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica", en *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143.

Toro, R.J. (1992), "Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de apgar con la población general", en *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 60, pp. 291-295.

Vásquez, P. E. *et al.* (1997), "Características de Embarazo en adolescentes", en *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, vol. 14, núm. 1, pp. 23-28.

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

BERENICE IBÁÑEZ-BRAMBILA
EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE

595 702915

Los cambios que la revolución sexual han producido en la sociedad contemporánea, la maduración sexual temprana, el efecto de los medios de comunicación sobre la conducta de los/las jóvenes, el debilitamiento y/o la ruptura de los lazos familiares son, entre otros, factores que contribuyen a la iniciación precoz de la actividad sexual y en consecuencia al embarazo temprano en las adolescentes de todos los estratos socioeconómicos.

El estudio del embarazo adolescente en México ha crecido significativamente durante los últimos años. Cada vez es más amplia la diversidad de enfoques y abordajes disciplinarios que analizan sus causas y consecuencias, en foros académicos y no académicos así como en investigaciones y en sus subsecuentes publicaciones.

El examen de la situación que guarda actualmente el estudio psicológico del fenómeno del embarazo adolescente en México supone la revisión de las distintas etapas que conducen a este evento en la vida de una joven tanto como de los hallazgos que se han reportado al respecto. Las fases del embarazo adolescente inician con el debut sexual de la joven, le sigue la utilización o no de anticonceptivos y más tarde la experiencia del embarazo. Después del embarazo, existen varios caminos: el aborto, la maternidad, la adopción y la crianza del niño en condiciones tanto de soltería como de matrimonio o de unión consensual.

Antes de revisar estos aspectos, es imperativo tocar un punto importante que es la conceptualización de la adolescencia. La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo humano que se caracteriza por una crisis en la que se deja de ser niño para iniciar una vida adulta e independiente. Un adecuado desarrollo psicológico permite a el/la adolescente constituirse en un adulto psicológicamente sano. Sin embargo, la evolu-

ción psicológica no sólo depende del medio familiar en que se desenvuelve el adolescente, es decir, no es suficiente tener padres amorosos para lograr una adultez psicológicamente sana. Existe la fuerte e inevitable influencia del medio social y cultural que puede ocasionar graves conflictos y desadaptación psicológica. Al respecto, Peter Blos (1971) señala que la conducta del adolescente es un complejo fenómeno que depende de la historia individual y del medio ambiente en que éste se desarrolla.

Por otra parte, la adolescencia es una etapa de inesperados cambios en el estado de ánimo en la que ocurren los ajustes internos necesarios para la integración de la sexualidad en forma adulta, incluyendo la función reproductiva (Vives *et al.*, 1992).

En el mundo contemporáneo, los adolescentes piensan que se es adulto únicamente si se fuma, se bebe, y se tiene sexo. De tal suerte que en la búsqueda de su identidad intentan actuar estos ideales adultos, a la vez que ejercen presión sobre su grupo de pares e inducen a otros jóvenes a un inicio sexual temprano. Dado que existe un desfase entre la maduración biológica y psicológica, se puede afirmar que el mundo moderno impide que la mente acompañe al cuerpo en el proceso de maduración, lo que no sucede en las culturas primitivas (Monroy de Velasco, 1982; Stern, citado en Villaseñor y Alfaro, 1996). Sin embargo, la compaginación de las necesidades internas de acercamiento al objeto amado y de experimentación sexual así como el "estar listo" biológicamente hablando, conduce a muchos adolescentes a aproximaciones sexuales que representan un peligro para su vida futura por las secuelas que pueden tener.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia interrumpen el proceso de maduración psicológica y plantean serias tensiones intrapsíquicas debido a que

unen la crisis adolescente con la crisis de la maternidad (Lartigue *et al.*, 1992; Vives *et al.*, 1992). La etapa adolescente exige enfrentar las experiencias de la vida con una progresiva capacidad de ajuste y estabilidad emocional. Dicha etapa se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, con la pubertad, pero no termina hasta que se ha logrado lo que Peter Blos (1981) denomina la segunda individuación, es decir, cuando se ha asumido total responsabilidad de lo que se es y de lo que se hace sin depositarla sobre los hombros de aquéllos bajo cuyo cuidado y tutela se ha crecido.

Las tareas del desarrollo durante la adolescencia son: (a) lograr la propia separación-individuación y la autonomía; (b) consolidar la propia identidad; (c) construir relaciones significativas fuera del ámbito familiar y (d) desarrollar un sentido de autocontrol (Arcelus, citado en Hebrant *et al.*, 1994). De tal manera que agregar a la crisis adolescente los cambios endócrinos y psíquicos que conlleva el embarazo implica una perturbación de ambos procesos. Es la superposición de dos procesos con tareas aparentemente contradictorias (Salinas y Armengol, 1992): mientras la adolescencia implica lograr la individuación y consolidación de la identidad, el embarazo conduce a la simbiosis por medio de una regresión libidinal hacia sí misma. Así, el conflicto que vive la adolescente embarazada cobra tal importancia que le impide alcanzar la autonomía afectiva necesaria para una adultez plena.

Por otra parte, la adolescencia induce al abandono de los padres como objetos primarios de amor y lleva a la búsqueda de nuevas identificaciones que enriquezcan al yo para el logro de la individuación y la consolidación de la identidad. De esta forma, Salinas y Armengol (1992), afirman que el embarazo adolescente no es resultado de una regresión adaptativa al servicio del yo, sino que deriva de un deseo inconsciente de mantener la dependencia infantil de la madre, prolongar la simbiosis y evitar la individuación. No obstante, el embarazo puede ayudar a la joven a separarse de su madre, pero si sigue soltera seguirá dependiendo de ésta (Sugar, 1993). Para algunas chicas el embarazo inicia un círculo vicioso de autoderrota en vez de llevarlas a la exitosa separación del hogar, al desarrollo de autosuficiencia y aceptación, y a un ambiente sano para ella y el bebé.

El trabajo que se presenta a continuación se divide en los siguientes apartados:

- La iniciación sexual.
- El uso de métodos para el control de la natalidad.
- El embarazo.
- El aborto.
- La adopción.
- La maternidad soltera.
- El matrimonio.
- La crianza de los hijos.

La Iniciación Sexual

El inicio de la vida sexual implica que en el inconsciente se ha adquirido el status de adulto (Velasco, 1991). No obstante, llegar a este momento implica enfrentar introyectos muchas veces difíciles de superar. Es rebasar la fantasía de que el acto sexual significa una agresión hacia los padres. De esta manera, se podría afirmar que el adolescente se inicia sexualmente para poder considerarse adulto, para agredir a los adultos, cuando existen conflictos familiares, por falta de afecto o por presión social (Monroy de Velasco, 1982).

Con una visión psicológica profunda Salinas y Armengol (1992) afirman que el inicio sexual temprano es una defensa edípica mientras que el embarazo es el fracaso de dicha defensa que se debe a un yo debilitado por la regresión defensiva contraria a la regresión adaptativa propia de la adolescencia normal.

En la encuesta de salud reproductiva en jóvenes de dos delegaciones de la ciudad de México, en la que se entrevistó a 1,402 varones y 1,581 mujeres (Morris *et al.*, 1987), se encontró que los hombres tuvieron su primera experiencia de coito a los 15.7 años en promedio mientras que en las mujeres fue a una edad promedio de 17 años. El 43 por ciento de los varones y el 13 por ciento de las mujeres reportaron que su primera relación sexual fue previa al matrimonio. Similares resultados en relación con la edad del debut sexual reportan García-Baltazar *et al.*, 1993 al encuestar 1,010 jóvenes también de la ciudad de México: 17 años en las mujeres y 16 en los varones.

En cambio, las adolescentes que se embarazan tienden a haberse iniciado sexualmente a edades más tem-

pranas (Ibáñez-Brambila, 1984b, 1984c, 1987; Ibáñez-Brambila *et al.*, 1991). Por ejemplo, en el estudio de 262 adolescentes embarazadas (Ibáñez-Brambila, 1984b) las madres solteras se iniciaron sexualmente a los 15.8 años en promedio, mientras las casadas a los 16.4, las que vivían en unión libre a los 16.1 y las que abortaron, a los 17 años.

Otros estudios de adolescentes mexicanas (Andrade *et al.*, 1990; Díaz-Loving, *et al.* 1988a, 1988b; Ibáñez-Brambila *et al.*, 1991; Pick *et al.*, 1991; Pick *et al.*, 1988; Pick *et al.*, 1988) han demostrado que la información sexual, el haber recibido educación sexual de los padres, las habilidades de comunicación con la pareja, una comunicación abierta y constante con la propia madre sobre problemas personales y acerca de la sexualidad y anticoncepción, una relación positiva con ambos padres, el haberse criado con ambos padres, actitudes conservadoras ante el sexo premarital así como características de personalidad entre las que se encuentran auto-estima elevada, la asertividad, la baja toma de riesgos, las altas aspiraciones escolares, el autocontrol, la tendencia a tomar decisiones por sí misma y a no dejarse manipular por el afecto son factores importantes para que una adolescente se abstenga de un inicio sexual temprano.

En una investigación en adolescentes de 16 a 18 años, Collado *et al.* (1996) encontraron que la proporción de varones de nivel socioeconómico bajo que habían tenido su debut sexual es el doble de la de las mujeres (56% vs. 28%), mientras los jóvenes de nivel socioeconómico medio no guardan esa misma relación proporcional (53% vs. 30%).

El uso de métodos para el control de la natalidad

La precaución anticonceptiva implica el ejercicio de una conducta de autocuidado que numerosas adolescentes sexualmente activas están lejos de procurarse. Incluso, en innumerables ocasiones las adolescentes se ven involucradas en caricias sexuales que las llevan al coito sin ninguna protección anticonceptiva porque no pudieron preverlo ya que no tenían decidido tener relaciones sexuales por razones de tipo religioso, social o cultural (Monroy de Velasco, 1982). Sin embargo, Pick *et al.* (1987) han demostrado que la capacidad de pla-

neación es un factor determinante en la toma de precauciones para prevenir un embarazo temprano.

Los motivos por los que las jóvenes de una encuesta en la ciudad de México no usaron anticonceptivos (Núñez *et al.*, 1986) fueron, en orden de importancia: (a) no esperaba tener relaciones en ese momento, (b) no conocía ningún método, (c) deseaba embarazarse, (d) pensaba que ella no se podía embarazarse, (e) creía que los anticonceptivos eran malos para la salud, y (f) conocía los métodos, pero no sabía dónde obtenerlos. En contraste con los estudios de madres adolescentes (Ibáñez-Brambila, 1987; Ibáñez-Brambila *et al.*, 1991) en los que se reporta una baja frecuencia de contactos sexuales, el temor a ser descubiertas y a efectos secundarios, el desacuerdo de la pareja, el deseo de embarazarse, el olvido y el deseo de manipular al compañero sexual para casarse con él.

Un estudio de 237 madres adolescentes y 25 adolescentes que abortaron (Ibáñez-Brambila, 1984b) reporta que sólo 11(.04%) utilizaron métodos de control natal en su primera relación sexual, 24(.09%) los utilizaron alguna vez antes de embarazarse y únicamente 11 (.04%) habían usado anticonceptivos durante seis meses consecutivos previos a su embarazo. La falta de uso se dio por motivos diversos según el estado civil de la joven: 49 por ciento de las madres solteras señalaron simplemente no haberlo pensado, en tanto que el 50 por ciento de las unidas deseaban embarazarse. Lo importante en estos casos es que una tercera parte de las madres solteras reportó haber quedado encinta con sólo una a cuatro experiencias de coito.

En otro estudio realizado en Tijuana, B.C. (Ibáñez-Brambila, 1987) se encontró que a mayor escolaridad, mayor conocimiento de anticonceptivos y además, al comparar madres solteras con madres unidas, se hizo una distinción entre la planeación de un embarazo y el deseo de embarazarse que pone en evidencia las dificultades de planeación, el interjuego de la fantasía con la realidad y la incapacidad de beneficiarse de la metodología anticonceptiva. De las solteras 92 por ciento no planeó el embarazo, 58 por ciento no deseaba embarazarse, pero sólo 19 por ciento usó anticonceptivos. Entre las unidas se encontró un 46 por ciento que planeó el embarazo, un 83 por ciento que lo deseaba y sólo un 17 por ciento de utilización de control natal.

Al analizar la relación de pareja y el uso de anticonceptivos en jóvenes mexicanos, Schlosser (1988) señala la existencia de pensamiento mágico, lo que dificulta el acceso psicológico al control de la natalidad, es decir, bloquea la preparación del acto sexual, debido a una ausencia de la capacidad de planeación a mediano y largo plazo. Esto viene a explicar también la falta de metas en la vida que se reportan en el estudio de madres adolescentes de Ibáñez-Brambila (1984b), a la vez que concuerda con los hallazgos de Díaz-Loving *et al.* (1988b) en relación a los bajos niveles de habilidad para planear el futuro en las adolescentes embarazadas que estudiaron.

Según Román *et al.* (1996b) el coito sin anticonceptivos y el consiguiente embarazo reafirman la identidad genérica de la adolescente reproduciendo el estereotipo femenino y expresan su resistencia a los intentos de control de su conducta por parte de los adultos.

Se ha comprobado que la educación sexual es un importante elemento para la prevención de embarazos no deseados. Al intentar predecir el conocimiento sobre embarazo en adolescentes de 16 a 18 años, Collado *et al.* (1996) encontraron que aquéllos/as que tienen mejores conocimientos sobre la posibilidad de embarazar/quedar embarazada son los hombres de mayor edad que tienden a atribuir sus logros a su propio esfuerzo, que son impulsivos, con recursos efectivos de apoyo y que tienden a enfrentar los conflictos con estrategias resolutivas.

Entre adolescentes que acaban de dar a luz se encontró un 76 por ciento que ignora el periodo de mayor riesgo de embarazarse (Ibáñez-Brambila, 1984b). Mientras Pick *et al.* (1988) reportan un 61 por ciento de desconocimiento al respecto. Además encontraron ideas erróneas sobre formas de embarazarse como el usar baños públicos en un 30 por ciento de los casos, o el sumergirse en una alberca en el 22 por ciento de los mismos. Al mismo tiempo, que reportan que, de acuerdo con los adolescentes estudiados, el tema que principalmente se toca en las clases escolares de educación sexual es la menstruación.

Se hizo un estudio de seguimiento de jóvenes que acudieron al Centro de Orientación para Adolescentes (Monroy de Velasco, 1986; Chávez-Alarcón *et al.*, 1986) por consejo anticonceptivo en el que se evaluó la frecuencia sexual, la tasa de uso de anticonceptivos y las razones para discontinuar su utilización, con la finali-

dad de validar y mejorar los programas de orientación sexual haciéndolos más acordes con las características y necesidades de los adolescentes.

El embarazo

El embarazo adolescente impone grandes obstáculos al desarrollo de los padres adolescentes, lo mismo que a sus hijos. Sin embargo, sus secuelas varían con el contexto psicosocial y cultural en que el embarazo ocurre y en el que se cría al niño. En México dichos contextos varían significativamente y es de esperar que modifiquen los resultados en forma importante por lo cual los más desfavorecidos tendrán efectos más adversos para ellos mismos y para sus hijos en términos de la perpetuación de las condiciones de pobreza (Atkin, 1989; Atkin y Alatorre-Rico, 1991; Stern, 1995; Welti, 1995).

En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto por lo que representa un embarazo no deseado que conlleva sentimientos de culpa, angustia y depresión (Ávila Cisneros, 1981). Además, es frecuente que el lapso entre la primera relación sexual y el embarazo sea muy breve (Ehrenfeld, 1994; Ibáñez-Brambila, 1984b).

La preñez es un período crítico en la vida de la mujer que provoca cambios físicos y psíquicos que afectan a ésta en particular y a sus relaciones de pareja y familiares. Se han encontrado (Hebrant *et al.*, 1994) factores emocionales que caracterizan a la adolescente embarazada como: depresión, baja autoestima, pasividad, culpa, tensión, agresividad y ansiedad reactiva. Otras características de las adolescentes que se embarazan son la sensibilidad e inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, desconfianza, carácter dominante y baja sociabilidad (Ibáñez-Brambila, 1984b).

Si el embarazo es deseado y forma parte del proyecto de vida de la adolescente, transcurre sin problemas graves (Lartigue y Vives, 1990). Cuando no es deseado presenta trastornos que van desde la pérdida excesiva de peso durante el primer trimestre de gestación hasta una negación del embarazo que ocurre a lo largo de todo el periodo gestacional.

López Elizondo (1982) distingue tres tipos de embarazos adolescentes: (a) el embarazo por acciden-

te, cuando falla el ritmo, (b) el embarazo deseado inconscientemente, y (c) el embarazo por huir de una situación familiar insostenible debido a la existencia de explotación, maltrato u opresión de los padres o del núcleo familiar. Ibáñez-Brambila, Contreras y Jazo (1991) reportan en su estudio de madres adolescentes residentes en Tijuana, B.C.: desintegración familiar, alcoholismo, falta de comunicación, carencia de afecto y desinformación sexual. Similares resultados obtuvieron Atkin y Givaudan (1989) en adolescentes del Instituto Nacional de Perinatología en la ciudad de México.

Sin embargo, existe en las adolescentes embarazadas una tendencia a idealizar su situación durante el embarazo negando la problemática en la que se encuentran inmersas (Fernández *et al.*, 1988; Vargas, 1988). Además, se ha encontrado que el embarazo se convierte en un mecanismo para que la adolescente adquiera status (Román *et al.*, 1996a). Los bajos recursos económicos conducen a la adolescente hacia el embarazo ya que se desarrolla en un ambiente carente de oportunidades de estudio, trabajo o recreación y la anticoncepción no parece una alternativa viable en estos contextos.

Para muchas jóvenes que abandonan la escuela antes de embarazarse la maternidad representa una de las pocas alternativas que perciben y por lo mismo, no viene a cambiar sus expectativas futuras (Estévez y Atkin, 1990). Por otra parte, se ha encontrado que las adolescentes que abandonaron la escuela antes del primer embarazo tienden a embarazarse de nuevo en corto tiempo. Además de que el embarazo reincidente ocurre en las adolescentes que provienen de ambientes socioeconómicos y culturales más desfavorecidos en los que la maternidad tiene un rol central (Atkin y Alatorre-Rico, 1990).

En otro orden de ideas, en diversos estudios se reportan antecedentes de embarazos tempranos en madres, hermanas, parientes y/o amigas de las adolescentes que se embarazan (Carrasco *et al.*, 1994). En el estudio de Atkin y Givaudan (1989) el 69 por ciento de las madres de las adolescentes embarazadas habían tenido su primer hijo durante su adolescencia, mientras en el estudio de Ibáñez-Brambila (1984b) esta proporción fue de 61 por ciento. Aparte de esta repetición generacional de embarazos adolescentes existe una cultura familiar que favorece la condición de ilegitimidad ya que en el estudio arriba mencionado que se realizó en la ciudad

de México se encontró un 22 por ciento de madres solteras en la familia (Ibáñez-Brambila, 1984b), mientras en otro que se llevó a cabo en Tijuana, B.C. (Ibáñez-Brambila *et al.*, 1991) se reporta un 35 por ciento.

Desde el punto de vista médico el embarazo adolescente constituye un embarazo de alto riesgo porque tiene una alta incidencia de complicaciones fetales y maternas durante la gestación y al momento del parto, además de la mortalidad fetal, perinatal y materna. Los riesgos de salud con los que el embarazo de la adolescente mexicana se asocia con más frecuencia son toxemia, anemia e infecciones del aparato urinario (Ahued *et al.*, 1978; Aznar y Lara, 1967; Kably *et al.*, 1982; Marín *et al.*, 1983; Mateos, 1980). Sin embargo, un adecuado y temprano cuidado prenatal permite prevenir los problemas con los que regularmente se le ha asociado.

Durante los cuatro meses que tomó el trabajo de campo del estudio de Ibáñez Brambila (1984a, 1984b), en el Hospital de la Mujer, institución de tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud que acoge mujeres de clases media-baja y baja, se atendieron 932 adolescentes, de las cuales el 48 por ciento tuvieron un parto eutócico. Las complicaciones del parto fueron: 27 por ciento de cesáreas, 11 por ciento de legrados, 8 por ciento de partos con uso de fórceps, 4 por ciento de partos prematuros y el restante 2 por ciento se dividió entre los casos de partos fortuitos, embarazos ectópicos y óbitos.

El aborto

El aborto, ya sea espontáneo o intencionado, produce reacciones de diversa magnitud según los antecedentes de la mujer que lo padece y el significado que el embarazo tenga para ella. En las adolescentes es frecuente que, como resultado de un aborto, experimenten negación, temor, culpa, depresión y otros sentimientos concomitantes. Intentar someterse a un aborto en México implica la necesidad de recurrir a la clandestinidad ya que está prohibido por la legislación vigente. Sin embargo, la ley lo autoriza cuando el embarazo es producto de violación o incesto, o porque existe algún peligro para la vida de la madre (Ibáñez-Brambila, 1994). Con la ilegalidad del aborto muchas

adolescentes ponen en peligro tanto su salud sexual y reproductiva como su propia vida, dado que acuden a servicios médicos que se prestan al margen de la ley sin las precauciones debidas. En tanto que otras se detienen ante el temor de pagar un precio muy alto: su propia vida.

Los estudios acerca del aborto son escasos en México debido a las dificultades que plantea la condición de ilegalidad del mismo. En ocasiones es posible tener acceso a las jóvenes que acuden a los hospitales para la atención de un aborto incompleto o de las secuelas de un aborto practicado fuera de estos nosocomios. Sin embargo, es difícil lograr la confianza de las jóvenes que se encuentran angustiadas por la sola interrupción de su embarazo, las cuales se atemorizan ante la posibilidad de ser denunciadas y, por ende, detenidas por las autoridades. Por otra parte, los estudios de estas jóvenes estarían fuertemente sesgados porque existen innumerables casos en los que se practica el aborto sin ninguna complicación y la joven puede continuar el curso normal de su vida sin reportarlo a nadie.

En el estudio de los factores de personalidad, sociales y familiares que se relacionan con el embarazo de adolescentes (Ibáñez-Brambila, 1984c) que incluyó 25 casos de aborto, a cinco chicas se les practicaron abortos terapéuticos, debido a embarazos molares; una fue sometida a un aborto legal; 14 afirmaron que sus abortos fueron espontáneos y cinco reconocieron haberse inducido voluntariamente el aborto. Sin embargo, 30 de un total de 262 jóvenes estudiadas afirmaron que habían deseado abortar, pero únicamente 10 intentaron hacerlo, de ellas, sólo seis lo lograron. En el intento algunas utilizaron métodos caseros como tomar ruda o limón en grandes cantidades, cargar cosas pesadas o provocarse caídas, mientras otras de las que tuvieron éxito en la inducción del aborto acudieron a algún prestador/a de servicios de aborto, quienes las inyectaron o les colocaron alguna hierba para inducir el trabajo de parto. Varias de estas chicas fueron internadas en el hospital con un diagnóstico de amenaza de aborto y durante su estancia en el nosocomio los médicos que las atendían, agotadas todas las posibilidades de salvar al producto, decidieron hacerles un legrado.

Con respecto al aborto provocado Rivas y Amuchástegui (1996) señalan que la clandestinidad e ilegalidad del aborto inducido construyen un contexto en

el que es difícil evitar efectos negativos pero también existe una liberación por decidir reflexionada y conscientemente la interrupción del embarazo. En su estudio de adolescentes contactadas post-aborto, Romero (1994) encontró un promedio de edad de 17.5 años, un tercio de ellas iba a la escuela, tres cuartos estaban casadas o en unión libre, muchas se embarazaron en su primera relación sexual y carecían de apoyo materno. Por otro lado, es interesante que más del 70 por ciento conocieran métodos caseros para provocarse un aborto, pero sólo 10 por ciento conocía el legrado y ninguna la aspiración al vacío.

La adopción

La alternativa de dar al bebé en adopción es poco contemplada por las madres adolescentes mexicanas. Probablemente aquí tienen que ver factores culturales importantes en los que se da un papel preponderante a la maternidad como función sustantiva de la mujer. No obstante, este fenómeno ha sido escasamente estudiado en México o, por lo menos, los estudios al respecto han sido poco divulgados. Sin embargo los organismos de asistencia para madres solteras auxilian a las mujeres, jóvenes o adultas, en la búsqueda de un hogar para los hijos que no desean o que están imposibilitadas para conservar consigo (Conferencia de Institutos Religiosos de México, 1981; Ortiz Ortega, 1994). Además, en algunas ocasiones se ven obligadas a abandonar a su bebé en el propio hospital en que éste nace o a las puertas de alguna iglesia o casa-hogar.

En la investigación mencionada anteriormente (Ibáñez-Brambila, 1984b) también se examinó el tema de la posibilidad de dar en adopción al bebé. Únicamente tres de las 262 jóvenes estudiadas iban a dar a su bebé en adopción: dos al padre del bebé y una a un hermano mayor; una de ellas estaba separada de su esposo al momento de la entrevista y las otras dos eran solteras.

La maternidad en soltería

La joven que se embaraza fuera del matrimonio vive una experiencia de fuerte angustia porque ha transgredido las normas familiares y sociales, depende eco-

nómica y emocionalmente de sus padres, no puede planear su papel de madre y espera la crítica y desaprobación de su familia y otras personas significativas, pero sobre todo porque no deseaba embarazarse (López Elizondo, 1982). Otra fuente de angustia es la respuesta del compañero sexual, quien en ocasiones abandona a la joven y al bebé, por lo que ésta termina convirtiéndose en madre soltera (Ibáñez-Brambila, 1984c; Monroy de Velasco y Martínez Manautou, 1986).

Al estudiar a adolescentes embarazadas y su relación de pareja, Eskala *et al.* (1990) encontraron que las solteras se embarazaron después de un noviazgo relativamente corto y que su compañero sexual tenía una actitud más desfavorable ante el embarazo que el compañero de las unidas. Reportan también que las solteras sin pareja tenían mayores aspiraciones escolares, mientras que consideran que las que vivían en unión libre están en desventaja por tener una menor escolaridad tanto ellas como su pareja, menores aspiraciones educativas y mayor autodevaluación. Este hallazgo contradice el de Ibáñez Brambila (1984b) en el que se reporta que las adolescentes solteras tuvieron una relación de noviazgo de un año antes de embarazarse, si bien el lapso entre el inicio sexual y el embarazo fue de sólo 5.8 meses en promedio.

En Latinoamérica el 40 por ciento de los hogares son sostenidos por una mujer, y muchos de éstos iniciaron con un embarazo no planeado durante la adolescencia (Zeidenstein, 1989).

No obstante, Hatcher (1973) señala que una cuidadosa consideración de factores de desarrollo puede llevar a comprender la experiencia del embarazo adolescente. Para esto es necesario comprender que la experiencia del embarazo adolescente puede ser reflejo de una crisis de desarrollo exacerbada. De esta manera, la experiencia de ilegitimidad será única para la adolescente temprana, media y tardía. El contexto evolutivo será lo que cuente para precisar el significado y mensaje del embarazo.

El matrimonio

Una innumerable proporción de adolescentes que se embarazan solteras deciden vivir con el padre del bebé a raíz del embarazo (Welti, 1988). Es por ello que en

México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 (citado en Singh y Wulf, 1990), los alumbramientos entre adolescentes generalmente ocurren dentro de un matrimonio o unión consensual.

El embarazo de la adolescente soltera parece constituir un ritual para la formación de parejas y el inicio de la vida adulta (Román *et al.*, 1996b). Esto implica que después de anunciar el embarazo y recibir una amonestación por parte de los padres, éstos apoyan a la pareja para que se una legitimizando así la maternidad de la adolescente. Al respecto, Fernández *et al.* (1988) hablan de una tendencia cultural de incluir a la nueva pareja dentro del hábitat de la familia de origen de ella o de él.

Por su parte, Schlosser (1988) encontró que el matrimonio no fue para muchas parejas jóvenes un objetivo a alcanzar, sino una consecuencia de tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. De esta manera, la decisión de la unión no es una meta sino una consecuencia.

La crianza de los hijos

Independientemente del estado civil, con la maternidad, la adolescente se enfrenta a las exigencias de la crianza del hijo/a que ha traído al mundo. Es tener que responder a las demandas de un individuo lleno de necesidades y exigencias cuando, en la mayoría de los casos la adolescente no ha encontrado la madurez necesaria para enfrentarlas de manera positiva (Lorberfeld, 1992).

Indiscutiblemente, como afirman Aldana y Atkin (1990), el significado personal del embarazo es un elemento trascendental para la adaptación de la adolescente ante su maternidad. Sin embargo, en estudios de maltrato infantil se ha encontrado que existe una mayor predisposición a la ocurrencia de maltrato o negligencia en hijos de madres adolescentes, el ambiente en que crece el niño suele ser poco estimulante además de que las madres son menos sensibles a las necesidades del infante (Ortega González, 1995).

Al comparar los patrones de interacción madre-hijo, Gómez *et al.* (1996) encontraron que las madres adolescentes se caracterizan por ser más autoritarias y

rígidas que las adultas y más rigurosas; tienen niveles más bajos de tolerancia y una tendencia a ordenar, supervisar, ignorar y corregir.

Los hijos de adolescentes tienden a desarrollar desnutrición, sobrepeso o síndrome de muerte súbita; su comportamiento es difícil, tienen problemas de aprendizaje y son más propensos al maltrato (Atkin y Givaudan, 1989; Vargas, 1988).

En otro estudio de la diada madre-hijo, Martínez *et al.* (1994) encontraron un nivel normal de inteligencia en los niños y una interacción materno-infantil aparentemente de calidad. Asimismo, señalan que las madres estudiadas -30 adolescentes solteras que se embarazaron a los 17 años o antes- tienden a criar a sus hijos en un contexto familiar más amplio, ya que generalmente viven con su familia de origen y 72 por ciento comparten el cuidado de sus hijos con la abuela, quien tiene una mayor experiencia en la crianza de niños. Además, de acuerdo a hallazgos previos (Martínez *et al.*, 1990) la abuela tiende a desarrollar una mejor sincronía con el niño que los propios padres adolescentes, es decir, son más atentas y responsivas a las demandas del infante.

Las madres adolescentes reportan dificultades en la crianza porque consideran que es una responsabilidad demasiado pesada para ellas y que les impide desarrollar otras actividades propias de su edad (Vargas, 1988).

Varios estudios sobre el funcionamiento de grupos educativos para madres adolescentes (Reidl y Sierra, 1996; Vargas, 1988; Vargas-Trujillo y Atkin, 1988) coinciden en su intento por mejorar las alternativas de vida de las madres adolescentes e influir en la crianza de sus bebés.

Conclusiones

El panorama que ofrece actualmente el estudio de los factores psicológicos que se relacionan con el embarazo adolescente es muy prometedor. Diversos investigadores se están dedicando a intentar dilucidar las características psicológicas de las adolescentes que se embarazan, las circunstancias que las predisponen al embarazo así como las consecuencias que ello tiene.

La perspectiva de los propios adolescentes es un elemento importante que ya se está considerando en

los estudios y en la preparación de los programas educativos que se diseñan con el propósito de intervenir a tiempo para evitar los embarazos no deseados entre las adolescentes (Castro *et al.*, 1994; Monroy de Velasco, 1986, 1990; Pick *et al.*, 1991). Finalmente, es posible afirmar que la solución está en la educación y en la conscientización de los actores de esta problemática: los jóvenes.

Sin embargo, es necesario reconocer la influencia de los factores socioculturales en la construcción del deseo de la adolescente de embarazarse a fin de no generalizar sin tomar en cuenta el contexto (Villaseñor y Alfaro, 1996). Zeidenstein (1989) va más lejos al afirmar que el embarazo y la maternidad adolescente son producto directo del bajo status de la mujer en todo el mundo y que la solución de este fenómeno deberá empezar por el reconocimiento de la dolorosa realidad de la discriminación que la mujer sufre en todas partes del mundo.

Para Atkin (1989) las causas y consecuencias del embarazo adolescente se relacionan con las expectativas futuras, las posibilidades de tener acceso a la educación y a mejores oportunidades laborales, así como con los roles de la mujer en un mundo cambiante. No obstante, el inicio de la maternidad durante la adolescencia marca a la joven para toda su vida, es decir, el tener un hijo cuando se es adolescente es un factor determinante para el desarrollo psicosocial posterior (Atkin y Givaudan, 1989).

Aunque mucho se ha avanzado en la sistematización del conocimiento psicológico acerca del fenómeno del embarazo adolescente en México, todavía hay algunas lagunas que deben trabajarse. Ejemplo de ello son los escasos estudios sobre el papel del varón (Álvarez *et al.*, 1990; Givaudan *et al.*, 1994). Hace falta también hacer un mayor número de estudios de seguimiento tanto de las uniones producto de un embarazo adolescente premarital, como del comportamiento reproductivo posterior al primer embarazo.

Por otro lado, una limitante importante de los estudios revisados es que se refieren casi siempre a adolescentes primigestas dejando de lado a aquellas chicas que iniciaron su maternidad con anterioridad y son adolescentes multigestas. Por otra parte, muchos de los estudios que se han publicado hasta el momento han fallado en relacionar la teoría psicológica con la investigación sobre embarazo adolescente. Además, sería

importante hacer más estudios para la detección de las adolescentes en riesgo de embarazarse, los estudios predictivos han sido poco abordados.

Falta también examinar la maduración intelectual de las adolescentes de frente al uso de métodos para

evitar el embarazo, así como el desarrollo de las habilidades intelectuales de planeación. Igualmente, se ha hecho muy poca investigación acerca de las consecuencias de la conducta sexual premarital de los/las adolescentes que no se relacionan con el embarazo.

Bibliografía

- Ahued, J. R. *et al.* (1978), "Atención obstétrica en la adolescencia", en *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 43, pp. 3-6.
- Aldana, E. y Atkin, L. C. (1990), "Depresión durante el embarazo en adolescentes", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 77-81.
- Álvarez I. M. *et al.* (1990), "Estudio comparativo de varones que han y que no han embarazado a una adolescente", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 289-294.
- Andrade P. P. *et al.* (1990), "Percepción que los hijos tiene de las actitudes de sus padres hacia su sexualidad y autoconcepto de adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 295-298.
- Atkin, L. C. (1989), "Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean: Psychosocial causes and consequences", ponencia presentada en la *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Oaxaca, Oaxaca, noviembre.
- _____ y Alatorre-Rico, J. (1990), "Pregnant again? Psychosocial predictors of repeat pregnancy among adolescent mothers in Mexico City", ponencia presentada en el *118th Annual Meeting of the American Public Health Association*, New York, N.Y., septiembre.
- _____ y Alatorre-Rico, J. (1991), "The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City". Ponencia presentada en el *1991 Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*, Seattle, Washington, abril.
- _____ y Givaudan, M. (1989), "Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana", en S. Kaschmir (ed.), *Temas selectos de reproducción humana*, México, Instituto Nacional de Perinatología, pp. 123-133.
- Ávila Cisneros, I. (1981), "Embarazo en adolescentes", *Revista Mexicana de Pediatría*, núm. 9, pp. 229-230.
- Aznar, R. y Lara, R. (1967), "Embarazo en la adolescencia", en *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 22, pp. 661-667.
- Blos, P. (1971), *Psicoanálisis de la adolescencia*, México, Joaquín Mortiz.
- _____ (1981), *La transición adolescente*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Carrasco, E. *et al.* (1994), "Ambiente familiar, actividad sexual y embarazo en la adolescencia", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 5, pp. 521-526.
- Castro, M. E. *et al.* (1994), "Chimalli: Un programa de prevención de los factores de riesgo psicosocial en la adolescencia. Evaluación de resultados", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 5, pp. 271-276.
- Chávez-Alarcón, N. *et al.* (1986), "Estudio prospectivo del uso de métodos anticonceptivos locales en adolescentes", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 1, pp. 248-250.
- Collado, M. E. *et al.* (1996), "Predictores de conocimientos sobre embarazo en adolescentes", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 6, pp. 169-173.
- Conferencia de Institutos Religiosos de México (1981), *Directorio general*, México, CIRM.
- Díaz-Loving, R. *et al.* (1988a), "Obediencia, asertividad y planeación al futuro como precursores de comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 336-342.
- _____ *et al.* (1988b), "Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en

adolescentes", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 328-335.

Ehrenfeld, N. (1994), "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada", en *Salud Pública de México*, vol. 36, núm. 2, pp. 154-160.

Estévez, P. y Atkin, L. C. (1990), "El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 87-90.

Eskala, E. et al. (1990), "La adolescente embarazada y su relación de pareja", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 82-86.

Fernández, A. et al. (1988), "Adolescente embarazada: Relación de pareja y apoyos familiares", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 357-364.

García-Baltazar, J. et al. (1993), "Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México", en *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6, pp. 682-691.

Gómez, V. et al. (1996), "Análisis de patrones de interacción materno-infantil entre madres adultas y adolescentes con embarazo de alto riesgo", en *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 13, núm. 1, pp. 85-94.

Hatcher, S. L. M. (1973), "The adolescent experience of pregnancy and abortion: A developmental analysis", en *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 2, núm. 1, pp. 53-102.

Hebrant, I. et al. (1994), "Una experiencia terapéutica con un grupo de adolescentes embarazadas", en *Psicología Iberoamericana*, vol. 2, núm. 1, pp. 23-30.

Ibáñez-Brambila, B. (1984a), *Diagnóstico obstétrico de los 932 casos de adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer*, datos naturales, no publicados.

_____ (1984b), *Factores de personalidad, sociales y familiares relacionados con el embarazo de un grupo*

de adolescentes solteras: Un enfoque multivariable. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Iberoamericana, México, D.F.

_____ (1984c), "Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras", en *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 1, núm. 1, pp. 72-78.

_____ (1987), "Conducta sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes primíparas", en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 13, núm. 2, pp. 165-176.

_____ (1994), "Actitudes hacia el aborto en estudiantes universitarios", en *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 11, núm. 1, pp. 33-44.

_____ et al. (1991), "Características familiares de madres adolescentes solteras", en *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, vol. 31, núm. 1-2, pp. 43-51.

Kably, A. et al. (1982), "Embarazo en la adolescente: Análisis de 500 casos", en *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 50, pp. 179-182.

Lartigue, T. y Vives, J. (1990), "Factores psicológicos del embarazo en la adolescencia", en *Umbral XXI*, núm. 4, pp. 65-66.

Lartigue, T. et al. (1992), "Características de personalidad de un grupo de adolescentes embarazadas de la ciudad de México", en *Revista del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana*, vol. 5, núm. 3-4, pp. 64-76.

López Elizondo, C. (1982), "Aspectos psicosexuales del aborto", en *Salud Mental*, vol. 5, núm. 1, pp. 20-23.

Lorberfeld, Y. (1992), "Algunas consideraciones sobre el embarazo adolescente en México", en *Revista del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana*, vol. 5, núm. 3-4, pp. 100-114.

Marín, R. et al. (1983), "Embarazo en la adolescente", en *Ginecología y Obstetricia de México*, núm. 51, pp. 143-149.

Martínez, S. *et al.* (1994), "Interacción materno-infantil de madres adolescentes", en *Psicología Iberoamericana*, vol. 2, núm. 2, pp. 15-24.

_____ *et al.* (1990), "La interacción entre un grupo de madres adolescentes y sus bebés en comparación con otros cuidadores: Padres y Abuelas", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 3, pp. 103-107.

Mateos, M. (1980), "Aspectos médicos y de salud", En L. M. Leal (coord.), *El problema del aborto en México*, México, Miguel Angel Porrúa, pp. 38-45.

Monroy de Velasco, A. (1982), "El adolescente en México", en *El médico general y la sexología*, febrero, pp. 81-85.

_____ (1986), "CORA: Una experiencia latinoamericana", en A. Monroy de Velasco y J. Martínez Manautou (eds.), *Memoria de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes*, México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro de Orientación para Adolescentes, pp. 128-135.

_____ (ed.) (1990), *Salud, sexualidad y adolescencia*, 2a. edición, México, Pax México.

Monroy de Velasco, A. y Martínez Manautou, J. (eds.) (1986), *Memoria de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes*, México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro de Orientación para Adolescentes.

Morris, L. *et al.* (1987), *Young adult reproductive health survey in two delegations of Mexico city*, North Carolina, Family Health International.

Núñez, L. *et al.* (1986), "Sexualidad y anticoncepción en jóvenes de dos delegaciones de la cd. de México", en A. Monroy de Velasco y J. Martínez Manautou (eds.), *Memoria de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes*, México,

Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro de Orientación para Adolescentes, pp. 78-93.

Ortega González, S. (1995), "Maltrato al más pequeño: Infantes de alto riesgo", en *Psicología Iberoamericana*, vol. 3, núm. 3, pp. 26-31.

Ortiz Ortega, A. (ed.) (1994), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, EDAMEX y Population Council.

Pick de Weiss, S. *et al.* (1991), *Planeando tu vida: Programa de educación sexual para adolescentes*, 3a. edición, México, Limusa.

_____ *et al.* (1988), "Conocimientos de las adolescentes de la ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos: Resultados de una encuesta de hogares", en *Salud Mental*, vol. 11, núm. 2, pp. 35-38.

_____ *et al.* (1988), "Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años que han y no han tenido su debut sexual", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 322-327.

_____ *et al.* (1988), "Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 312-321.

_____ *et al.* (1987), "¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México?", en *Revista de Psicología Social y Personalidad*, vol. 3, núm. 1, pp. 1-15.

Reidl, L. y Sierra, G. (1996), "Afrontamiento al estrés y criterios de salud mental en madres solteras a través de grupos de reflexión", en *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 13, núm. 2, pp. 187-197.

Rivas, M. y Amuchástegui, A. (1996), *Voces e historias sobre el aborto*, México, EDAMEX y Population Council.

Román Pérez, R. *et al.* (1996a), "Adolescencia, sexualidad y embarazo en el contexto de colonias populares de Hermosillo, Son", en T. Lartigue y H. Ávila (comps.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. 2, México, Plaza y Valdez, pp. 167-181.

_____ *et al.* (1996b), "Entre el deber y el placer: Normas y comportamientos sexuales en adolescentes de familias populares urbanas", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 6, pp. 163-168.

Romero, M. (1994), "El aborto entre las adolescentes", En A. Ortiz Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, EDAMEX y Population Council, pp. 242-245.

Salinas, E. y Armengol, G. (1992), "El autoconcepto en la adolescente embarazada", en *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 3-4, pp. 90-99.

Schlosser, R. (1988), "Proyecto sobre relación de pareja y planificación familiar en jóvenes mexicanas: Embarazos no esperados y el uso de la anticoncepción", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 378-383.

Singh, S. y Wulf, D. (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Un perfil de las Américas*, New York, Allan Guttmacher Institute.

Stern, C. (1995), "Embarazo adolescente: Significados e implicaciones para distintos sectores", en *Demos: Carta Demográfica sobre México*, núm. 8, pp. 11-12.

Sugar, M. (1993), "Adolescent motherhood and development", en M. Sugar (ed.), *Female adolescent development*, 2a. edición, New York, Brunnel/Mazel, pp. 213-230.

Vargas, E. E. (1988), "Grupos de adolescentes embarazadas con metodología participativa", en *Revista del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana*, vol. 1, núm. 1-2, pp. 28-35.

Vargas Trujillo, E. y Atkin, L.C. (1988), "Grupos educativos con metodología participativa para adolescentes embarazadas", en Asociación Mexicana de Psicología Social, *La psicología social en México*, vol. 2, pp. 343-349.

Velasco, C. (1991), "Algunas vicisitudes psicodinámicas asociadas al ejercicio de la sexualidad y el crecer", en *Gradiva*, vol. 5, núm. 2, pp. 115-127.

Villaseñor, M. y Alfaro, N. (1996), "Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deso del embarazo en la adolescente", en T. Lartigue y H. Ávila (comps.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. 1, México, Plaza y Valdez, pp. 143-162.

Vives, J. *et al.* (1992), "Factores precipitantes del embarazo en adolescentes", en *Revista del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana*, vol. 5, núm. 3-4, pp. 77-89.

Welti, C. (1995), "La fecundidad adolescente: Implicaciones del inicio temprano de la maternidad", en *Demos: Carta Demográfica sobre México*, núm. 8, pp. 9-10.

Zeidenstein, G. (1989), "Adolescent fertility and the health and status of women", Ponencia presentada en la *International Conference on Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean*, Oaxaca, Oaxaca, noviembre.

EL CÍRCULO DE LO SAGRADO Y LO PROFANO: REGULACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE ÁREAS RURALES

XÓCHITL CASTAÑEDA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MÉXICO.

INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO.

ITZÁ CASTAÑEDA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, MÉXICO.

CLAIRE BRINDIS

INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO.

545 7029/8

Agradecimientos

En el proyecto de investigación participaron las siguientes personas: Nora Brie, Elizabeth Cancino, Emperatriz Delgado, David Halperin y Martín de la Cruz López. En el análisis preliminar: Enrique Erosa y María Cristina Manca. En la edición del artículo Gloria Saldaña y Jabelh Castañeda. A todos ellos, un profundo agradecimiento ya que sin su participación no hubiera podido escribirse este capítulo.

Introducción

Para los adolescentes uno de los mitos más significativos relacionados con la sexualidad es el de la virginidad-castidad. Dentro de sus bases fundantes se encuentran las concepciones religiosas de dos de las vertientes culturales más importantes que conforman la identidad mestiza de la mayoría de los mexicanos: por un lado, la religión católica y por el otro, los remanentes de la cultura prehispánica. Esto, aunado al papel de los medios masivos de comunicación y los procesos de globalización y “modernidad” que vive el país, sirve de base para la construcción y significación de los primeros encuentros sexuales.

El objetivo de este capítulo es aportar elementos que permitan comprender la construcción social de la sexualidad en los adolescentes del medio rural, así como los mecanismos y actores que participan y regulan la iniciación de su vida sexual; considerando ésta como una de las experiencias más importantes para ellos y

ellas, en la medida que socialmente los convierte en sujetos de sexualidad y los sitúa de manera diferente dentro del ámbito socio-cultural en el que viven.

El eje central de este trabajo es el análisis de las creencias, prácticas y mitos sobre la virginidad para la mujer y la iniciación sexual prematrimonial para el hombre. Estas representaciones, que generalmente operan a nivel del discurso sobre la moral de los individuos, cumplen la función de normativizar las relaciones de poder, emociones y comportamientos tanto de los jóvenes, como de la población en general.

La base de la cual partimos para la elaboración de éste capítulo fue el estudio denominado: “Sexualidad, Conductas Sexuales y ETS/Sida en Población Adolescente de Zonas Rurales de Morelos y Chiapas”. Este fue un estudio de corte antropológico, donde se emplearon instrumentos cualitativos y cuantitativos. El enfoque del trabajo fue impulsado desde una perspectiva de género.¹ Sostenemos que es a través de un proceso de aprendizaje social, por medio del cual los individuos interiorizan los modelos, valores y normas que en las diversas sociedades se le atribuyen a cada sexo. Por medio de los artefactos culturales, se va definiendo lo que es ser hombre y lo que es ser mujer. Se estructuran y normatizan los espacios y actividades correspondientes para hombres y para mujeres (De Barbieri, 1992).

La finalidad de este trabajo es contribuir a la reflexión sobre la sexualidad y la salud reproductiva de

¹ Motivados por la importancia que tiene la categoría de género dentro del análisis y estudio de temas relacionados con sexualidad y salud reproductiva en general.

los adolescentes de áreas rurales de México. A partir de ésta, diseñar campañas preventivas contra enfermedades de transmisión sexual (ETS) y Sida, teniendo en cuenta la heterogeneidad socio-cultural del país. México es muy diverso, tanto étnica, geográfica, como históricamente; de allí que los programas de educación para la salud deben considerar los diferentes contextos y poblaciones, para que realmente tengan un impacto positivo y sean efectivos.

Hemos estructurado el capítulo en varias secciones: la primera, el marco teórico y de referencia permite ubicar algunos postulados a partir de los cuales se construye el objeto de estudio; la segunda, el contexto donde se implementó el trabajo, sitúa al lector en las comunidades; la tercera se refiere a la metodología que, para éste capítulo, se aboca a los instrumentos cualitativos; en la cuarta se presentan los resultados que engloban los significados de la virginidad para la mujer, el hombre y la comunidad, incluyendo la importancia que ésta cobra para el matrimonio y el control de la mujer, incluso en espacios extracomunitarios. Así mismo, la castidad masculina y sus funciones normativas. Al final de esta sección se aborda el papel de la comunicación y la información en la funcionalización de los mitos. En la quinta y última parte se hacen algunas reflexiones que pretenden subrayar el papel de la virginidad respecto a los paradigmas de género y la normatización de las dinámicas sociales y culturales que regulan los significados de la sexualidad.

I. Construcción del objeto de estudio: marco teórico y de referencia

En las comunidades donde se desarrolló el estudio, las creencias, mitos y prácticas sobre la virginidad y el inicio de la vida sexual se encuentran estructurados y normados por valores morales y religiosos.² Estos se han ido de-construyendo a partir de concepciones tradicionales y modernas, que provienen tanto de referentes occidentales como indígenas, mestizos y de otros contextos, acercados por los medios de comunicación, la escuela y la migración.

² La religión predominante católica (y Guadalupeana). En este sentido nos referiremos básicamente a la religión católica.

Siguiendo a López Austin (1990) diríamos que el mito es un producto social surgido de innumerables fuentes, cargado de funciones, persistente en el tiempo, pero no inmune a él. Como todo producto social, adquiere su verdadera dimensión cuando es referido al conjunto social donde cobra vida. En este sentido, no puede llegarse a una definición única del mito de la virginidad, ya que es un concepto abierto y por su naturaleza, es un relato anónimo. En tanto realidad social, el mito de la virginidad es ambiguo. Esta complejidad tiene que ver con el hecho que navega entre diversos órdenes causales. Por ello, de acuerdo a la tipología que hace López Austin (1990) podemos ubicarlo como objeto ideológico, como texto, como una vía particular de transmisión de la cultura, como un recurso de conservación de la memoria colectiva, como custodio de normas, o bien como todo esto en conjunto. En el caso de la sexualidad, la presencia del mito va más allá de la realización de su narración: rige las conductas y hábitos sexuales de los individuos, así como las normas que los califican. La expresión mítica aparece, entonces, como dos formas diferentes. Una es la narración, la otra es una expresión dispersa, omnipresente, difusa, que se da por diversos medios: gestos, actitudes, imágenes visuales, metáforas, muchas veces apenas perceptibles. Esta forma de expresión mítica crea los sistemas de congruencia y normatividad que regulan buena parte de la conducta sexual. Uno de los puntos claves a tener en cuenta, es que las relaciones del mito dentro de la globalidad social son recíprocas y múltiples. Esto hace que la realidad del mito sea “ni esto, ni lo otro”. Transita de una tradición a otra modificándose, por que no sólo está compuesto de palabras

Mitos, Religión y Sexo

El análisis del mito de la virginidad, no puede abstraerse de la herencia histórica. Al respecto hay varios mitos fundantes: por un lado los que refieren al universo occidental y por el otro, los que emergen de la cultura mesoamericana. En este capítulo, analizaremos solamente los primeros.

En la cultura occidental, existen dos mitos fundantes relacionados con la mujer y la sexualidad: el

episodio clásico de la Caja de Pandora y el relato bíblico del Pecado Original. En ambos subyace la idea de la malignidad femenina.

“Zeus castiga a la humanidad con la creación de la hermosa Pandora para esposa de Epimeteo. Ella puede gozar de lo que quiera en el mundo, menos de abrir la caja que Zeus le entregó en el momento de su creación. La mujer no soporta la curiosidad y entre-abre la caja, de donde, en un instante, salieron todos los males que aquejan a la humanidad. Ella es la responsable. Es por quien entró la desdicha a la humanidad” (Hernández, 1995).

La Biblia, por su parte, nos dice en el Génesis que Dios creó al hombre, lo modeló en barro y le dio vida; lo llevó al paraíso para que allí viviera, lo cultivara y lo cuidara; le dijo que podría comer la fruta de cualquier árbol, menos del árbol de la ciencia del bien y del mal “pues el día que de él comas, morirás seguramente” (Sagrada Biblia, 1986). Posteriormente Dios creó a la mujer de la costilla del hombre. Luego “ese ser”, la mujer, que fue creado para hacer compañía y ayudar al hombre (que no fue concebido en sí mismo, sino en función de otro) es la responsable de todas las desgracias humanas. Ella se deja seducir por la serpiente, toma el fruto prohibido, arrastra al hombre a la tentación y por ello fue castigada. Dios le dijo:

“Multiplicarás tus tristezas y tus preñeces. En medio del dolor darás a luz a tus hijos, tu deseo te llevará a tu marido y él será tu señor. Y para Adán sentenció: Por haber oído la voz de tu mujer y haber comido la fruta que te había prohibido comer, maldita será la tierra para tu trabajo: con fatiga comerás de ella todos los días de tu vida... comerás el pan con el sudor de tu rostro...” (Sagrada Biblia, 1986).

En ambos relatos la mujer aparece en la vida del hombre causándole todos sus males. Antes de ello, el hombre vivía en el paraíso. La culpabilidad de la mujer tiene una relación directa con el sexo. En los dos casos hay una prohibición que es transgredida por ella que es débil, que cae en la tentación y arrastra al hombre, ella lo condena a una vida de sufrimientos.

En el transcurso de la historia, los mitos se van actualizando, como la reproducción es un hecho innegable, la religión católica reivindica la figura de la mujer en la madre virgen. Para su explicación es imprescindible tomar en cuenta a la mujer y el sexo. La virgen

María es madre, pero sin haber tenido relaciones sexuales. En este sentido, su cuerpo está asociado a la reproducción, al hijo y a la crianza del mismo. Su cuerpo vale en tanto engendra vida, vale por la presencia del “otro”, del hijo (Alfie *et al.*, 1992). De esta manera la mujer-madre no se pertenece a sí misma, como tampoco se ha pertenecido, según los mitos fundantes, desde su creación.

En las comunidades donde se desarrolló el estudio, la imagen de la virgen (y su virginidad) es fundamental en la construcción de las identidades genéricas y para la reproducción de ciertos valores ligados a lo femenino incluyendo en ello la autopercepción, es decir la imagen desde la cual las mujeres se constituyen como sujetos y definen sus ideales (Alfie *et al.*, 1992).

Al hablar sobre el papel que la iglesia católica le asigna a la mujer hoy día, el Secretario General de la Conferencia del Episcopado Mexicano, Monseñor Godínez (1992), alude claramente a las cualidades de la Virgen:

“En la Iglesia católica, la mujer está simbolizada con la media naranja, como complementaria del varón; también con el corazón y con la paloma de la paz, es decir con la Virgen María y entre los mexicanos con la Señora de Guadalupe. La imagen de Eva es el modelo que la mujer no debe seguir, más bien es un modelo a escarmentar en las mujeres. [Por el contrario] María es el nuevo principio de la dignidad y vocación de la mujer. En María coexisten la virginidad y la maternidad... El papel específico de la mujer es ser madre, pero por otro lado la Iglesia considera que la virginidad es otro de los caminos que la mujer debe seguir para realizar su personalidad” (en Alfie *et al.*, 1992: 150).

La subordinación femenina, por naturaleza, y por destino queda clara. La sexualidad debe someterse a reglas y normas que le permitan disfrazar, si no, eliminar el deseo. Lo que no es puro, lo que debe esconderse y negarse. La imagen ideal es justificada a través del mito de la virginidad, que permite normar la sexualidad dentro del orden establecido. Es decir, dentro de los límites de las instancias (el matrimonio) que lo dispensan, y para definir el deber ser femenino (la maternidad y la procreación).

En México, con la conquista y colonización, se produjo un sincretismo de ritos y símbolos que dio origen a una nueva cosmovisión: la mestiza. De acuer-

do a lo planteado por Miriam Alfie (1992), queremos subrayar que el choque entre dos culturas durante la época colonial ha dado a la sexualidad características especiales, provenientes de creencias, mitos y prácticas tanto europeas como indígenas, que se han combinado para formar ciertas configuraciones culturales. Algunos elementos de tales formaciones simbólicas permanecen hasta nuestros días y se actualizan con aportes de la "modernidad".³

II. Contexto

El estudio se llevó a cabo en áreas rurales de dos estados de la república Mexicana: Morelos (en el municipio de Yecapixtla, comunidad de Achichipico) y en Chiapas (en el municipio de Comitán, comunidades Francisco Sarabia y La Floresta).⁴ Las tres comunidades se caracterizan por tener una actividad económica ligada básicamente a la agricultura de temporal. Son poblaciones menores de 2,500 habitantes, donde la mayoría de sus habitantes viven en condiciones de pobreza y alta marginalidad. Pese a la inaccesibilidad bastante generalizada a ciertos servicios como agua, luz, drenaje, pavimentación y eliminación de excretas (INEGI, 1990), existen diferencias socio-económicas entre quienes poseen mayores tierras de cultivo y emplean instrumentos más modernos y quienes producen sólo para el autoconsumo y trabajan como asalariados o migran como jornaleros. A pesar de ser estados socio-culturalmente distintos, en ambos se observan lo que García Canclini (1990) ha llamado culturas híbridas, las cuales presentan fragmentos de tradiciones, modernidades y posmodernidades, donde las representaciones de lo social se están re-elaborando constantemente. Esto se da en escenarios donde se entrecruzan vestigios del mundo Nahua (Tlahuica) para Morelos y Maya (Tojolabal y Tzeltal) para Chiapas; paralelamente con

artefactos de tecnologías electrónicas y de los medios de comunicación.

Con el fin de ubicar a los lectores en el contexto donde se desarrolló el estudio, describiremos brevemente algunas características de las comunidades.

Achichipico está situado a una hora de Cuernavaca (capital del estado de Morelos), cerca de las faldas del volcán Popocatepetl. En Achichipico, la producción de jitomate para el mercado nacional ha propiciado cambios en las relaciones laborales. Se ha incorporado mano de obra femenina local (sobre todo jóvenes) y también se observa una considerable inmigración de jornaleros agrícolas provenientes de Oaxaca y Guerrero. El acceso a una economía de mercado, se ha traducido en incremento de ingresos para los productores.

Esta "modernización" asentada básicamente en el terreno económico, no es un proceso que se da en forma lineal, ni cambia drásticamente el panorama. Podríamos hablar de tendencias, donde coexisten en conflicto, formas de producción "modernas" con valores culturales más bien tradicionales.

Recientemente, las jóvenes han pasado a jugar un papel más directo en la producción. Pese a ello, continúan presionadas por el poder y el control masculino, sobre todo en el campo de la sexualidad. Sin embargo, hay fracturas que son significativas, por ejemplo la participación de ellas en ciertos espacios de dirección de programas de huertas familiares y centros comunitarios para niños.

El Ejido Francisco Sarabia se ubica a 13.5 Km. de distancia de la ciudad de Comitán, muy cerca de la frontera con Guatemala, está marcado por las condiciones históricas que caracterizan a una parte considerable del estado de Chiapas:⁵ el empobrecimiento de sus áreas de cultivo, la explotación maderera no sustentable, la introducción de monocultivos como el café, y la llegada de la ganadería extensiva, mismas que han orillado a campesinos a migrar. Desde hace sesenta años, se registra la llegada de inmigrantes provenientes del municipio de Las Margaritas, Chiapas. La mayoría son indígenas de origen Tojolabal, que llegaron a trabajar

³ En este capítulo nos concentraremos en la virginidad y sus referentes occidentales. Estamos conscientes de la importancia de los aportes prehispánicos y modernos, mismos que serán tratados a profundidad en otro trabajo.

⁴ A lo largo del capítulo, cuando nos referimos a Chiapas y Morelos, se hace alusión solamente a las comunidades donde se realizó el estudio. En este sentido, los datos no pueden generalizarse a otras comunidades de estos estados.

⁵ Es importante mencionar que Chiapas es un estado en el cual la pobreza se encuentra aún más generalizada que en otros estados de la república mexicana. Ello, aunado al racismo y las desigualdades sociales, ha sido uno de los principales detonadores de la guerra que hoy en día se libra en esa región.

las fincas “de los alemanes” (muchas veces en forma gratuita a cambio de tierra o su permiso para cultivarla). Con el paso de los años se intensificó el proceso de mestizaje y por ejemplo la lengua materna cayó en desuso. Así mismo, se han dado emigraciones recientes de habitantes de F. Sarabia a otros estados (incluyendo el Distrito Federal). Éstas han tenido un fuerte impacto en la adopción de nuevos patrones de conducta (sobre todo en el campo de la sexualidad) modificando las estructuras tradicionales.

El Ejido de La Floresta, ubicado en un pequeño valle a orillas de la carretera Panamericana en el tramo Comitán-San Cristóbal, es un área muy accidentada y poco fértil. Se fundó aproximadamente a principios de los años cuarenta, por peones originarios de la región de Huixtán que llegaron a trabajar a las fincas San Antonio y Salvatierra. La población actual es predominantemente de origen Tzeltal. Motivadas fundamentalmente por razones económicas, las rutas migratorias se dan principalmente hacia Comitán y San Cristóbal de las Casas, también a Tlaxcala, Puebla y el D.F.⁶

En el curso de escasos años, las actividades laborales relacionadas con la migración se han modificado sustancialmente. En un principio, eran eminentemente agrícolas. Hoy se busca empleo en diversos oficios, propios del medio urbano.

En la descripción del contexto, hemos destacado el aspecto de la migración puesto que el movimiento de las poblaciones rurales a las zonas urbanas, puede traducirse en mayores posibilidades de desarrollar conductas sexuales de riesgo y por ende la diseminación de ETS-SIDA. Para diseñar programas de prevención en población rural adolescente, este factor debe tomarse en cuenta.

III. Metodología

La base empírica de este análisis fue construida a partir de información obtenida a través de métodos cualitativos. La metodología cualitativa nos permitió explorar en profundidad los temas de investigación (mitos, creencias y estructuras sociales relacionadas con la se-

⁶ La abundancia de mano de obra, en relación a la cantidad de tierra cultivable, es una de las razones que empuja a los jóvenes a migrar.

xualidad y las ETS-Sida), desde una perspectiva histórica y como proceso social.

Ubicamos al adolescente como integrante de un ámbito macro social, y a su sexualidad como una entidad construida a partir de las inter-subjetividades (incluyendo la de los/las investigadores/as), que se mueven en varios niveles (personal, familiar, comunitario y al nivel que acercan los medios de comunicación y el sistema de educativo). Los códigos sociales, los mitos y las estructuras familiares, los situamos como condicionantes de la identidad sexual del adulto emergente (Janesick, 1992; Denzin y Lincoln, 1994).

Obtuvimos la información a partir de un diálogo entre los adolescentes y los investigadores (Amuchástegui, 1996). También trabajamos con familiares, líderes comunitarios, trabajadoras sexuales, maestros y personal vinculado a la salud, tanto del sector formal como del “tradicional”. La unidad de análisis fue el discurso de los sujetos recopilado en las entrevistas, las cuales fueron transcritas lo más fielmente posible. Analizamos tanto el discurso hablado (que describe el contenido de mitos y creencias) como el nivel no verbal o analógico (que califica la información verbal e indica la forma en que ésta debe entenderse). Es importante mencionar que, en general, los adolescentes hablaron de su vida sexual influenciados por las normativas locales y muchas veces refiriéndose a experiencias de terceros.

Los datos obtenidos en cada escenario (Chiapas y Morelos) fueron comparándose entre sí. Para sorpresa nuestra, no encontramos mayores diferencias. Por lo cual en este capítulo no nos detendremos en comparaciones en un sentido estricto. Con el fin de apoyar los resultados del trabajo, hemos incorporado algunas de las verbalizaciones de los informantes.

Población de estudio e instrumentos

Se seleccionaron informantes hombres y mujeres, entre 13-45 años a quienes se aplicaron los instrumentos cualitativos. Se conformaron sub-grupos tomando como criterios la edad, nivel socioeconómico y sexo. En este capítulo se está tomando en consideración la información obtenida en 17 entrevistas a profundidad con estudiantes de las secundarias rurales, hombres y

mujeres, de similar nivel socioeconómico, solteros, que vivían con sus padres o algún familiar, entre 13-19 años. También se incluyen fragmentos de entrevistas a trabajadoras del sexo comercial (N:2) e informantes clave adultos de la comunidad (N:6).

El anonimato y la confidencialidad fueron garantizados tanto en el trabajo de campo, como en la presentación de los resultados. Para estructurar las guías de entrevista, tomamos en cuenta una constelación de temas surgidos inicialmente de la revisión bibliográfica, los cuales se fueron modificando a partir del propio discurso narrativo de los informantes. El contenido fue definido con base en información de grupos focales (realizados en una etapa previa) y materiales bibliográficos (Amuchástegui, 1999; Weeks, 1993; Castañeda *et al.*, 1997; Denzin y Lincoln, 1994). Para su conducción nos basamos en experiencias previas y manuales de metodologías cualitativas (Fontana y Frey, 1994; Agar, 1986; Mexfam, 1992; Castañeda *et al.*, 1996). Por el tipo de estudio, el análisis y la discusión de resultados están entrelazados.

Estructuramos esta sección en tres partes: a) las implicaciones de la virginidad para las mujeres, los hombres y la sociedad en general; b) el inicio de relaciones sexuales pre-maritales para los hombres; y c) la relación de estos dos aspectos con la información y la comunicación. Cada parte tiene subdivisiones temáticas.

IV. Resultados

a) La virginidad para la mujer.

La virginidad femenina se relaciona con la primera relación sexual y la ruptura del himen o “desfloración”.

“Ser virgen significa no haber tenido relaciones sexuales”. (Mujer, Mor. 16 años)

Sin embargo, algunos informantes mencionaron que también las mujeres pueden perder la virginidad a causa de la luna.

“La luna es la que se aprovecha de la mujer antes que el hombre, es por esto que le baja su regla, por eso la sangre...” “...la luna estrena a la mujer por primera

vez”. “Muchas veces la mujer prefiere casarse joven, entre 10 y 14 años, para que sea el hombre quien primero la goce y después la luna... así están seguros”. (Partera, Mor.)

En este sentido, el sangrado es un indicio de desfloración que, aunque parcial y mítica, aparece como involuntaria, y por lo tanto no es condenada con los preceptos de la moral imperante.

En las sociedades patriarcales, donde la experimentación del deseo y el placer son fundamentalmente privilegios masculinos; la mujer (y su cuerpo) vive en una posición de fragilidad y peligro, en tanto sujeto de sexualidad, ella debe protegerse (real y simbólicamente) para conservar el estatus de “pureza” con el cual los ideales religiosos la han investido. En ese contexto, el mito de la virginidad opera en el ámbito del deber ser. En el imaginario femenino, se redime el placer y se limita la relación sexual a la procreación. La pérdida de la virginidad queda socialmente dispensada cuando se da dentro de la instancia permitida (el matrimonio). El papel de custodia que juega el mito es claro. De allí, la necesidad de magnificar la maternidad. El mito de la virginidad cumple así la función de regular el orden establecido, subordinando el deseo, al deber ser. El mito permite vigilar que la “pureza” del cuerpo virgen se mantenga, garantizando no alterar el orden de lo sagrado.

El cuerpo se construye a partir de la cultura y es receptáculo de normas que dictan la ideología dominante. El cuerpo funciona como catalizador del mito en la medida que permite “leer” el estado de virginidad (o no) de la mujer. La máxima evidencia de su pérdida es el embarazo. Varios informantes afirmaron que el cuerpo de la mujer cambia cuando tiene relaciones sexuales y por eso muchas jóvenes tienen miedo que “se les note”.

Otro indicador colectivo de actividad sexual es el conocimiento y la información sobre temas que toquen directa o indirectamente la sexualidad. Las mujeres se cuidan al expresarse públicamente, ya que saber, en el imaginario sexual, equivale a haber experimentado. La virginidad es algo muy frágil, ya que no solamente se deja de ser virgen con la ruptura del himen o por alguna otra causa “sobrenatural”, sino también por saber o hablar de temas relacionados con sexo.

"Cuando ya no son vírgenes se les nota, se ponen con ojeras, se les curvean las piernas y se ponen amarillas". (Hombre, Chis. 17 años)

"La mujer como que embarnece más". (Madre, Chis.)

Para algunas mujeres vírgenes aceptar tener su primera relación sexual equivale a entregar lo más importante que tienen. De allí que muchas lo hagan cuando están seguras que van a contraer matrimonio, o en su defecto, para presionar que ocurra. Es su "regalo" para el hombre, para quien se han cuidado. El ideal de pureza que fomenta la religión católica es unidireccional y subordina a la mujer, quien muchas veces vive la iniciación ("la entrega"), en función de la estima del hombre. Es por esta razón que usualmente la pérdida de la virginidad se da unos meses antes del casamiento, una vez que el compromiso ya es formal.

"Uno lo paga muy caro si no es con el esposo con quien deja de ser virgen". (Estudiante, Chis. mujer 17 años)

"Que una mujer llegue virgen al matrimonio, es lo máximo". (Estudiante, Mor. mujer 15 años)

"La virginidad tiene toda la importancia para que una mujer sea aceptada". (Maestra, Chis.)

"La virginidad significa todo, es la posibilidad de una mujer de ser feliz o no". (Padre, Chis.)

"La que no es virgen la critican, la desprecian, y con frecuencia le faltan el respeto". (Mujer, Mor. madre soltera, 22 años)

"Prefiero morirme, a que él piense que no soy virgen". (Mujer Mor. 15 años)

Estos discursos ejemplifican lo dicho respecto a las funciones normatizadoras del mito, que al mismo tiempo refuerza conceptos tradicionales de los roles de género. Generalmente, la mujer verbaliza desde la esfera del "deber ser", aunque piensen y obren diferente. Esta carga normativa en su discurso puede estar determinada (además de lo religioso), por la sujeción

que la mayoría de ellas tienen al núcleo familiar, la dependencia económica a éste, y por subordinación hacia el género masculino.

Para otras mujeres lo que importa es su futuro, la posibilidad de contraer matrimonio; la virginidad se convierte así en el pasaporte para la manutención por el resto de su vida; vehículo a través del cual pueden asegurarse un marido. Aquí entran en juego intereses económicos y de posición social, que hacen que ciertas mujeres vírgenes "cortejen" y provoquen a los hombres a tener relaciones sexuales, asumiendo así un papel más activo.

La muchacha que no llega virgen al matrimonio es una transgresora, ya que no ha observado las reglas sociales establecidas; lo cual implica su "muerte social". Si su práctica sexual deriva en una unión, entonces se puede llegar a legitimar. En este sentido, la vida sexual de la mujer tiene un carácter público. También el hombre que se casa con una mujer que ya no era "pura", sufre cierta presión social:

"La familia de él no le perdona haberse juntado con una que no vale nada". (Padre, Chis.)

"Esa mujer era bien loca y el tarugo (tonto) se casó con ella". (Mujer, Mor. 16 años)

Cuando una soltera se embaraza hace evidente la pérdida de su virginidad. La madre también es señalada como culpable de este hecho, *"por no haber educado bien a mi hija"* (Madre, Mor.). La culpabilidad de la hija se trasmite a la madre, queda siempre en las mujeres: ellas son las culpables, por ser mujeres, por suponer que a ellas les gusta esa conducta, *"porque no son honestas"*. (Partera, Chis.)

La sexualidad de la mujer se encuentra fuertemente vinculada a la reproducción y a la sexualidad del hombre. A decir de Basaglia (1980) el ser considerada cuerpo para otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada sujeto histórico-social. Su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros. Esto trae consigo problemas relacionados con su auto percepción y estima. La construcción de la identidad femenina, centrada en la maternidad y en la capacidad de relacionarse y ser para otros, tiene conse-

cuencias decisivas en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio, en el cuidado de su cuerpo, y su bienestar (Szasz, 1993).

La virginidad femenina como propiedad masculina

Para el hombre, la virginidad de la mujer, le permite comprobar su virilidad. “Desflorar” a una mujer es prueba de masculinidad y poderío.

“La virginidad cuenta mucho, pero más para los esposos, pues ellos prefieren ser los primeros que disfruten a la mujer”. (Madre, Mor.)

Las significaciones de la virginidad, dentro de los paradigmas de poder masculino, son considerables. Son los hombres quienes exigen el “sello de garantía” a las mujeres. Si ellas no pueden cumplir con este requisito, generalmente son rechazadas, sufren de marginación y maltrato por parte del compañero y de la familia y si llega a trascender de los muros domésticos, de la comunidad, los hombres sienten enfrentar una situación de engaño, se sienten menospreciados:

“...les ha de dar coraje que otro hombre haya sido el primero en disfrutar a uno. Seguramente esto les da frustración por no encontrar a la mujer como esperaban”. (Mujer, Mor. 15 años)

Respecto a la normativa social, lo que está en juego no es necesariamente la ruptura física del himen (se sabe que hay mujeres que tienen el himen elástico y otras que siendo vírgenes, no sangran con la primera penetración), sino que se sepa que la muchacha es virgen (y que él lo crea). Los costos sociales que debe enfrentar un joven que decide esposar a una muchacha que se “sabe” ha tenido relaciones con otras personas, o es madre soltera, son grandes. La circularidad de la información en este tipo de poblaciones funciona como mecanismo de vigilancia anónima, y omnipresente. Varias informantes señalaron que cuando un hombre se entera que su esposa no era virgen, muchas veces las dejan o las golpean, por la “traición” de la que fueron objeto.

“Para mí fue algo muy bonito entregarme por primera vez, porque estaba enamorada, fuimos novios siete

años... yo lo tomé como algo normal que tenía que suceder si los dos nos queríamos. Pero no me casé con él, y he sufrido mucho por eso...” (Mujer, Mor. 20 años)

La sexualidad se encuentra así ligada a la violencia. Muchas de las mujeres en estas comunidades son víctimas de hombres golpeadores (padres, hermanos, novios y esposos). En su estudio sobre femineidad Marcela Lagarde (1990) señala la presencia de la violencia como parte de la relación de poder entre los géneros, bajo la cual subyace una ritualización en la que el hombre busca demostrar su fuerza física y hacer valer su poder frente a la “debilidad” femenina. Una de las entrevistadas manifestó:

“Si una muchacha no llega virgen puede tener problemas en su vida matrimonial, pues el marido siempre se lo dice, le pega y le saca los trapos al sol... Los hombres le ‘echan en cara’ a sus actuales esposas el hecho de haber tenido relaciones sexuales con ellos mismos antes de casarse”. (Mujer, Mor. 16 años)

La mujer que no es virgen no será respetada por los hombres, e incluso podrá perder la oportunidad de casarse. Al respecto, una madre soltera, de 20 años en Mor. comentó:

“El papá de mis hijos nunca me perdonó que cuando yo estuve con él ya no era virgen. Nunca me dijo nada ni me reprochó, mantuvimos relaciones muchos meses y cuando me embaracé y se lo dije, entonces me reprochó diciendo ‘tú cuando te metiste conmigo ya no valías nada, sabías de antemano que ya no me iba a casar contigo’”.

En los relatos precedentes puede observarse el juego con el *doble discurso*. Por una parte defienden el hecho de tener relaciones sexuales antes de casarse y, por la otra, quieren que la mujer sea virgen. Esta es una contradicción: si la mujer lo quiere debe demostrarse entregándose, pero si se resiste a la seducción, entonces es considerada una mujer que vale la pena, que puede ser esposa y la madre de sus hijos. La virgen es, por consiguiente, el ideal de mujer que tienen los hombres, símbolo de la pureza, reforzado por la vigencia y actualización del mito.

Existe un nexo entre la virginidad y el matrimonio, como institución legitimadora de la actividad sexual. La mayoría de los/las entrevistados/as manifestaron que es importante llegar virgen al matrimonio. Esta regla es requerida únicamente para las muchachas, ya que el hombre goza de libertad y permisibilidad para ejercer su sexualidad. Sin embargo, de acuerdo a los discursos (de hombres y mujeres) muchas veces la norma no se cumple. En este sentido, hablamos también de una *doble moral*, de una disociación entre el discurso y la práctica. Las transgresiones de las muchachas pueden tolerarlas siempre y cuando exista discreción: se sabe que tienen novio pero no pueden ostentarlo. Se “supone” que la mayoría no llega virgen al matrimonio. Algunos(as) informantes de Morelos (14-17 años) aseguraron que la regla de llegar virgen al matrimonio ya no se cumple y que son pocas las muchachas que “*se casan mereciendo el vestido blanco*”. (Maestra, Chis)

“La verdad muchas cuando se casan no son vírgenes”.
(Hombre Mor. 17 años)

“También es un orgullo vestirse de blanco, pero cuando se sabe que ya no son señoritas, la gente dice que mejor fuera de crema, que cómo se atreve”. (Hombre, Chis. 17 años)

“No están permitidas las relaciones sexuales durante el noviazgo, pero la verdad casi todos los novios tienen relaciones.” (Hombre, Mor. 15 años)

En Chiapas, el peso de la religión en este sentido es más fuerte que en Morelos; la que no es virgen ya no se puede casar de blanco. Se dice que no solamente ha ofendido a su familia y a la comunidad, sino que también ofendió a Dios. Las novias que llegan vírgenes al matrimonio depositan su ramo en un altar como ofrenda a la virgen de su pureza y castidad.

La mujer que pierde la virginidad dentro del matrimonio es considerada una mujer pura, la que la pierde fuera no lo es. Una mujer que se embaraza sin estar casada, es desvalorizada frente a la comunidad y se cree que cualquier hombre podrá proponerle tener relacio-

nes sexuales sin ningún compromiso. Esa mujer ya no es “seria”, su cuerpo se ha “prostituido” con el libre ejercicio de su sexualidad, porque ha antepuesto el deseo y el placer a la función reproductiva que la sociedad (y la religión cristiana) históricamente han normado. El hijo de esta mujer será, en consecuencia, el castigo a su comportamiento.

La figura de la “madre soltera” habla del ejercicio de la sexualidad fuera del matrimonio. “Ese cuerpo libre que ella representa es aceptado por estar asociado a la reproducción (al hijo/a), de modo contrario sería simplemente un cuerpo ‘libertino’, prostituido” (Montecino, 1991: 30). Al respecto afirmaron varias de las entrevistadas: “*La madre soltera ya no tiene los mismos derechos*”. Si la mujer es madre soltera se le considera casi como una prostituta, aunque por el hecho de tener hijos se le exime de cierta culpabilidad, justificándola con la adopción de la responsabilidad de haber tenido un hijo y no haberlo abortado. Con este tipo de maternidad la mujer adquiere el estatuto de ser responsable, pero no por ello se le asocia con una identidad pura; su hijo es la evidencia del contacto con el placer.

Es difícil que una madre soltera se case. En Morelos se habla de ellas como “fracasadas”, como las que “salieron mal”. Su situación es difícil, ya que el hijo atestigüa el “error” cometido. De acuerdo a los preceptos normados por el mito de la virginidad, toda actividad sexual fuera del matrimonio tiene, necesariamente, una finalidad diferente a la de la procreación y, por ello, constituye un pecado (Flandrin, 1987).

“La gente ya sabe que uno no anda sólo de novios, entonces el hombre ya ve difícil casarse con uno, pues la gente habla mal”. (Mujer, Chis. 16 años)

“Ya ninguno se les acerca (a las madres solteras) para ser noviecitos. Si los quieren tienen que demostrárselos dándoles lo que ya le dieron a otro”. (Hombre, Mor. 17 años)

Por estas presiones, las jóvenes tratan de mantener y defender su status de “señoritas”. La virginidad está asociada a la pureza, al hecho de estar limpia; lo impuro es el sexo, pero el ejercido libremente por la mujer; no es el hombre el que la mancha, es ella la que se mancha al aceptar tener relaciones extramatrimoniales. Si ella acepta, es su responsabilidad:

"La mujer tiene la culpa, si ella no hubiera aceptado no hubiera pasado nada". (Mujer, Mor. 13 años)

Los dichos populares relacionados con la permisibilidad de tener relaciones sexuales (antes del matrimonio) para uno u otro sexo son significativos: *"Cuiden a sus gallinas que mis gallos andan sueltos"*. Con este refrán se pone en claro la libertad que tienen los hombres para ejercer su sexualidad, mas no las mujeres, quienes se deberán cuidar y no aceptar los embates masculinos. El hombre tendrá la libertad de proponer cuantas veces quiera, cuando y donde lo desee, ellas deberán rechazar esas propuestas si quieren seguir siendo "respetables".

"Si tú te das a respetar, el hombre te respeta." (Mujer, Chis. 12 años)

El matrimonio es, pues, la instancia legitimadora por excelencia de las relaciones sexuales. No legitima únicamente el ejercicio de la maternidad, sino también las prácticas sexuales y la naturaleza de los vínculos sociales.

La "huida" como alternativa legitimadora

Muchas veces la "huida" (si posteriormente se formaliza) es "permitida". Generalmente se justifica ante dificultades económicas. Es una solución a los altos costos de casarse por la iglesia y hacer una fiesta (a la cual por lo general asisten más de 300 personas). Actualmente un buen número de parejas ya no se casan sino que "se van", "se huyen". Para legitimar esta unión deben "pedir perdón" a los padres de ella, ya que la huida y rapto de la novia *"ofende el honor de la familia de la muchacha"*. El "pedir perdón" en Morelos, no difiere de lo que se acostumbra en Chiapas. Consiste en la visita que hacen los padres y/o padrinos del muchacho a los padres de la muchacha. Generalmente van acompañados de familiares y de los propios novios. Primero pasan los padres y luego los novios. Los visitantes llevan comida y bebida y hay quienes acostumbran llevar "ceras" (velas). El perdón puede o no ser concedido (aunque generalmente lo es) y de esto depende que la muchacha quede disculpada socialmente. Sólo después de que el perdón es concedido, se legitima la unión y se desagravia a la familia de la muchacha.

La virginidad como patrimonio familiar

La virginidad también está en custodia de la familia. Si la muchacha pierde su virginidad los ofendidos son los hombres de su familia. Sobre esto, Richard Parker (1991) sostiene que en el caso de la virgen, el control está primero en manos del padre y, por extensión, de los hermanos. El himen es la prueba de su inocencia, y simultáneamente, marca de la dominación masculina, señal de la autoridad del padre y símbolo del honor familiar. Se espera que esa dominación se transfiera, del padre y hermanos a el marido, transferencia de poder simbolizada después del casamiento, en el primer acto sexual de los novios. Con la "entrega del himen" el marido comienza a ejercer control sobre el cuerpo de su nueva esposa. Se transfiere así, el honor del padre y los hermanos a el marido.

Nosotros observamos que en estas comunidades existe coincidencia con lo establecido por Parker (1991). Sin embargo, polemizamos con el autor, en el sentido que la atribución a la parte fisiológica (ruptura del himen) no es necesariamente lo central. Por ejemplo, muchas de las jóvenes acceden a tener relaciones sexuales con su novio al formalizar el futuro casamiento. Posiblemente lo que hay aquí es una entrega simbólica mediante el casamiento, la entrega física pudo haberse dado anteriormente.

Si la muchacha pierde la virginidad fuera del matrimonio deshonra a su familia, pues los hombres (guardianes del honor familiar) han sido agraviados. Los amigos pueden burlarse del hermano de la joven que perdió la virginidad y/o quedó embarazada. Para los "machos" de la familia es una vergüenza no haberla cuidado bien y se dice que *"les vieron la cara"*. Esto ilustra nuevamente el refrán *"cuiden a sus gallinas..."* y, de una u otra forma, cuestiona la eficacia simbólica del control masculino y el respeto a la autoridad en el seno familiar. Ante esta situación los ofendidos son los perdedores y gana el que deshonró. Juegos de poder, como diría Foucault. La madre soltera que no es "recogida", la transgresora, no se va a vivir sola, se queda con sus padres. Como señala Octavio Paz (1980) en *El Laberinto de la Soledad*, estas muchachas son "las hijas de la chingada".

La posibilidad de tener educación superior, es decir, después de la Telesecundaria, está fuertemente limitada para la mujer por el miedo que tienen los padres a la “pérdida de su virginidad”.

“Su papá no la dejó seguir estudiando porque hay que salir del pueblo, luego los choferes de los taxis pueden abusar de ellas o bien la gente empieza a hablar”.
(Partera, Mor.)

“Yo quería estudiar medicina o maestra de inglés, quería ir a Ozuumba, porque en ese entonces aquí no había Telesecundaria, pero no me dejaron y dejé de estudiar dos años. La razón fue que cuando comenzó la Telesecundaria habían entrado muchachos que ya eran grandes, entonces mi papá no quería que yo fuera por el miedo de que ya no fuera señorita”. (Mujer, Mor. 32 años)

Para las muchachas la restricción es fuerte, pues está en juego su reputación. Tanto en las comunidades de Chiapas como en las de Morelos, para estudiar la preparatoria, hay que trasladarse a las cabeceras municipales, lo cual implica que las muchachas tienen que abandonar la comunidad muchas horas. Esto las sitúa fuera del control familiar. No ser sujeto de vigilancia, propicia la transgresión de las normas que están directamente relacionadas con su sexualidad. Una mujer que sale sola es libre, y por lo tanto no es confiable.

En el caso de Chiapas, este hecho cobra una importancia central por la migración. El control que la familia y la sociedad ejercen sobre la mujer (para que llegue virgen al matrimonio) se pone en juego cuando una de ellas sale fuera en busca de trabajo. Cuando una mujer soltera (virgen) migra, la vigilancia no puede realizarse. Ello genera desconfianza sobre su posible comportamiento y la desacredita como candidata para contraer matrimonio. Por ello, generalmente quienes salen de la comunidad son mujeres que después de haber tenido una relación de pareja ya no pudieron continuarla, las madres solteras o las que deciden alejarse definitivamente del lugar.

Los hombres no sufren el control de la comunidad en un sentido coercitivo sino mas bien prescriptivo, es decir, se les alienta a tener relaciones sexuales y de hecho, cualquier diferencia o falta a esta prescripción puede ser estigmatizada y condenada como homosexualidad y cobardía. “La virginidad masculina -a cierta edad- es signo de identidad viril dudosa y se espera que los hombres no lleguen vírgenes al matrimonio, en virtud del papel instruccional que deben jugar hacia su esposa... Si su experiencia no concuerda con esta prescripción normativa del deseo de coito repetido e indiscriminado, o de iniciación temprana, puede llegar a cuestionar su identidad como varón” (Amuchástegui, 1995: 12).

El hombre, no debe llegar casto al matrimonio. Por el contrario, se le estimula a un inicio temprano de la actividad sexo-genital. Entrando a la adolescencia, comienzan las presiones. La iniciación sexual generalmente se da como parte de un ritual de ingreso a la vida adulta y a la masculinidad, en el cual participan familiares y amigos. La prostitución aparece como uno de los caminos más frecuentados en este inicio.

En Morelos, los hombres acuden a prostíbulos ubicados cerca de la comunidad. Según información proporcionada por trabajadoras del sexo comercial (TSC), los muchachos acuden a los prostíbulos cuando les pagan en su trabajo o les dan “su domingo”. Por lo general no van solos, siempre lo hacen en compañía de amigos o de algún familiar quien le encarga a la TSC que “despunte” (inicien sexualmente) al joven. Según las TSC, los jóvenes generalmente no tienen conocimientos ni mayor orientación respecto a su cuerpo y menos sobre el de la mujer, ni los cuidados de la salud. Ellas asumen el papel de iniciadoras.

“Hay algunos que ni siquiera pueden hacer nada, lo único que les interesa es que sus amigos o familiares crean que sí lo hicieron”. “Otros vienen únicamente para platicar, pues aquí se sienten en confianza”.
(TSC, Mor.)

Por otro lado, en Morelos hay jóvenes que se inician sexualmente con las muchachas que inmigran de Oaxaca para trabajar el jitomate. Se trata de mucha-

chas adolescentes que cobran por el servicio, es una forma de prostitución no declarada que también se ejerce sin mayor cuidado ni precaución. Los jóvenes de Chiapas atraviesan una situación similar, pero en este caso son ellos quienes se inician sexualmente ya sea cuando se da la migración o cuando acuden a los prostíbulos de las zonas de tolerancia de Comitán.

Uno de los momentos de iniciación para los muchachos es al salir de la secundaria y empezar a trabajar en el campo. La norma dicta que los jóvenes de la secundaria aún no deben tener relaciones sexuales. Sin embargo, las evidencias de que ésta no se acata, son grandes. Según los maestros, muchos jóvenes de los últimos grados de secundaria (entre 14-16 años) ya han acudido a burdeles o bien han iniciado su vida sexual con compañeras de la escuela. Según informó una maestra en Morelos, “...algunos los hemos cachado de escapada, saliendo de los matorrales...” (Maestra, Mor.)

El cuerpo del hombre también es objeto de vigilancia:

“Se les nota en lo gordo, porque ya andan hablando de eso y por como se comportan”. (Mujer, 13 años, Mor.)

“Los muchachos se ensanchan y luego les sale panza, algunos se ponen chupados de la cara y pierden color”. (Mujer, 13 años, Mor.)

“Ya les gusta el sexo opuesto y se sienten grandes”. (Madre, Chis.)

“Se les nota porque andan allí de berracos con las chavas”. (Hombre, Mor. 14 años)

Difícilmente un muchacho puede abstraerse de la presión de sus pares o familiares para iniciar su vida sexual con una TSC. Muchas veces este inicio se da sin usar preservativos. La auto-percepción de tener un cuerpo invulnerable es constantemente reforzada por los paradigmas tradicionales de género. Además, el condicionamiento de género muchas veces es una barrera para reflexionar sobre este tipo de problemas: Ser hombre es no tener miedo, ser valiente y fuerte. A esto, debe sumárse otro tipo de representaciones sociales como la relación con la muerte y su vinculación con el destino.

Virginidad, castidad, información y comunicación

Se observó en los estudiantes que existe ignorancia o mala información sobre aspectos biológicos relacionados con el cuerpo y la reproducción.

“Los hombres ni saben cómo es una mujer cuando es virgen, sólo les interesa que sangren y que les cueste trabajo”. (TSC, Mor.)

“Algunos saben por amigos o revistas, pero si la mujer no sangra por primera vez, ya se amoló (arruinó), porque la dejan”. (Maestro, Chis.)

“Hay mujeres bien listas y como los hombres ni saben bien qué pasa, ellas se los engañan”. (Padre, Chis.)

En el imaginario colectivo se asocia a la mujer virgen con la limpieza moral y esto a su vez con cierta garantía de salud e imposibilidad de contagio de ETS. Por ello los novios que tienen relaciones sexuales, generalmente, no toman ninguna precaución. Sin embargo, la correlación es a la inversa: al tener menos conocimiento hay más ignorancia y, por lo tanto, más riesgo.

También las madres aceptaron su falta de información y preparación para orientar y poder comunicarse con sus hijos sobre aspectos relacionados con la sexualidad:

“Nosotras mismas ignoramos muchas cosas, no sabemos qué pasa dentro de nosotras y cómo funcionamos”. (Madre, Chis.)

“Sí nos preocupamos por nuestros hijos, pero no sabemos cómo decirles las cosas que nos dan pena... Dejamos que ellos lo vayan aprendiendo solos, pero corren mucho peligro”. (Madre, Mor.)

La virginidad no es un tema del cual se hable abiertamente. La información generalmente circula a través de metáforas, leyendas, chismes e incluso a través del silencio y lo no dicho.

“Nunca se les explica casi nada, solamente se les dice que se cuiden y no vayan a salir mal”. (Madre, Mor.)

En este sentido, vemos que la comunicación que se establece entre padres e hijos es más bien de carácter prescriptivo que explicativo. Lo que se vigila y refuerza (muchas veces a partir de los mitos) es el desempeño de roles y el apego a la norma y tradición. “La ignorancia de las mujeres con respecto a este tema, les impide establecer claramente cuáles son sus derechos en materia sexual” (Aramburú, 1993: 12). Por otra parte, el hecho de saber o expresarse sobre la sexualidad, pone en entredicho la “honestidad” de una mujer y por ende su virginidad.

Algunos padres depositan la responsabilidad de la educación sexual en instituciones como la escuela, el centro de salud, e incluso cursos de formación de recursos humanos que se imparten en la comunidad. Para los hijos, mantener silencio frente a sus padres respecto a la sexualidad tiene relación con el hecho que cualquier pregunta o comentario puede suscitar en los adultos una reacción de temor, preocupación y mayor control sobre su conducta. Así, el adulto ejerce una labor de “policía” frente a la vida de los adolescentes. Muchas veces aunque haya necesidad de información, la carga moral y normativa es tal, que la comunicación no se da. Se observó que las jóvenes se sienten cohibidas al abordar temas como la anticoncepción. El temor al “Qué dirán” es una constante. El conocimiento de los métodos puede interpretarse como libertad sexual, misma que ellas no pueden aceptar o admitir.

El sexo también es un tema tabú entre los mismos pares. Muchos sienten pena o vergüenza al hablar de “eso” y otros ni siquiera lo hacen. La poca información sobre sexualidad con que cuentan, la mayoría de las veces es producto de pláticas entre personas de su misma edad, de su mismo sexo, y se da básicamente con aquellas con quienes tienen confianza.

Analizando esto desde otro punto de vista, lo que para nosotros puede significar un problema de comunicación quizá no lo es para los habitantes de estas comunidades rurales. Uno de los grandes mitos de este país es creer que sociedad agrícola es sinónimo de tradición oral. En estas comunidades no existe necesariamente una cultura del diálogo. Aquí cabe preguntarse si el diálogo (con los paradigmas urbanos de la clase media) no vendría a afectar artificialmente la jerarquía familiar. ¿Existe realmente el deseo en los jóvenes de tener comunicación con sus padres y de éstos de oír o

preguntar a sus hijos sobre temas ligados a la sexualidad?. Respecto a la madre, por ejemplo, ¿cómo puede ella informar a su hija sobre el deseo o de la caricia, si es algo que tiene considerado como tabú y muchas veces le ha estado negado, y es un derecho que la sociedad no le ha conferido abiertamente?. Finalmente, respecto a los adolescentes, nos preguntamos ¿No será que al estar atravesando por una etapa de desarrollo en la cual la rebeldía y la desobediencia son mecanismos de compensación frente a la vigilancia, lo que se da espontáneamente son formas de comunicación distantes e indirectas?... Lo anterior, posiblemente sean preguntas que no salen solamente del contexto de estudio, sino también de el juego de inter-subjetividades, donde el investigador, la temática y los sujetos de estudio, se mezclan.

V. Reflexiones finales

En las poblaciones de estudio, existen enormes presiones alrededor de la iniciación de la actividad sexual. Uno de los elementos fundamentales que marca estos inicios muchas veces clandestinos y riesgosos se vincula con los paradigmas y roles de género, contruidos a partir de mitos como el de la virginidad-castidad: La prohibición para las mujeres y la prescripción para los hombres; “todo lo que el hombre tiene que hacer para...” y “todo lo que la mujer no debe hacer para...”. El hombre deberá demostrarse sexualmente, mientras que la mujer deberá recatarse. Permisibilidad y prohibición forman un juego de contradicciones, que desencadean en una práctica aplaudida por una parte y condenada por la otra.

La mujer deberá vivir por y para los demás, bajo una regulación de su cuerpo, su deseo, su imaginación y su voluntad, que afectará el carácter de sus relaciones sociales, sexuales y consigo misma. Para las mujeres solteras, la proscripción de la actividad sexual, muchas veces las conduce a una maternidad temprana y les dificulta utilizar métodos anticonceptivos y de prevención contra ETS.

Cuando la joven inicia su vida sexual sin estar casada, deberá hacerlo a escondidas. Normalmente lo hace porque está enamorada y “se entrega” al hombre que ama, aunque en muchos casos el temor de quedar “solteronas” también es un motivo. En ambos casos, y

en relación con la pérdida de la virginidad, ellas tienen un escaso margen en la toma de iniciativa y de negociación. Si bien conocen los riesgos, no tienen muchas posibilidades de protegerse o pedir al compañero que lo haga (como decía una informante, “prefiero morirme a que el piense que no soy virgen...”). Aquí el mito de la virginidad juega un papel determinante. Cabría preguntarse qué rol juega el placer y el deseo en la transgresión que hacen algunas mujeres ante la prohibición de ejercer su sexualidad plena y libremente.

En el caso de los hombres, la “obligación” de comenzar su vida sexual marca también la posibilidad de una práctica riesgosa. Lo importante es mostrarse ante los amigos y familiares como alguien experimentado, aunque en el fondo se desconozcan aspectos básicos relacionados con la sexualidad y las medidas de prevención frente a las ETS-Sida. Incluso para los más informados, el uso del condón u otra forma de prevención puede poner en entredicho su masculinidad y por ello se niegan a usarlo (también cuando van a centros de prostitución). Además, embarazar a una mujer muchas veces es prueba de virilidad.

La virginidad femenina también constituye un problema para los hombres. Las formas sociales, actitudes, sentimientos, creencias y mitos que, saca a flote la violación del mito, remueven las pasiones masculinas (no queremos decir que no sea un problema para la mujer, pero en este caso el problema de la mujer es el

hombre). Algunos elementos que aparecen tras la profanación de la virginidad son: ofensa al padre y hermanos; transgresión de la custodia masculina hacia las mujeres; burla y escarnio del “macho ofendido” contra la mujer. Asimismo, pone a flote los sentimientos posesivos de los hombres y motiva una fisura de identidad en el modelo de masculinidad.

En este tipo de sociedades, el hombre es quien censura, protege y legitima muchos de los aspectos nodales de las relaciones sexuales. La unión está construida socialmente por estos criterios, que constituyen un hondo conflicto entre los géneros. La madre soltera, desde esta perspectiva, aparece como un ser incompleto que necesita, según la normatividad moral de la protección y legitimación del hombre, de la presencia del marido. Ser hombre o ser mujer implica estar inmerso en un mundo lleno de significados, valores y prácticas que traen como resultado ciertos comportamientos y acciones; formas de ser y modos de vivir, que pueden constituir en sí mismos conductas sexuales y/o prácticas de riesgo para adquirir ETS-VIH.

Esperamos que este capítulo haya contribuido al entendimiento de las dinámicas sociales y culturales que regulan los significados sobre la sexualidad, particularmente los mitos de la virginidad para la mujer y el inicio de relaciones prematrimoniales para los hombres en las zonas rurales descritas.

Bibliografía

- Agar, M. (1986), *Speaking of Ethnography, Qualitative Research Methods*, London, Sage Publications.
- Alfie M. et al. (1992), *Identidad Femenina y Religión*. Colección Resultados de Investigación, México, Departamento de Sociología, UAM-AZCAPOTZALCO.
- Amuchástegui, A. (1994), *Culturas Híbridas: El Significado de la Virginidad y la Iniciación Sexual para Jóvenes Mexicanos*, Reporte de Investigación. México, The Population Council y UAM-Xochimilco.
- _____ (1995), "Significado de la virginidad y la iniciación Sexual", en *Este País*, núm. 46, México.
- _____ (1996), "El Significado de la virginidad y la iniciación sexual para jóvenes mexicanos", en Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad*, México, El Colegio de México.
- Arambúru C. y Arias R. (1993), *Aproximaciones a la sexualidad popular: Estudio comparativo en mujeres de tres contextos populares del Perú*, México, mimeo.
- Basaglia, F. (1980), "La mujer y la locura", en Marcos, S. *Antipsiquiatría y política*, México, Extemporáneos.
- Castañeda X. et al. (1997), "Adolescencia, género y SIDA en áreas rurales de Chiapas", en Esperanza Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, México, ECOSUR y Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, pp. 55-83.
- Castañeda X. et al. (1996), *To Risk or not to risk: social construction of risk perception among rural adolescents*. Instituto Nacional de Salud Pública (en Prensa).
- Charon, J. (1992), *Symbolic interactionism*. New Jersey, USA, Moorhead State University, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- De Barbieri, T. (1992), "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en *Revista Interamericana de Sociología*, núm. 2, mayo-agosto.
- Denzin N. y Lincoln Y. (1994), "Entering the Field of Qualitative Research", en Denzin N. y Lincoln Y. (eds.), *Handbook of qualitative research*, USA, Sage Publications.
- Eliade, M. (1982), *El mito del eterno retorno*, Buenos Aires, Argentina, Alianza Editorial.
- Flandrin, J. (1987), "La vida sexual matrimonial en la sociedad antigua", en Phillippe, A. *Sexualidades occidentales*, México, Paidós.
- Fontana A. y Frey, J. (1994), "Interviewing: The art of science", en Denzin N. y Lincoln Y. (eds.), *Handbook of qualitative research*, USA, Sage Publications.
- García Canclini, N. (1990), *Culturas híbridas*, México, Conaculta y Grijalbo.
- Geertz, C. (1989), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, España, Gedisa.
- _____ (1992), *Local knowledge*, Nueva York, Basic Books.
- Gergen, K. (1985), "The social constructionist movement in modern psychology", en *American Psychologist*, núm. 40, pp. 266-275.
- Hernández, J. C. (1995), *Historia de la sexualidad en occidente*, México, mimeo.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990), *XI CENSO General de Población y Vivienda. Resumen General*, México, INEGI.
- Janesick, V. (1992), "The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry and meaning", en Denzin N. y Lincoln Y. (eds.), *Handbook of qualitative research*, USA, Sage Publications.
- Lagarde, M. (1990), *Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM, Coordinación General de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras.

López Austin, A. (1990), *Los mitos del tlacuache*, México, Alianza.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (1992), *Programa Gente Joven*, Materiales audiovisuales y rotafolios, México, MEXFAM.

Montecino, S. (1991), "El marianismo y la cultura latinoamericana", en *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno*, Chile, Cuarto Propio y CEDEM.

Parker, R. (1991), *Corpos, prazeres e paixoes. A cultura sexual no Brasil contemporaneo*, Sao Paulo, Best Seller.

Paz, O. (1980), *El laberinto de la soledad*, México, Fondo de Cultura Económica.

Sagrada Biblia, (1986), México, Ediciones Paulinas.

Szasz, I. (1993), "Desigualdad de género y salud reproductiva", en *Salud Reproductiva y Sociedad*, El Colegio de México, año 1, núm. 1.

Tiefer, L. (1987), "Social constructionism and the study of human sexuality", en *Sex and Gender*, USA, New Bury Park, Sage Publications.

Weeks, J. (1993), *El malestar en la sexualidad*, Madrid, España, Talasa.

FACTORES DE RIESGO SEXUAL DE INFECCIÓN DEL VIH/SIDA ENTRE JÓVENES MEXICANOS: UNA REVISIÓN DE 1983 A 1997

RAMIRO CABALLERO HOYOS

PAULINA URIBE MORFIN

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y EN SERVICIOS DE SALUD DEL ADOLESCENTE-IMSS

515 702957

Introducción

En la región de América Latina y el Caribe, existe poca información sobre indicadores positivos de la sexualidad y desarrollo en la adolescencia o de lo que se considera como adolescentes sexualmente sanos dentro de su ambiente cultural. Las estadísticas muestran que durante los 15 a 19 años la mitad de la población femenina tendrá un hijo y que en promedio 4 de cada 10 embarazos terminan en aborto. El uso de los métodos anticonceptivos es el más bajo en este grupo de edad, los cálculos muestran que solo uno de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos utiliza algún método anti-conceptivo, y aún cuando los conocimientos sean adecuados, la percepción individual del riesgo es baja. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo menos la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen 24 años o menos, lo que hace de este un tema crítico para la adolescencia y juventud de la región.¹

En México se han reportado 30,970 casos de Sida desde marzo de 1983 hasta el 1 de abril de 1997, con una razón hombre/mujer que varió de 26/1 a 6/1. Del total de casos del país, 2.1% se ubicaron en el grupo de adolescente de 10 a 19 años de edad y 30% en el grupo de 20 a 29 años. En el grupo de 10 a 14 años las principales vías de transmisión son la hemofilia (38.9%) y la transfusión (28.3%), mientras que en el de 15 a 29 años, la principal vía es la sexual y, a su vez, la transmisión por drogas intravenosas y por la vía homosexual con uso de drogas intravenosas se da en porcentajes más altos que en el resto de los grupos etáreos.²

¹ OPS/OMS. *Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Américas* CD40/21, Washington D.C., septiembre, 1997, p. 7.

² CONASIDA. "Epidemiología. Situación epidemiológica del Sida", separata de la revista SIDA-ETS, *SIDA-ETS*, núm. 3, 1997, pp. 3-12

Si se considera que, dependiendo de la categoría de transmisión, el período de latencia desde la adquisición del VIH hasta las manifestaciones del Sida varía entre dos y once años,³ la proporción de casos del grupo de 20 a 29 años que se habrían infectado de VIH durante su etapa adolescente podría ser alta.⁴

Debido a la anterior situación, CONASIDA desarrolla desde 1996 un plan cuatrienal de comunicación que se dirige a los adolescentes que asisten a secundarias y preparatorias de la Secretaría de Educación Pública y a padres de familia y maestros como sus referentes inmediatos. El plan contiene cuatro campañas anuales divididas en cuatro fases y consta de spots de televisión, radio, dípticos, carteles y espectaculares con cuatro objetivos generales: a) que los adolescentes con vida sexual activa se identifiquen como población de riesgo; b) que los adolescentes identifiquen las prácticas que los ponen en riesgo; c) promover la comunicación de los jóvenes con sus padres y maestros; y d) brindar una herramienta a padres y maestros como introducción al tema.⁵

El propósito del presente trabajo será describir un conjunto de hallazgos de investigaciones realizadas en México sobre factores socioculturales relacionados con el riesgo de infección del VIH/Sida en adolescentes y jóvenes.

³ Rubín S.A., *et al.* "Changes in acquired immunodeficiency syndrome-related risk behavior after adolescence: Relationships to knowledge and experience concerning human immunodeficiency virus infection", en *Pediatrics*, núm. 89, 1992, pp. 950-956.

⁴ Bowler S. *et al.* "HIV and AIDS among adolescents in the United States: Increasing risk in the 1990s", en *Journal of Adolescence*, núm. 15, 1992, pp. 345-371.

⁵ Marchetti, R. "Las campañas de prevención del VIH/Sida en los medios de comunicación", en *SIDA-ETS*, núm. 3, 1997, pp. 16-20.

Material y métodos

Características de los estudios considerados (Cuadros 1 y 2)

Se hizo una recopilación no exhaustiva de estudios publicados en México, entre 1983 y 1997, y que habían desarrollado trabajo de campo con entrevistas a adolescentes y jóvenes. Se consiguieron 24 documentos que se pueden agrupar de la siguiente manera: 7 artículos de revistas científicas, 12 capítulos de libros, 2 reportes de investigación publicados, un reporte en proceso de publicación y 2 reportes publicados sobre temas afines y que contienen algunos datos sobre el tema de interés. Esta agrupación implica que no todos los estudios se refirieron específicamente al VIH/Sida y que se consideraron debido a que proporcionaban elementos para entender el riesgo sexual en adolescentes y jóvenes.

De los 24 estudios revisados, 23 se realizaron en contextos urbanos, sólo uno se realizó en el área rural. De los 23 estudios urbanos, 16 se llevaron a cabo en la ciudad de México, 2 tuvieron carácter nacional, 3 en Guadalajara, 1 comparativo en México, Guadalajara y Tijuana y 1 en Sonora. El estudio de área rural se efectuó en Morelos y Chiapas.

De las investigaciones revisadas, 11 se efectuaron por investigadores de centros universitarios estatales (Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de Guadalajara, Universidad de Sonora), una de universidad privada, 8 de instituciones de salud del Estado (CONASIDA, Secretaría de Salud, IMSS, CONAPO, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Mexicano del Seguro Social), 3 de Organizaciones No Gubernamentales junto a instituciones internacionales de apoyo, y una de una institución internacional.

Los 24 estudios se aplicaron en diferentes grupos de adolescentes y jóvenes, bajo la siguiente distribución: a) 16 en grupos de estudiantes: 11 en grupos de escuelas estatales, uno abarcó escuelas estatales y privadas a la vez, uno en escuela privada, y 3 combinaron la escuela con la pertenencia a estratos socioeconómicos (uno con el estrato medio bajo, uno con el estrato medio y uno con el estrato bajo); b) Cuatro estudios se orientaron específicamente a estratos socioeconómicos: uno a todos los estratos, uno al estrato medio, uno al estrato

bajo y uno al estrato medio-bajo; c) Tres estudios se aplicaron en adolescentes y jóvenes en población abierta y; d) Un estudio a homosexuales y bisexuales varones.

Las definiciones de adolescencia y juventud empleadas en los trabajos son de diferentes tipos: a) Algunos consideran los 10 a 19 años como adolescencia y los 20 a 24 años como de jóvenes adultos, bajo la definición de la OMS. Los estudios tienen variaciones en esta consideración porque hacen iniciar la adolescencia a los 11 ó 12 años y la hacen finalizar a los 20 ó bien hacen finalizar la juventud a los 25 años; b) Otros tratan la adolescencia dentro de un rango de edad, en función de algún supuesto teórico. Por ejemplo, se estudia la adolescencia de los 12 a 19 años en función de la posibilidad del embarazo. También se dividen los adolescentes que no tuvieron relaciones coitales (12 a 15 y 18 a 19 años) y los que probablemente las pudieron tener o tuvieron (15 a 19 ó 18 a 19 años). O bien estudian a los adolescentes de ciertas edades (por ejemplo: 14 a 16 años y de bachillerato) bajo el supuesto de que es una etapa en la cual se está en la frontera para comenzar a tomar decisiones importantes relacionadas con la vida sexual y la fecundidad; c) Algunos definen la adolescencia como una construcción cultural diferente en cada contexto sociocultural y que, incluso, posiblemente no existe como concepto en algún espacio cultural; y d) hay estudios donde no se definen la adolescencia ni la juventud y se procede a indagar en grupos específicos. Esto ocurre sobre todo en los trabajos en contextos estudiantiles donde los rangos de edad son variables e inclusive superan el límite de los 25 años. En dos estudios revisados, parte de los grupos estudiados superaban los 30 años de edad: en uno, el 20% eran mayores de 30 años, y en otro el 3% eran menores de 29 años. Por último, en dos trabajos que abarcan tanto a un grupo de 12 a 19 años como a otro de estudiantes universitarios, se menciona, a veces, estudiar adolescentes y, a veces, jóvenes sin cuidar una posible definición.

Quince de los estudios revisados se desarrollaron bajo enfoques de la psicología, cuatro dentro de la demografía, tres dentro de la sociología y dos dentro de la antropología. El enfoque predominante en los trabajos es el de estudio del comportamiento (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas), bajo el criterio de la descripción o búsqueda epidemiológica de

Cuadro 1 y 2

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiabilidad y validez
Ramírez, B. (coord.), 1986.	Cuestionario de auto-aplicación en los auditores de las escuelas correspondientes. 2 grupos por sesión. 236 preguntas que abarcaron 19 aspectos de salud.	Datos generales: insomnio, agresividad, depresión, angustia, trastornos psicosomáticos, neurosis, psicosis, farmacodependencia, problemas de aprendizaje, filosofía de la vida, religión y valores, familia, esfera sexual, (información sobre el sexo, culpabilidad de comportamientos, dificultades a causa de la conducta sexual, método más seguro para evitar embarazo, actitudes sexuales, masturbación, homosexualidad, aborto, fuentes de información, experiencia sexual), situación económica, empleo de tiempo libre, decisión vocacional, búsqueda de identidad, rasgos de conducta psicopáticos.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes.	No indican valores.
Consejo Nacional de Población, 1988.	Cuestionario de auto-aplicación, estructurado en 65 preguntas.	Fuentes de información sobre sexualidad, conocimientos sobre sexualidad, información sobre anticonceptivos y prácticas sexuales.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes.	No indican valores.
Morris, L. <i>et al.</i> , 1988.	Cuestionario de autoaplicación.	No mencionan.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes.	No indican valores.
Sepúlveda, J. (coord.), 1989.	Cuestionario administrado por un entrevistador, aplicado en 2 fases (con intervalo de 6 meses entre cada fase) 1a. Fase: cuestionario estructurado con 109 preguntas de profundización sin perder compatibilidad con el primer cuestionario.	Datos sociodemográficos, conocimientos sobre Sida, actitudes, prácticas sexuales y medios de información.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes	No indican valores.
Díaz-Loving, R., Pick, S. y Andrade, P., 1990.	Cuestionario de auto-aplicación, validado (sin referencia). Reactivos de locus de control de La Rosa. Escala de controlabilidad de Giliardi. Escala de dificultad de planear de Pick y Andrade.	Locus de control (grado en el cual un individuo siente que él o factores externos a él controlan lo que pasa en la vida), controlabilidad, dificultad de planear en relación a la presencia de embarazos en la adolescencia y conducta sexual y anticonceptiva de las adolescentes.	Análisis factorial por edades de las embarazadas y no embarazadas: 12-15, 16-17, 18-19. Se realizaron análisis de varianza de 4x3 para cada escala.	No indican valores. Adoptaron instrumentos validados.

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiability y validez
Pick, S., Díaz-Loving, R. y Andrade, P., 1990.	Cuestionario administrado por un entrevistador, estructurado en 354 preguntas. La aplicación fue individual en el hogar o cerca de éste. Basado en escalas previamente desarrolladas y validadas para adolescentes de la ciudad de México (sin referencia).	a) Nivel educativo y socioeconómico (edad de la primera regla, estado civil de la madre la primera vez que se embarazó); b) Relación y comunicación con la madre, el padre, la pareja sexual y las amigas; c) Conocimientos, actitudes y conducta sexual y anticonceptiva; d) Experiencias de educación sexual; e) Características de personalidad: controlabilidad, toma de riesgos, dificultad para planear la vida, control interno afectivo y obediencia.	Análisis Factorial de Cúmulos para la formación de dimensiones de predictores. Análisis univariado para detectar variables asociadas a la vida coital. Análisis específico discriminante mediante método Mahal para diferenciar entre adolescentes que han y no han tenido relaciones sexuales.	
Izazola, J. <i>et al.</i>, 1991.	Cuestionario administrado por un entrevistador antes de la campaña (como línea de base) y después de la campaña, en la vivienda de los informantes.	Medidas de conocimiento, actitudes (miedo y discriminación) y prácticas sexuales.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes.	No indican valores.
Piña, J., Márquez, Y. y Corral, V., 1992.	Cuestionario de auto-aplicación adaptado del instrumento de Ortiz, Quintana, Torres y Ramírez. 38 reactivos.	a) Datos sociodemográficos (edad, sexo, edo. civil, área y año que cursan); b) Conocimientos sobre Sida (en qué consiste la enfermedad, agente viral que la causa, vías de transmisión, medidas preventivas) y c) Evaluación de comportamientos de riesgo y prevención (si han tenido relaciones sexuales, con cuántas parejas, qué tipo de intercambio se realiza con mayor frecuencia, si se usa o no preservativo y con qué frecuencia).	Regresión exploratoria por pasos para describir predictores de riesgo. Análisis discriminador de las diferencias entre varones y mujeres en variables relacionadas a riesgo. Regresión múltiple confirmatoria para explorar predictores motivacionales significativos de conductas de riesgo.	Adoptaron instrumentos ya validados. Análisis de consistencia interna de las escalas de conocimientos, alfa de Cronbach de 48.2 y ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo asociados al Sida, alfa de Cronbach de 0.99. La validez por análisis factorial confirmatorio de las convergencias de indicadores o variables observadas sobre factores subyacentes mostró pesos factoriales altos y significativos

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiabilidad y validez
				(para 7 variables) dentro de la escala de ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo, el coeficiente promedio fue de 0.94
Population Reference Bureau, 1992.	Cuestionario estandarizado, estructurado.	No mencionan.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes.	No indican valores
Andrade, P., Camacho, M. y Díaz-Loving, R., 1992.	Cuestionario de auto-aplicación. La comunicación con los padres se midió con 15 reactivos de 3 opciones de respuesta que se refieren a con qué frecuencia hablan con su padre y su madre sobre temas de sexualidad y anti-concepción.	Se consideraron como variables dependientes la comunicación con el padre y la madre. Como variables de clasificación las demográficas, el haber tenido o no vida sexual, el haber usado anticonceptivos, la preocupación de contagiarse de Sida y el haber cambiado o no alguna conducta para evitar el contagio. En todos los casos se incluyó la variable sexo para establecer si había algún efecto diferencial o interacción por género.	Análisis de clasificación múltiple.	Alta de Cronbach de .87 para la frecuencia con la que hablan sobre temas de sexualidad y anticoncepción con el papá y alta de Cronbach de .86 con la mamá.

Autor y año	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiabilidad y validez
Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz-Loving, R., 1992.	Se consideraron sólo aquellas preguntas relacionadas con la frecuencia del contacto con los medios masivos de comunicación (1=nunca a 5=todos los días) y variables como prácticas sexuales, intención, modificación de conductas de riesgo y preocupación por el contagio de Sida.	T de student para grupos independientes para ver la diferencia de medias y Ji Cuadrada para testear asociación.	No indican valores.
Odrizola, A. e Ibáñez, B., 1992.	Actitud hacia la sexualidad y conducta sexual. También se indagaron aspectos sociodemográficos: edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil y carrera que se cursa.	Se comparan las actitudes de varones y mujeres y entre estudiantes sexualmente activos y no activos mediante análisis de varianza. Descripción del comportamiento sexual de varones y mujeres con prueba de independencia Ji Cuadrada.	No indican valores.
Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R., 1992.	a) Conocimientos sobre la sexualidad (fisiología y anatomía del aparato reproductor masculino y femenino, aspectos hormonales, términos sexuales y anticoncepción); b) Conocimientos sobre Sida (epidemiología, etiología, desarrollo de la infección del VIH, sintomatología, formas de transmisión y prevención); c) Actitudes hacia la sexualidad (libertad en las relaciones sexuales, aborto, embarazo, anticonceptivos, prácticas sexuales); d) Actitudes hacia el Sida (temor al contagio del VIH, miedo de tener Sida, cambios en la conducta sexual y sexo seguro).	Descripción de promedios. Análisis de Varianza de las diferencias entre los factores y las variables de clasificación y Análisis de Corrección entre factores.	No indican valores.
Villagrán, G. y Díaz-Loving, R., 1992.	Como variable dependiente: la frecuencia del uso del condón con la pareja sexual regular y la pareja ocasional. Como variables predictoras: género, edad del debut sexual, el número de parejas sexuales en toda la vida, la orientación sexual, actitudes y creencias hacia el uso del condón, percepción de riesgo de desarrollar Sida y preocupación de contagio de Sida.	Se aplicó regresión múltiple donde se testó la asociación entre la variable dependiente y variables predictoras.	No indican valores.

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiabilidad y validez
Flores, M. y Díaz-Loving, R., 1992.	Cuestionario de auto-aplicación. Se utilizó la técnica de diferencial semántico con 11 adjetivos bipolares.	Se evaluaron los componentes de actividad, potencia y evaluación de cada uno de los conceptos. Además se tomaron algunas preguntas: tener o no relaciones sexuales, frecuencia de uso del condón, preocupación de contagio de Sida, cambio de algunas conductas como resultado de conocimientos sobre Sida y cambio de algunas conductas para protegerse del Sida.	Distribución de diferencias de medias por variables salud, enfermedad y Sida. Análisis de consistencia interna con alfa de Cronbach.	El alfa de Cronbach promedio para enfermedad: .73, para salud .82 y para Sida; .71. En enfermedad se encontraron 2 factores con 51.6% de varianza acumulada. En salud 2 factores con 57.5% de varianza acumulada y 3 factores para Sida con 60.2% de varianza acumulada.
Villagrán, G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., 1992.	Cuestionario de auto-aplicación, elaborado a partir de los reactivos propuestos para el estudio del Sida y la sexualidad por la OMS y CONASIDA.	Riesgo de contagio de VIH por la vía sexual: número de parejas sexuales en dos periodos diferentes, conocimientos sobre el Sida y las formas de transmisión, frecuencia de uso del condón y uso apropiado, auto-percepción y percepción de riesgo.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes. T de Student para diferencias de medias de grupos independientes.	No indican valores
Ramos, L. <i>et al.</i> , 1992.	Cuestionario de auto-aplicación, elaborado a partir de los reactivos propuestos para el estudio del Sida y la sexualidad por la OMS y CONASIDA.	Se aplicaron 13 preguntas referidas a creencias sobre el origen del Sida (respuesta 1 en desacuerdo y 3 en acuerdo).	Se realizaron análisis de varianza de una vía para describir diferencias en las creencias según el género, el tipo de carrera y la experiencia sexual y se aplicó análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal para detectar dimensiones conceptuales descritas por las variables.	No indican valores.
García, J. y Figueroa, J., 1992.	Cuestionario de auto-aplicación en los hogares de los informantes detectados dentro de un marco muestral maestro de usos múltiples.	Edad, sexo, estado civil, inicio de la actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos y motivos para no utilizarlos.	Descriptivo de distribuciones porcentuales de las características de las variables.	No indican valores.

Autor y año	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiability y validez
Pick, S. <i>et al.</i>, 1994. Cuestionario de auto-aplicación, diseñado en base a preguntas y escalas que habían sido validadas en adolescentes mexicanos (sin referencia).	Conducta sexual, anticonceptiva, conocimientos sobre embarazo y anticoncepción y percepción de acceso a anticoncepción y uso de anticonceptivos.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes a los indicadores y Análisis de Varianza F. Prueba de significación para describir la significación en las diferencias de medias de conocimientos entre grupos que recibieron el curso y los controles.	Con el objeto de obtener indicadores globales, se llevaron a cabo correlaciones y análisis factoriales de aquellos reactivos dictaminados (en los que 70% o más de los entrevistados contestó en la misma categoría de respuesta) y análisis de frecuencia; después se obtuvieron alfa de Cronbach para probar la consistencia interna de cada indicador.
Rodríguez, G. <i>et al.</i>, 1995. Grupos focales con guía de entrevista estructurada.	a) Situación vital de los jóvenes en términos de sus intereses y preocupaciones fundamentales (relación con su familia, comunidad y grupo de amigos); b) Diferencias de género respecto a los significados y valoraciones de la relación sexual (características de los actores sexuales y prácticas alrededor del coito); c) El problema de la prevención del Sida (uso del condón y significados sociales que se le atribuyen); d) La distancia emocional y psicológica respecto al problema del Sida (presencia o ausencia de la infección como una realidad en la vida del joven y conciencia del riesgo de contagio).	Los datos recolectados fueron analizados como texto discursivo bajo cuatro niveles: a) La coherencia del discurso, b) El cotejo de discurso de los adolescentes con los de informantes clave y por género (intertextualidad), c) La relación del discurso con el contexto comunitario (intención). d) La relación con instituciones (familia, amigos y otros) que sirven como marco normativo para la construcción de las narrativas (referencia).	Como proceso de validez este análisis busca integrar el texto con su proceso de construcción ("Nueva filología" en términos de Geertz).
Caballero, R. y Villaseñor, A., 1996.	Técnica de sorteo de montones mediante la cual cada adolescente seleccionó de 25 cartas las actitudes y conductas	Actitudes, prácticas, (conductas) sexuales, uso del condón y género.	En el valor de tensión de distancias corroboraron que conductas y actitudes tuvieron un alto grado de similitud.

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiability y validez
	sexuales que identificaban haber tenido o no.		tensión de distancias para la Escala Multidimensional y análisis de consenso factorial. Análisis de correspondencia para asociar los sujetos con conducta y actitudes pertenecientes a las subculturas sexuales.	Iaridad: 0.005 en muijeres y 0.084 en varones.
Caballero, R., Villaseñor, A. e Hidalgo, A., 1997.	Cuestionario de auto-aplicación. La escala de conocimientos incluyó 24 preguntas referidas a aspectos generales del Sida y transmisión del VIH. La medida de las fuentes de información sobre el Sida incluyó 27 preguntas referidas a fuentes masivas (televisión, radio, etc.) e interpersonales (sacerdote, profesor, amigos).	a) Sociodemográficas; b) Exposición cotidiana a medios masivos. El valor del tiempo de exposición semanal se calculó con la suma de respuestas numéricas obtenidas para ambas preguntas, se generaron así tres niveles de exposición, según criterios de Morgan y Cobb: nivel bajo (1 a 15 horas en TV y radio y 1 a 55 min. en periódicos y revistas); nivel medio (15.1 a 25 horas en TV y radio y 55.1 a 110 min. en periódicos y revistas) y nivel alto (más de 25 horas en TV y radio y más de 110 min. en periódicos y revistas); c) Confianza y d) Aprendizaje por las diferentes fuentes de información.	Descriptivo de frecuencias y porcentajes. Se aplicaron pruebas de significación Ji Cuadrada y Brukey, intervalos de confianza de 95% para proporciones y medias y ANOVA factorial simple.	Valor de Confiability interna de la escala de conocimientos: alfa de Cronbach .80 y alfa de Cronbach .67 para las fuentes de información.
Givaudan, M., Pick, S. y Proctor, L., 1997.	Cuestionario de auto-aplicación y semi-estructurado.	En padres e hijos la percepción de la relación entre padres-hijos, fuentes de información sobre sexualidad y conocimiento sexual, comunicación (frecuencia, calidad, satisfacción, contenido, obstáculos y deseo de incrementar la comunicación). Con otro cuestionario autoadministrado se examinaron opiniones de los padres sobre el curso y el video inmediatamente después del curso y el video.	Los datos fueron analizados como frecuencias ordinales, usando test F para diferencias de medias entre grupos por género de la prueba de interacción.	No indican valores.
Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f.	Grupos focales, entrevistas en profundidad y observación participativa. En la etapa exploratoria se seleccionaron informantes claves, hombres y mujeres de 13 a 45 años a los cuales se	Percepción de riesgo y ETS; adolescencia y género; iniciación sexual; significados de la adolescencia; relaciones laborales y sexualidad; migración y sexualidad; y comunicación familiar y medios masivos en relación a la sexualidad.	En la etapa exploratoria se realizó una descripción de siete constructos temáticos encontrados en los textos recolectados y en la etapa en profundidad se realizó	Integración de los datos etnográficos recolectados con diferentes métodos como: entrevistas en profundidad, discusiones grupales y

Autor y año	Técnicas de recolección	Operacionalización de variables	Análisis de datos	Confiabilidad y validez
	aplicó instrumentos etnográficos (entrevistas, dinámicas de grupo, observación de campo). En la etapa en profundidad se aplicaron grupos focales, grupos de discusión y entrevistas en profundidad.		un análisis descriptivo y construcción de conceptos abstractos bajo una concepción hipertextual y la integración de datos recolectados por diversas fuentes de información.	observación participativa.

factores de riesgo. Este enfoque se usa explícita o implícitamente en todos los trabajos de las diferentes disciplinas, para abordar la descripción de eventos culturales o de prácticas sexuales relacionados al riesgo sexual de infección del VIH/Sida en los adolescentes y jóvenes.

El método de investigación de 20 estudios fue la encuesta por muestreo mediante el uso de cuestionario, normalmente de autoaplicación. Los otros cuatro estudios fueron de corte cualitativo, basados en observación etnográfica. Como consecuencia de esto, el tipo de estudio predominante fue el transversal de una sola medida en el tiempo (16 de 24: 13 de nivel de análisis correlacional y 3 de nivel descriptivo). También se dieron 6 estudios de tipo experimental por corresponder a evaluaciones de campañas educativas (4 de tipo cuasiexperimental con niveles de análisis descriptivo y correlacional, y 2 de tipo experimental con nivel de análisis correlacional). Finalmente, en los estudios cualitativos, 3 fueron de tipo transversal con niveles de análisis exploratorio y asociativo y uno fue de tipo cuasiexperimental con un nivel de análisis asociativo.

Los procedimientos de muestreo que se emplearon en los estudios fueron los siguientes: 9 muestreo probabilístico aleatorio, uno probabilístico intencional del cual se derivaron 8 estudios que corresponden a análisis específicos, uno no probabilístico por cuotas y 6 estudios con selección por conveniencia.

Sólo en 6 de los 24 estudios revisados se indican valores o procedimientos de confiabilidad y validez de los instrumentos de recolección de datos. En otros tres, se menciona que se adoptaron instrumentos previamente validados.

Análisis de la información

La información de los estudios fue codificada bajo el criterio de encontrar categorías que el propio texto genera. Bajo ese criterio, se encontraron las siguientes seis categorías de referencia: a) fuentes de información sobre sexualidad y Sida, b) conocimientos sobre VIH/Sida, c) comunicación sobre sexualidad, d) percepción de riesgo del VIH/Sida, e) Prácticas sexuales coitales y uso de protección, y f) efecto de las campañas de medios masivos y de la educación sexual. Estas

categorías reflejan el predominio del enfoque de los estudios del comportamiento en las investigaciones revisadas y servirán de base para la presentación de los resultados.

Resultados⁶

Fuentes de información sobre sexualidad y Sida

Se ha encontrado en un estudio nacional en estudiantes de preparatoria (Consejo Nacional de Población, 1988) que la información sobre la sexualidad proviene principalmente de la familia y la escuela. La influencia socializadora de estas esferas varía según el sexo y la edad de los adolescentes y jóvenes. Los varones tienden a informarse con el padre, los maestros y amigos, mientras que las mujeres lo hacen con la madre, las maestras y las amigas. A su vez, a menor edad es mayor la influencia de la familia y a mayor edad la de los grupos extrafamiliares (por ejemplo: la escuela, los amigos y los medios de comunicación).

En adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos (Caballero, R., Villaseñor, A. e Hidalgo, A., 1997) la mayor parte saben qué es el Sida. La información que recibieron sobre el tema se debe a la exposición continua a fuentes interpersonales y a medios de comunicación. Las fuentes interpersonales que brindan más información son profesores, familiares y amigos, mientras que en medios de comunicación lo hacen la televisión, la radio, las revistas y periódicos. El porcentaje de acceso a la información sobre el VIH/Sida por los medios de comunicación es más alto cuando se desarrollan campañas de medios masivos para la promoción de la salud (Izazola, J. *et al.*, 1991). El acceso a la información por fuentes interpersonales y medios de comunicación es diferencial por estratos socioeconómicos y sexo, y el porcentaje de acceso siempre es mayor en los estratos altos y en los varones.

⁶ Con el propósito de obtener claridad en la presentación de los resultados, se usará la definición de edades para referirse a adolescentes y jóvenes. Cuando se hable de adolescentes serán grupos de 10 a 19 años y cuando se hable de jóvenes serán grupos de 20 a 29 años. En algunos casos se hablará de adolescentes y jóvenes, porque el grupo estudiado estará compuesto por personas de diferentes rangos de edad.

El acceso a información por los profesores y por periódicos tuvo una relación directa en sentido positivo con el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes de los diferentes estratos socioeconómicos, pero sobre todo en los estratos alto y medio. El acceso a información por profesores actúa bajo el efecto de la confianza, el nivel de instrucción y el estrato socioeconómico, mientras que el acceso por periódicos lo hace con el acceso a información por revistas, el nivel de instrucción y la exposición cotidiana a la televisión. En población universitaria (Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz-Loving, R., 1992), el acceso a información por periódicos fue más frecuente entre quienes creen que el Sida es incurable, quieren cambiar sus conductas a partir de conocimientos y tienen amigos que han modificado sus conductas para protegerse del Sida.

Conocimientos sobre VIH/Sida

La siguiente descripción de niveles de conocimiento sobre VIH/Sida parte del supuesto de la continua exposición de adolescentes y jóvenes a fuentes de información interpersonales y masivas en la sociedad, es decir, los estudios revisados se aplicaron en un ambiente cultural en el cual la cantidad de información sobre la sexualidad y el VIH/Sida es amplia, por efecto de campañas de medios masivos y acciones educativas formales e informales.

Los distintos estudios han encontrado que hay diferentes niveles de conocimientos y que éstos son mayores en los estratos socioeconómicos superiores (Caballero, R., Villaseñor, A. e Hidalgo, A., 1997) y entre quienes tienen niveles mayores de instrucción. En el ambiente rural, los adolescentes que aún no iniciaban su vida sexual y de nuevas generaciones escolares tienen mayor conocimiento y preparación respecto a las prácticas de riesgo sexual debido a que se implementaron materias informativas recientemente (Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f).

El nivel de conocimientos generales de los adolescentes y jóvenes, en estudios urbanos, ha sido catalogado de manera diferencial. Unos estudios dicen que encuentran niveles altos, en población abierta (Population Reference Bureau, 1992), estudiantes (Izazola, J. *et al.* 1991) y homosexuales y bisexuales varones (Sepúlveda, J., 1991); mientras que otros halla-

ron niveles regulares en población abierta (Caballero, R., Villaseñor, A. e Hidalgo, A., 1997) y en estudiantes (Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R., 1992). La calificación del nivel de conocimientos, en estos estudios, se hizo sobre la base del porcentaje de respuestas correctas en una escala. Sin embargo, en todos los estudios se menciona que hay deficiencias en el repertorio de conocimientos de mecanismos de transmisión del VIH, donde subsisten mitos y datos erróneos, notándose incluso que la brecha del nivel de conocimientos se hace más profunda entre el estrato alto y el marginado, cuando se evalúa conocimientos de transmisión del VIH. Los aspectos que presentan mayores deficiencias en los conocimientos de los adolescentes y jóvenes tienen que ver con: a) posibles formas de transmisión en la vida cotidiana (por ejemplo: infectarse en clínicas, en sanitarios públicos, por mosquitos y por compartir platos o cubiertos), b) el uso correcto del condón, y c) la diferencia conceptual entre el VIH y el Sida (Villagrán, G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., 1992 y Caballero, R., Villaseñor, A. e Hidalgo, A., 1997).

Comunicación sobre sexualidad

Entre los adolescentes, los varones hablan con mayor frecuencia sobre la sexualidad en público que las mujeres. En general, hay niveles bajos de comunicación con los padres, aunque las mujeres tienden a hablar con la madre. Es común que varones y mujeres busquen información con los amigos (Ramírez, B., 1986). La comunicación con los padres es una situación difícil de realizar por existir obstáculos como la falta de confianza, falta de tiempo de los padres, baja información de los padres y barreras culturales (Givaudan, M., Pick, S. y Proctor, L., 1997). En el área rural, se ha encontrado una resistencia a la verbalización de lo sexual en el ámbito familiar de los adolescentes y jóvenes, sobre todo entre madres y hijas, situación que parte de una norma moral con raíces religiosas (Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f).

Las mujeres se comunican más con su madre y eso genera un factor de contención del inicio de las relaciones coitales. En adolescentes mujeres de 12-15 y 18-19 años, que no iniciaron vida coital, se ha encontrado una actitud más negativa hacia las relaciones

sexuales premaritales, mayor obediencia, menor toma de riesgos, una relación positiva y alta frecuencia de comunicación con la mamá sobre sexo, y una vida de convivencia familiar con ambos padres (Pick, S., Díaz-Loving R. y Andrade, P., 1990).

Por su parte, los varones adolescentes se comunican más con su padre y eso promueve el un inicio de relaciones coitales a edad más temprana (Andrade, P., Camacho, M. y Díaz-Loving, R., 1992). Esta tendencia es una expresión del efecto de la percepción de los roles de género en la sociedad, donde el papá fomenta el inicio coital de su hijo “para que sea más hombre”.

Los/las adolescentes que han tenido vida sexual tienen menos comunicación con la madre que los que no han tenido su debut. Los jóvenes más preocupados por infectarse del VIH son aquéllos que tienen más comunicación con su madre, especialmente las mujeres. A su vez, los/las estudiantes que han tenido más comunicación con la madre y con el padre son los que informaron que han cambiado alguna de sus conductas para protegerse de contraer el VIH (Andrade, P., Camacho, M. y Díaz-Loving, R., 1992).

Los amigos son, entre los varones, un factor que contribuye a la iniciación de la vida coital; mientras que en las mujeres las amigas son un factor que puede contener (Rodríguez, G. *et al.*, 1995) o también facilitar la iniciación, por el diálogo sobre sexualidad a menor edad, y por el diálogo y el ejemplo de la experiencia a mayor edad. (Pick, S., Díaz-Loving R. y Andrade, P., 1990).

Percepción de riesgo del VIH/Sida

La percepción de riesgo del VIH/Sida es parte de percepciones de riesgo más amplias como son las de la sexualidad y la salud reproductiva. Estas últimas responden a construcciones cognitivas complejas, diferenciadas según la identidad y los roles de género. Por ejemplo, las mujeres consideran, al tener relaciones coitales, el riesgo de ser madres solteras ya que “ellas llevan las de perder y ganan mala fama”, en la sociedad. También creen tener poca capacidad de negociación frente al varón en el proceso de la relación sexual. En el caso de los varones, el uso o solicitud del condón por la pareja implica una falta de confianza o la evidencia de la experiencia sexual en la mujer. A la vez

consideran que por ser “fuertes” por naturaleza, su cuerpo no necesita la protección del condón (Rodríguez, G. *et al.*, 1995 y Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f). Este tipo de percepciones más amplias configuran un contexto de riesgo para el contagio sexual del VIH/Sida, por la influencia que pueden tener en las decisiones de tener o no formas de coito protegido y en la forma de afrontar sus diferentes consecuencias socioculturales.

La percepción de adolescentes y jóvenes escolares sobre la salud en general es que es algo deseable y positivo; en cambio la del Sida es negativa y estigmatizada, debido a que la relacionan significativamente con la enfermedad. Sin embargo, esta percepción tiene variaciones de acuerdo a si ya se tiene o no experiencia sexual coital, en el nivel de conocimientos sobre el VIH/Sida y la predisposición a cambiar las conductas sexuales como resultado de ese nivel de conocimientos (Flores, M. y Díaz-Loving, R., 1992). En estos grupos escolarizados, las creencias sobre el origen del Sida tienen por los menos dos dimensiones generales: la dimensión moral y la social/sexual. En la dimensión moral se cree que el Sida es el resultado de la pérdida de valores, irresponsabilidad, inmoralidad, ansiedad sexual descontrolada, bisexualidad y que es un castigo de Dios. En el caso de la dimensión social/sexual se cree que el Sida se da en los grupos sociales de escasos recursos económicos, la falta de cuidado y de orientación sexual. La dimensión moral es la más frecuentemente usada, sobre todo por las mujeres y por personas conservadoras y con menor actividad sexual coital. El contagio de esta enfermedad se asocia a valores culturales tradicionales y genera una atribución de causalidad donde el Sida les daría a “otros inmorales” y no “a mí que soy moral” (Ramos, L. *et al.*, 1992).

Esta percepción asociada a la moral se encontró también en adolescentes de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de México (Rodríguez, G. *et al.*, 1995) y en adolescentes de áreas rurales (Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f). En los adolescentes de estrato bajo, se cree que hay grupos de riesgo (por ejemplo: prostitutas y homosexuales) que adquirirán el Sida como castigo a su inmoralidad y que por esto mismo deben ser estigmatizados. Estas creencias tienen una relación directa o indirecta con los mitos de la religión católica y generan en ellos barreras cultura-

les para la recepción, comprensión y asimilación de mensajes preventivos. En los jóvenes de áreas rurales, el problema de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se percibe como problema de grupos estigmatizados y diferentes a su medio, como las prostitutas, los homosexuales y de personas que son de la capital del país o extranjeros. A su vez, en ellos, la baja percepción de riesgo personal se asocia a los niveles bajos de asimilación informativa y de conocimientos sobre las ETS, motivo por el cual, en algunos casos, esta percepción está ausente porque el riesgo de contraerlas no ha sido considerado. En ese medio, el bajo nivel de relaciones sexuales protegidas de los padres y amigos, valida la baja percepción de riesgo de los adolescentes.

El sentimiento de temor que puede generar la percepción de riesgo se asocia a la actitud de cambio de la conducta sexual para evitar el riesgo de infección del VIH/Sida. En un estudio entre estudiantes de preparatoria (Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R., 1992), se encontró que cuanto más existe el temor a infectarse de VIH, hay una actitud más favorable hacia los cambios de la conducta sexual sin protección.

Prácticas sexuales coitales y uso de protección

La edad de inicio de la actividad sexual coital es variable según el género. En diferentes estudios se puede encontrar un rango promedio de inicio sexual coital entre los 15 y los 17 años para el total de adolescentes (Consejo Nacional de Población, 1988; Pick, S. *et al.*, 1994; Sepúlveda, J., 1989; Ramírez, B., 1986 y Villagrán, G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., 1992), siendo más probable el inicio coital a más temprana edad en los varones.

La proporción de casos que se iniciaron se incrementa con la edad, para ambos sexos. En un estudio muestral en la ciudad de México (Morris, L., *et al.*, 1988), se encontró que en los adolescentes de 15 a 19 años, 44% de varones y 13% de mujeres habían tenido relaciones sexuales premaritales; mientras que los jóvenes las habían tenido 86% y 39%, respectivamente. El inicio sexual se da entre los varones más con amigas, novias y prostitutas, y en las mujeres la mayoría con el novio (Consejo Nacional de Población, 1988; Odrizola, A. e Ibáñez, B., 1992).

La edad de inicio coital en los adolescentes puede tener implicaciones sobre el riesgo de embarazo premarital y la infección de ETS por ser una actividad usualmente sin protección, no planeada y esporádica (García, J. y Figueroa, J., 1992). Los estudios encuentran diferentes resultados sobre la tendencia del uso de anticonceptivos por género, en su debut coital: un estudio en la ciudad de México (Population Reference Bureau, 1992) encontró que los varones tienen tasas más altas; mientras que otros dos estudios hallaron que las mujeres tienden a usar más los anticonceptivos que los varones (rango de 32.8 a 43.8% en varones y de 35.8 a 63.4%) (Odrizola, A. e Ibáñez, B., 1992 y García, J. y Figueroa, J., 1992).

El porcentaje de adolescentes solteros de 15 a 19 años con experiencia sexual que han declarado haber tenido relaciones sexuales durante el último mes, es mayor en las mujeres (29%) que en los varones (23%) (Population Reference Bureau, 1992). Los varones tienden a tener mayor número de parejas sexuales, como se aprecia en estudios de contexto universitario donde los varones alcanzaron un número promedio mayor al de las mujeres (Odrizola, A. e Ibáñez, B., 1992 y Villagrán, G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., 1992). Una mitad de adolescentes y jóvenes que habían tenido actividad sexual reportaban tener una pareja sexual regular (Villagrán, G., Díaz-Loving, R. y Camacho, M., 1992). Otro estudio encontró que 43.3% de estudiantes de preparatoria habían tenido ya relaciones sexuales coitales, en su mayoría ocasionales, lo cual muestra que la práctica y actividad sexuales es común entre los adolescentes y jóvenes, aunque no se mantengan relaciones estables (Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R., 1992).

Susan Pick y colaboradores (Pick, S., Díaz-Loving R., Andrade, P., 1990a) han descrito que el control interno instrumental y afectivo y la habilidad de planear el futuro son variables relevantes en la predicción de la conducta sexual y anticonceptiva de los adolescentes de diferentes edades. Señalan que la controlabilidad aumenta con la edad en grupos de mujeres adolescentes que han tenido relaciones coitales pero no han tenido un embarazo. En cambio, las adolescentes embarazadas muestran niveles bajos de controlabilidad que son constantes conforme aumenta la edad, como consecuencia del desencanto que tuvieron en el uso ins-

trumental del control afectivo para obtener compañía o afecto, y tienen poca habilidad para planear el futuro. Y en las adolescentes de 12 a 15 años que no han tenido relaciones coitales tienen menor control afectivo de su medio ambiente, en las de 18 a 19 años esto es un factor importante ya que es posible que con el proceso de maduración disminuya el uso del afecto como forma de obtener metas y aumenta la instrumentalidad. Los conocimientos sobre embarazo y anticoncepción probablemente actúan en mayor medida cuando las adolescentes de menor edad no tuvieron aún relaciones coitales (Pick, S., Díaz-Loving R. y Andrade, P., 1990b).

Respecto al uso de protección en las relaciones coitales se ha encontrado en contextos universitarios que la mayoría de los adolescentes y jóvenes, sobre todo los de mayor edad que han tenido relaciones sexuales y usan anticonceptivos, muestran una actitud favorable al uso constante del condón y a los cambios de conducta sexual para evitar el VIH/Sida (Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R., 1992).

En este grupo universitario, la decisión de usar el condón con la pareja sexual regular es más compleja que con la ocasional. Mientras que con la pareja sexual regular se involucran factores de interacción afectiva, hedonismo, económicos, morales, de género y de experiencia sexual; los predictores del uso del condón con la pareja sexual ocasional se relacionan más con el hedonismo y la respuesta sexual (Villagrán, G. y Díaz-Loving, R., 1992). La frecuencia de uso de condón con la pareja regular tiende a aumentar cuando la pareja lo pide, cuando se considera que su uso hace las relaciones más placenteras, cuando la edad de debut sexual es tardía, cuando consideran que el costo de los preservativos no es muy alto, cuando creen que es apropiado usarlo también con la pareja habitual, cuando creen que no va en contra de su religión y cuando los sujetos que lo vayan a usar sean hombres. La frecuencia de uso de condón con la pareja ocasional aumentará en función de creencias sobre el placer en el acto coital y la pérdida de erección en el varón. El conocimiento sobre el Sida y su forma de transmisión así como la percepción de riesgo no son predictores de conductas preventivas en esta población estudiantil. A esto se agrega, como se encontró en otro estudio en estudiantes (Piña, J., Márquez, Y. y Corral, V., 1992), que las muje-

res y los alumnos más jóvenes son los más propensos a incurrir en conductas de riesgo.

En adolescentes y jóvenes de estratos bajos, el uso constante del condón es bajo e implica diferentes grados de riesgo de infección del VIH, en función de la conducta individual y la interacción de la pareja sexual. En un barrio marginado de Guadalajara, se encontró que la mayoría de los adolescentes tenían relaciones coitales con diferentes parejas y un nivel bajo de uso constante de condón, situación que ponía en probable riesgo a sus futuras parejas conyugales de la comunidad que en su mayoría eran célibes (Caballero, R. y Villaseñor, A., 1996). En otro estudio, en un barrio de estrato bajo de la ciudad de México, se halló que el uso del condón se relaciona con creencias naturalistas y morales. La mayoría de los adolescentes relaciona el condón con la prevención del embarazo y no con la del Sida. Los varones creen que "faltan" a la mujer si usan el condón, porque le niegan el acto natural y el embarazo, y a la vez, creen que si usan el condón "dejan de ser hombres" porque evaden responsabilidades. Las mujeres relacionan el uso del condón con la promiscuidad, lo condenan porque "evita la procreación natural" (Rodríguez, G. *et al.*, 1995). Este tipo de creencias también está presente en áreas rurales y se asocia, junto al bajo nivel de conocimientos sobre las ETS, al bajo uso del condón entre los varones (Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f). En este contexto, el uso del condón tiende a darse sólo después de que los adolescentes han padecido alguna ETS.

Efectos de campañas de medios masivos y de educación sexual

Sobre el efecto de campañas informativas de medios masivos en México, se han encontrado dos evaluaciones de impacto de campañas nacionales realizadas en la década de los ochenta, bajo el enfoque de los estudios conductuales CAP: una, orientada a homosexuales y bisexuales, y otra general que abarcó como grupo específico a estudiantes universitarios.

La primera evaluación indagó el impacto cognoscitivo, afectivo y conductual en varones homosexuales y bisexuales, de la campaña nacional para prevención del Sida, emitida a través de los medios de comunicación colectiva entre el último tercio de 1987 y el primero de 1988. En la posprueba de la evaluación, se en-

contró que en estos grupos había un nivel adecuado de conocimientos sobre transmisión del VIH, pero que un 20% mantuvieron mitos acerca de falsos mecanismos de transmisión e identificaron a homosexuales, prostitutas y drogadictos como principales grupos de riesgo (Sepúlveda, J., 1989).

En la segunda evaluación, se investigó cuál fue el impacto de la campaña educativa nacional por medios masivos para la prevención del Sida (difundida de septiembre de 1987 a mayo de 1988) sobre los conocimientos, actitudes (miedo y discriminación) y prácticas sexuales de estudiantes universitarios urbanos (Izazola, J. *et al.*, 1991). Se encontró que 47% de los estudiantes mencionó tener miedo de enfermarse de Sida, que 57% tenía miedo de que algún familiar se enferme y que 95% ayudaría a enfermos de Sida. También se halló una actitud mayor de rechazo si la pareja adquiriese el Sida y una menor si lo adquiriesen familiares y amigos. 40% identificaron al Sida como enfermedad de homosexuales y 93% consideró que las prostitutas y los homosexuales tenían mayor riesgo de enfermarse. Finalmente, 33% reportó niveles alto y regular de modificación de su conducta para prevenir el riesgo del VIH/Sida, como resultado de haberse expuesto a la campaña.

En área rural, se ha encontrado que el discurso divulgado sobre el Sida a través de las instituciones, educación formal y los medios de comunicación no es necesariamente asimilado por los adolescentes, porque éstos repiten el discurso que perciben pero no lo entienden y lo viven como algo lejano a ellos (Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B., s/f).

En el caso del efecto de las acciones de la educación sexual, se ha encontrado una probable relación entre la exposición a acciones de este tipo y un mayor uso de anticoncepción cuando se inician las relaciones coitales premaritales. En la ciudad de México, 64% de varones y 65% de mujeres adolescentes y jóvenes habían recibido educación sexual alguna vez y sus tasas de uso de anticonceptivos en la primera relación coital premarital fueron mayores a las de quienes no habían recibido educación sexual: en los varones 34% contra 23% y en las mujeres 28% contra 9% (Population Reference Bureau, 1992).

Uno de los esfuerzos más importantes de educación sexual en México es el curso "Planeando tu vida"

desarrollado por el Instituto Mexicano de Familia y Población (IMIFAP). Este curso fue evaluado entre febrero y agosto de 1989, entre estudiantes de preparatoria de la ciudad de México, mediante un diseño cuasiexperimental con grupos experimental y control y una muestra de seguimiento a los seis meses de haber impartido el curso. El propósito de la investigación fue evaluar el efecto a mediano plazo del curso en el conocimiento y conducta sexual y anticonceptiva de adolescentes estudiantes de la ciudad de México (Pick, S. *et al.*, 1994). En esta evaluación se encontró que tanto en conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción como en percepción de acceso y uso efectivo de anticonceptivos, hubo diferencias significativas entre los grupos experimental y control, con un efecto importante a favor del experimental. Se halló que el curso proporciona mayores conocimientos sobre sexualidad, embarazo y anticoncepción e incrementa la percepción de acceso a anticonceptivos, sobre todo en los varones que son los que tienden a cambiar más rápidamente su conducta sexual y anticonceptiva. La educación sexual no tuvo efectos en la probabilidad de iniciar o continuar la actividad sexual, lo cual permitió plantear a los autores la posibilidad de diseñar estrategias para propiciar una comunicación abierta entre padres e hijos sobre sexualidad e iniciar la educación sexual a edades tempranas.

Entre 1994 y 1996, el IMIFAP desarrolló una experiencia educativa para la producción de un video para padres y adolescentes escolares y un curso para padres, a fin de promover la comunicación de padres e hijos sobre sexualidad y prevención de ETS/VIH. Para el efecto se diseñó un estudio cuasiexperimental (cuantitativo y cualitativo) en ocho escuelas secundarias localizadas en tres barrios de estrato medio-bajo de la ciudad de México. Fueron formados tres grupos de intervención y uno de control (grupo 1: curso y video a adolescentes y curso y video para padres; grupo 2: curso y video para adolescentes y sólo video para padres; grupo 3: sólo curso para adolescentes y nada para padres; grupo 4: control sin intervenciones en adolescentes y padres) (Givaudan, M., Pick, S. y Proctor, L., 1997). Los datos cualitativos recolectados sugirieron que el video fue bien aceptado por padres y adolescentes. Ambos grupos dijeron que el video representó en forma adecuada las barreras para la comunicación en-

tre padres e hijos. La mayoría de padres de los grupos 1 y 2 dijeron que el video les enseñaba habilidades importantes para la comunicación efectiva con sus hijos. Los resultados sugieren que el curso puede trabajar mejor cuando ya existe algún nivel de comunicación entre padres e hijos y cuando los padres están motivados a tratar nuevas estrategias. En orden a establecer una base para la comunicación sobre la sexualidad y otros tópicos, los padres necesitan comenzar este proceso antes de que sus hijos lleguen a la adolescencia.

Conclusiones

Los hallazgos descritos en los diferentes estudios revisados permiten apreciar que los adolescentes y jóvenes se exponen a una amplia cantidad de información sobre sexualidad y VIH/Sida, por distintas fuentes interpersonales y masivas. Esta exposición sería variable por estratos socioeconómicos, nivel de instrucción y género y tendría una relación con el nivel de conocimientos cuando se basa en la información brindada por profesores y periódicos, en los estratos alto y medio.

Los niveles de conocimientos sobre el VIH/Sida tienden a ser altos y regulares, en diferentes grupos poblaciones urbanos, como resultado a una difusión amplia de información por diferentes fuentes. Sin embargo, se ha detectado en estos grupos una incertidumbre sobre las formas de transmisión como: compartir baños, cubiertos, ropa, etcétera. Esta incertidumbre refleja un miedo cultural profundo al Sida que es similar al que se daba a fines del siglo XIX debido a la sífilis en los Estados Unidos, por la posibilidad de transmisión casual.⁷ A esta incertidumbre se han agregado las carencias de conocimiento sobre el uso del condón y la distinción entre el VIH y el Sida. En el área rural, el único estudio que trabajó el tema reporta que existe un gran desconocimiento sobre las ETS y una baja proporción de sexo protegido entre los varones que sería motivada por el caso extremo de la experiencia previa con alguna ETS.

⁷ Brandt, A. M. "El Sida en perspectiva histórica: Cuatro lecciones de la historia de las enfermedades de transmisión sexual", en Mark Platts (comp.), *Sida: Aproximaciones éticas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica, 1996, pp. 17-33.

La comunicación sobre sexualidad con los padres tiende a ser baja e irregular, en áreas urbanas, y casi inexistente en áreas rurales. Esta comunicación parecería ser un factor que contiene el inicio de las relaciones coitales y favorece la preocupación preventiva ante el riesgo de infección sexual del VIH. Sin embargo, este efecto sería diferencial en la madre o el padre, pues el diálogo con la primera sería un factor de contención de inicio coital y preventivo del riesgo y el diálogo con el padre sería un factor que facilitaría el inicio en los varones, aunque no se sabe hasta qué punto preventivo o no del riesgo.

En cuanto a la percepción del riesgo, los estudios han encontrado —al igual que Prohaska⁸— que el factor moral es un componente importante de ésta, ya que puede influir sobre la percepción de la infección de VIH como un mal de grupos inmorales además, de las decisiones de varones y mujeres sobre el bajo uso de protección en las prácticas coitales. Esta percepción del riesgo estaría basada en un conjunto de creencias culturales sobre la salud reproductiva y el uso de protección en las relaciones coitales que se describen como naturalistas y de origen religioso, aunque todavía no se sistematizan en categorías de creencias.⁹

El desarrollo de prácticas sexuales coitales parece diferir por géneros, estratos socioeconómicos, nivel de escolaridad, edad y controlabilidad de los adolescentes y jóvenes. La actividad sexual que se reporta tiende a ser ocasional, esporádica, no planeada y con diferencias en si es protegida o no por el tipo de pareja, el género y el contexto urbano o rural. Los hallazgos de los estudios hacen pensar que los procesos culturales asociados a los conocimientos y percepción de riesgo favorecen barreras culturales que limitan el uso cons-

⁸ Prohaska, T.R. et al., "Determinante of self-perceived risk of AIDS", en *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 31, 1990, pp. 384-394.

⁹ Algo que podría ensayarse a la luz de los hallazgos es la categorización por tipos de creencias de las causas de la enfermedad, como se ha venido haciendo en el campo de la antropología médica desde principios de siglo. Por ejemplo, WHR Rivers propuso en la década de los 20's la clasificación que comprende creencias mágicas, religiosas y naturalistas. De ahí en adelante, otros autores han propuesto esquemas más complejos. Sobre el particular ver: Moore, L.G. et al. "Cultural belief systems and their impact on health care", en *The biocultural basis of health*, St. Louis, The CV Mosby Company, 1980, pp. 191-245.

tante del condón como medida preventiva contra el riesgo del VIH. A esto se agrega la presencia de una norma cultural que desalienta -sobre la base de principios de decencia y respeto- la comunicación entre padres e hijos sobre la sexualidad y el VIH/Sida, la difusión de campañas de los medios masivos contra el VIH/Sida¹⁰ y las acciones de educación sexual.

Las campañas de los medios masivos y las acciones de educación sexual parecen haber logrado un impacto sobre los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas coitales protegidas en algunos grupos de adolescentes y jóvenes urbanos. A su vez, importantes esfuerzos de educación sexual transitan por el terreno de la prueba experimental y validación de contenidos y tecnología educativa, en grupos escolarizados y padres de familia urbanos, bajo el supuesto de que la educación sexual genera mayor probabilidad de uso de anticoncepción en la primera relación coital y una mayor comunicación con los padres favorece una actitud de uso de protección sexual contra el riesgo del VIH/Sida.

En la interpretación de los resultados de esta revisión, deben tomarse en cuenta algunas limitaciones. Los estudios revisados son investigaciones que efectuaron trabajo de campo con adolescentes y jóvenes, la mayor parte con el método de encuesta por muestreo. Estos estudios se desarrollaron casi exclusivamente en áreas urbanas y muchos de ellos en ambientes escolares de

México, Distrito Federal. Cuando los estudios hicieron incursión en los estratos socioeconómicos, trabajaron principalmente los estratos medio y bajo. La mayor parte de los trabajos son de tipo transversal con niveles de análisis descriptivo y correlacional.

La aparición de algunos estudios cualitativos dentro del repertorio revisado marca una tendencia en la investigación de la medicina social en los últimos años. Este tipo de estudios ha aportado muchos de los elementos de percepción del riesgo y creencias que orientan al uso de condón en las relaciones coitales, desde un enfoque de las desigualdades de género.

Todos los estudios partieron del supuesto de la covariación de los factores culturales y las prácticas sexuales en el desarrollo de un efecto que es la infección del VIH, desde el enfoque CAP y el de los factores de riesgo. Tal vez, cabe reflexionar, desde un punto de vista epistemológico, si haber partido con este supuesto -que vendría a ser plausible desde los conocimientos epidemiológicos sobre las causas del VIH/Sida- no ha llevado a perder otra forma de percibir las interrelaciones o la causalidad del fenómeno estudiado, en los grupos de adolescentes y jóvenes.

La revisión de los estudios permite ver que las investigaciones han hecho un uso mínimo del estudio tipo longitudinal para apreciar los cambios o los procesos que se quieren estudiar y que no se ha incursionado en niveles de análisis causal.

¹⁰ Dos reflexiones sobre los esfuerzos de prevención informativa contra el VIH/Sida mediante campañas masivas de medios y las barreras culturales para su desarrollo en: Sepúlveda, J. *Prevention through information and education: experience from Mexico*. En Sepúlveda, J. *et al. AIDS. Prevention through education: a world view*. Nueva York, Oxford University Press, 1992. Pp. 127-144. Y Rico, B. *et al.* "Las campañas contra el Sida en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?", en *Salud Pública de México*, núm. 37, 1995, pp. 643-653.

Bibliografía

- Alfaro, L., Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (1992), "Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y Sida en estudiantes de preparatoria", en *Psicología social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 95-101.
- Andrade, P., Camacho, M. y Díaz-Loving, R. (1992), "Comunicación con los padres y su relación con conducta sexual y percepción de riesgo de contraer Sida", en *Psicología social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 102-107.
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (1996), "Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado", en *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 4, pp. 276-279.
- _____, Villaseñor, A. e Hidalgo, A. (1997), "Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el Sida en adolescentes de México", en *Rev. Saúde Pública*, vol. 31, núm. 4, pp. 351-359.
- Castañeda, X., Castañeda, I. y Allen, B. (s/f), *Los adolescentes y el conocimiento de ETS en comunidades rurales de Morelos*. México, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, (Manuscrito no publicado).
- Consejo Nacional de Población (1988), *Encuesta nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior*, México, CONAPO.
- Flores, M. y Díaz-Loving, R. (1992), "Actitudes hacia la salud, enfermedad y Sida", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 83-88.
- García, J. y Figueroa, J. (1992), "Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México", en *Salud Pública de México*, vol. 34, núm. 4, pp. 413-426.
- Givaudan, M., Pick, S. y Proctor, L. (1997), "Strengthening parent/child communication: An AIDS prevention strategy for adolescents in Mexico City", en *Women and AIDS Research Program Report-in-Brief*, Washington, DC., ICRW.
- Izazola, J., et al. (1991), "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el Sida. Bases para el diseño de programas educativos", en Sepúlveda, J., et al. *Sida, ciencia y sociedad en México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica, pp. 297-336.
- Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992), "Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre Sida", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 115-121.
- Morris, L. et al. (1988), "Sexual experience and contraceptive use among young adults in Mexico city", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 14, pp. 147-152.
- Odriozola, A. e Ibáñez, B. (1992), "Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 123-134.
- Pick, S. et al. (1994), "Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes", en *Salud Mental*, vol. 17, núm. 1, pp. 25-31.
- _____, Díaz-Loving R. y Andrade, P. (1990a), "Relación de control, conducta sexual, anticonceptiva y embarazo en adolescentes", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 3, pp. 328-335.
- _____, Díaz-Loving R. y Andrade, P. (1990b), "Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos de edad que han y no han tenido relaciones sexuales", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 3, pp. 312-321.
- Piña, J., Márquez, Y. y Corral, V. (1992), "Conocimientos y motivos que subyacen al ejercicio instrumental de comportamientos de riesgo y prevención en estudiantes", en *Salud y Sociedad*, vol. 2, pp. 21-32.

Population Reference Bureau (1992), *La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes de América Latina y El Caribe. Riesgos y consecuencias*, Atlanta, PRB.

Ramírez, B. (coord.) (1986), *Detección de las principales características de salud mental en 2502 alumnos de bachillerato de la Universidad de Guadalajara*, Guadalajara, Jalisco, Universidad de Guadalajara.

Rodríguez, G. *et al.* (1995), "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos de Sida", en Bronfman, M., *et al. Sida en México. Migración, adolescencia y género*, México, CONASIDA, pp. 91-201.

Ramos, L. *et al.* (1992), "Creencias sobre el origen del Sida en estudiantes universitarios", en *Salud Mental*, vol. 15, núm. 4, pp. 12-20.

Sepúlveda, J. (coord.) (1989), *Encuesta sobre sexualidad y Sida en hombres homosexuales y bisexuales, México, Secretaría de Salud*.

Villagrán, G. y Díaz-Loving, R. (1992), "Hacia un modelo explicativo del uso del condón en estudiantes universitarios", en *Psicología Social en México*, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, vol. 4, pp. 89-94.

_____, Díaz-Loving, R. y Camacho, M. (1992), "Patrón de conducta sexual, uso de condón y percepción de riesgo de contraer Sida en estudiantes universitarios", en *Revista Sonorense de Psicología*, vol. 6, núm. 1 y 2, pp. 49-58.

SEGUNDA PARTE

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES: UN PASO PARA EL BIENESTAR FUTURO

FERNANDO BELTRÁN AGUIRRE

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

CELIA BENET JIMÉNEZ

COORDINACIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES PARA ADOLESCENTES
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA

SYS 702962

Introducción

El presente trabajo tiene la intención de presentar, de manera breve, la aportación que los servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes, han realizado para atender parte de las demandas de salud de este grupo de población. El trabajo incluye la participación de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, asimismo hace referencia a los contenidos de los documentos oficiales que incluyen estrategias y líneas de acción dirigidas a atender la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. Este trabajo contiene una descripción completa del servicio de atención a la salud reproductiva de la población de referencia, que realiza la Secretaría de Salud. La última parte presenta algunas conclusiones del trabajo y las perspectivas de este servicio.

1. Antecedentes

La población adolescente en México constituye el 22.9% de la población total del país. El análisis del comportamiento reproductivo de la población indica que la edad media de las mujeres a la primera unión es de 19 años y la edad del nacimiento del primer hijo es de 21 años.

La utilización de métodos anticonceptivos entre adolescentes con vida sexual activa aumentó de manera importante de 1976 a 1992 (36%), no obstante se siguen presentando embarazos no planeados en este grupo.

Al respecto se puede señalar que el 16% del total de nacimientos registrados en el país corresponden a madres adolescentes. La tasa de mortalidad materna en el grupo de 15 a 20 años es prácticamente igual a la que corresponde a la población femenina total.

En los últimos años el estado de salud reproductiva de las adolescentes ha evolucionado positivamente. Como se puede observar en el Cuadro 1, el descenso del número de defunciones maternas en adolescentes en los últimos 15 años, fue de 299 en 1980 a 173 en 1995.

Por otra parte los nacimientos registrados en el grupo de madres adolescentes en el periodo de 1990 a 1994 de 17.1% del total de nacimientos en el país, bajó a 15.9% como lo muestra el cuadro 2.

Cuadro 1
Mortalidad Materna en Adolescentes, 1980-1995

AÑO	DEFUNCIONES
1980	299
1985	187
1990	196
1995	173

Tasa por 10,000 N.V.R. de menores de 20 años.
Fuente: SSA/DGEI Perfiles estadísticos 1, Salud Materno Infantil, 1993, SSA DGEI, Mortalidad Materna, 1995.

Cuadro 2
Nacimientos registrados en madres adolescentes, 1990-1994

AÑO	TOTAL DE NACIMIENTOS	NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES	
		ABSOLUTOS	%
1990	2'735,312	466,554	17.1
1991	2'756,447	483,646	17.5
1992	2'797,397	447,355	16.0
1993	2'839,686	454,920	16.0
1994	2'904,389	461,919	15.9

Fuente: SSA-DGEI, Estadísticas Vitales, 1990-1995.

2. Respuesta social

La evolución del concepto de salud a el de salud integral acompañado por el desarrollo y evolución de los programas de planificación familiar dieron lugar a un nuevo significado y con ello a una nueva visión en la provisión de los servicios en todo lo que se relaciona con la salud sexual y reproductiva.

El nuevo concepto de salud reproductiva se concibe como "el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos" (1).

Dicho concepto permitió visualizar con mayor claridad la relación de todos los elementos que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva. Atendiendo a la nueva visión se inició un trabajo formal y explícito con los grupos de adolescentes en lo que respecta a la provisión de servicios de información y de salud dirigido especialmente a este grupo.

En las recientes conferencias de las Naciones Unidas sobre población y sobre la mujer se exhortó a los gobiernos a proporcionar a los jóvenes mejor protec-

ción contra los peligros y mayor acceso a los recursos, incluida la atención de salud reproductiva. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, instó a los países miembros a tomar entre otras medidas la de proteger la salud reproductiva y sexual de los jóvenes mediante la provisión de acceso a información y servicios confidenciales.

En la Conferencia Internacional sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se refrendó la importancia de satisfacer las necesidades de salud de los jóvenes, especialmente de las mujeres jóvenes, las cuales por su condición de mayor vulnerabilidad constituyen un grupo necesitado de más y mejor atención de salud reproductiva (2).

En la CIPD se reconocieron como derechos sexuales el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

En lo que se refiere a los derechos reproductivos éstos se reconocen como ciertos derechos humanos, que incluyen el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y

reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (3).

Por otra parte el gobierno de México reconoce como derechos reproductivos los que contiene el artículo 4o. Constitucional en el cual se menciona que “Toda persona tiene derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos de manera libre, responsable e informada”. El derecho a la salud se incluye en este mismo artículo. Para garantizar el pleno ejercicio de estos derechos el gobierno proporciona el servicio y la información.

Teniendo como marco los preceptos constitucionales y, con base en la visión integral plasmada en el concepto de salud reproductiva, los servicios incluyen información, consejería, educación y salud.

Organizaciones no gubernamentales

En México durante los últimos diez años el número de los organismos dedicados a la atención específica de jóvenes y adolescentes ha crecido. Como muchas agrupaciones de este tipo, la misma proliferación de las organizaciones civiles ha hecho que la relación con el gobierno se diversifique y las considere como parte fundamental de los actores sociales que intervienen en la vida del país.

En el caso de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) que se relacionan con la salud reproductiva, en los últimos años, han experimentado un proceso de consolidación que les permite actualmente fungir como voceros de opinión pública reforzando su participación en diversos foros, y no sólo en la opinión de la sociedad civil sino en la acción de las instancias gubernamentales.

Las acciones más relevantes de este grupo de instituciones son realizadas por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y el Centro de Orientación para Adolescente (CORA). El primero proporciona, en sus centros de servicio, atención especializada de salud reproductiva a jóvenes y adolescentes. El segundo organismo genera y proporciona información acerca del grupo de referencia, a los organismos que lo necesitan y a los jóvenes les proporciona información y orientación para la solución de sus problemas.

Uno de los ejemplos significativos de la participación de estas organizaciones civiles en la atención de las necesidades de los adolescentes se refiere a que varias de ellas integran el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, donde del total de las 16 organizaciones participantes, seis son ONG. Éstas consideran, dentro de sus actividades, estudiar, informar y dar atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Organismos gubernamentales

Dentro de los servicios de información y comunicación el Consejo Nacional de Población (CONAPO), lleva a cabo un programa de atención al adolescente denominado “De Joven a Joven”, el cual ofrece a los jóvenes, a través de una línea telefónica, información, reflexión, diálogo y canalización a los jóvenes que utilizan este servicio (4).

Otro de los organismos gubernamentales que asiste especialmente a los jóvenes es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que estructuró el Programa de Desarrollo Integral de Adolescente (DIA), considerado como de asistencia social y cuyo objetivo principal es promover y propiciar el adecuado desarrollo de la juventud, mejorar las condiciones de vida del adolescente, mediante acciones institucionales derivadas de la investigación, que permitan el conocimiento y la intervención adecuada de la situación (5). Actualmente, dicho programa, promueve la atención integral a la madre adolescente.

Los servicios de salud dirigidos a los jóvenes, por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) consisten en atender a los hijos de los derechohabientes hasta la edad de 16 años o hasta los 25 años, cuando todavía realizan estudios en planteles del Sistema Educativo Nacional.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende también a los hijos de los derechohabientes.

Otro programa gubernamental que ofrece información sobre salud reproductiva a los jóvenes es el que desarrolla la Secretaría de Educación Pública a través de la Dirección General de Atención a la Juventud Causa Joven. Dicha actividad se incluye en las actividades de participación y desarrollo.

Cabe hacer mención, por su antigüedad y su labor pionera, del servicio de salud especial para adolescentes que brinda desde 1979 hasta la fecha el Hospital Infantil de México Federico Gómez. En este hospital se creó la Clínica Piloto de Orientación Sexual y Vida Familiar para Adolescentes con el objetivo de orientar a los jóvenes en el conocimiento de su desarrollo sexual y genital, brindando servicio médico de orientación prematrimonial; a la vez se buscó asesorar a profesionales que atienden aspectos de salud integral de los adolescentes.

Existen otros servicios para jóvenes que son de tipo local como los que han sido instalados en la Universidad Nacional Autónoma de México por la Dirección General de Servicios Médicos, que funcionan como Programa de Salud Integral del Estudiante Universitario y cuya función es “promover, restaurar y conservar la salud del estudiante universitario para contribuir a mejorar su calidad de vida, sus capacidades personales, su aprovechamiento escolar y por tanto, su formación profesional”(6).

3. La salud de los adolescentes en los planes y programas gubernamentales

El gobierno de México elabora un Plan Nacional de Desarrollo que corresponde al periodo de gestión del mismo y del cual se derivan todos los programas nacionales incluyendo los de salud y población.

En lo que se refiere a los programas de salud cabe mencionar que el Programa de reforma del sector salud 1995-2000 (7) destaca que será impulsada la creación de programas de salud que, además de difundir información a los adolescentes, provea servicios especialmente diseñados para este segmento de la población. “Dicho subprograma debe priorizar la comprensión de su sexualidad, las alternativas de protección contra embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades por vía sexual y el riesgo de infertilidad que conllevan”.

El objetivo es fomentar la adopción de actitudes y conductas responsables, es decir, que los adolescentes asuman su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos.

En el mismo documento se “... propone establecer unidades de servicios de salud reproductiva para adolescentes en el primer y segundo niveles de atención, así como establecer un sistema de referencia y contrareferencia entre diversas unidades médicas”.

“Las acciones desarrolladas favorecerán en la población adolescente con vida sexual activa la postergación de la edad al primer nacimiento; la disminución en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; la reducción en 50% del número de embarazos no deseados; el aumento a 60% de la prevalencia de uso de anticonceptivos, especialmente de preservativos; la provisión de atención integral durante el embarazo, parto y puerperio al total de menores de 20 años embarazadas”.

Por su parte, el Programa Nacional de Población 1995-2000 (8) incluye en los lineamientos generales de la política de población un capítulo dedicado a la dinámica y estructura de la población, donde se proponen como líneas de acción, entre otras, “Fomentar el retraso de la edad al matrimonio y al nacimiento del primer hijo mediante acciones de comunicación y educación en la población, así como de medidas que incentiven la permanencia de los jóvenes en el sistema educativo formal”

.El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (1) toma en cuenta en sus estrategias y líneas de acción, los objetivos de población y salud que se relacionan con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Este programa plantea que el objetivo general del servicio de salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes es “proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación, comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta”. En dicho documento se fijan metas de cobertura así como de impacto.

4. El servicio de atención a la salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes: “En Buen Plan”

Primera etapa

En la actualidad el gobierno de México considera la salud reproductiva de los y las adolescentes como uno de los pilares del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

En noviembre de 1993 la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud convocó a la Reunión de Monterrey a organismos gubernamentales, no gubernamentales e internacionales interesados en la atención de la problemática de los y las adolescentes; acción con la que México se anticipó a la CIPD celebrada en El Cairo el siguiente año.

El resultado de esta reunión fue la Declaración de Monterrey, documento en el que se reconocen los principales aspectos de la problemática de adolescente incluyendo lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de esta población.

En 1994 la Secretaría de Salud inició, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva un servicio de atención cuyo objetivo principal era “Contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente”.

Este servicio se inició con el propósito de alentar el retraso del inicio de la vida sexual, el retraso del primer embarazo, así como fomentar el intervalo intergénico con el empleo de recursos anticonceptivos; además, prevenir el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Para lograr esto se hace énfasis en la información y la comunicación educativa con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad, sean conscientes y capaces de actuar de manera autónoma y con responsabilidad, es decir, sin poner en riesgo su salud.

El servicio se brinda a través de los módulos instalados en centros de salud, y hospitales generales de la Secretaría y se integran en un consultorio médico y otro psicológico. En estos lugares se otorga una atención integral ya que se proporciona información sobre salud sexual y reproductiva, orientación consejería en métodos anticonceptivos y atención médica.

Las acciones se desarrollan siguiendo como principales estrategias: a) la educación, donde se incluyen

los aspectos de información, orientación comunicación y educación; b) la atención médica en centros de salud, encaminada a la atención prenatal, a la prevención de embarazos no planeados y a la consejería en salud sexual y anticoncepción; c) la atención médica en hospitales, dirigida a lograr la atención prenatal de la adolescente embarazada, la atención del parto y del recién nacido y la prevención de nuevos embarazos; y d) la investigación y evaluación, la cual permite dirigir adecuadamente las acciones del programa.

La última estrategia se apoya en un sistema de registro de la información obtenida de los módulos así como de trabajos de investigación con objetivos muy específicos que corresponden con las necesidades de las regiones que los generan. Para facilitar el registro diario de los datos obtenidos en los módulos se diseñaron dos formatos; uno es la historia clínica del adolescente y el otro es el informe mensual de actividades.

Las actividades que se llevan a cabo en el programa son apoyadas por la capacitación y actualización que recibe el personal de salud del servicio. En la actualidad los módulos de adolescentes operan en centros de salud y hospitales de la Secretaría en todas las entidades federativas.

Dado que los propósitos del servicio para adolescentes son eminentemente preventivos, los cursos de adiestramiento que reciben los prestadores del servicio tratan de proveerlos de elementos que les permitan crear y fomentar una cultura de salud integral en los adolescentes, maestros de escuela y padres de familia, a los cuales se les imparten sesiones educativas.

Para apoyar las acciones de promoción y difusión del programa se elabora material impreso y filmico en el cual se incluye la imagen corporativa del servicio de atención a los adolescentes. Asimismo, se diseñan y se reproducen carteles, trípticos, folletos y volantes. Se producen y difunden spots para radio y televisión con mensajes exclusivos para población joven. Es necesario puntualizar que todas las acciones se desarrollan tratando de integrar adecuadamente la perspectiva de género.

Segunda etapa

Las necesidades cambiantes del grupo de adolescentes exigen la evolución y complementariedad de los servicios de salud ofrecidos.

Cumpliendo con dicha tarea en el último trimestre de 1997 la Secretaría de Salud dispuso que los servicios de atención a la salud de las y los adolescentes que conduce la Dirección General de Salud Reproductiva iniciaran una labor de coordinación con la Dirección General de Promoción a la Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Consejo Nacional contra el Sida (CONASIDA) con el propósito de que en estos servicios se atiendan la prevención y casos de adicción (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) así como a la prevención y casos de Sida entre los jóvenes. En esta segunda etapa se pretende consolidar la coordinación con la Secretaría de Educación Pública.

Logros

Los principales logros que corresponden al servicio de salud para adolescentes "En Buen Plan", durante el periodo 1994-1997, se refieren al número de adolescentes atendidos, al número de consultas otorgadas por tipo de atención, a los aceptantes de métodos anticonceptivos por tipo de métodos etcétera.

La cantidad de unidades de atención de servicio para adolescentes se ha incrementado (Gráfica 1) en forma significativa hasta alcanzar el número de 201 para 1997. Por entidad federativa destaca el porcentaje de unidades que corresponden al Distrito Federal, Guerrero y Tamaulipas (Gráfica 2).

La distribución de aceptantes de métodos anticonceptivos por tipo de método se muestra en la Gráfica 3, en la que se destacan los porcentajes de aceptación que tuvo el DIU (40.3%) y el condón (28.8%). En es-

tos porcentajes se refleja la promoción de los métodos en la etapa posterior al evento obstétrico.

Haciendo la suma de los casos obstétricos referidos para su atención, durante el periodo 1994-1997 se observa en la Gráfica 4 que el 66.1% correspondió a partos, el 23.2% a cesáreas y el 10.7% de estos casos fueron atendidos por complicaciones por aborto previo.

De las mujeres que fueron atendidas por un evento obstétrico el 79.2% aceptó usar el DIU, (Gráfica 5) el 17.3%, hormonales inyectables u orales y un 3.5% OTB.

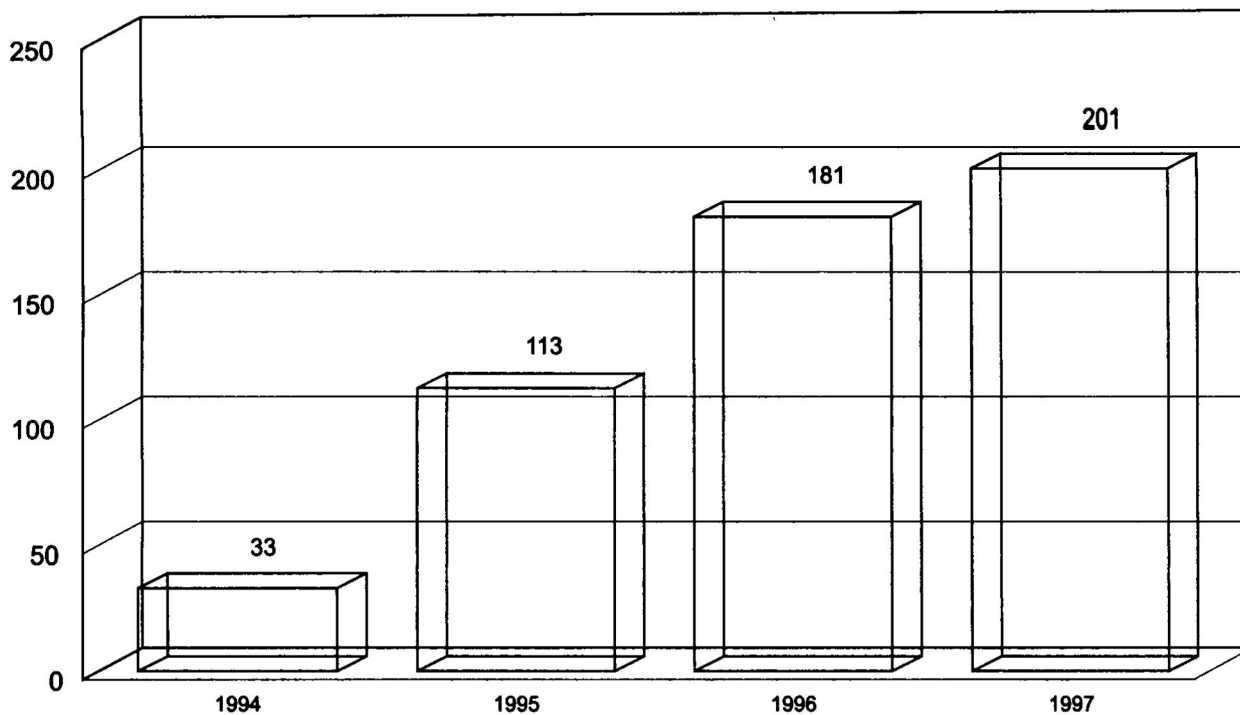
Las consultas de salud reproductiva dedicadas a los adolescentes se han incrementado significativamente lo cual se relaciona con el aumento en el número de los módulos de atención específica para esta población, instalados en los diferentes estados de la República (Gráfica 6).

En los módulos de atención a adolescentes se atienden también otro tipo de padecimientos. La Gráfica 7 muestra que las consultas dedicadas a las enfermedades infecciosas son las más frecuentes.

Las acciones de promoción e información son parte medular del servicio preventivo. En la Gráfica 8 se observa que esta actividad va teniendo cada vez más impulso.

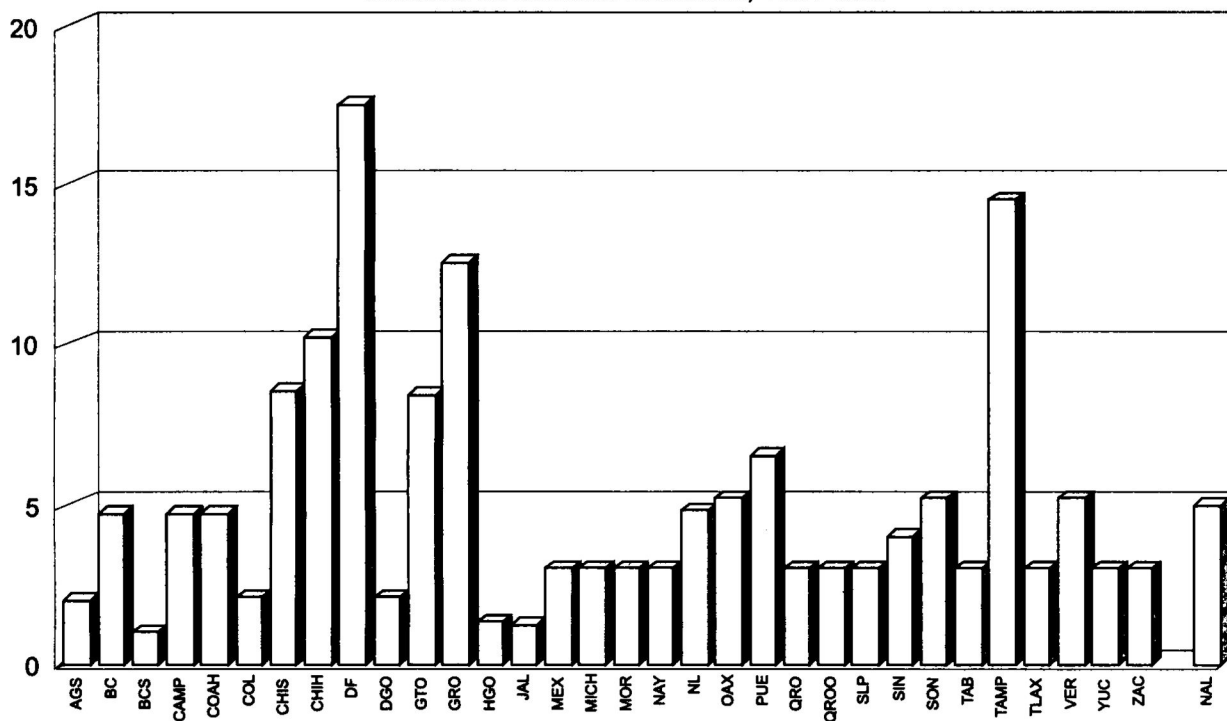
Cabe aclarar que los logros del servicio de adolescentes no son sólo los que aparecen en los resultados. Durante el proceso de implementación se ha involucrado a personal diverso el cual en menor o mayor medida va adquiriendo una nueva consciencia en lo que se refiere a la atención especializada de los adolescentes y a su importancia.

Gráfica 1
Módulos existentes, 1994-1997



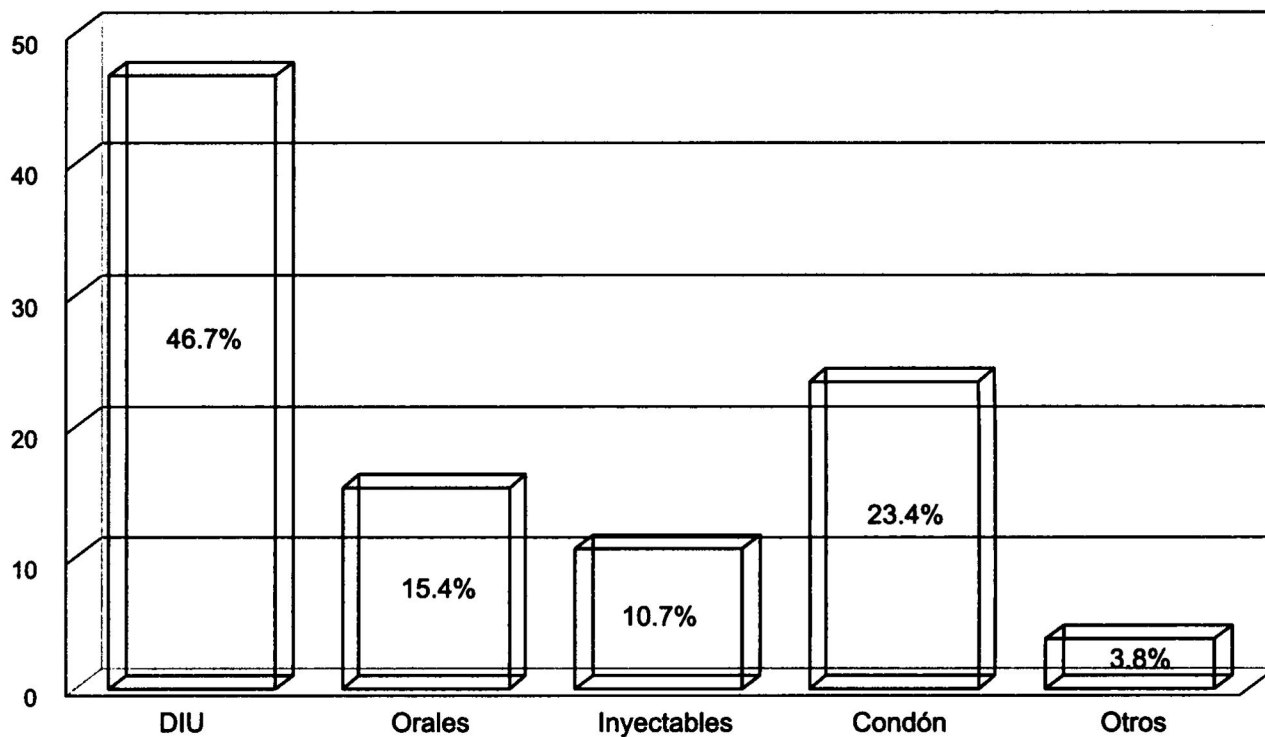
Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 2
Módulos de atención instalados, 1994-1997



Fuente: Sistema específico de información.

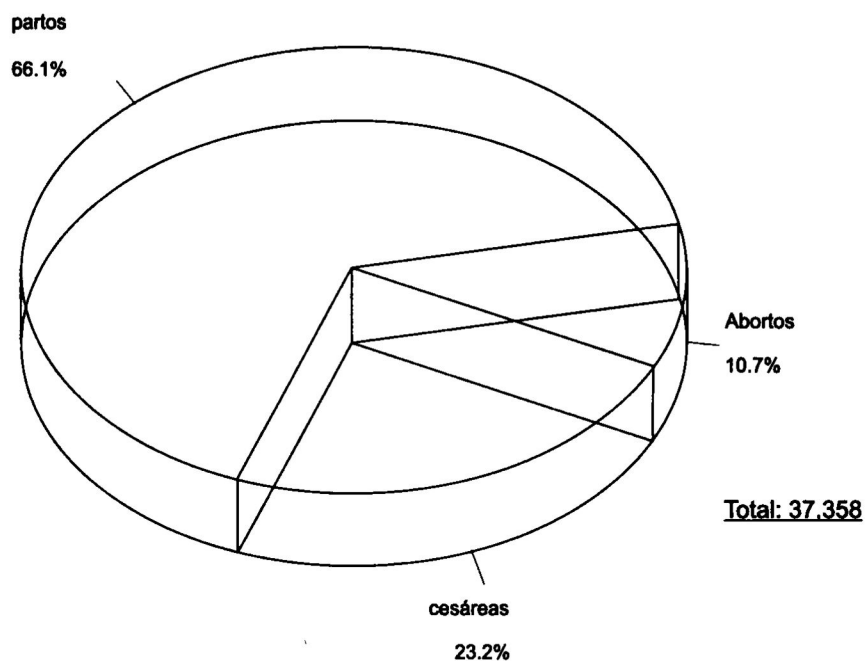
Gráfica 3
Distribución de aceptantes por método anticonceptivo, 1994-1997



Total: 22,278

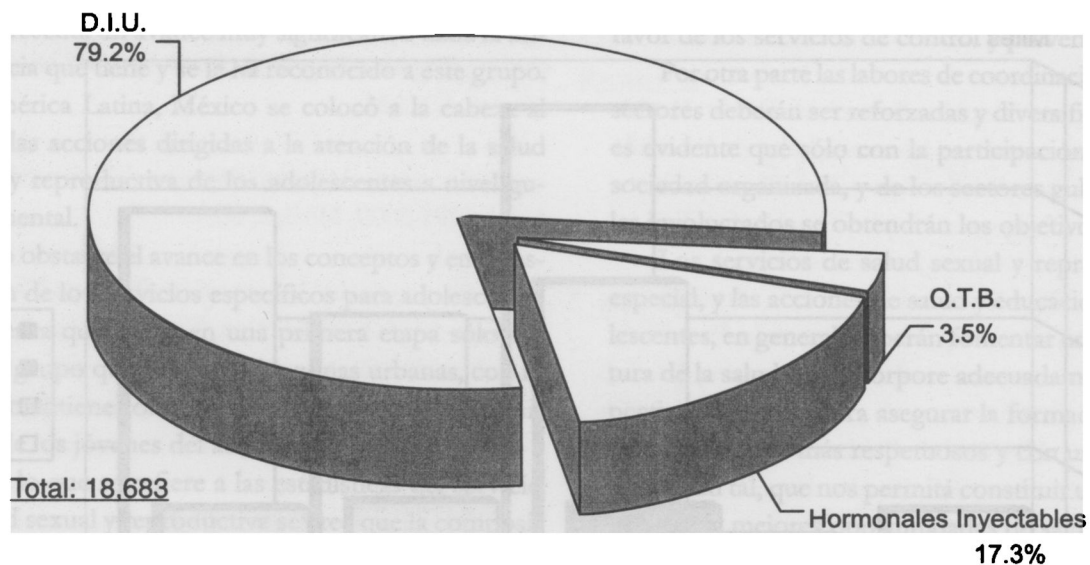
Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 4
Eventos obstétricos atendidos en las unidades hospitalarias con módulo, 1994-1997



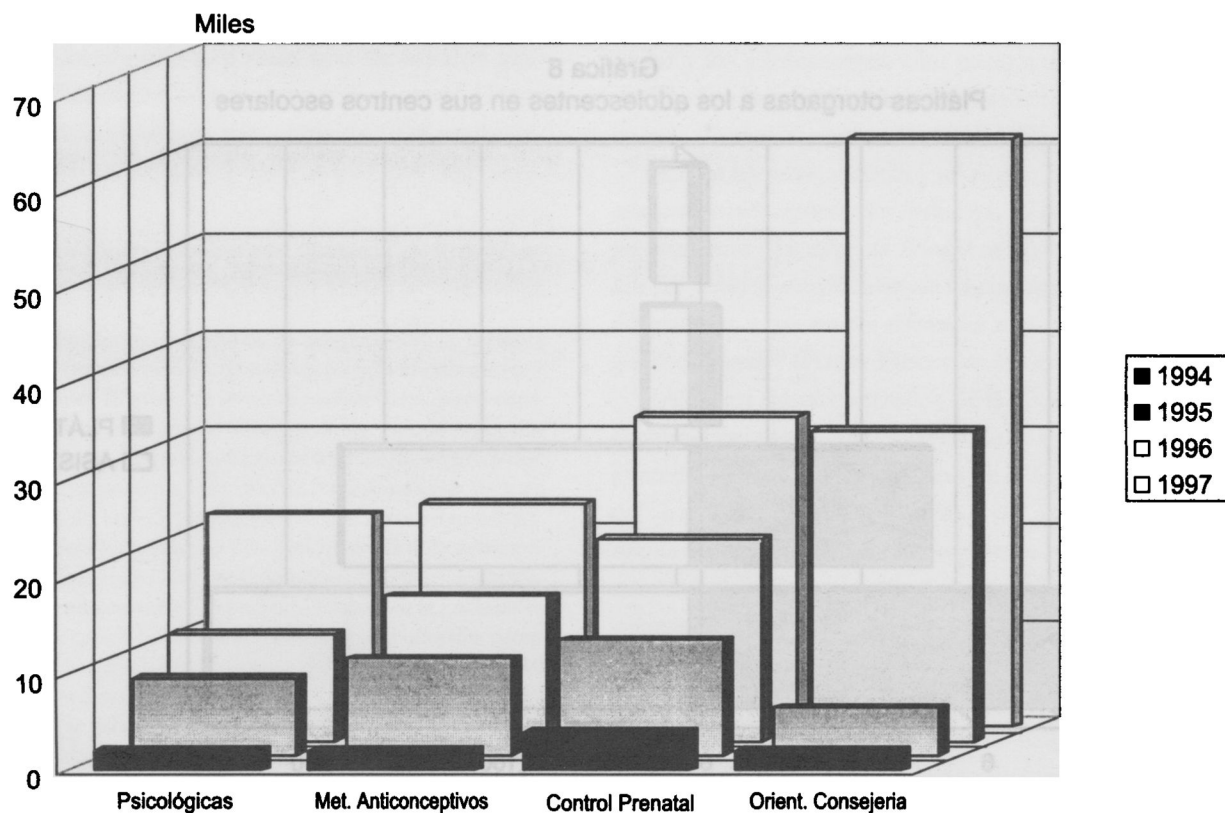
Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 5
Distribución de aceptantes de anticonceptivos en el postevento obstétrico, 1994-1997



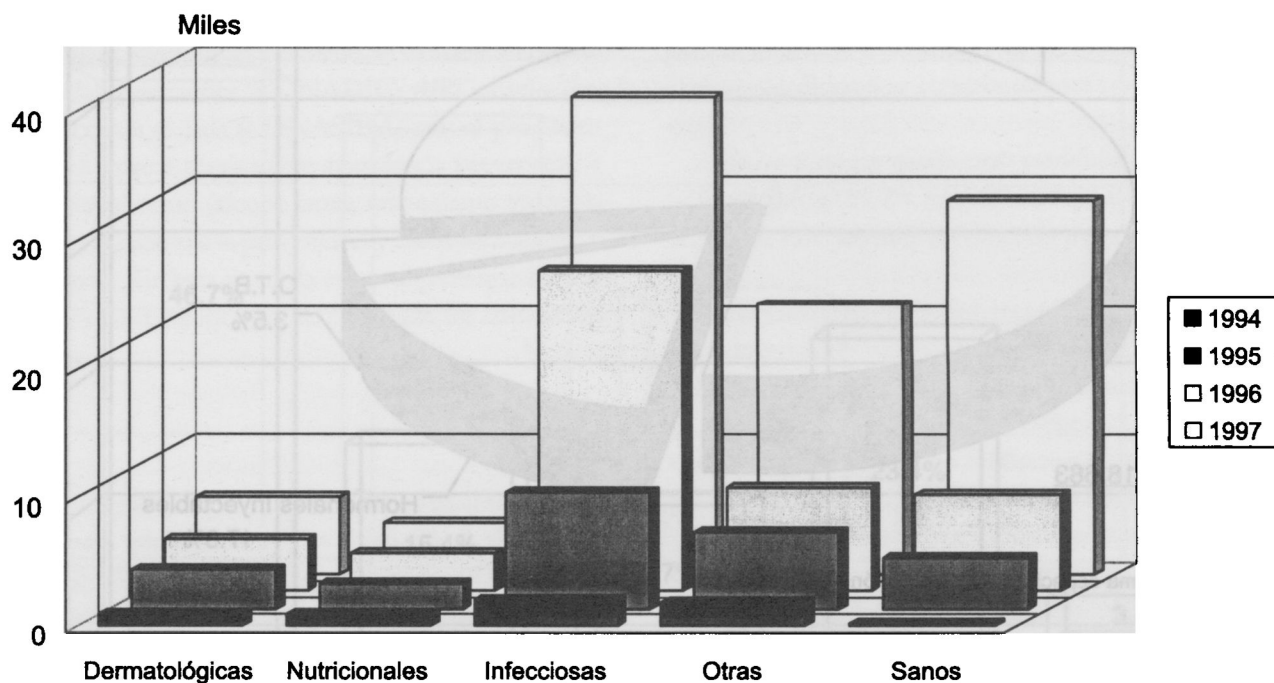
Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 6
Consultas de salud reproductiva para adolescentes



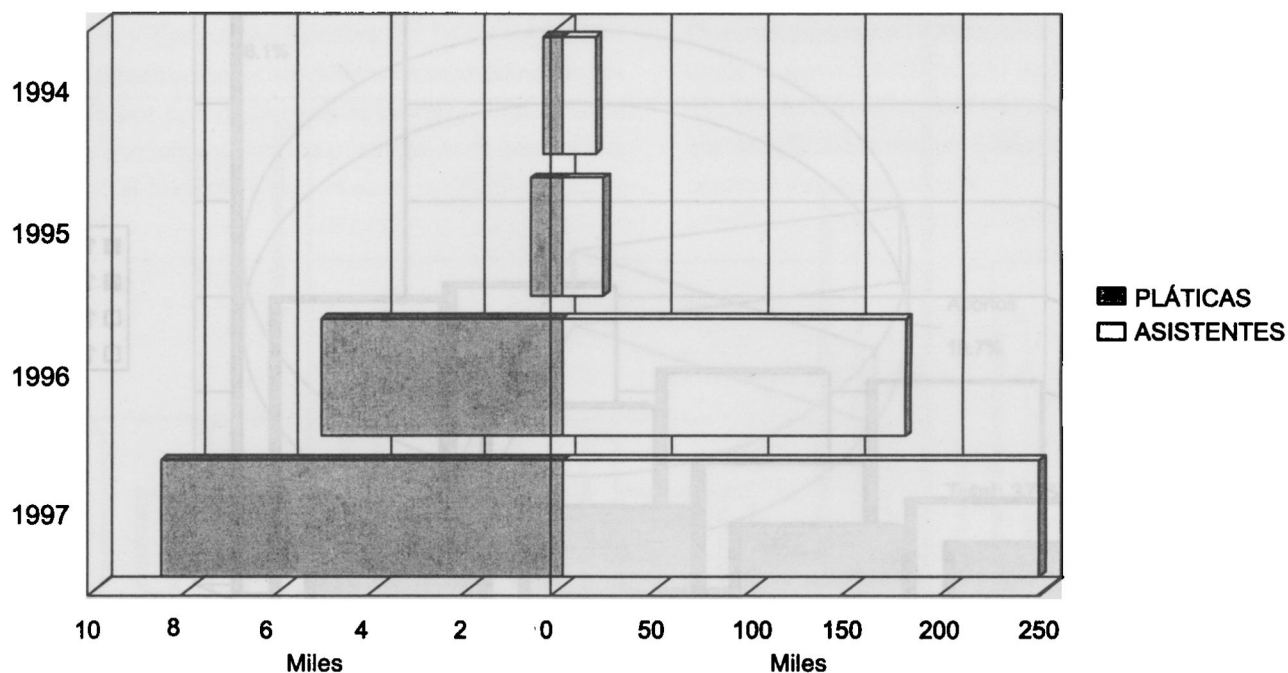
Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 7
Otro tipo de consultas de padecimientos en general



Fuente: Sistema específico de información.

Gráfica 8
Pláticas otorgadas a los adolescentes en sus centros escolares



Fuente: Sistema específico de información.

5. Perspectivas y conclusiones

La existencia de un servicio de salud sexual y reproductiva dirigido especialmente a los jóvenes, en México, representa un avance muy significativo dada la importancia que tiene y se le ha reconocido a este grupo. En América Latina, México se colocó a la cabeza al iniciar las acciones dirigidas a la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a nivel gubernamental.

No obstante el avance en los conceptos y en la instalación de los servicios específicos para adolescentes se observa que éstos, en una primera etapa sólo cubren al grupo que habita en las zonas urbanas, con lo cual se mantiene como un reto la atención a las necesidades de los jóvenes del área rural.

En lo que se refiere a las estadísticas del servicio de salud sexual y reproductiva se cree que la composición de los datos presentados deberá irse modificando ya que un número importante de actividades son dedi-

cadadas a la atención gineco-obstétrica y el servicio debe obedecer al planteamiento de prevención, es decir que la atención por eventos obstétricos, sobre todo los referidos a abortos previos, deberán ir en decremento en favor de los servicios de control y prevención.

Por otra parte las labores de coordinación con otros sectores deberán ser reforzadas y diversificadas ya que es evidente que sólo con la participación activa de la sociedad organizada, y de los sectores gubernamentales involucrados se obtendrán los objetivos deseados.

Los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial, y las acciones de salud y educación para adolescentes, en general, deberán fomentar una nueva cultura de la salud que incorpore adecuadamente la perspectiva de género para asegurar la formación de individuos cada vez más respetuosos y con un sentido de la equidad tal, que nos permita constituir una sociedad con más y mejores oportunidades de salud y desarrollo para todos.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud (1995), *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, México, SSA.
2. The Johns Hopkins School of Public Health (1995), "Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes", en *Population Reports*, vol. 23, núm. 3, serie J, núm. 41, Programas de planificación familiar.
3. Family Care Internacional (1994), *Acción para el siglo XXI salud y derechos reproductivos para todos*. Broadway, New York.
4. Consejo Nacional de Población (1996), *Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar*, México, CONAPO.
5. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (1995), *El perfil del adolescente mexicano*, México, DIF.
6. Universidad Nacional Autónoma de México (1998), *Programa Integral de Salud Escolar Universitaria*, México, UNAM.
7. Secretaría de Salud, *Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000*, México, SSA.
8. Secretaría de Gobernación, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, SSA, Consejo Nacional de población.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: UNA APROXIMACIÓN SOCIOANTROPOLÓGICA A LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE UN GRUPO DE MÉDICOS GENERALES

DIANA L. REARTES

345 702962

Este artículo tiene como eje la descripción y el análisis de las representaciones y prácticas de un grupo de médicos generales que se desempeñan en el primer nivel de atención respecto de la planificación familiar en adolescentes y jóvenes y se deriva de un proceso investigativo que reconstruyó el sistema dominante de prácticas y representaciones de médicos familiares y generales vinculadas al proceso de orientación, selección, administración, control y seguimiento de métodos anticonceptivos en la población en general, y particularmente en adolescentes y jóvenes.¹

La investigación realizada desde una perspectiva socioantropológica enfatizó la información cualitativa obtenida principalmente a través de entrevistas semiestructuradas, aplicadas a nivel individual a seis médicos seleccionados en cada uno de los dos grupos de profesionales con los que trabajamos.² Como ya lo anunciamos en esta presentación sólo analizare-

mos la información correspondiente a los médicos generales.

El trabajo de campo se llevó a cabo en un Centro de Salud perteneciente a la Jurisdicción sanitaria Tlalpan de la ciudad de México, de septiembre de 1996 a abril de 1997.

La práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes

En México, durante los últimos 20 años la utilización de metodologías anticonceptivas se ha incrementado significativamente. Si bien el porcentaje de uso de anticonceptivos aumentó en todos los grupos de edad, en las y los adolescentes y las parejas unidas menores de 20 años la prevalencia y la continuidad de uso aún es baja (Poder Ejecutivo Federal, 1995: 2).

Entre las adolescentes y jóvenes: "... el análisis de su comportamiento reproductivo indica que ni la edad media a la primera unión (19 años) ni la edad al nacimiento del primer hijo (21 años) han experimentado un cambio significativo en los últimos años, y que existen diferencias muy acentuadas por lugar de residencia" (Poder Ejecutivo Federal, op. cit.: 5).

Algunos datos obtenidos de la "Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México" indican que: "... el 59.2% de los adolescentes no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; de este porcentaje, 60% recurrió al ritmo y al retiro. Las causas expresadas por las que no usaron método alguno fueron el desconocimiento, su forma de uso o el lugar de obtención (39.4%), y el hecho de que la relación sexual ocurriera sin haber sido planeada (28.9%)" (Palma y Rivera, 1996: 160).

Al analizar la prevalencia de uso de anticonceptivos según la paridad de las mujeres se observa que en to-

¹ La investigación se realizó para obtener el grado de Maestría en Antropología Social en el CIESAS D.F. (periodo 1995-1997).

² Se conformaron dos grupos de médicos, uno de médicos familiares y el otro, de médicos generales, integrado cada uno por tres profesionales. El grupo de los médicos familiares quedó constituido por una mujer y dos varones y el de los generales por dos mujeres y un varón, es decir que en total se trabajó con tres mujeres y con tres varones. La selección de los informantes tuvo en cuenta además del sexo de los profesionales, el acceso o no a la Especialidad en medicina familiar y la cantidad de años de desempeño en el servicio, eligiéndose profesionales con un ingreso reciente y médicos con una mayor experiencia laboral en la institución. La elección de tres facultativos en cada grupo obedeció a determinados criterios. En primer lugar y a partir de nuestro objetivo investigativo, la descripción y análisis de representaciones y prácticas médicas, se privilegió la obtención de información cualitativa, a profundidad y no generalizable. En segundo lugar, el corto tiempo destinado al trabajo de campo condicionó un trabajo intensivo con algunos informantes.

dos los casos ha habido incremento entre las que tienen hijos, sin embargo, entre las mujeres que aún no han tenido hijos el porcentaje de uso de anticonceptivos es aún muy bajo, lo que estaría indicando que los programas de planificación familiar, hasta el momento, no han tenido el impacto esperado para retrasar el primer embarazo por lo que se deberían enfatizar las acciones y estrategias dirigidas a la población adolescente y a las parejas próximas a casarse (Palma y Rivera, op. cit. :7).

Frecuentemente, se alude a que los programas se dirigieron especialmente a mujeres en unión, priorizando la utilización de métodos definitivos y de larga duración, por lo que no se incentivó el uso de métodos entre las adolescentes solteras (Atkin et al., 1996: 51). Así, el problema radicaría en la orientación básica que han tenido las políticas y programas, enfocados a la provisión de servicios entre la población cuyas relaciones sexuales se dan en el marco de una unión, pero con poco y escaso impacto en la orientación y provisión de servicios a la población adolescente y joven no unida, al no tener en cuenta las características y especificidades que asume la sexualidad y el comportamiento reproductivo entre las y los jóvenes (Stern, 1995: 4).

Desde nuestro punto de vista la escasa concurrencia de este conjunto social a los servicios generales de planificación familiar puede ser interpretada, además, a partir de las significaciones referidas al ejercicio de la sexualidad en este período construidas por los diferentes agentes de salud y particularmente a partir del análisis del saber y la práctica médica respecto de esta actividad.

Teniendo en cuenta el importante papel otorgado a los profesionales de salud en los procesos de control, normatización y medicalización de diversos aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva de los conjuntos sociales, nosotros no descartamos la importancia de analizar las características que asume este saber médico, razón por la cual consideramos relevante reconstruir la racionalidad médica de esta actividad en el sector adolescente y joven en el primer nivel de atención. Con este objetivo, nos abocamos a reconstruir el conjunto de representaciones y prácticas dominantes en un conjunto de médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención.

Acerca de las representaciones y las prácticas médicas

Todos los médicos construyen representaciones respecto de los diferentes aspectos vinculados a su desempeño profesional, acerca de la salud, la enfermedad, la prevención, la autoatención, la muerte, sus pacientes, sus relaciones con otros profesionales, acerca de su propio rol y función social. Estas representaciones médicas son representaciones técnicas “... previas al sujeto y al grupo de profesionales, aún cuando éstos puedan generar modificaciones, éstas refieren al esquema dominante en la profesión y en la institución de las que son parte” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 56).

Dichas representaciones están condicionadas por el proceso de formación y capacitación profesional, el contexto institucional donde se desarrolla el trabajo médico, el conjunto de normas técnicas que rigen la actividad de planificación familiar en los servicios, la división técnica del trabajo que opera en éstos, las características socioculturales de la población sobre la que se interviene, el género del profesional. Estas representaciones, a su vez, condicionan y dan sentido a su práctica cotidiana.

Por otra parte, no siempre existe congruencia entre las representaciones y las prácticas, en tanto que “... las representaciones son aprendidas como un sistema que presenta aporías, conflictos y hasta contradicciones, pero que constituye un sistema de expectativas para la intervención clínica, siendo en la práctica donde la representación se realiza y se modifica. Las prácticas no reproducen a las representaciones ni mecánicamente ni idénticamente; mientras que la representación médica se refiere básicamente a la enfermedad, la práctica se refiere principalmente al enfermo. La representación establece la guía para la acción, la cual se resuelve en la actuación. La práctica puede modificarse situacionalmente [...] de tal manera que, por lo menos en términos teóricos, la relación representación-práctica no debe ser pensada unívocamente. La posible discrepancia es parte de esta relación, pero asumiendo que también expresa regularidades” (Menéndez y Di Pardo, op. cit.: 54-55).

En esta práctica que vincula relacionamente a médicos y a pacientes no sólo se manifiestan contenidos técnicos, provenientes de ese saber médico, sino también contenidos sociales y culturales, de ahí que consideremos que toda consulta médica constituye un ámbito de encuentro o desencuentro connotado técnica y socioculturalmente.

La planificación familiar en el primer nivel de atención: la perspectiva de los médicos generales

Los médicos con los que trabajamos consideraron que a más de 20 años de la implementación de los primeros programas de planificación familiar, en la actualidad continúan existiendo conjuntos sociales en los que el “control de la natalidad” sigue siendo un problema, entre los que se mencionan la población rural y la población marginal urbana. La no consideración en estos grupos prioritarios de la población adolescente ni de la masculina deriva en escasas o nulas actividades de orientación y acción llevadas a cabo por el personal médico en estos grupos. De igual modo, manifestaron que se mantienen las dificultades para involucrar a los varones así como la oposición de algunos respecto de la utilización de anticonceptivos por parte de su compañera.

Específicamente en el grupo de adolescentes y jóvenes, los profesionales consideraron que, aunque insuficiente, la educación sexual recibida en las escuelas está permitiendo un cambio en sus actitudes que implican una mayor responsabilidad en cuanto al manejo de su sexualidad que favorece la adopción de ciertos métodos anticonceptivos.

Para estos médicos la planificación familiar es considerada una acción preventiva del primer nivel de atención que tiene como principales objetivos, en primer lugar, prevenir riesgos reproductivos para la salud de la mujer y en segundo lugar, embarazos no deseados, por lo que las representaciones médicas dominantes excluyen los beneficios vinculados a una mayor libertad en el ejercicio de la sexualidad.

Entre las actividades de planificación familiar consideradas más importantes por los facultativos figuran la promoción, la difusión y la educación, de lo que se deriva que la aceptación de la anticoncepción por parte de la población pasaría casi exclusivamente por la educación sanitaria llevada a cabo por el personal de salud.

La distinción médica en las actividades de planificación familiar entre aquellas vinculadas con la promoción, la difusión y la educación de las que implican el control y seguimiento clínico de la usuaria y la adjudicación de las primeras al personal de enfermería y de trabajo social y las segundas, a los médicos, expresa tanto la división técnica del trabajo que opera en el

servicio como la subordinación técnica que respecto del personal paramédico llevan a cabo los profesionales médicos. Esta división técnica se sustenta en la posesión de un conocimiento técnico por parte de los médicos y del que carecen enfermeras y trabajadoras sociales. El análisis de las representaciones que tienen los médicos del quehacer de estas agentes deja al descubierto la secundarización y desvalorización de las actividades desarrolladas por este personal y evidencia la hegemonía del saber y la práctica médica respecto de “otros saberes” y prácticas profesionales.

La escasa preferencia de los profesionales médicos para llevar tareas de educación debe referirse tanto a carencias de su preparación técnica así como la consideración de estas acciones como “no-relevantes” tanto por parte de los propios médicos como por parte de la misma institución.

Estos médicos valoraron de manera positiva desarrollar actividades de planificación familiar en adolescentes y jóvenes ante el inicio de vida sexual a edades cada vez más tempranas y ante el aumento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el Sida, en este grupo de la población. Sin embargo, la modalidad con que desarrollan dichas actividades no difieren significativamente de las llevadas a cabo en la población adulta.

A pesar de que la práctica médica vinculada a la planificación familiar es similar en adolescentes y jóvenes y en adultos, los profesionales reconocieron a nivel de las representaciones que dicha práctica debería asumir cierta especificidad dada por un conjunto de estrategias, que aunque no llevadas a cabo otorgan particular importancia a las actividades grupales vinculadas a la orientación, educación y promoción.

Los médicos no reconocieron la posibilidad de que las características de la modalidad que asume la práctica en anticoncepción en el conjunto de adolescentes y jóvenes, la que como ya hemos mencionado no se diferencia de la de los adultos, condicione en parte la escasa concurrencia de los mismos al servicio. Según estos profesionales no es posible distinguir diferencias sustanciales en la práctica de planificación en jóvenes y en adultos.

La valoración positiva que realizan los profesionales de las acciones de difusión, promoción y educación vinculadas a la planificación familiar en el grupo

de adolescentes y jóvenes contrasta significativamente con las escasas o nulas actividades de este tipo desarrolladas por estos médicos, actividades para las cuales los médicos no fueron preparados y de las que poseen una mínima experiencia para llevarlas a cabo.

Si bien los informantes reconocieron los escasos e insuficientes conocimientos y habilidades técnicas vinculadas a la anticoncepción en adolescentes y jóvenes adquiridos tanto en su formación de grado como en su posterior capacitación y perfeccionamiento profesional, tal reconocimiento no deriva en una problematización acerca de las posibles limitaciones o imposibilidades para orientar, prescribir, administrar y controlar a usuarias y usuarios adolescentes y jóvenes. De manera similar y en relación a aquellos conocimientos vinculados a la sexualidad y el comportamiento reproductivo, los profesionales consignaron no haber recibido durante su etapa formativa contenidos vinculados a estos aspectos e indicaron que los mínimos conocimientos fueron obtenidos a través de cursos de postgrado y a partir de un interés personal. Sin embargo, estas carencias no son significadas por los médicos como dificultades o limitantes para tratar, atender e intervenir técnicamente sobre la sexualidad de la población.

Las estrategias utilizadas para motivar la adopción de anticonceptivos en adolescentes y jóvenes son básicamente las mismas que las implementadas en adultos, es decir informar, orientar y dar consejería en el ámbito de la consulta médica. A pesar de esto, los profesionales admitieron que son mayores las dificultades con las que se enfrentan al tener que sugerir la adopción de una metodología contraceptiva cuando se trata de adolescentes y jóvenes. Estas acciones se dirigen básicamente a la población femenina adolescente y joven, siendo mínimas las orientadas hacia los varones de este sector de la población.

La ausencia de estrategias enfocadas hacia los varones demuestra, por un lado, las dificultades para llegar a este grupo a partir de las acciones convencionales que lleva a cabo el personal médico, pero también la escasa adjudicación de responsabilidad en las decisiones reproductivas atribuidas por estos profesionales a este género.

Respecto de los factores que obstaculizan la aceptación y continuidad en la utilización de métodos

anticonceptivos por parte de usuarias y usuarios adolescentes y jóvenes, se observa que en primer término aparecen ponderados de manera negativa un conjunto de factores socioculturales entre los que se destacan el contexto familiar y la educación sexual recibida en el ámbito escolar. En segundo término, se mencionan los miedos de las pacientes respecto de los efectos colaterales derivados de la utilización de un determinado método o la manifestación de los mismos.

Si bien a nivel de las representaciones es posible observar la importancia adjudicada a la implementación de acciones preventivas en relación a las ETS, incluido el Sida, de manera paralela a la orientación en anticoncepción y de manera especial en los adolescentes y jóvenes, a nivel de las prácticas son escasas estas acciones. Los médicos entrevistados siguen pensando en términos de “grupos de riesgo” y no en “prácticas de riesgo” por lo que la direccionalidad de los mensajes preventivos se dirigen hacia aquellos sujetos o grupos que supuestamente están en una situación de mayor vulnerabilidad a las ETS y el VIH, como es el caso de los heterosexuales jóvenes y adultos con múltiples parejas sexuales, los homosexuales y las prostitutas.

Las representaciones dominantes de este grupo de médicos excluyen asimismo las dificultades que los sujetos tienen para poner en práctica estrategias de sexo seguro, las diferentes capacidades y posibilidades de negociación entre mujeres y varones en la relación sexual para adoptar prácticas de autocuidado, la imprevisión que muchas veces caracteriza a los encuentros sexuales entre adolescentes y jóvenes y que condiciona una adecuada y oportuna búsqueda de protección.

La consejería se orienta en función del tipo de vida sexual, ocasional o periódica, que explicita tener la o el adolescente. Al ser las adolescentes y jóvenes con vida sexual activa las que más ampliamente concurren al servicio, los profesionales dirigen mayoritariamente la consejería a este grupo de la población, siendo casi inexistentes los mensajes vinculados a la anticoncepción emitidos hacia mujeres y varones adolescentes y jóvenes que no han iniciado su vida actividad sexual. Ciertos atributos adjudicados a los jóvenes por estos médicos, como la apertura a las nuevas ideas o al cambio así como la predisposición para aprender favorecen la consejería, en tanto que las inhibiciones que en ocasio-

nes presentan los jóvenes para demandar un método anticonceptivo son consideradas como dificultades para desarrollar esta actividad.

Reconocida la insuficiencia de la educación sexual en los ámbitos familiar y escolar, los médicos no asumen como propias actividades vinculadas con la orientación y educación en sexualidad y salud reproductiva, cuando es una de las acciones estipuladas por la Norma Oficial de los servicios de planificación familiar, en parte por sus carencias y limitaciones técnicas para desarrollarlas.

Reiteramos que el reconocimiento y la enorme importancia otorgada por los informantes a un conjunto de factores socioculturales en este proceso, entre los que se mencionan la familia, las ideas o creencias de los adolescentes y jóvenes respecto de los métodos de planificación así como ciertas características psicosociales propias de este conjunto social, aunque sea de manera negativa sólo opera a nivel de las representaciones pero no de las prácticas.

El saber médico reconoce en el proceso de selección, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos el condicionamiento de factores externos a su trabajo profesional, en particular la influencia negativa de factores de tipo sociocultural pero muchas dificultades para identificar aquéllos intrínsecos a su propia práctica profesional.

La información de las distintas opciones anticonceptivas se restringe a los métodos disponibles en el servicio,³ omitiéndose la opción correspondiente a los denominados “métodos naturales” o de abstinencia periódica.

La desvalorización técnica que los profesionales realizan de estos métodos construida a partir de una supuesta baja protección anticonceptiva derivada de la

incapacidad de la usuaria para detectar un conjunto de eventos fisiológicos de su ciclo menstrual tiene como consecuencia inmediata la exclusión de la orientación correspondiente y una práctica desalentadora hacia aquellas usuarias que solicitan este tipo de métodos.

Entre los métodos más recomendados al tratarse de mujeres adolescentes y jóvenes aparecen en primer lugar, el dispositivo y en segundo lugar, los hormonales orales. En cuanto a los métodos menos indicados para este conjunto social figuran el coito interrumpido y el método Billings, los que paradójicamente son los métodos más utilizados por las y los jóvenes.

La selección de un método en usuarias adolescentes y jóvenes tiene en cuenta, en la opinión de estos profesionales, un conjunto de factores vinculados a las características que asume la vida sexual y reproductiva de las potenciales usuarias, particularmente el inicio o no de vida sexual, el mantenimiento de relaciones sexuales con una o con varias parejas, la oposición de sus padres o de su pareja a que la joven adopte un contraceptivo. Otros factores tomados en consideración son el estado de salud de la paciente y la posible manifestación de efectos colaterales a partir de ciertos antecedentes o factores de riesgo. Las preferencias de las pacientes cuando no son coincidentes con las de los facultativos quedan subsumidas en una elección que privilegia el “criterio médico” plasmado en una práctica que rutiniza ciertas opciones.

La representación dominante que otorga un rol importante a la mujer en el momento de elegir el método contrasta significativamente con un conjunto de prácticas que tienden a informar y orientar sobre “algunos” métodos, a sugerir o inducir la adopción de otros, en especial el dispositivo y los hormonales orales y a no tomar en cuenta las preferencias de las usuarias.

El especial énfasis asignado por todos los profesionales al correcto uso del contraceptivo y al seguimiento y supervisión periódica de la usuaria encuentra su explicación al ser estos aspectos señalados los que presentan para los médicos un mayor grado de dificultades en su práctica de planificación familiar.

Los profesionales dirán que los métodos fallan más en el grupo de adolescentes y jóvenes como consecuencia de su uso incorrecto, especialmente cuando se trata de hormonales orales y de preservativos, y que es

³ En el Centro de salud donde realizamos nuestra investigación se ofrecen las siguientes opciones anticonceptivas:

- Métodos temporales:

- a. Hormonales orales
- b. Hormonales inyectables
- c. Dispositivo intrauterino
- d. Preservativos

- Métodos permanentes:

- a. Oclusión tubaria bilateral (esta intervención no es realizada en el servicio, por lo que las usuarias son canalizadas a unidades del segundo nivel de atención)
- b. Vasectomía sin bisturí

más difícil controlar a una usuaria joven que a una adulta, entre otras cosas por su falta de responsabilidad y porque en la mayoría de los casos no se puede visitarlas en su domicilio ante el desconocimiento de los padres respecto de la utilización de un anticonceptivo por parte de su hija.

El coito interrumpido, el método del ritmo y los preservativos aparecen mencionados como los métodos más utilizados por las y los adolescentes cuando controlan su natalidad sin la supervisión médica. El tipo de métodos usados, la desinformación que tienen de los mismos, su incorrecto uso así como la inmadurez y la falta de responsabilidad de los jóvenes son los principales motivos que favorecen el alto porcentaje de fallas registradas en este conjunto social, según la opinión de estos profesionales.

Las dificultades asumidas por los profesionales para desarrollar el seguimiento de las usuarias jóvenes de métodos de planificación familiar se vinculan predominantemente con factores individuales como la falta de responsabilidad, la inmadurez, el no reconocimiento de la importancia del control o el temor a que sus padres o su compañero se entere de que está llevando un método anticonceptivo.

Las construcciones genéricas sustentadas por los propios profesionales no son recuperadas como elemento condicionante de su práctica. Las representaciones médicas igualan el género con el sexo biológico o con una identidad sexual basada en una imagen tradicional de género. Este reduccionismo imposibilita el reconocimiento médico de la influencia del hecho de ser varón o mujer en su práctica profesional. A pesar de esto, las construcciones genéricas de los médicos generales se traducen en una diferencial información brindada a las pacientes relativa a prácticas o conductas riesgosas vinculadas al ejercicio de la sexualidad, un apoyo diferente según se trate de una joven o de un joven para iniciar y mantener una vida sexual activa, así como en recomendaciones diferenciales vinculadas a la anticoncepción por género.

En términos generales, los profesionales reconocen tanto la vigencia de los roles tradicionalmente asignados a mujeres y varones en la esfera de la reproducción y la planificación familiar así como las propias dificultades para impulsar cambios beneficiosos tendientes al logro de relaciones más igualitarias en este ámbito.

Otro elemento importante de destacar es que si bien estos médicos pueden reconocer el condicionamiento de factores socioculturales así como otros pertenecientes al orden de lo individual, presentan dificultades y limitaciones para identificar aquellos elementos intrínsecos a su praxis y que refieren al contexto institucional donde desarrollan su trabajo, la modalidad que asume el mismo en esta actividad concreta, las características de los conocimientos y habilidades técnicas adquiridas así como los relacionados con sus propias construcciones genéricas.

Consideraciones finales

La descripción y análisis de las prácticas y representaciones dominantes en un grupo de médicos generales respecto de la planificación familiar en adolescentes y jóvenes nos conduce a proponer que el saber sostenido por ellos no corresponde a un saber específico que permita intervenir técnica y adecuadamente sobre este conjunto social. Más bien se trata de la aplicación de un saber general también utilizado cuando se interviene con usuarios adultos.

Si bien reconocemos que a nivel de las representaciones este saber particular considera un conjunto de factores del orden de lo sociocultural o de lo psicológico como condicionantes de la práctica de anticoncepción en el conjunto de los adolescentes y jóvenes, a nivel de las prácticas dichos factores no son recuperados por los profesionales y se opera con el mismo saber que corresponde a la población adulta, lo que impide por lo tanto considerar las profundas diferencias y necesidades en materia anticonceptiva entre ambos conjuntos sociales.

La adjudicación de determinados atributos a las y los adolescentes y jóvenes por la casi totalidad de los profesionales conduce a la construcción de un estereotipo de adolescente que impide considerar la heterogeneidad al interior de este conjunto social. Entre las y los adolescentes existen sujetos que estudian o que trabajan, que estudian y trabajan, algunos mantienen relaciones sexuales, otros optaron por la abstinencia, algunos conviven con sus parejas y desean o no un embarazo, otros son solteros. Estas importantes diferencias sin embargo no son consideradas por el saber

de estos profesionales para quienes los adolescentes constituyen un conjunto homogéneo.

Este estereotipo: "... se aplica a todos los jóvenes de cierta edad sin atender a las condiciones concretas de existencia [...] con respecto a la sexualidad, estas ideas dominantes consideran que los adolescentes son incapaces de hacerse responsables de su conducta sexual. Se supone que niegan el riesgo de infección por VIH, tienen relaciones ocasionales sin protección, y está en su naturaleza la imposibilidad de planearlas. En respuesta, la mayoría de las estrategias educativas se realizan bajo una concepción fundamentalmente ne-

gativa tanto de su sexualidad como de los jóvenes ..." (Amuchástegui y Rivas, 1997: 11).

La vigencia de este estereotipo de adolescente y joven en el sistema dominante de prácticas y representaciones médicas así como la sustentación por parte de los profesionales de un conjunto de valores y normas que sancionan, limitan y normatizan la actividad sexual en este conjunto social impide atender de forma adecuada las necesidades específicas que en materia de salud sexual y reproductiva presenta este importante sector de la población.

Bibliografía

Amuchástegui, A. y M. Rivas (1997), "La sexualidad adolescente y el control social", en *Letra S. Sida, cultura y vida cotidiana*, nueva Epoca, núm. 7, p. 11.

Atkin, L. C. *et al.* (1996), "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Langer, A. y K. Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, pp. 39-84.

Consejo Nacional de Población (1996), *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*, México, CONAPO.

(The) Johns Hopkins School Of Public Health (1995), *Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes*, Population Reports. Population Information Program, Center for Communication Programs, vol. 23, núm. 3.

Langer, A. y K. Tolbert (eds.) (1996), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, México.

Menendez, E. L. y R. B. Di Pardo (1995), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS.

Palma, Y. y G. Rivera (1995), "La planificación familiar en México", en Langer, A. y K. Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, pp. 153-177.

Poder Ejecutivo Federal (1995), *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*. México, Programa de Reforma del Sector Salud.

Secretaría de Salud (1994), "Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar", en *Salud pública de México*, vol. 36, núm. 3, pp. 334-360.

_____ (1995), *Programa de atención a la salud reproductiva para adolescentes*, México, SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva.

_____ (1996), *Análisis de la situación del programa de planificación familiar según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995*, México, SSA, Dirección General de Salud Reproductiva.

Stern, C. (1995), "La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas", en *Carta sobre Población*, vol. 1, núm. 3, pp. 1-6.

EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD CON ADOLESCENTES: “INQUIETUDES Y PREGUNTAS CUANDO NO SE ESPERAN RESPUESTAS”

ELIZABETH CONTRERAS COLÍN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

545 702965

La educación para la sexualidad con adolescentes se ha venido realizando en muchas ocasiones a partir de esquemas “adultos” en un juego de gatopardismo en el que se establecen programas educativos (incluidos de servicio y atención) cuasi novedosos y progresistas, y en la operativización de los mismos las/los responsables de llevarlos a cabo recurren a estrategias de boicoteo en las cuales es evidente la idea de que se espera que las/los adolescentes y jóvenes sigan sin hablar y escuchar sobre lo que podría interesarles: el placer en extensión (erótico y vincular-afectivo), la violencia intrafamiliar y sexual, los prejuicios, entre otros.

En ese sentido, llevar a cabo un análisis de lo que implican las inquietudes y preguntas de adolescentes y jóvenes, a partir de ellas mismas cuando son escritas en el salón de clase, puede generar una lectura que muestre esos juegos, por un lado, y el por qué se estructuran de tal manera que ellas y ellos creen que no serán contestadas.

La técnica es reconocida y manejada por muchos educadores para la sexualidad, en ocasiones para llenar tiempos de clase, en otras para no contestarlas pues se deja que las/los mismos estudiantes investiguen en libros y revistas o con otros maestros las respuestas y se presenten después como tareas, o únicamente se leen los resultados frente al grupo sin discutirlos, alegando falta de tiempo para hacerlo.

Cuando las preguntas se convierten en el tema de la clase y se estructuran elementos teórico-metodológicos (enlazar lo que se ha escrito sobre las identidades adolescentes con situaciones cotidianas en sus vidas mediante sesiones de narración oral, por ejemplo) alrededor de ellos, los estudiantes intervienen con menos riesgos a verse defraudados, como ha sucedido en muchas de las intervenciones que hemos realizado en aula. Para la institución puede ser una pérdida de tiem-

po hablar y escuchar sobre la sexualidad, pero las y los adolescentes ya expresaron su deseo de saber sobre “eso” que no se dice en el salón de clase. Por otro lado, en las preguntas se han encontrado ciertos elementos que llevan a pensar que son formuladas sin esperar respuesta, pues ésta se sabe.

Dentro del contexto de la perspectiva amplia del placer, la respuesta tendría que darse desde ahí y las preguntas “borrascosas” (¿para quién?) tendrían cabida en el análisis y la reflexión grupal. Se incluye aquí el proceso de identidades de adolescentes y jóvenes que realizan preguntas sin respuesta para establecer vínculos y resonancias en el otro y para revisar cuestiones sobre esas identidades. Estas preguntas se expresan aparentemente con otro sentido o son muy sencillas, pero abarcan mucho más, por ejemplo la pregunta de un joven de una preparatoria particular: “¿Qué sucede cuando el *hombre* tiene su primera relación sexual (genital)?”, o la de una adolescente de secundaria federal que pregunta “¿Qué se *siente* perder la virginidad (y qué significa perderla)?”.

La bibliografía propuesta abarca planteamientos contextualizados, es decir, se recurrirá a autores y textos ibero, latinoamericanos y concretamente mexicanos, como los editados por el Consejo Nacional de Población en colaboración con otras personas e instituciones, y otros.

El material de análisis será parte de la recopilación de doce años de experiencia comunitaria en la región y las experiencias de otros autores, con esto se intentará aportar a la investigación que se viene realizando desde mucho tiempo atrás por investigadores y estudiosos de las manifestaciones de la sexualidad adolescentes en México.

El recorrido por instituciones educativas en su gran mayoría (también se han llevado a cabo algunas activi-

dades con grupos de adolescentes y jóvenes en el marco religioso, o en el organizado como los de conformación *scout*, y con aquéllos que no asisten a ningún tipo de escuela) se inscribe en una práctica que data de postulados psicoanalíticos por una parte, con la intención de recuperar la aportación de éstos sobre el desarrollo psicosexual, la concepción sobre la sexualidad y el papel dado al placer, así como la mirada contemporánea con respecto a las denominadas perversiones en su lectura contextualizada, es decir, a la ampliación y reconocimiento de situaciones de placer extenso vividas por las personas. Por otra parte, la recuperación del enfoque participativo, desde una lectura ofrecida en Latinoamérica por Paulo Freire para el trabajo con grupos humanos, así como el acercamiento a algunos aportes teóricos de la sexología ha permitido incidir en el rubro de la educación para la sexualidad, dato que se puede cotejar con tres hechos relevantes para la educación formal en ese sentido: la realización de los Diplomados Universitarios en Sexualidad Humana, Fase Educadoras/es (I) y Fase Consejería (II), a partir de 1989 y con la 9ª Generación cursando actualmente la fase II. Los Diplomados, introducidos en la Facultad de Filosofía, han mostrado el aterrizaje de los postulados antes mencionados, al mismo tiempo se han convertido en una opción permanente para egresados de diferentes disciplinas de la región.¹

A partir de 1995, en la Facultad de Psicología se inscribe curricularmente la materia "Educación de la sexualidad" en primer semestre de áreas básicas, y en 1996 aparece también como materia "Estudios sobre sexualidad" curricularmente inscrita en el eje de prácticas clínicas de 5º, 6º, 7º y 8º semestre de área clínica de la misma Facultad. En el área de Psicología Educativa aún es un Seminario optativo, si bien se viene llevando a cabo como tal a partir de 1986. La Universidad Autónoma de Querétaro se convierte así en una de las universidades públicas pioneras, formadoras de docentes, investigadores y profesionistas en el terreno de la sexualidad humana desde marcos teórico-metodológicos incluyentes.

¹ Rodríguez, G., Corona, E. y Pick, S. (1996) "Educación para la sexualidad y la salud reproductiva", en Langer, A. y Tolbert, K. (ed.), *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, p. 357.

Las historias

En el transcurso de la puesta en marcha de actividades educativas en instituciones que cuentan con el servicio de educación para la sexualidad humana, se han presentado situaciones que llaman la atención en el sentido de involucrar factores complejos en el interior del aula escolar, generados en el contacto cotidiano entre adolescentes, jóvenes y adultos.

El análisis de la Institución educativa se puede realizar desde la perspectiva del curriculum en un contexto amplio entendiendo éste como el entramado de relaciones, normas, apartados, políticas, reglamentos, y formas de convivencia entre quienes habitan el espacio denominado "Escuela", y del curriculum oculto en uno específico: lo que no se dice sobre las relaciones maestros-alumnos, alumnas-alumnos y viceversa, directivos-docentes, directivos-estudiantes, y que cruza lo que no se dice sobre la sexualidad.

Adolescentes con información confusa, manejo de prejuicios en relación a la sexualidad en su entretendido amplio y un discurso familiar fortalecido por la escuela, presenta a adolescentes de ambos sexos un panorama por demás limitado, por ejemplo, en el caso de las orientaciones sexuales, también denominadas preferencias (heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad). Al respecto, las investigaciones realizadas en el país muestran un "prudente" silencio y en ocasiones se suman a planteamientos teóricos enmarcados en lo que Hernández Meijueiro llama el "modelo normativo",² repetir a las y los adolescentes que la única opción amorosa y erótica es la heterosexual, sin reconocer sus inquietudes y deseos, incluso sin poderlas comentar con algún adulto.

Si bien es esperado desde una visión cultural-religiosa que las y los adolescentes centren su interés (en el momento de la intervención denominada educación para la sexualidad) en aquellas preguntas relacionadas con lo biológico y con aspectos reproductivos, también se encuentran dudas enfocadas a la orientación sexual.

Las siguientes son preguntas de estudiantes de educación media, de escuelas públicas ubicadas en la

² Hernández M. J. C., (1997), "Notas tomadas en clase", *Diplomado Universitario en Sexualidad Humana*, fase Educadoras/es, México, Universidad Autónoma de Querétaro.

ciudad de Querétaro, Qro. y en una secundaria de la ciudad de Celaya, Gto., planteadas por escrito (se anota la pregunta tal como se recibió, sin correcciones ortográficas) en actividades realizadas en su espacio educativo. Se han clasificado en tres rubros: uno orientado al terreno de la práctica erótica y amorosa y la temática heterosexual, otro a la práctica y temática homosexual y el tercero a la práctica y temática bisexual.

1. La práctica erótica y amorosa y la temática heterosexual

- *¿Cómo deben ser las relaciones sexuales entre una mujer y un hombre?*
- *¿Porque los maestros prefieren a las muchachas bonitas y a las que le caen bien y a las que no le caen bien o no esta bonita la reprueba?*
- *Por que en nuestra etapa de los jóvenes cuando vemos a una mujer la queremos atraer*

2.- Práctica y temática homosexual

- *Que si los omosexuales se les pueden quitar las ormonas de un sexo a otro*
- *Si una mujer y un hombre se identifican como se identifica un omosexual*
- *Si un hombre se identifica por sus genitales y una mujer también como se identifica un homosexual y como se vuelven homosexuales.*
- *¿En qué sexo se ubican los homosexuales?*
- *Por que el homosexual tiene mas fuerzas que un hombre comun*
- *¿Por que homosexual, si homo significa hombre y sexual es cuando tienen relaciones?*
- *¿Porque no se puede hacer el amor con un hombre?*
- *¿Por ejemplo si un hombre ase el amor con otro hombre se pueden infectar de sida aun usando condon?*
- *¿Un homosexual puede aser el amor con otro homosexual?*
- *¿Un hombre puede aser el amor con una lesbiana?*
- *¿Qué pasa cuando un hombre tiene relación sexual con un homosexual?*

3. Práctica y temática bisexual

- *Los bisexuales tiene la misma fuerza que los homosexuales*
- *¿Que es ser una persona bisexual?*

Desde una mirada conservadora, se puede suponer que las y los adolescentes se hacen estas preguntas

porque las escuchan en otro lado y las repiten, y se cree que ellas y ellos no son realmente quienes las han elaborado, teniendo el supuesto de que se es heterosexual, se tiene el deseo de practicar heterosexualmente y no existen fantasías y prácticas de otro tipo por parte de las/os adolescentes. Si leemos a autores como Aberastury y Knobel³ encontramos la explicación de una línea de desarrollo psicosexual que lleva una evolución “desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad” como si se siguiera al pie de la letra tal evolución y no se pudiera aceptar que las prácticas y sentimientos homosexuales que se tienen en la adolescencia, para algunos adolescentes no son “transitorias” como se supone desde esta hipótesis de índole psicoanalítica. Actualmente se observa en algunos países del mundo movimientos de diversa naturaleza (lucha contra el SIDA, reconocimiento de derechos humanos, por ejemplo) dirigidos y conformados por adolescentes de ambos sexos que reconocen sus prácticas, sentimientos y sus deseos homosexuales, si bien en México no se han manifestado abiertamente por las condiciones socio-culturales, eso no significa que no existan. En Estados Unidos y en algunos países europeos se han escrito documentos, folletos y guías que muestran tal situación, incluida la conformación de grupos de padres y madres de gays y lesbianas adolescentes, jóvenes y adultos que sirven como referencia a otros padres y madres que no aceptan la relación homosexual de sus hijas e hijos.⁴ Sobre la práctica y temática bisexual no contamos con datos referidos a México en su extensión con adolescentes y jóvenes, por lo que es difícil realizar comentarios, sin embargo, preguntas al respecto siguen llegando a nuestras manos.

Francoise Dolto⁵ escribía sobre lo que ya se observa en el salón de clase al que asistimos para desarrollar actividades diversas en torno a las manifestaciones de las sexualidades: parece un proceso de separación entre el maestro y el adolescente, en donde no

³ Aberastury, A. y Knobel, M. (1987), *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*, España, Paidós Educador, p. 163.

⁴ Ver por ejemplo: *Guía de recursos para Gays, Lesbianas, Parejas de hecho*. Editado por Coordinadora Gay-Lesbiana, Ministerio de Asuntos Sociales, Barcelona, 1994. Ejemplos similares pueden encontrarse para Brasil, Francia, etcétera.

⁵ Dolto, Francoise (1990), *La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*, Barcelona, Seix-Barral, p. 285.

es posible entrar en contacto a través de una escucha en el sentido de acercamiento, de interés por lo que le sucede a “su maestro” y a “su alumno”. Establecer un proceso de diálogo en el que, como dicen algunos estudiantes de secundaria “se hable derecho”, sin dar pauta a confusiones cuando se acercan a preguntar algo y se van sin una respuesta ya imaginada por ellos. En ocasiones, se retiran por la indiferencia que notan en el adulto hacia sus inquietudes (tal como ha sucedido y puede suceder en relación a su padre o su madre).

En este sentido, la pregunta que se lee líneas arriba sobre “*los maestros que prefieren a las bonitas o a las que cain bien y a las otras las reprueban*” hace evidente esa sensación de indiferencia hacia la persona, o hacia el desarrollo de la “simpatía” como parte de una posible relación entre el adulto y la/el adolescente. Las preguntas sobre la orientación sexual en la adolescencia también provoca en los profesores una respuesta de indiferencia, aunque los coloca en una situación de evidente incomodidad y molestia.

En la experiencia de doce años de intervenciones educativas en el terreno de la sexualidad humana, igualmente es notoria la particular ansiedad de adolescentes que, una vez iniciado ese diálogo con quienes conforman el equipo de trabajo del Programa “Educación de la sexualidad” de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, solicitan que se regrese a comentar sobre otros temas que desde su propuesta, abarcan el extenso campo de la manifestación de la sexualidad. No se esperan respuestas, sino se aguarda por el espacio, por el tiempo y la presencia de los que se supone escucharán temores, ansiedades básicas, miedos, experiencias, es decir, el reconocimiento de los saberes propios, de las personas que son.

Las educadoras y los educadores para la sexualidad humana navegan por el imaginario social, la construcción que sobre tal o cual temática se ha elaborado en cada una de las culturas en las que se desenvuelven los adolescentes es retomada por ellos cada vez que se introducen al aula escolar, de ahí la importancia pedagógica de los grupos pequeños, pues existe una evidente necesidad por el espacio personal para poder comentar sus descubrimientos sobre lo sexual: la ternura, la desigualdad, lo erótico, la violencia cotidiana, los sueños. Existen experiencias grupales en las cuales la atmósfera es particular, dado el paso de la estafeta

entre adolescentes que comentaron su sueño, fantasía o idea y que se quedan callados para darle entrada al siguiente comentario de su amiga, amigo o compañera/o de clases y reconstruir su visión de ese mundo de adultos (en masculino y ajeno a ellas y ellos), encontrando así la referencia a lo que se había podido platicar con mamá o papá o con una tía o primo, lo que se había elaborado en lo individual y ese rompecabezas armado de qué son las manifestaciones de la sexualidad que habitan la escuela. Tomando de Foucault el título de uno de sus libros, *Las Palabras y Las Cosas*, se ubican en la experiencia de una adolescente o de un adolescente, abriéndole espacio al contacto y relación con ese adulto que permite el silencio y permite la pregunta sin respuesta, o que se responde a sí mismo al tiempo que lanza unas palabras a un público adolescente. Las cosas en su contexto, los hechos vistos desde otro lado: ¿qué se siente perder la virginidad? Ellas y ellos contestan al adulto: duele la primera vez, pero luego nada. Sin embargo hay otra pérdida de la que se habla sin pregunta. El dolor remite a la pérdida de lo mío: sea mi infancia, mi adolescencia, mi identidad construida a partir del soy, y no del soy mujer o soy hombre (desde donde además se marcan otras preguntas). Las palabras que no me dijeron, pero que me han quedado como eco: duele la primera vez; y después la elaboración personal: pero luego nada. La mirada hacia el placer que supone ese “luego nada” restaura de alguna manera la pérdida pues presupone que yo disfrutaré para mí, y quizá también con mi pareja.

→ Encontramos entonces la posibilidad de la salud sexual, tan negada a través de las clases de “educación sexual” de algunos adultos que hablan sobre amor, valores, sexo, genitalidad, embarazo adolescente para latigar la piel de adolescentes con la pelea entre lo carnal y lo espiritual. Si leemos con triple aumento el “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000”,⁶ encontramos referencias manejadas en un nivel, sin permitir la explicitación de algunas frases escritas: “los embarazos en la adolescencia temprana se acompañan frecuentemente de una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, es-

⁶ Programa de Reforma del Sector Salud. “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000”, presentación del Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud y Presidente del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

pecialmente (subrayado personal) en poblaciones más vulnerables” (pág. 5). En un documento de tal naturaleza, explicitar que las poblaciones más vulnerables (pobreza, pobreza extrema, miseria) no gozan de servicios de calidad es un riesgo de índole político, por lo que se consigna la idea generalizada de que quien causa las muertes y enfermedades es el embarazo adolescente, por tanto, evitemos el embarazo adolescente, negando las características socioculturales de esas mujeres que se están embarazando. Un agregado final en el apartado 1.3 del citado documento pretende hacerse cargo de esa realidad que padece la población pobre: “Las demandas y necesidades no satisfechas entre la población adolescente en términos de educación formal, comunicación educativa y social, así como la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva constituyen un reto formidable, cuya atención no puede ser postergada”. Sin embargo, en 1997 esas poblaciones en su gran mayoría, siguen sin esos servicios.

“Maestra, todo eso está bien, pero ya pasemos a las posiciones” es un testimonio escrito por alguna o algún joven en las primeras sesiones de trabajo en licenciatura. Si leemos y escuchamos sobre eso que leemos, se nos presenta una probabilidad ya reconocida en el discurso de secundaria o preparatoria: el placer está en algún lado, esperando, según los adultos, pero nosotros (adolescentes) ya lo hemos sentido, entonces, hablemos de placeres.

El proceso de sentirse permite adelantarse a la respuesta afirmativa del adulto: “estoy vivo en medio del placer y las palabras no me rozan cuando ya sé que duele la primera vez, pero después no”. Los adolescentes transgresores muestran este mundo en la institución, y no podemos decir que son pocos. Profesores que nos hablan de “adolescentes atrás de los talleres haciendo cosas”, parejas o amistades que no se separan ni para ir al baño, estudiantes que no abandonan a ciertas maestras o maestros después de clase con ellas/os, “niñas coqueteando con los maestros”, recaditos en las puertas o paredes del baño, o corazones o insultos entre mujeres (“Yadira es una ofrecida”), es decir, la vida que en ocasiones algunas educadoras y educadores niegan con el tormento del embarazo adolescente.

¿Cómo deben ser las relaciones sexuales entre una mujer y un hombre? Nos puede remitir a dar el discurso del de-

ber ser o bien a aprender de sus respuestas: “bonitas”, “él arriba y ella abajo”, “con mucha pasión”, “divertidas”, “con hijos”, “por las noches”, “emocionantes”, “sin rutina”, “sin maquillaje”, “con condón”, “con respeto”, “cachondas”, “toda la noche”, “en la sala”. Lo que ellas y ellos nos dicen es que las relaciones sexuales presentan una gama de situaciones, cosas, hechos, que, probablemente educadores, profesores y padres/madres no han visto, de tan ritualística que se considera en alguna de nuestras culturas a la relación entre una mujer y un hombre. *Lo Mismo y lo Otro*, en cierto sentido, para Foucault. La división, el marcaje de la adolescencia, y del otro lado, la adultez portando sobre sí cortinas pesadas. No se puede olvidar el hecho de que esas y esos adolescentes están viviendo con adultos, y son observadores y partícipes de algunos de esos rituales, impuestos de afuera hacia ellos, quizá de ahí viene su apuesta a abrir esa relación como la están imaginando. Además ser adolescente es ir recorriendo ese proceso de crecimiento que autores ubicados en el campo psicológico reconocen, si bien muchos creen que para que puedan crecer necesitan muchos años de “ayuda” incorporando entonces las clases de “educación sexual” como uno de los puntos de emergencia. Textos sobre adolescencia y “métodos anticonceptivos”, “sexo”, “pubertad”, “embarazo adolescente” y “enfermedades sexualmente transmisibles” se convierten entonces en libros de cabecera de padres, madres y de los mismos adolescentes. Si se intenta equilibrar con lo psicosocial se consumen libros de superación personal o de lineamientos trágicos y “moralinos” que les permitan encontrar su camino verdadero. Y la voz de mujeres y hombres en proceso de crecimiento se pierde y en ocasiones únicamente se les deja el receso entre clase y clase para hablar sobre lo que les duele, les inquieta, les divierte: el pleito entre papá y mamá, la indiferencia de la pretendida o el pretendiente y viceversa, el juego de tocarse a ratos, de abrazarse sin que se note mucho, el saberse en ese proceso.

Por otro lado, el sistema educativo ahorca a los y las adolescentes con una rutina que no involucra posibilidades de hacer uso de alternativas a su alcance; se nota con que deleite son llenadas sus inquietudes si se comparte con ellas y ellos un video que muestre situaciones reales de pares aunque estos sean de otros países. Cuando hablan de otros, escuchamos sus referen-

tes de adolescentes norteamericanos y sí se encuentran sus dudas en cuanto a si lo mismo pasará en China o en España. Las preguntas amplias que hacen incluyen datos del sistema legal del país, religioso, cultural, alimenticio, etcétera. Cuando preguntan y cometen sobre violencia sexual y aborto, por ejemplo, el comportamiento se observa dividido en dos partes de un escenario, por una el cómo es posible que en el mundo adulto sucedan esas cosas aún con el discurso recibido de que “están mal”; por la otra la comprensión de que pasan precisamente porque el mundo adulto mantiene una doble moral, tal y como les ha tocado contemplar (y aún cuando no sepan cómo denominarle a esa doble cara).

“Por que en nuestra etapa de los jóvenes cuando vemos a una mujer la queremos atraer” viene como afirmación de ese discurso ambiguo recibido en lo familiar-religioso-educativo, ya que parecería que el ser joven y varón representa ese ideal mítico del “siempre listos”, por ser varón tengo que atraer a una mujer aunque en ocasiones pueda preguntarme internamente ¿para qué?, más que ¿por qué?. El por qué es la representación social de la masculinidad, si bien puede entenderse a ésta desde enfoques diferentes, ser masculino es ser hombre, el más grande, como se puede seguir manejando en nuestras culturas. Si como varón adolescente pregunto para qué tengo que atraer a una mujer el referente cultural contestará “para reproducirte y trascender”, cuando el por qué está detrás, delimitado igualmente: “porque tienes que tener hijos y demostrar tu virilidad”, es el componente de la masculinidad en algunas de estas culturas.

Si el adolescente varón o el joven se cuestiona ese papel reproductivo ingresará a las listas de los sospechosos, los que atentan contra lo establecido. Jóvenes y adolescentes varones transgresores que acompañarán a su “pareja” a pláticas sobre salud reproductiva, jóvenes que solicitarán asesoría para utilizar el condón, por ejemplo, como ha sucedido al término de algunas de las pláticas sobre manifestaciones de la sexualidad humana. Transformaciones pequeñas, excepcionales quizá, pero presentes en el trayecto de vida de algunos de esos jóvenes que están en el torbellino de generaciones con rupturas y aperturas significativas para quienes estamos en esto de la educación para la sexualidad.

La duda-afirmación permite considerar en lecturas a otros niveles el abanico de la expresión del placer

erótico: ojos recorriendo cuerpos de mujer, sensaciones corporales agradables a partir de eso que se ve, reconocimiento del placer implícito en una atracción de ambos, exploración de quien soy en contacto con el otro; hechos que no se tocan cuando se establece la secuencia “si ves a alguien desde lo corporal-atractivo te llevará a una relación genitalizada y probablemente exista como consecuencia un embarazo”, frase que hemos escuchado en labios de varios profesores de preparatoria. En culturas erotofóbicas, la relación adolescente-adolescente o joven-joven no tiene cabida más que en el entorno de lo genitalizado, sin placer y reproductivo. Algunas de las dudas de otros adolescentes hace extensivo este pensamiento: *“por qué los hombres tienen tantos deseos de baser el amor con cuantas novias tienen”, “en algunas mujeres por que cuando estan borrachas tienen deseos de hacer el amor (u hombres)”*, (aunque se puede encontrar obviamente ese referente al placer erótico imaginado, y que son ellas y ellos quienes lo introducen al discurso).

En el rubro de la salud sexual y salud reproductiva, se puede observar el manejo de lo que se oye en diversos espacios (familia, iglesia, escuela) o el surgimiento de lo personal que provoca conflictos y cuestionamientos: *“¿qué problemas puede tener una mujer a los 18 años con su bebe?”, “¿cuando una mujer va a tener un bebe y no quiere que nasca como le hace?”, “cuando el hombre y la mujer se ven por primera vez hay posibilidades de que ella salga embarazada”*. El indagar sobre los problemas que puede tener una mujer a los 18 años con su bebé aparece también como una posibilidad de conocimiento, dado el referente a los espacios que se mencionan al inicio de este párrafo: si el papel de la mujer es el dar vida a un nuevo ser, los problemas pueden ser irrelevantes, como se vive entre algunas adolescentes de secundaria de zonas no urbanas y semiurbanas, quienes aseguran que por la incapacidad financiera de sus progenitores para seguirles dando educación formal, no tienen otro camino futuro más que enamorarse y embarazarse, y si esto se diera de los 15 años en adelante que es cuando egresan de la educación media ¿cuáles son esos problemas que dicen los demás? Si se les cuestiona sobre esto saben que son las situaciones de maltrato hacia ellas y sus hijos, saben qué es la falta de empleo, o la insuficiencia de salario gastado entre tres o más personas, saben que se practica la triaje aunque en lo ofi-

cial se hable de pareja, saben que el alcoholismo es un camino muy recorrido por sus respectivos padres y que será un supuesto obvio para sus varones. No son los catorce o quince años de desconocimiento sobre la relación paterna y materna puesto que esos problemas los sufren en casa en muchas ocasiones. Y saben también que muchas de esas mujeres de 18 o más no son acompañadas por esas parejas oficiales que siguen partiendo hacia el “paraíso norteamericano” o que nunca estuvieron para reconocer su responsabilidad paterna.

Lo anterior se dice en el aula o en los pasillos de la escuela, sin embargo, después vuelve a presentarse en otra institución educativa la misma pregunta, como si hiciera falta la cortina atrás de la interrogante, y una cortina que se abre en la medida que ellas y ellos forman parte de la práctica discursiva. No esperan respuestas porque ya saben, aunque lo escuchado de sus profesores en forma de discurso moralino les ubica en otra dimensión de lo observado y reflexionado cotidianamente. Este discurso se preocupa más del “linchamiento moral” ante un acto prohibido por algunas culturas y religiones, que de lo relacionado con “amar al prójimo como...”, y generalmente esos actos tienen que ver con la sexualidad humana.

“Cuando el hombre y la mujer se ven por primera vez hay posibilidades de que ella salga embarazada?” Este es el conflicto referido por algunas adolescentes cuando comentan en clase: “si duele la primera vez ¿cómo es posible que también te embaraces?”, y en ocasiones alguna adolescente comenta que sí, dada la relación directa entre maternidad y sufrimiento. Después vienen los comentarios entre varias que cuchichean que bueno, ya después es otra cosa, y ese después es lo que hace que se sonrojen y se sonrían. Entre los adolescentes varones, las miradas entre sí revelan lo que más adelante se animarán a hablar, es decir, otra vez ese enlace lógico entre la práctica genital y su virilidad mostrada a partir del embarazo de la chica. Ellos cuestionan sobre situaciones observadas a partir de que alguien en la escuela comenta que “con fulana ya tuve” y después no hay evidencias en forma de embarazo, o mínimo de inasistencia a la escuela por parte de la mujer (incorporando parte del discurso adulto de que una adolescente que “hace esas cosas” tendrá que dejar de estudiar, como en efecto ocurre en la mayoría de las ocasiones, cuando se presenta un embarazo no planeado; se vislumbra

entonces una línea similar a la planteada en la investigación de Rosa María Camarena, dado el rompimiento en la trayectoria de vida de estas adolescentes, quienes probablemente no egresarán de secundaria y no saldrán del hogar paterno para unirse a una pareja. El “problema del embarazo adolescente” se escenifica antes como “el problema de una práctica genital no deseada” por los adultos que rodean a los adolescentes, y sus concomitantes efectos en la institución educativa (los adolescentes se inquietan, empiezan a cuestionar a profesores en espacio de materias que no son de orientación, no entran a clases, se pierde el prestigio de la escuela).

Utilizando la narración oral, los adolescentes se dan el permiso de poder hablar en voz alta diversos tópicos que no se tocan muy seguido en el aula, ni entre géneros. El chiste, la broma y las posibilidades de lenguaje coloquial reducen ansiedades y tensiones y se puede entonces pasar a mencionar dudas más “pesadas”: qué pasa si un hombre no puede tener hijos, por qué hay hombres que matan a sus hijos (hablando específicamente de aborto), por qué algunos hombres “no pueden” cumplirle a sus esposas. Dar lugar a otras cuestiones como la paternidad, la sexualidad entre varones, aceptando escuchar a sus compañeras y a las mujeres que participamos en su espacio escolar.

Si bien no contiene datos específicamente de adolescentes, en el texto *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México* se menciona que “para un 30 % o 40 % de mujeres -el dato se registra en estudios para América Latina- el factor por el que un embarazo o un hijo no se desea es la decisión del varón de la pareja, que considera el embarazo como no conveniente por razones que oscilan entre no querer formar una familia con la mujer, tener restricciones económicas o celos dentro de la pareja establecida” (Langer y Tolbert, 1996, pág. 296). Noemí Ehrenfeld,⁷ ha observado que en la cadena de decisión para abortar, la madre y el “novio” son figuras predominantes para jóvenes mexicanas menores de 20 años que llegan a hospitales públicos por aborto o escuelas de éste. Cuando se habla de aborto entre adolescentes y entre jóvenes, ellas refieren estos datos que

⁷ Ehrenfeld L., Noemí (1994), “Madres y novios, ¿apoyo o presión para la joven?”, en Adriana Ortiz Ortega (ed.), *Razones y Pasiones en torno al Aborto*, México, The Population Council y EDAMEX, pp. 249-252.

obviamente no han leído en ningún libro, pero que entre sus conocidas o familiares es casi una constante: ellos tienen mucho que ver en la práctica del aborto.

“Cuando una mujer va a tener un bebé y no quiere que nazca como le hace?” es una cuestión que en diferentes palabras se hace en voz de mujeres, sean de primaria, secundaria, preparatoria o profesional, al igual que en sectores no escolarizados. Cuando también algunos varones se preguntan por qué hay hombres que matan a sus hijos notamos alguna sutil diferencia en lo dicho, ya que estos varones luego discuten la culpabilidad de hombres o mujeres. Las mujeres se vuelven más cómplices con la pregunta ya que es probable que la misma surja de la observación o de la escucha en otros lugares (casa, calle, reuniones, etcétera) y entre otras mujeres. A su manera, refieren a madres, hermanas, tías, primas, vecinas, conocidas y desconocidas que han estado participando de actos de aborto. El reconocimiento de una parte del mundo de las mujeres las divide, las solidariza, les genera conflicto y las pone en esas realidades que comentan, esperan no pasar ellas por esta experiencia, más en función de una cierta incertidumbre moral (¿se sentirán, en efecto, “mujeres malas” después del acto de abortar?) que del dolor que presuponen se siente con el hecho integral (dolor físico, rechazo social, culpa).

Si bien los profesores han escuchado estas preguntas, que son esperadas por ellos dado su reconocimiento de la inquietud ante lo genital que presuponen tienen sus alumnos, son pocas las ocasiones que pueden responder únicamente con la escucha y con la apertura del espacio, sea en salón de clase o en el pasillo, jardinerías o canchas. Profesores acuden entonces a los servicios de psicología y de orientación educativa para también pasar la estafeta a esos profesionistas del comportamiento humano, que en muchas ocasiones tam-

poco sabrán qué hacer, y prepararán una clase-discurso del deber ser: “no es bueno dejarse tocar cuando se es muy chico”, “el embarazo adolescente es un problema para la mujer”, “en tercero verán lo necesario”, etcétera. Profesionales de la psicología, de la orientación educativa o de la educación en general existen con menos frecuencia de la necesaria, dada la insuficiencia de talleres de actualización y sobre todo de formación sobre la sexualidad humana. Las y los docentes asisten a cursos y talleres con periodicidad anual, o en el mejor de los casos semestral, cuando las y los adolescentes leen, observan, escuchan y comentan cotidianamente sobre lo que los hace sentir vivos. Y también desean que quienes los rodean se den cuenta que están viviendo, retomando el sentido implícito en el concepto adolescencia: están en crecimiento, y crecer significa para ellas y ellos mucho más de lo que dicen algunos textos sobre la adolescencia en México.

Uno de los retos que tienen psicólogos, orientadores educativos, docentes e investigadores es profesionalizar el campo de trabajo, es decir, que el trabajo docente, terapéutico, de investigación y de publicaciones serias sobre la sexualidad esté remitiéndose al debate y a la crítica constructiva entre quienes están permanentemente actualizando sus referentes y quehaceres (como ha sido el caso del Grupo de Trabajo sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes de El Colegio de México) para que el abordaje en la denominada educación para la sexualidad se realice de manera que las y los adolescentes sigan preguntando “casi lo mismo” sobre las manifestaciones de la sexualidad. Esos adultos estarán ahí para seguir escuchando eso que escuchamos a diario, y que no es lo mismo de las otras veces.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1987), *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*, España, Paidós.
- Aller Atucha, L. M. y Ruiz Schiavo, M. (1994), *Sexualmente Irreverentes*, Argentina, Edicao Comunicarte.
- Aller Atucha, L. M. y Ruiz Schiavo, M. (1991), *Pedagogía de la Sexualidad Humana: Una aproximación ideológica y metodológica*, Argentina, Galerna.
- Dolto, F. (1990), *La Causa de los adolescentes. El verdadero Lenguaje para dialogar con jóvenes*, Barcelona, Seix-Barral.
- Ehrenfeld N. (1994), "Madres y novios, ¿apoyo o presión para la joven?", en Adriana, Ortiz Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, The Population Council y EDAMEX, pp. 249-252.
- Freire, P. (1970), *Pedagogía del oprimido*, México, Siglo XXI.
- _____ (1973), *La educación como práctica de la libertad*, Montevideo, Siglo XXI.
- Freud, S. (1996), *Tres ensayos para una teoría sexual, Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (1995), *Programa de Reforma del Sector Salud, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*, México.
- Consejo Nacional de Población (1994), *Antología de la sexualidad humana*, tomo 3, México, Porrúa y CONAPO.
- Coordinadora Gay-Lesbiana (1994), *Guía de recursos para gays, lesbianas y parejas de hecho*, Barcelona, CGL, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Hernández M. J. C. (1997), "Notas tomadas en clase", *Diplomado Universitario en Sexualidad Humana*, fase Educadoras/es, México, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Lartigue, T. Y Ávila, H. (comp.) (1996), *Sexualidad y reproducción humana en México*, México, Universidad Iberoamericana y Plaza y Valdés.
- Rodríguez, G. (1996), "Sexualidad Juvenil", en José Antonio Pérez Islas y Elsa Patricia Maldonado Oropeza (coord.), *Jóvenes: Una evaluación del Conocimiento La Investigación sobre Juventud en México 1986-1996*, México, Causa Joven, tomo 2, pp. 90-148.
- _____, Corona, E. y Pick, S. (1996) "Educación para la sexualidad y la salud reproductiva", en Langer, A. y Tolbert, K. (ed.), *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX, p. 357.
- Stern, C. (1994), "Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: Un punto de vista heterodoxo", en *Salud Reproductiva y Sociedad, Órgano Informativo*, El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, año 1, núm. 2, enero-abril, pp. 3-5.



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO