



Significados de la salud y la sexualidad de jóvenes

Un estudio de caso en escuelas
públicas de Cuernavaca



Itzel A. Sosa Sánchez

Instituto Nacional de las Mujeres
INMUJERES

Autora: Itzel A. Sosa Sánchez

Primera edición: agosto de 2005

ISBN: 968-5552-51-7

Instituto Nacional de las Mujeres
Alfonso Esparza Oteo 119
Col. Guadalupe Inn
C.P. 01020, México, D.F.
www.inmujeres.gob.mx

Las ideas vertidas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de la autora, quien obtuvo el primer lugar en el “Concurso de tesis Sor Juana Inés de la Cruz, primera feminista de América”, en su segunda edición, en el nivel de maestría.

Impreso en México/*Printed in Mexico*

Índice

Presentación	7
Introducción	9
1. Revisión de estudios previos, aproximaciones teóricas y diseño metodológico	19
Introducción	19
I. El carácter social del proceso salud-enfermedad	20
1.1 La experiencia de la enfermedad:	21
estudios sobre creencias y conductas en salud	
1.1.1 Aportaciones feministas al estudio de la salud	23
1.1.2 La sociedad disciplinaria: medicina y control social	25
1.2 El estudio social sobre sexualidad	28
1.2.1 El estudio de la sexualidad y sus momentos	29
1.2.2 Estudios sobre salud y sexualidad juvenil	33
1.3 Haciendo un poco de historia: la plasticidad de los conceptos adolescencia y juventud	42
1.4 Marco teórico y diseño metodológico	49
2. La juventud y su contexto	61
Introducción	61
2.1 Descripción sociodemográfica de los jóvenes en México y Morelos	61
2.1.1 Los jóvenes del estudio:	62
datos sociodemográficos de la población de estudio	
2.1.2 Familia de origen	66
2.1.3 Condiciones de la vivienda	74
2.2 Datos sobre salud y sexualidad	76
2.2.1 Datos sobre salud	76
2.2.2 Datos sobre sexualidad	79
2.3 Datos sobre sexualidad aportados por la población de estudio	82
2.3.1 Relaciones sexuales prematrimoniales	82

2.3.2 El aborto	91
2.3.3 Prevención de embarazos y de ITS	93
2.4 Informantes clave: la enseñanza de una doble moral	95
3. Más allá del eterno femenino	97
Introducción	97
3.1 La identidad femenina: la mujer y los demás. La madre universal	98
3.1.1 La biologización de lo social: “nace de nosotras mismas”	100
3.1.2 De los haceres y quehaceres: “para eso están las mujeres”	103
3.2 Mujer, salud y juventud	106
3.2.1 La salud y la actividad	106
3.2.2 El sentirse enferma: “como que no soportas a nadie”	108
3.2.3 De las causas a la prevención	111
3.2.4 Estrategias de atención y recuperación de la salud: “voy a estar bien siempre”	116
3.3 Sexualidad: hombres y mujeres en construcción:	120
“ser hombre y ser mujer”	
3.3.1 De los nombres a las prácticas en el terreno de la sexualidad	123
3.3.2 Relación sexual vs. “faje”	125
3.3.3 De la virginidad: “es tu joya más, más preciada”	127
3.3.4 Las “marcas” de la trasgresión: la designación masculina	132
3.4 ¿Tener o no tener relaciones sexuales?: “¿ya que valga todo?”	137
3.4.1 Razones para tener o no tener relaciones sexuales: las consecuencias	140
3.4.2 El arrepentimiento: “se me escapó”	144
3.5 Prevención de ITS y embarazo	145
3.5.1 Miedo y relaciones sexuales: el embarazo es la cuestión	146
3.5.2 De la prevención de ITS y la construcción y distribución social del riesgo	150
3.5.3 El aborto	152
Variables contextuales de la población de estudio (cuadros 15 y 16)	157
4. Más acá de Adán y la manzana	159
Introducción	159
4.1 Ser hombre o ser mujer: cuestión de “poder o no poder”	160
4.1.2 La mujer y los demás: del derecho a la resignación	165
4.1.3 De los haceres y quehaceres: la mujer y la resignación	166
4.2 Varones, salud y juventud	170
4.2.1 Los síntomas: “me siento [...] desorientado de las demás personas”	172

4.2.2 La “desorientación” social	173
4.2.3 De las causas a la prevención	175
4.2.4 Estrategias de atención y recuperación de la salud: “A esta edad crees que no te puede pasar nada”	181
4.3 La sexualidad y sus espacios de socialización: la cuestión es “no regarla”	187
4.3.1 Relación sexual vs. “faje”: sexo oral vs. “faje” oral	191
4.3.2 La virginidad: del legado de Eva a María, pasando por Lilith	192
4.3.3 El “currículum femenino”: “mientras más usada o más trabajada esté la mujer”	195
4.3.4 Las huellas de la trasgresión: “nombrar” en masculino	198
4.4 ¿Tener o no tener relaciones sexuales: la cuestión es la presión social	200
4.4.1 Razones para tener o no tener relaciones sexuales	203
4.4.2 Del sujeto-objeto: actividad-pasividad	206
4.4.3 Deserotización femenina: del diálogo entre María, Eva y Lilith	208
4.5 ¿Y después qué?: de la primera relación sexual en adelante	211
4.5.1 Consecuencias de las relaciones sexuales: “¿qué tal si la riego?”	212
4.5.2 El aborto	217
Variables contextuales de la población de estudio (cuadros 17 y 18)	221
Conclusiones y hallazgos: los significados de la salud y la sexualidad	223
Referencias bibliográficas	233
Bibliografía	250
Anexos	251
Anexo 1. Cuestionario	253
Anexo 2. Guía de entrevista individual	260
Anexo 3. Guía de discusión grupo focal	264
Anexo 4. Definición de códigos	267

Presentación

[...] Que cuando yo no haya conseguido más que el atreverme a hacerlo, fuera bastante mortificación para un varón tan de todas maneras insigne; que no es ligero castigo a quien creyó que no habría hombre que se atreviese a responderle, ver que se atreve una mujer ignorante, en quien es tan ajeno este género de estudio, y tan distante de su sexo; pero también lo era de Judit el manejo de las armas y de Débora la judicatura. Y si con todo, pareciere en esto poco cuerda, con romper V. md. este papel quedará multado el error de haberlo escrito [...]

Madre Juana Inés de la Cruz (Carta Atenagórica, extracto)

A la par del establecimiento de las primeras órdenes religiosas se fundaron importantes colegios y grandes bibliotecas en donde se concentraron importantes acervos de conocimiento, no siempre de fácil acceso para el común de la gente. Es en este contexto que encontramos a una mexicana, quien más allá de su advocación religiosa dejó toda una herencia ideológica sobre derechos humanos y particularmente reflexiones sobre la condición de las mujeres: Sor Juana Inés de la Cruz.

Su vida nos da un claro ejemplo de cómo a través de la historia las mujeres han tenido que confrontar, cuestionar y modificar su entorno para ser reconocidas y respetadas en sus derechos y personas. Tuvieron que cambiar las reglas sociales que anulaban sus capacidades y vocaciones para que las mujeres pudieran cultivar las letras y el conocimiento con libertad.

Sor Juana Inés de la Cruz es reconocida como una de las primeras en cuestionar los roles sociales y las restricciones impuestas a las mujeres de su época, por lo que hoy es considerada la primera feminista de América.

En honor a ella, el Instituto Nacional de las Mujeres retoma su nombre para realizar el concurso de tesis “Sor Juana Inés de la Cruz”, como un reconocimiento a la labor de mujeres que aportan valiosos conocimientos para nuestro país.

En esta segunda edición del concurso, la temática fue diversa, pero los trabajos tienen un común denominador: reflejan las inequidades de género y discriminación que sufren las mujeres. A través de estas tesis, vemos que aún nos hace falta difundir que la equidad de género es necesaria para lograr relaciones equitativas e igualitarias entre los sexos, así como lograr que las mujeres tengan las mismas oportunidades que los hombres.

En la academia, se ha generado información muy valiosa que ha incidido directamente en la forma en que hoy las mujeres ejercemos nuestra ciudadanía, nuestra sexualidad y en general nuestros derechos, pero más importante aún, se han desarrollado estudios sobre género que nos han permitido comenzar la construcción de una nueva cultura de equidad.

En las universidades, las mujeres tienen el mismo acceso que los hombres, pero por cuestiones de género se siguen incorporando a profesiones de servicio social que se correlacionan con su rol reproductivo; y lo mismo ocurre en diversos campos del quehacer femenino. Son la sociedad y su cultura quienes determinan su desenvolvimiento dentro de la sociedad.

Más allá de la libertad para el ejercicio de nuestros derechos, necesitamos un cambio de cultura que nos lleve a ejercerlos; en este sentido, investigaciones como las que aquí presentamos nos permiten ver cómo continúan arraigados en la población roles, estereotipos y prejuicios que crean desventajas para las mujeres y que es necesario erradicar.

Es por ello que el INMUJERES, en respuesta a su misión de lograr las condiciones para el desarrollo integral de las mujeres, premia y reconoce a universitarias interesadas en aportar conocimientos con enfoque de género, cuya contribución se traduce en la generación de insumos básicos para que quienes hacen políticas públicas en el gobierno, encuentren mejores mecanismos que den respuesta a necesidades particulares de ciertos grupos poblacionales.

Esperamos que las líneas de investigación aquí presentadas como contribución a las ciencias sociales, sean fuente de nuevas reflexiones y nuevos enfoques dentro del quehacer académico, fundamentalmente para lograr en el lector o lectora un cambio de apreciación sobre lo que significa la equidad de género: una nueva manera de hacer las cosas, sin prejuicios, discriminación o violencia.

Lic. Patricia Espinosa Torres
Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres

2. La juventud y su contexto

Introducción

En el primer apartado se presenta una descripción sociodemográfica de los jóvenes en el país, en Morelos y en la población participante en este estudio. Esta información se presenta con el objeto de establecer comparaciones entre la misma y contextualizar la información obtenida durante las entrevistas. El segundo apartado presenta una breve descripción y análisis de la información en materia de salud y sexualidad obtenida por medio de distintas encuestas y de la población de estudio. Finalmente el último apartado presenta una breve descripción sociodemográfica de los participantes en el estudio en profundidad, así como algunos datos acerca de los informantes clave y la información que se tiende a socializar en las escuelas en materia de sexualidad (como parte del contexto).

2.1 Descripción sociodemográfica de los jóvenes en México y Morelos

Se considera que la fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico sucedido en México en las últimas décadas, debido a la importante reducción de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) que para México en el 2000 se ubicaba en 2.4 hijos por mujer, mientras que en Morelos para la misma fecha se ubicaba en 2.1 hijos por mujer (CONAPO, 1999).⁹⁸ Así, puede afirmarse que la composición por edades de la población en México cuenta con la proporción más grande en su historia de población joven (lo cual responde a la inercia demográfica), aunque transita hacia una pirámide de población con una estructura etárea más envejecida. Es así que la importancia de las y los jóvenes (15 a 24 años) dentro del contexto nacional radica no sólo en su importancia numérica, sino en el desafío que representa para la sociedad responder y garantizar la satisfacción de sus necesidades y demandas, y porque es también precisamente en este período cuando tienen lugar decisiones y transiciones que influirán en etapas posteriores de su ciclo vital.

⁹⁸ La velocidad del descenso de la fecundidad del grupo comprendido entre los 15 y los 24 años no ha sido tan rápida como en los otros segmentos de edad, por ello, entre 1975 y el 2000 su contribución a la TGF se ha venido incrementando (CONAPO, 2000).

En el ámbito nacional, la distribución espacial de los jóvenes es similar al del conjunto de la población y se considera que la población joven mexicana es predominantemente urbana. Para 1997, el 75.3 por ciento de la población entre 15 y 24 años se concentraba en localidades de 2500 y más habitantes⁹⁹ y el 49.9 por ciento de la misma se concentraba en siete de las 32 entidades federativas (Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato y Michoacán) (CONAPO, 2000).

Respecto a la composición por sexo de la población comprendida entre los 15 y los 24 años, para 1997, en el ámbito nacional ésta era de 48.9 por ciento y 51.1 por ciento (para varones y mujeres respectivamente). Cabe resaltar que esta composición se está viendo afectada cada vez más (especialmente en ciertos estados) por la selectividad por sexo de los movimientos migratorios, siendo este el caso de Morelos (lo cual es especialmente notorio en el grupo de varones comprendidos entre los 20 y los 24 años)¹⁰⁰ (CONAPO, 2000).

En cuanto al estado civil, para 1997 se estima que el 74.3 por ciento de los jóvenes mexicano(a)s de 15 a 24 años eran soltero(a)s. Por su parte, actualmente los patrones de nupcialidad indican que en México se está produciendo un retraso gradual en la edad de la primera unión y es cada vez más frecuente que la vida en pareja se inicie en la forma de unión libre. Por ejemplo, en el ámbito nacional la edad mediana a la primera unión de las mujeres nacidas entre 1968 y 1972 fue de 21.3 años;¹⁰¹ en Morelos, este indicador fue de 21.2 años (CONAPO, 1999; CONAPO, 2000). Es preciso señalar que existen diferencias significativas en las anteriores tendencias según la zona de residencia, ya que en las zonas urbanas predomina la población soltera y en las zonas rurales la edad de la primera unión tiende a ser más temprana (tendencia que se mantiene para las zonas rurales de Morelos) (CONAPO, 1999; CONAPO, 2000).

2.1.1 Los jóvenes del estudio, el grupo de 14–19 años: datos socio-demográficos de la población: ENAJUV 2000,¹⁰² ENSA 2000¹⁰³ y población de estudio

⁹⁹ Morelos pertenece a una de las 13 entidades federativas en las que más del 80 por ciento de jóvenes vive en zonas urbanas (el 86 por ciento de su población joven radica en zonas urbanas) (CONAPO, 2000).

¹⁰⁰ En fechas recientes Morelos ha constituido una de las principales entidades expulsoras de migrantes internacionales.

¹⁰¹ Lo cual indica una postergación de la primera unión de un año respecto a las cohortes nacidas entre 1953- 1962 y 1963-1967 (CONAPO, 2000).

¹⁰² Encuesta Nacional de la Juventud 2000: población de estudio: jóvenes entre los 12 y 29 años de edad, con cobertura nacional, con una población de 54 500 viviendas. Esta encuesta fue realizada por el INEGI y el Instituto Mexicano de la Juventud.

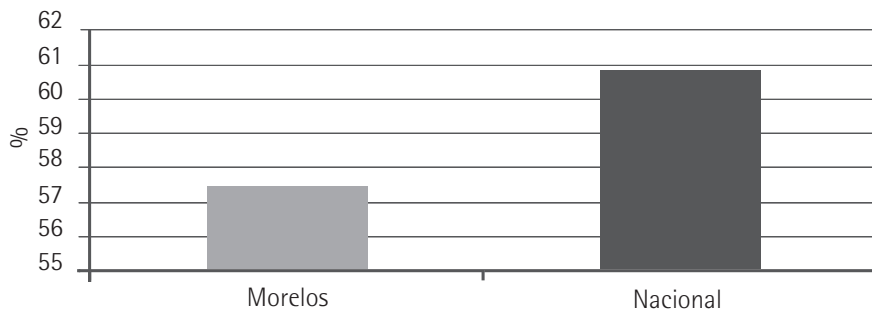
¹⁰³ Encuesta Nacional de Salud 2000. Esta encuesta fue realizada por la Secretaría de Salud y sus unidades de análisis fueron las viviendas y los integrantes de los hogares de las mismas, contando con cobertura nacional. De esta encuesta, debido a los fines de este estudio se tomó solamente la información aportada por la población ubicada entre los 14 y 19 años de edad.

Existen pocas encuestas relacionadas con aspectos de la sexualidad y la salud reproductiva, que incluyan a jóvenes de ambos sexos como parte de su población de estudio. Muchas de estas encuestas han tendido a centrar su interés en aspectos más bien referidos a los procesos reproductivos, lo que hace que sean aplicadas a mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años mayoritariamente).¹⁰⁴

Pese a las limitaciones atribuibles a este tipo de encuestas, es indudable que han aportado información relevante y oportuna sobre las tendencias generales de distintos fenómenos sociales, por lo que son factibles de ser utilizadas como un marco referencial que brinda una visión general del fenómeno en estudio. Debido a esto, y a que algunos de los reactivos usados en la encuesta aplicada al grupo de estudio fueron tomados de la ENAJUV 2000, se consideró pertinente tomar algunos de los datos aportados por la misma en los ámbitos nacional y estatal respectivamente. Es preciso aclarar que, pese a que la ENAJUV 2000 no cuenta con representatividad estadística estatal en el caso de Morelos (pero sí nacional), se tomaron algunos datos por considerar que éstos apuntan hacia tendencias generales que pueden ser tomadas (con la debida precaución) como indicadores de comportamientos generales de determinados fenómenos que interesan a esta investigación.

Información obtenida a partir de las bases de datos de la ENAJUV 2000 señaló que en los ámbitos nacional y estatal, una de las primeras cuestiones que sobresalen del grupo de estudio (mujeres y varones de 14 a 19 años) es que el 60.8 por ciento y 57.4 por ciento en los ámbitos nacional y estatal reportaron estar estudiando al momento de la encuesta:

Gráfica 3
Asistencia escolar nacional y estatal,
población de 14 a 19 años

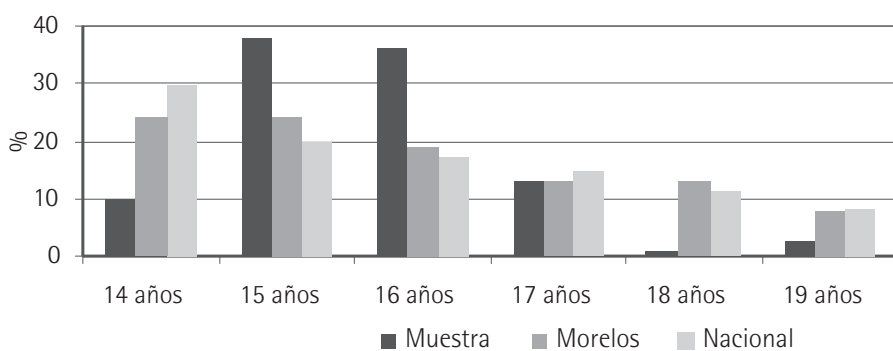


Fuente: ENAJUV, 2000.

¹⁰⁴ Esto ha sido señalado por parte de algunos estudiosos como una de las limitaciones principales de este tipo de encuestas

Esto nos indica que al hablar y centrarse este estudio en una población estudiantil, ya hay una selectividad a tomar en cuenta durante el análisis ya que no todos los jóvenes tienen acceso a la educación formal. Como podrá apreciarse en la gráfica siguiente, Morelos cuenta con una población similar a la que se encuentra en el ámbito nacional para este grupo de edad, mientras que la distribución por edad en la población en general es menos homogénea (en relación con la distribución por edad de la ENAJUV 2000), lo que puede deberse, en parte, al reducido número de casos de la población de estudio.

Gráfica 4
Distribución por edad de estudiantes de 15-19 años



Fuente: ENAJUV 2000 y población de estudio.

Si comparamos la composición por sexo en las distintas poblaciones tenemos que, según la ENAJUV 2000, en el ámbito nacional, el 48.6 por ciento de este grupo poblacional está compuesto por hombres y 51.4 por ciento por mujeres, mientras que en Morelos el 48.9 por ciento está integrado por varones y el 51.1 por ciento por mujeres. Respecto a la población de estudio, como ya se mencionó antes, ésta cuenta con una clara sobrerrepresentación femenina, 64.8 por ciento de los respondientes eran mujeres.¹⁰⁵

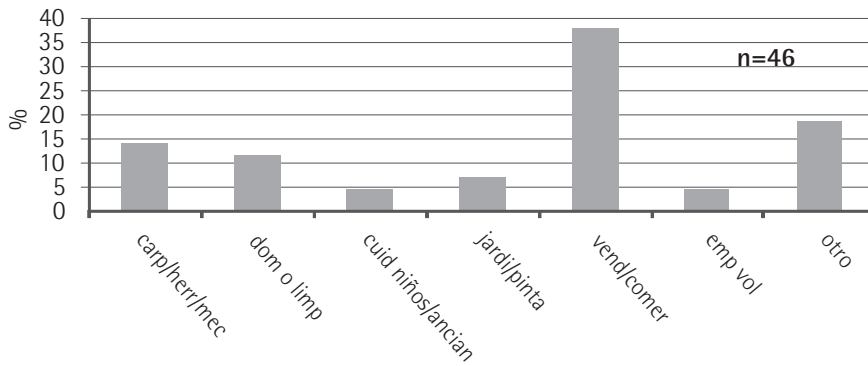
Es importante señalar que al momento de la encuesta de este estudio el 100 por ciento de los estudiantes encuestados (N=183) eran alumnos de alguno de los dos planteles educativos seleccionados, sin embargo, a lo largo del trabajo de campo se percibió una deserción escolar significativa por parte de los alumnos.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Esto se debe a que de la Población del CETIS los tres grupos participantes pertenecían a la carrera técnica de turismo, carrera que al dirigirse al área de servicios cuenta con una amplia demanda por parte de la población femenina.

¹⁰⁶ Al momento de realizar las entrevistas, tres de las participantes habían dejado la escuela.

Respecto a la condición de actividad de la población estudiantil comprendida entre los 14 y los 19 años en México y en Morelos, respectivamente, encontramos que el 47.1 por ciento y 56.7 por ciento reportaron estar trabajando al momento de la encuesta, mientras que en la población de estudio sólo el 27.2 por ciento de los/las estudiantes reportó realizar alguna actividad (al momento de la encuesta). Los estudiantes laboralmente activos/as se distribuyeron por ocupación de la siguiente manera:

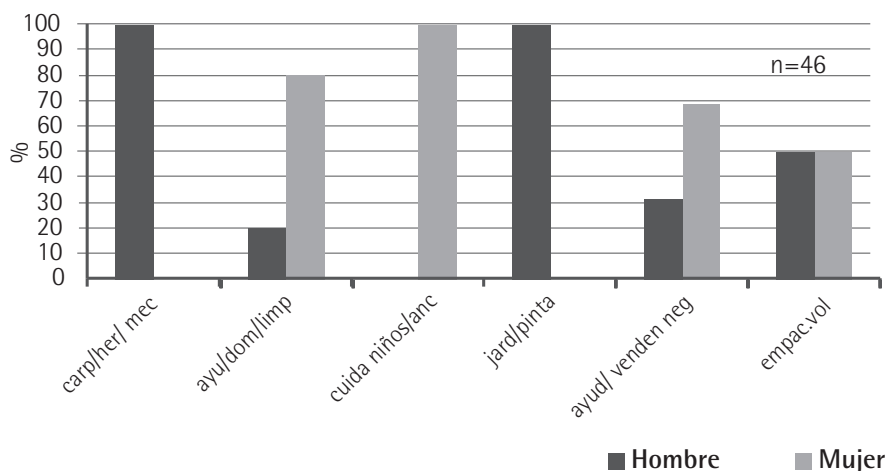
Gráfica 5
Distribución por ocupación,
estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

En la Gráfica 5 puede observarse que la mayor parte de los estudiantes que reportaron trabajar se concentraron en tres rubros: en el comercio (casi el 40 por ciento) como ayudante de un negocio o vendedor(a); como ayudante ya sea de carpintero, herrero o mecánico (14.3 por ciento), o como ayudante doméstica o personal de limpieza (12 por ciento). Esto último, muestra la distribución por género que existe en los mercados de trabajo y que continúa especializando a las mujeres en determinados rubros, que en general tienden a reproducir las tareas asignadas a las mujeres en la esfera doméstica en los mercados de trabajo y que tienden la mayor parte de las veces a confinar a las mujeres a salarios más precarios y a situaciones laborales menos favorecidas (García, 2001; Pedrero y Barrón, 1997)

Gráfica 6
Distribución por ocupación y sexo,
estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

2.1.2 Familia de origen

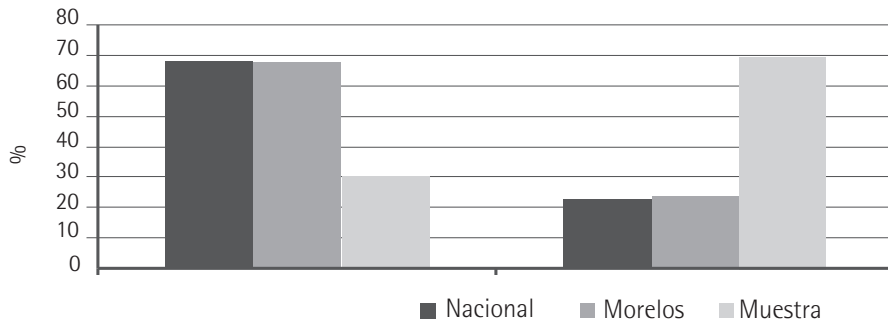
Dentro de las principales transformaciones que ha sufrido la estructura de los hogares mexicanos en fechas recientes podemos encontrar la disminución de su tamaño, la pérdida de importancia de las unidades nucleares biparentales y el aumento de hogares con jefatura femenina¹⁰⁷ (García, 2000).¹⁰⁸ Pese a lo antes mencionado, en la composición por parentesco en el país continúan predominando los hogares nucleares conformados por padre y/o madre y/o hijos (as) (García, 2000).¹⁰⁹ Por ejemplo, la ENADID 97 registró que en el ámbito nacional predominaban los hogares nucleares (68.5 por ciento), sin embargo la población de estudio presenta un patrón opuesto a la tendencia tanto nacional como estatal ya que el 69.7 por ciento de los/las estudiantes encuestados/as habita en familias extensas y el 30.3 por ciento en familias nucleares (Gráfica 7):

¹⁰⁷Es importante recalcar que la jefatura femenina suele asociarse a mayor vulnerabilidad socioeconómica (García, 1999).

¹⁰⁸Estos cambios se relacionan tanto con factores demográficos (como el descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, la disolución de uniones, etc.) como socioeconómicos (mayor escolaridad femenina, mayor inserción de las mujeres en la fuerza de trabajo, etc.) (García, 2000).

¹⁰⁹Las unidades nucleares conyugales han sufrido una importante disminución en el ámbito nacional ya que en 1976 éstas representaban el 58% de los hogares mexicanos, y para 1995 descendieron a 53%. Esto se debe principalmente al incremento en la frecuencia de las separaciones y divorcios y a la emigración masculina (García, 2000).

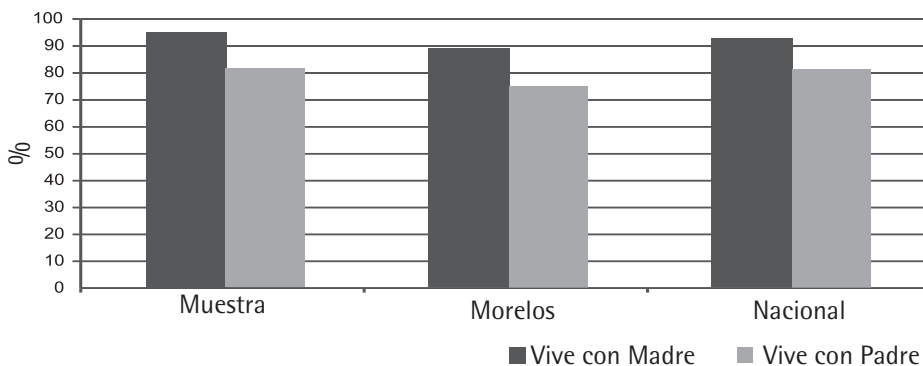
Gráfica 7
Tipo de hogar, población de 14 a 19 años



Fuente: ENADID y población de estudio.

Por su parte, el 95 por ciento de los encuestados(as) afirmó cohabitar con la madre, mientras que sólo el 81.9 por ciento cohabita con el padre. Esta tendencia del predominio de cohabitación materna parece mantenerse en los ámbitos nacional y estatal, ya que estos porcentajes fueron de 93 por ciento y 89.1 por ciento (cohabitación materna) y 81.7 por ciento y 75.4 por ciento para el país y para Morelos, respectivamente (Gráfica 8). Es importante resaltar que Morelos se caracteriza por ser una de las entidades federativas con mayor número de jefaturas femeninas en el país, tendencia que se ha incrementado significativamente en México¹¹⁰ sobre todo en las últimas décadas.

Gráfica 8
Cohabitación materna y paterna, estudiantes de 14 a 19 años

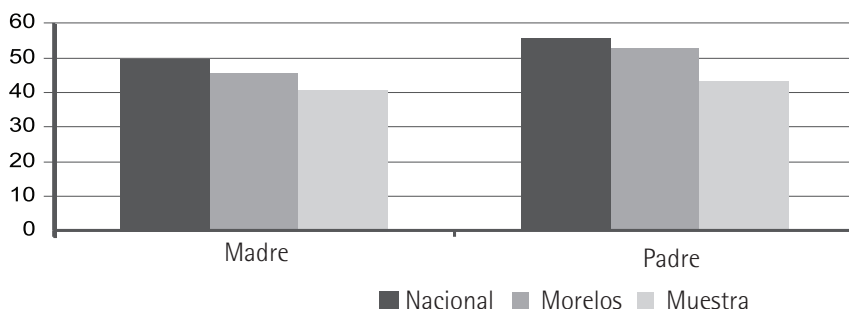


Fuente: ENADID y población de estudio.

¹¹⁰ Se calcula que para 1995, 17.6 por ciento de los hogares mexicanos contaba con una jefatura femenina (monoparental), lo cual puede deberse, entre otras causas, a la disolución de uniones, emigración masculina y al abandono de hogares por parte de los hombres (Valdés, 2000).

La edad media de los padres de los estudiantes de 14 a 19 años para México y Morelos, respectivamente, fue de 49.79 y 45.62 en el caso de la madre y de 55.75 y 52.75 en el caso del padre, mientras que en la población de estudio fueron de 40.79 y 43.43 (para padre y madre respectivamente) (Gráfica 9):

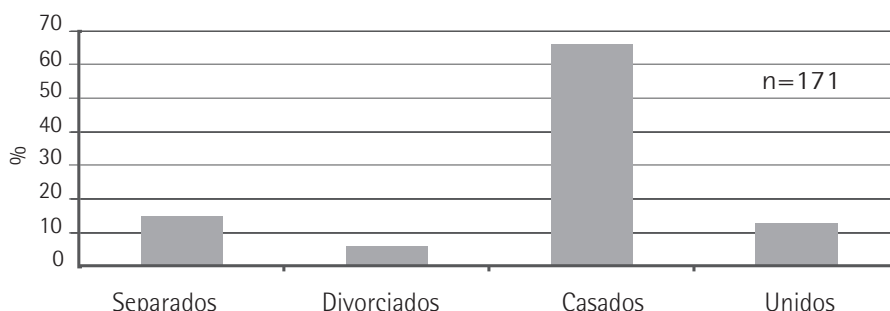
Gráfica 9
Edad media parental de los estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: ENAJUV 2000 y población de estudio.

Lo antes expuesto parece indicar un inicio de la etapa reproductiva significativamente más temprana en el caso de los padres de la población de estudio (y aún en Morelos) que en el ámbito nacional (la diferencia entre la edad media materna nacional y la de la población total es de casi 10 años y de 5 en el caso de Morelos). Esto puede representar un contexto en el que las opciones de vida son reducidas, especialmente en el caso de las mujeres, lo cual se vincula con un inicio temprano de la vida reproductiva y remite a ciertos condicionantes de género que pueden estar jugando un importante papel al respecto.

Gráfica 10
Estado civil de los padres de estudiantes de 14 a 19 años



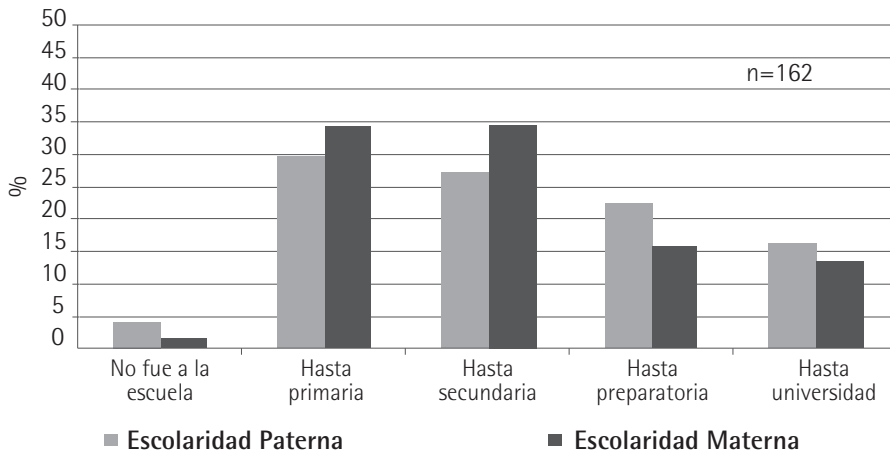
Fuente: Población de estudio.

En la gráfica anterior se aprecia como más del 50 por ciento de los padres están casados, aunque es también significativo el porcentaje de padres que están divorciados o separados (20,4 por ciento) (Gráfica 10).

En cuanto a la escolaridad¹¹¹ y la condición de actividad parental de la población de estudio existen diferencias significativas por género (sobre todo referidas a la inserción y distribución de la fuerza de trabajo), lo cual puede indicar la reproducción de ciertos patrones susceptibles de ser transmitidos de generación en generación. Esto puede apreciarse en las gráficas 11, 12 y 13.

Gráfica 11

Escolaridad de los padres de los estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

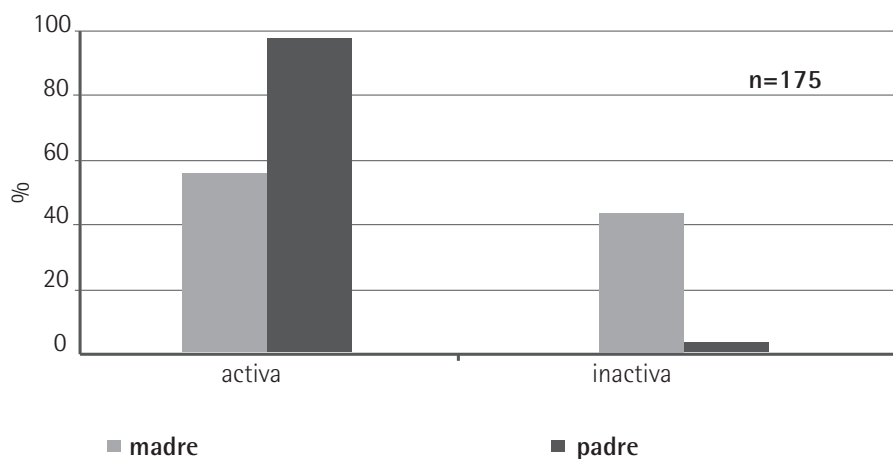
Se observa que el mayor porcentaje de las madres de los estudiantes participantes cuenta con un nivel de escolaridad hasta de secundaria (casi el 70 por ciento), superando en ambos casos los porcentajes de padres que cuentan con estos mismos niveles de educación (59,7 por ciento). Por su parte, el porcentaje de padres que cuentan con hasta preparatoria y universidad es del 40 por ciento contra el 29,5 por ciento de madres que alcanzaron este nivel de instrucción, lo cual indica que por lo menos en el caso de esta población es ligeramente mayor la proporción

¹¹¹ Se considera que la educación está relacionada con diversos elementos que dinamizan la estructura de la población, como por ejemplo en el caso de la mortalidad y la fecundidad. También guarda una estrecha relación con la morbilidad y con la calidad de vida de las personas, por lo que es considerado un importante indicador de las condiciones socioeconómicas de la población.

de varones que acceden a educación media superior y superior (con relación a las contrapartes femeninas).¹¹²

En cuanto a la condición de actividad (Gráfica 12) tenemos que el porcentaje de padres activos es casi del doble en relación con el porcentaje de madres activas de la población de estudio, lo cual corresponde al patrón de inserción diferencial que tienen varones y mujeres a la fuerza de trabajo.¹¹³

Gráfica 12
Condición de actividad parental, estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

Se aprecia en la gráfica anterior que más del 50 por ciento de las madres de la población de estudio son activas. Si se analiza la distribución de ambas fuerzas de trabajo (femenina y masculina) por género, los resultados muestran (gráficas 12 y 13) que la mayor parte de madres activas se aglomeran en torno a dos rubros: comercio (como vendedoras) y como ayudantes de limpieza o servicio doméstico en alguna casa o empresa. Esto indica que existe cierta similitud entre la distribución por actividad que se encontró en las estudiantes encuestadas: en el caso

¹¹²Al controlar otras variables demográficas y económicas, así como la estructura del hogar, aparece que la escolaridad de la mujer es de las pocas variables significativas asociadas con arreglos familiares más igualitarios, mayor satisfacción con dichos arreglos y menor riesgo de violencia (García, 1999).

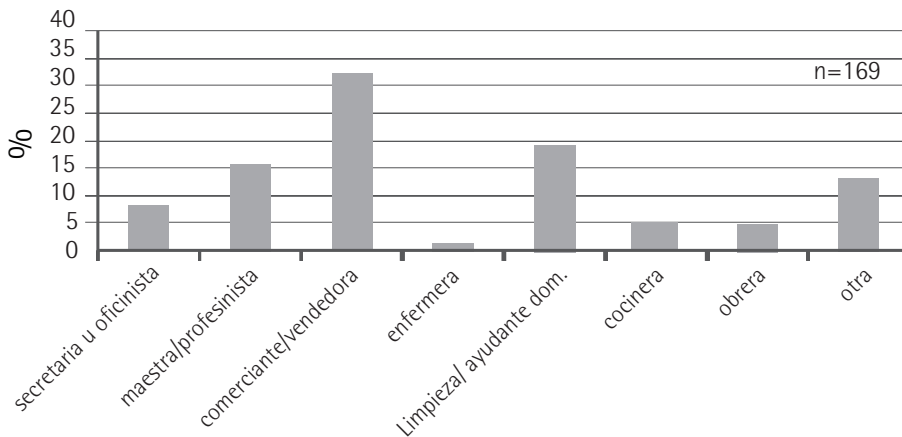
¹¹³ Es importante señalar que en la inserción de las mujeres a la fuerza de trabajo (en fechas recientes) en relación con la edad, sobresalen dos pautas: su ingreso a edades más tempranas, que ya no se retiran después del matrimonio o del nacimiento del primer hijo (por lo que las mujeres casadas o unidas han aumentado particularmente su presencia en los mercados de trabajo); y la inserción a la fuerza de trabajo de mujeres maduras que se incorporan por primera vez a la fuerza de trabajo (Pedrero, 2000).

de las mujeres, la mayoría de las que reportaron ser laboralmente activas se concentraron en actividades relacionadas con el cuidado de niños o ancianos, ayudantes domésticas o de limpieza y el comercio (en orden de importancia).

Esto último también se relaciona con que la participación femenina en la fuerza de trabajo si bien se ha incrementado, ha tendido a restringirse a determinadas ramas de actividad, ocupaciones específicas y se concentra en ciertas categorías ocupacionales que, como ya se mencionó anteriormente, a menudo coinciden con tareas que desempeñan en el hogar, como cuidando niños o ancianos, o preparando comida (Rendón, 2003; Pedrero y Barrón, 1997).¹¹⁴

Esto también puede referirse a la transmisión de oportunidades de generación en generación, dado que el acceso a bienes simbólicos y materiales por parte de los padres condiciona en mayor o menor medida el acceso que los hijos tienen a los mismos (lo cual, en opinión de algunos estudiosos, se agudiza más en el caso de las mujeres) (Gráfica 13).

Gráfica 13
Ocupación de la madre, de las/los
estudiantes de 14 a 19 años

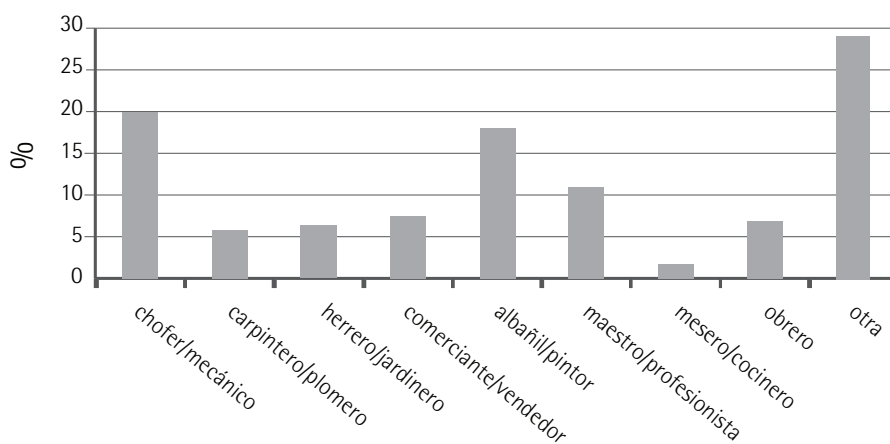


Fuente: Población de estudio.

¹¹⁴ Algunos estudios sugieren que la inserción de la mujer a la fuerza de trabajo en distintos países se ha dado en el ámbito de las ocupaciones de tiempo parcial (Rendón, 2003; Pedrero y Barrón, 1997), debido en gran medida a la asignación social de roles genéricos que exigen a la mujer hacerse cargo de las obligaciones de la esfera doméstica y que tienden a eximir a los varones de las mismas.

La mayor parte de los padres se ubica en ocupaciones tradicionalmente consideradas como “masculinas”,¹¹⁵ que implican el uso de cierta fuerza física (Gráfica 14): casi el 40 por ciento de los padres de la población de estudio trabajan como chofer/mecánico o como albañil/pintor. Estos datos, sobre la distribución de la fuerza de trabajo de los padres de la población de estudio, en general indican un contexto socioeconómico más bien restringido ya que la distribución por ocupación tanto de los padres como de las madres de los estudiantes encuestados; se concentra en actividades que en el mercado de trabajo tienden a tener malas condiciones de trabajo, a ser mal remuneradas (casi el 40 por ciento en el caso de los padres y poco más del 50 por ciento en el caso de las madres), y a no contar con servicios o prestaciones adicionales (que es el caso en diversas ocasiones de las personas que se dedican al comercio, ayudantes de limpieza, carpinteros, herreros, albañiles, etc.).

Gráfica 14
Ocupación de los padres de los
estudiantes de 14 a 19 Años



Fuente: Población de estudio.

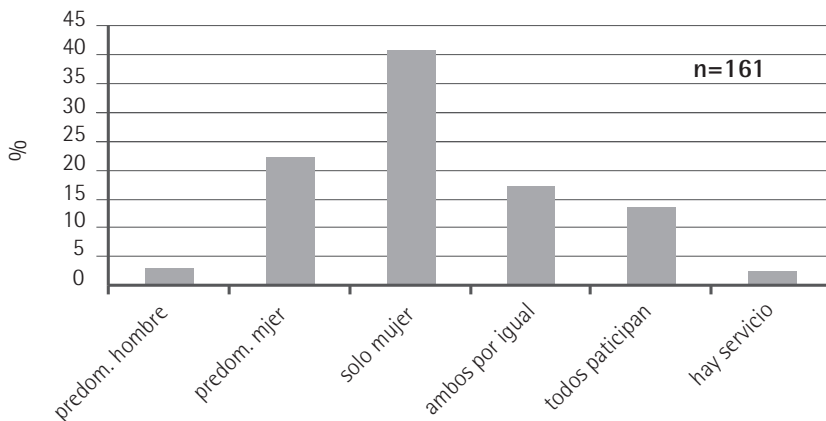
Pese al fuerte incremento de la participación laboral de las mujeres casadas o unidas, la participación masculina en el trabajo doméstico todavía es muy baja; mientras que la doble jornada, laboral y doméstica, aun en mujeres con niveles de

¹¹⁵ Es importante aclarar que cada sociedad genera una división del trabajo por sexos, y lo que se considera como tareas “masculinas” o “femeninas” es variable en tiempo, países y regiones; a su vez, la división sexual del trabajo sólo puede ser entendida si se integran en el análisis elementos ligados a las funciones reproductivas y a las construcciones sociales que distinguen culturalmente a hombres y mujeres (Rendón, 2003).

escolaridad alta, continúa generalizada (Riquer y Tepichín, 2001; García 1999c). Se observa que en poco más del 40 por ciento (N. R =13.9 por ciento) de los hogares de los/las estudiantes encuestados/as las tareas del hogar son realizadas únicamente por mujeres,¹¹⁶ en el 22.4 por ciento predominan mujeres, en 17.4 por ciento de los casos participan ambos por igual, y en el 13.7 por ciento de los hogares todos los integrantes de la familia participan en las labores domésticas (Gráfica 15).

Lo anterior tiene diversas implicaciones que trascienden la esfera doméstica, ya que en México las diferencias por sexo en la participación en los mercados de trabajo se explican, en parte, por la persistencia de la división sexual del trabajo al interior del hogar (Riquer y Tepichín, 2001).

Gráfica 15
Distribución de labores domésticas en el hogar de estudiantes de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

Esto muestra la lenta inserción que han tenido los varones (especialmente los adultos) en la participación en las labores domésticas, las cuales continúan recayendo predominantemente en las mujeres.¹¹⁷ La creciente inserción de las mujeres a la fuerza de trabajo parece no ir acompañada por cambios y reestructuraciones en la esfera doméstica, entre las que se encuentra una mayor participación de los

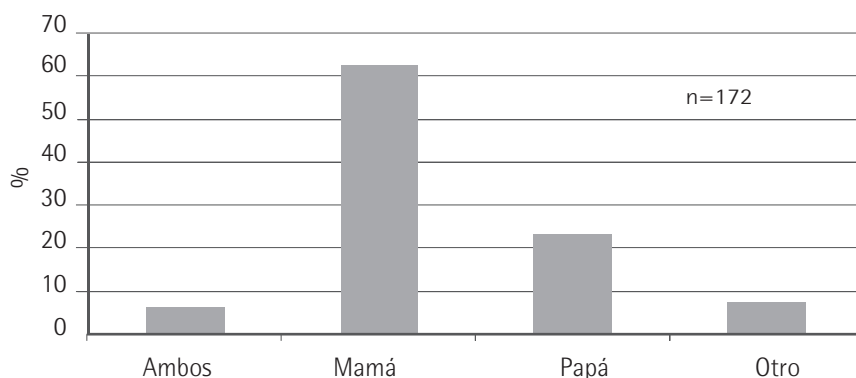
¹¹⁶ Según la ENAJUV 2000, a nivel nacional se reportó que en el 49.8 por ciento de los casos la persona que realiza las labores domésticas es la madre.

¹¹⁷ Algunos estudios realizados parecen mostrar una tendencia en la que existen pocas transformaciones en la división del trabajo doméstico entre padres y madres, pero sugieren ciertos cambios en lo que respecta a hijos e hijas (García, 1999).

varones en las labores domésticas (Pedrero y Barrón, 1997). Esta distribución de labores al interior del hogar indica la persistencia de ciertos patrones tradicionales relacionados con las identidades genéricas, en donde la esfera doméstica es socialmente asignada a las mujeres, por lo que es una responsabilidad “femenina” su mantenimiento y cuidado.

Un aspecto relevante dentro de la información aportada por la encuesta es que la mayor parte de los encuestado(a)s, más del 60 por ciento, considera como jefe del hogar a la madre, el 23.3 por ciento al padre, el 7.6 por ciento a otro (abuelo(a), tío(a), hermano(a)) y sólo 6.4 por ciento considera como jefe del hogar a ambos (Gráfica 16).

Gráfica 16
Percepción del jefe del hogar de los estudiantes
de 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

Esto resulta relevante porque en las encuestas se tiende a considerar como el jefe de familia generalmente al padre, o a algún otro miembro del sexo masculino. Este es el caso de la ENSA 2000, en la que el 75.5 por ciento de los respondientes de 14 a 19 años en el ámbito nacional indicó que el jefe del hogar era una persona del sexo masculino, mientras que sólo 24.5 por ciento señaló que el jefe del hogar era de sexo femenino. Esto puede deberse, en parte, a las distintas formas de definición de lo que se considera “jefe de hogar”.

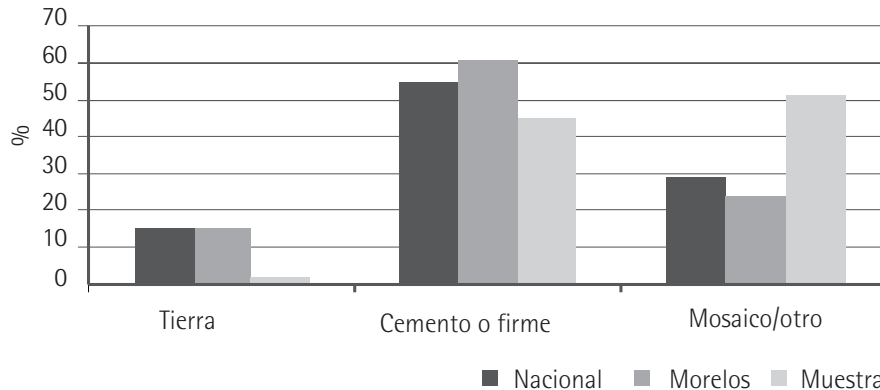
2.1.3 Condiciones de la vivienda

El número promedio de personas por vivienda es de 5.69, lo que ubica a la población de estudio por encima del promedio nacional, que para 1998 se ubicaba en

4.5 integrantes (García, 2000).¹¹⁸ El promedio de cuartos (sin contar baños) por vivienda de las casas donde habitan los/las estudiantes de este estudio es de 5.01 y poco más del 80 por ciento de éstos reside en viviendas con siete o menos habitaciones.

Respecto al material del piso de la vivienda¹¹⁹ predominan los pisos de azulejo o mosaico (51.8 por ciento) y el de concreto o cemento (45.2 por ciento), mientras que sólo el 2.4 por ciento de la población de estudio reportó piso de tierra (el cual es considerado como uno de los indicadores del grado de marginación), mientras que este porcentaje en el ámbito nacional es de casi 15 por ciento (Gráfica 17).¹²⁰

Gráfica 17
Material del piso de la vivienda



Fuente: ENADID 97 y población de estudio.

Estas dos variables relacionadas con las características de la vivienda se consideran como indicadores de las condiciones objetivas de vida de las personas, y los anteriores resultados indican un contexto socioeconómico más bien restringido pero no de extrema marginación para la mayor parte de la población de estudio. Esto nos habla de un contexto socioeconómico en términos generales más favorable que el de la población a nivel nacional y estatal, en su totalidad; y en ello puede

¹¹⁸ Por su parte la ENADID 97 registró que el promedio de habitantes por hogar en los ámbitos nacional y estatal era de 4.42 y 4.24, respectivamente.

¹¹⁹ Se tomó el material del piso de la vivienda y no otro indicador importante, como serían las condiciones del drenaje, por el nivel elevado de no respuestas que han obtenido otras encuestas en esta variable.

¹²⁰ Es preciso tener presente que la población de estudio está referida únicamente a los hogares de estudiantes de 14 a 19 años, mientras que los datos de la ENADID 97 están referidos a la población en general.

jugar un papel importante el que se trate de población estudiante y urbana. Este contexto socioeconómico no sólo indica ciertos perfiles, hábitos y tendencias de la morbilidad de la población en estudio, sino también, en mayor o menor medida, el acceso a determinados capitales (económicos, simbólicos, etc.) que permitirán tener una visión general del contexto en el que los significados de la salud y de la sexualidad de la población en estudio son producidos y en el que éstos adquieren sentido.

2.2 Datos sobre salud y sexualidad

Es preciso aclarar que la sección sobre sexualidad en el cuestionario de la ENAJUV 2000 fue aplicado solamente a jóvenes de 15 a 29 años, por lo que toda la información aportada por esta encuesta en este rubro está referida a este grupo, al tiempo que esta encuesta tampoco aporta datos sobre salud. Debido a esto, y a que algunos de los reactivos del cuestionario aplicado en este estudio pertenecientes a la sección de salud fueron tomados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA, 2000) y de la Encuesta Sobre Salud Reproductiva de los Alumnos en Escuelas de Educación Media y Media Superior (2002), se consideró pertinente realizar algunas comparaciones.

2.2.1 Datos sobre salud

En lo referente a los servicios de salud, para 1997 se consideraba que 64.8 por ciento de los varones y 65.1 por ciento de las mujeres de 12 a 24 años no tenían acceso a servicios de salud pública (Menkes y Suárez, 2003). En el caso de la población de estudio, 58.6 por ciento afirmó contar con algún tipo de derechohabencia.¹²¹ Respecto a los perfiles de morbilidad entre los/las estudiantes, existen similitudes entre el perfil de morbilidad del encuestado y el de su familia. Dentro de las enfermedades que más recuerda haber padecido la población encuestada, casi el 50 por ciento reportó haber padecido algún tipo de enfermedad respiratoria (gripa y tos principalmente), así como el 15.5 por ciento reportó haber padecido sarampión y/o varicela y/o viruela. En cuanto a las enfermedades agudas presentes en la familia durante el último año, el 75 por ciento reportó la presencia de enfermedades respiratorias y casi el 6 por ciento infecciones o problemas gastrointestinales.

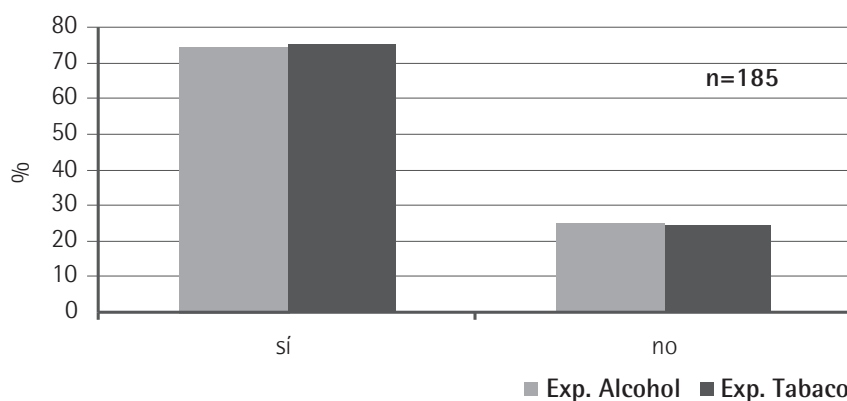
En cuanto a los servicios de salud, 58.8 por ciento de los/las participantes reportó que la familia cuenta con derechohabencia; mientras que, en cuanto a las

¹²¹ Este elevado porcentaje de derechohabencia en el grupo de estudio puede estar relacionado con el hecho de que en general a los estudiantes de CETIS a nivel nacional se les otorga la derechohabencia durante el período que comprendan sus estudios.

estrategias de atención a la salud, casi el 40 por ciento reportó que la familia se atiende en el IMSS o en el ISSSTE, el 35 por ciento con particulares, el 13 por ciento con servicios estatales y casi el 5 por ciento reportó atenderse con remedios caseros por falta de acceso a servicios públicos de salud y por no contar con los recursos económicos que pudieran facilitarles el acceso a otro tipo de atención médica.

Respecto al consumo y experimentación con alcohol y/ o tabaco, más de 70 por ciento de los/las jóvenes encuestados/as los ha consumido por lo menos una vez en su vida, el 75.4 por ciento y 75 por ciento reportaron haber probado el tabaco y el alcohol, respectivamente (Gráfica 16). La edad media de la primera vez que se probó el alcohol y el tabaco fue de 13.86 en el caso del alcohol y 13.48 en el caso del tabaco, lo que indica una experimentación un poco más temprana del alcohol por parte de los/las participantes en este estudio (Gráfica 18):

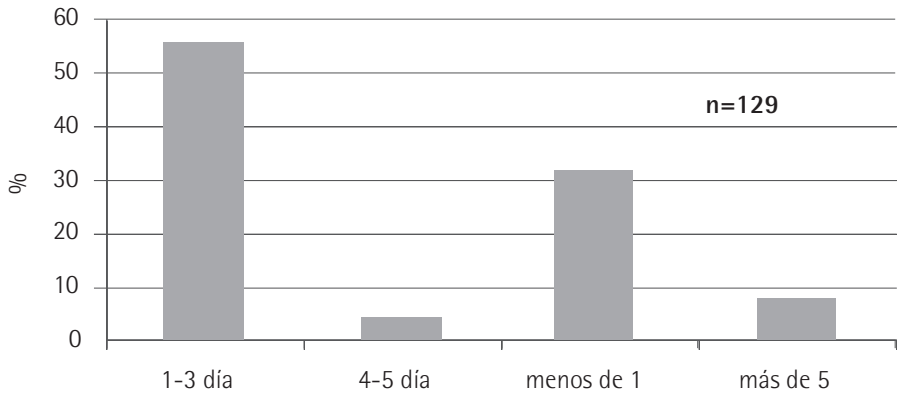
Gráfica 18
Experimentación con tabaco y alcohol,
estudiantes 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

Del total que afirmaron haber experimentado por lo menos una vez con tabaco, 38.8 por ciento reportó continuar su consumo (porcentaje muy superior al reportado por la ENSA 2000, como se verá a continuación). De los que continúan fumando, su consumo se distribuye de la siguiente manera: más del 50 por ciento fuma de uno a tres cigarros al día, poco más del 30 por ciento fuma menos de un cigarro al día, poco más del 10 por ciento más de cuatro cigarros por día (Gráfica 19).

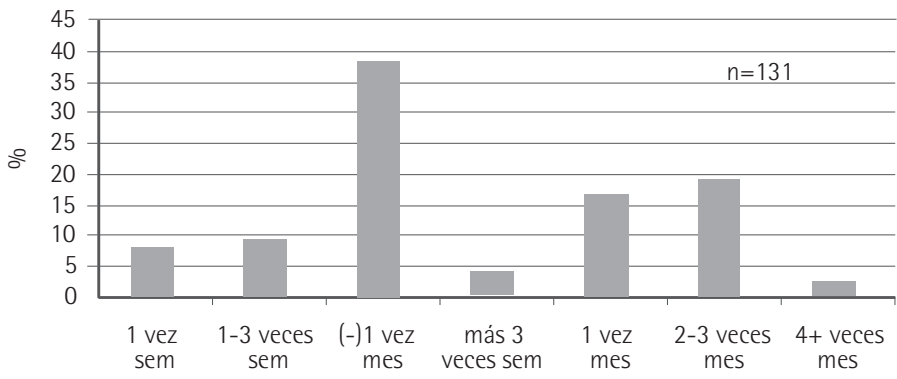
Gráfica 19
Consumo de tabaco, estudiantes 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

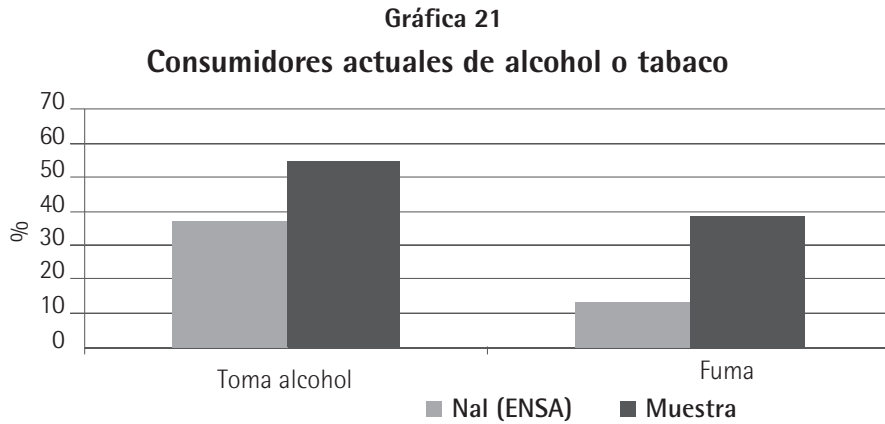
Por su parte, del total que afirmaron haber experimentado por lo menos una vez con alcohol, 55 por ciento reportó continuar su consumo, lo cual sugiere que el uso de alcohol parece estar más difundido en el grupo del estudio. Entre la población que reportó continuar con su consumo, los mayores porcentajes se localizan entre quienes lo consumen menos de una vez al mes (casi 40 por ciento) y quienes lo consumen 2-3 veces por mes (casi 20 por ciento)(Gráfica 20).

Gráfica 20
Consumo de alcohol, estudiantes 14 a 19 años



Fuente: Población de estudio.

La ENSA 2000,¹²² para este mismo grupo de edad reportó que 37 por ciento nunca ha fumado, el 43.6 no fuma actualmente y sólo 13.4 y 36.6 por ciento reportaron continuar el consumo de tabaco y alcohol al momento de la encuesta. Resalta que la proporción de encuestados que reportaron consumir alcohol y tabaco es significativamente superior en los/las participantes de este estudio en relación con los que reportaron continuar el consumo de los mismos en la ENSA 2000, como podrá apreciarse en la Gráfica 21:



Fuente: ENSA 2000 y población de estudio.

2.2.2 Datos sobre sexualidad

La ENAJUV 2000 reportó que del grupo (de los que estudiaban al momento de la encuesta)¹²³ comprendido entre los 15 y los 19 años, el 87 por ciento y el 90 por ciento de los encuestados en el ámbito nacional y estatal, respectivamente, afirmaron conocer algún tipo de método anticonceptivo.

Respectivamente, en Morelos y en el país el 86.8 por ciento y el 91.2 por ciento de los estudiantes encuestados reportaron saber cómo prevenir ITS,¹²⁴ mientras que entre la población de estudio el porcentaje referido a esta pregunta fue de 82.4 por ciento. Sin embargo, como diversos estudios lo han señalado cuando se sondea en los conocimientos respecto a la prevención de ITS o en torno a la biología de la reproducción, el conocimiento real se ve disminuido significativamente (Menkes y

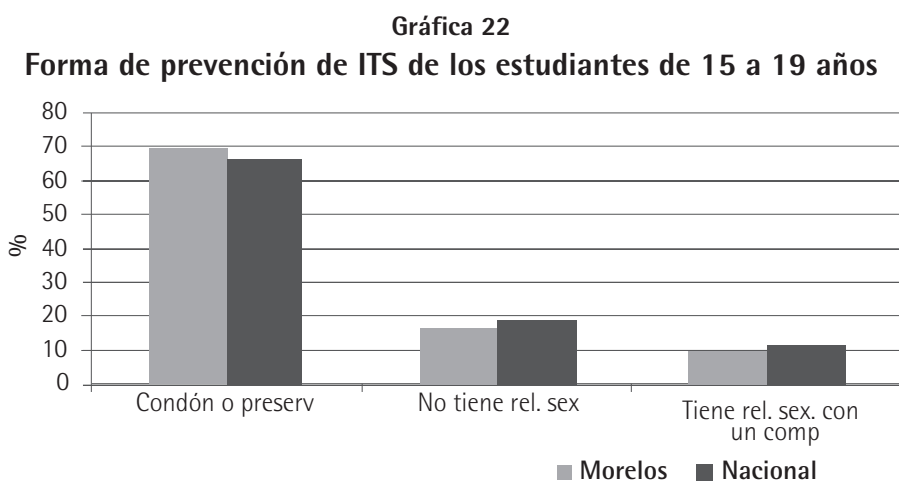
¹²² Los datos aportados por la ENSA, en este caso no están referidos únicamente a población estudiantil entre 14 y 19 años.

¹²³ Es importante recalcar que para este mismo grupo de edad, si se incluyen todos los respondientes sin distinción de los que estudiaban o no al momento de la encuesta, los porcentajes se reducen en casi cinco por ciento (ámbito nacional) y en más de 10 por ciento (ámbito estatal). Es decir, estos porcentajes fueron de 78.1 y 75.2 para el país y para Morelos, respectivamente.

¹²⁴ Es importante tener presente que a nivel estatal (Morelos), la ENAJUV no tiene representatividad estadística.

Suárez, 2003).¹²⁵ En el caso de la población de este estudio, el uso de respuestas abiertas permitió evaluar los conocimientos en torno a la prevención de ITS.¹²⁶ En el caso de los datos obtenidos entre los/las participantes en este estudio, éstos parecen corroborar lo encontrado por Menkes y Suárez (2003) ya que, al sondear y profundizar un poco más en torno a los conocimientos que reportan tener los jóvenes respecto a prevención, de ITS y embarazo, éstos parecen mezclarse con mitos e información errónea y/o incompleta. Así, los datos continúan mostrando la importante necesidad de información sobre temas de prevención que tiene este grupo poblacional.

Respecto a la forma de prevención de las ITS, la ENAJUV 2000 aportó los datos de la Gráfica 22.¹²⁷



Fuente: ENAJUV.

Sobresale que tanto en el ámbito nacional como en el estatal (pese a las campañas y a las clases sobre sexualidad), todavía poco más del 10 por ciento de encuestados reportaron como forma de prevención el hecho de tener un solo(a) compañero(a) sexual.

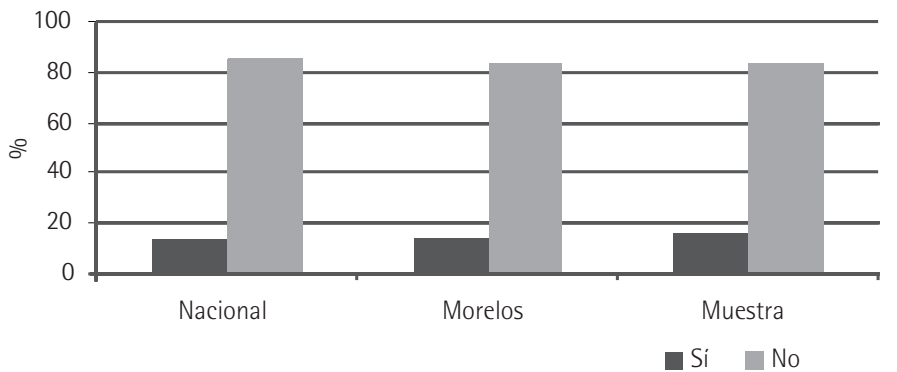
¹²⁵ Por ejemplo, en un estudio realizado en Guanajuato con adolescentes, Menkes y Suárez (2003) encontraron que 90 por ciento de los estudiantes ha oído hablar de los preservativos, 77.8 de los hormonales orales, 49.9 de los métodos locales. Sin embargo, al evaluar el conocimiento real que se tiene sobre los mismos, sólo 71 por ciento conoce los condones, 14.9 los hormonales orales y 30.5 los métodos locales.

¹²⁶ En fechas recientes algunos estudiosos del tema han problematizado el hecho de que en general, en las encuestas, este tipo de conocimiento no es evaluado por lo que es fácil llegar a conclusiones erróneas.

¹²⁷ Datos referidos a estudiantes.

Por su parte, la proporción de encuestados que reportó haber tenido relaciones sexuales en el país y en Morelos según la ENAJUV 2000¹²⁸ fue ligeramente inferior (13.5 y 14.6 por ciento, respectivamente) que la proporción reportada en la población de estudio (16.3 por ciento), lo que se aprecia en la Gráfica 23.¹²⁹

Gráfica 23
Estudiantes 14/15-19 años que han tenido relaciones sexuales



Fuente: ENAJUV y población de estudio.

La edad promedio de la primera relación sexual en la población de estudio es de 14.83 años, mientras que en el ámbito nacional ésta fue de 18.28. En la siguiente gráfica, que señala la distribución de la edad de la primera relación sexual en la población de estudio, en Morelos y en el país, puede apreciarse que más de 70 por ciento de los estudiantes participantes que declararon ser sexualmente “iniciados”, afirmaron haber tenido su primera relación sexual entre los 14 y los 16 años, mientras que en el país y en Morelos la mayoría de éstos reportaron haber tenido su primera relación sexual entre los 15 y los 17 años.

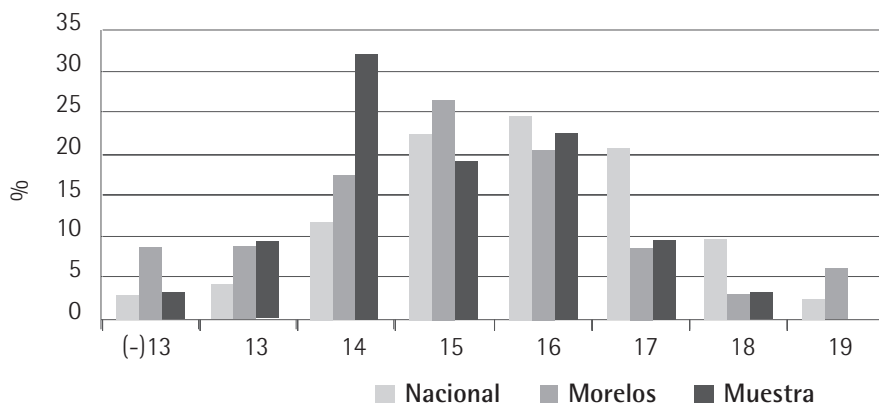
Resulta relevante que en la población de estudio 13.3 por ciento de las mujeres reportó haber iniciado su actividad sexual, contra 20.3 por ciento de los hombres. Si bien la actividad sexual premarital pareciera ser más común entre varones que entre mujeres, esto puede ser atribuible a un sobrerreporte de actividad sexual

¹²⁸ Habría que recalcar que cuando se toma en cuenta a la población joven, mayor de 19 años, se ha encontrado que la mayoría reporta haber tenido su primera relación sexual antes de los 19 años.

¹²⁹ Es preciso tener presente que toda la información referida al rubro de sexualidad en la ENAJUV 2000 está referida al segmento de población de 15 a 29 años, y para fines de este trabajo se tomaron los datos referidos a la población 15-19. Por su parte, en el caso la población de estudio se refiere a participantes comprendidos entre los 14 y los 19 años.

entre varones y a un subreporte entre mujeres ocasionado por condicionantes de género y normas culturales existentes en determinados contextos, los cuales pudieran estar sesgando las respuestas (WHO, 2001; Menkes y Suárez, 2003).

Gráfica 24
Distribución por edad de la primera relación sexual, estudiantes 14-15 a 19 Años



Fuente: ENAJUV y población de estudio.

2.3 Datos sobre sexualidad aportados por la población de estudio

2.3.1 Relaciones sexuales prematrimoniales

En cuanto a las razones para tener o no relaciones sexuales prematrimoniales aportadas por los/las estudiantes participantes, sobresale primeramente el alto porcentaje de no respuesta (NR = 14.4 por ciento). Los resultados reflejan ciertas tendencias interesantes.

A la pregunta ¿Estás de acuerdo en que las parejas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?, el 39 por ciento de los/las estudiantes respondieron afirmativamente, mientras que el 61 por ciento de los encuestados (as) se manifestó en contra (n = 182).¹³⁰

¹³⁰ Pese a existir esta aparente "no aceptación" de las relaciones sexuales prematrimoniales, según la ENAJUV 2000, en el ámbito nacional, una buena parte de los y las respondientes que afirmaron haber iniciado su vida sexual lo hicieron fuera del matrimonio. Entre los varones, el 43.2 por ciento tuvo su primera relación sexual con una amiga y el 40.1 por ciento con una novia, mientras que en el caso de las mujeres 56.8 por ciento tuvo su primera relación sexual con el novio y sólo 30.6 con el esposo. Sin embargo, sobresale el hecho de que todavía es significativamente alto el porcentaje de mujeres que reportaron haber tenido su primera relación sexual con el esposo, contrastando con el porcentaje de contrapartes masculinas que afirmaron haber tenido su primera relación sexual con la esposa.

El Cuadro 3 muestra cómo de los 182 estudiantes que respondieron a la pregunta, la diferencia porcentual entre el grupo de hombres que estuvieron a favor y en contra del sexo prematrimonial es de menos del 10 por ciento, mientras que en el caso de las mujeres la diferencia entre las que estuvieron a favor y en contra es más del doble (predominando en el grupo de mujeres las que estuvieron en contra).

Cuadro 3
Distribución entre los sexos de las respuestas a la pregunta:
¿Estás de acuerdo en que las parejas
tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Sí	46.7%(28)	33.9%(40)
No	53.3%(32)	66.1%(78)
Total	100 %(60)	100 %(118)

Fuente: Población de Estudio (n=178).

Además de obtener información acerca de estar de acuerdo o no en que las parejas tengan relaciones premaritales, posteriormente se les preguntó las razones para estar a favor o en contra y se les brindó la opción de responder abiertamente. En la mayoría de los casos las respuestas abiertas permitieron dar una visión más amplia de las normas prevaecientes entre la población participante.¹³¹

Entre las razones (los porqués) que dieron quienes respondieron *afirmativamente* a la pregunta: ¿Estás de acuerdo en que las parejas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio? encontramos (por sexo): Cuadro 4.

Entre las razones que dieron los que respondieron *negativamente* a la pregunta: ¿Estás de acuerdo que las parejas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio?, tenemos: (Cuadro 5).

¹³¹ Es preciso aclarar que la selección de las respuestas abiertas fue hecha a partir de la combinación de dos criterios que se trataron de cubrir: 1) la inclusión de las respuestas con mayor frecuencia; 2) la inclusión del abanico más amplio de posibilidades que permitieran a su vez tener una visión amplia del distinto tipo de respuestas.

Cuadro 4

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Creo que es cuando se llegue el momento y además no es un impedimento para el matrimonio. • No sé, pero no me parece tan malo, claro si se cuidan y si aparte los dos están de acuerdo. • Pues no es malo solo que tengan prevención y se cuiden y no lo hagan un vicio • Pues no es malo, siempre y cuando usen condón • Porque si tú y tu pareja saben lo que hacen, no es cosa del otro mundo • Para saber cómo es tu pareja en la intimidad y para ver si existe comprensión, amor, cariño y sobre todo respeto, se conocen más • Más que nada para tener experiencias antes de llegar, saber de la vida • Ya está pasada de moda no es importante 	<ul style="list-style-type: none"> • Porque es decisión de uno mismo y si uno quiere y el otro también pues ¿por qué no? • Eso va al libre albedrío de cada quien • Así se van conociendo mejor para conocerse mejor y saber qué se siente • Porque se van conociendo mejor y al casarse tendrán mejor comunicación sobre sexualidad • Se tiene que llegar con experiencia para disfrutar los dos • Pero con cuidado • Porque no creo que sea un impedimento el no estar casado • Porque es algo natural siempre y cuando exista protección y una confianza muy sincera • Por placer

Fuente: Población de estudio.

La lectura de las respuestas abiertas aportadas por las/los estudiantes, es decir, de los porqués se manifestaron afirmativa o negativamente a la pregunta formulada, si bien revelan ciertas normatividades también nos permiten observar la diversidad de respuestas y motivaciones al respecto (y la complejidad del tema).

Uno de los argumentos que más se repitieron a favor del sexo prematrimonial entre las mujeres, fue el que al parecer la virginidad se encuentra “pasada de moda”, es decir, ya no importa si se es o no virgen.

A su vez, en las respuestas de las que se manifestaron en contra del sexo prematrimonial aparecen como los principales motivos: el temor a las consecuencias, que va desde el embarazo y el abandono, hasta la condena por parte de la sociedad o del “futuro esposo”. Debido a esto, es recomendable abstenerse de tener relaciones

sexuales “por el propio bien” (lo cual resulta sobresaliente ya que, entre las mujeres, la decisión de manifestarse en contra parece orientarse más hacia las posibles reacciones provocadas en los otros). Resalta también que dentro de las condenas sociales al ejercicio de la sexualidad femenina, el abandono aparece como uno de los más temidos (mucho más si éste está acompañado con el embarazo de la mujer). Por su parte, en el caso de los varones las respuestas fueron más diversas y se centraban más bien (en muchos casos) en el miedo a un embarazo y las consecuencias de éste, o tendieron a aterrizar la ausencia de virginidad como una falta más bien femenina.¹³²

Cuadro 5

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Por mi propio bien y futuro quiero disfrutarlo a su tiempo • Después tendrán problemas con aquel que se vayan a casar • Porque todavía no estamos en edad • Hay mucho riesgo de que tu pareja al no verse obligada te deje • Porque hay algunos hombres que sólo buscan eso y cuando se embarazan no asumen su responsabilidad • Porque para mí, yo quisiera llegar virgen a la iglesia ante Dios • El sexo es algo puro y sagrado que debe tomarse en cuenta para tener hijos • La verdad luego las abandonan 	<ul style="list-style-type: none"> • Porque teniendo un hijo tu vida está echada a perder • Tienen mal aspecto las muchachas que tienen relaciones sexuales antes de su matrimonio • No está bien • La verdad no sé si esté en lo correcto • Es una prueba de amor • Porque es algo muy inconsciente y porque se debe llegar virgen

Fuente: Población de estudio.

Virginidad masculina

A la pregunta: ¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio?, 45.1 por ciento de la población de estudio respondió afirmativamente, mientras que 54.9 por ciento

¹³² Un estudio reciente resaltó que una cuarta parte de los jóvenes varones ubicados entre los 15 y los 19 años declaró haberse unido por causa de embarazo, contra solamente 13 por ciento de las chicas de ese mismo grupo de edad. Es notorio el hecho de que en todos los grupos de edad existe un mayor porcentaje de varones que se unen por embarazo (Riquer y Tepichin, 2001).

lo hizo negativamente. El Cuadro 6 muestra la distribución de las respuestas afirmativas y negativas entre los sexos. Se puede apreciar como casi el 78 por ciento de los hombres considera que no es necesario que el hombre llegue virgen al matrimonio, contra sólo 22.4 por ciento de hombres que considera que sí. En cambio, la opinión entre el grupo de mujeres es mucho más homogénea ya que la diferencia porcentual entre las que sí consideran que deberían llegar vírgenes (57.9 por ciento) y las que no (42.1) es de 15 por ciento (Cuadro 6). Esto puede estar indicando que entre la población masculina existe claramente la noción de que no es necesario llegar virgen al matrimonio, mientras que entre las mujeres la opinión se encuentra más dividida (las razones de esto podrán apreciarse más claramente en las respuestas abiertas que aportaron las mujeres al por qué el hombre debía o no llegar virgen al matrimonio).

Cuadro 6
Distribución entre los sexos de las respuestas a la pregunta:
¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Sí	22.4%(13)	57.9%(45)
No	77.6%(66)	42.1%(48)
Total	100 %(79)	100 %(93)

Fuente: Población de Estudio (n=172).

Entre las razones que dieron los y las participantes que respondieron negativamente a la pregunta: ¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio? tenemos: (Cuadro 7).

Dentro de la información más sobresaliente aportada por las respuestas abiertas respecto a las razones para responder negativamente a la pregunta: ¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio?, tenemos que, en general, las mujeres tienden a pensar en la sexualidad masculina como “incontenible” y “natural”. Parece que se toma como “normal” y “natural” que ellos tengan relaciones sexuales porque “no pueden resistir la tentación” o “para ellos es difícil la abstinencia”. También aparece que socialmente importa la virginidad de las mujeres y no la de los hombres, por lo que la virginidad masculina aparece como algo secundario, es decir, innecesaria.

Las motivaciones de los hombres para considerar no necesaria la virginidad masculina apuntan mayoritariamente en otra dirección, aunque responden también a condicionantes de género, en las que el hombre es considerado como “el que tiene

que enseñarle a la mujer”, por lo que entre la población masculina la experiencia en el área sexual parece ser altamente valorada. Adicionalmente encontramos ciertas respuestas que aluden a la “naturaleza sexual incontenible” del sexo masculino entre los varones, apareciendo también entre los hombres la imagen de la abstinencia como una práctica no socialmente difundida y aceptada entre los varones. También aparece entre ellos la noción de que la virginidad masculina no es importante, “no es necesaria” ni es “un requisito” o porque se considera que los varones tienen “un poco más de libertad y no es tan peligroso como las damas”.

Cuadro 7

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • En realidad ni importa sólo en caso de salud • Pues mientras use condón no importa, yo creo que en la actualidad ya no importa eso • En la actualidad pocos son los hombres que llegan vírgenes, entonces eso ya es normal para mí • Contesto así porque no creo que ningún hombre llegue (virgen) • Pues puede ser que ninguna de las dos personas sea virgen • No es posible eso o no sé • Porque la verdad casi no hay nadie así • No se puede exigir algo que en nuestra sociedad no es tan importante como la virginidad de una mujer • Los hombres son los que más tienen las relaciones • Debido a las hormonas el hombre creo que siempre quiere experimentar ver qué se siente • Porque en ellos es difícil la abstinencia • Porque si no me quedaría con este porque no me satisficiera sexualmente • Porque los hombres no pueden resistirse la tentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Después cuando lo quieras hacer con tu esposa le puedes fallar • Para que sepas qué hacer y enseñarle a tu pareja • Para que le enseñe • Porque para que el día de su boda ya tenga experiencia • No, estamos en otras épocas • Porque no creo que se abstenga tanto tiempo • De todos modos no va a llegar • Llega el momento en que tenemos ganas • Porque si no la mujer se decepcionaría • Porque no sabría qué hacer • Porque no es necesario • Pues porque no es un requisito • El hombre tiene un poco más de libertad y no es tan peligroso como las damas • Porque un hombre tiene la curiosidad de saberlo todo • Porque si está caliente no creo que se abstenga tanto tiempo

Fuente: Población de estudio.

Respecto a las razones que proporcionaron los/las estudiantes que respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio?, encontramos:

Cuadro 8

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Debe llegar limpio y puro • Sería bonito que los dos aprendieran juntos • Si ellos nos quieren vírgenes, ellos también deben serlo • Porque para la mujer es algo muy importante y se da el mismo valor que para la mujer • No es muy necesario pero yo creo que sí porque es mejor para una mujer • Al igual que la mujer debe tener respeto para la persona que va a ser su pareja y qué mejor que eso • Porque a la mujer se le exige virginidad y al hombre no. Creo que no es justo • Porque si la mujer debe llegar virgen el hombre también 	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie está en esa situación aunque sería mejor que la pareja aprendiera junta • Para que le cumpla a su mujer

Fuente: Población de estudio.

El cuadro anterior indica que dentro de las razones por las cuales las mujeres consideran que el hombre debe llegar virgen al matrimonio están la exigencia de virginidad a la mujer (que debería también exigírsele a los varones) y la posibilidad de que “aprendieran juntos”. Esto último, puede ser un indicador de que contrariamente a lo que se maneja entre varones (que la “experiencia” de ellos es necesaria para no “fallarle a la pareja”), las mujeres parecen valorar la posibilidad de que aprendieran juntos. En el caso de los hombres resalta que fueron muy pocos los que respondieron afirmativamente a la pregunta formulada, y expusieron sus motivos en las respuestas abiertas.

Virginidad femenina

A la pregunta ¿En tu opinión la mujer debe llegar virgen al matrimonio? El 67 por ciento de la población respondió afirmativamente y el 33 por ciento negativamente (NR = 5.9 por ciento). Resulta clara la presencia de la norma diferencial por sexo, en la que se le exige virginidad a la mujer entre la población de estudio. Si se analiza la distribución de las respuestas entre los sexos, se aprecia que más de 60 por ciento en ambas poblaciones respondió conforme a la norma socialmente aceptada (por lo menos en ciertos contextos) que les exige a las mujeres virginidad hasta el matrimonio (Cuadro 9).

Cuadro 9

Distribución de las respuestas entre los sexos ¿En tu opinión la mujer debe llegar virgen al matrimonio?

Respuesta	Hombres	Mujeres
Sí	60.3%(35)	71.9%(82)
No	39.7%(23)	28.1 %(32)
Total	100 % (58)	100 % (114)

Fuente: Población de estudio (n=172).

Respecto a los motivos de los y las que respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿En tu opinión la mujer debe llegar virgen al matrimonio? podemos mencionar: (Cuadro 10).

En cuanto a los motivos dados por quienes respondieron negativamente a la pregunta: ¿En tu opinión la mujer debe llegar virgen al matrimonio? tenemos que: (Cuadro 11).

De este modo, se aprecia que una de las principales razones para preservar la virginidad femenina gira en torno a la idea de la “imagen” de la mujer, que es definida por su comportamiento sexual y que divide a las “buenas” de las “malas” mujeres, siendo las primeras las que son meritorias de respeto, aceptación (social y del esposo) y valoración (lo cual se aprecia en las respuestas aportadas por ambos sexos). Aparece también la idea de que las mujeres son las que deben de “cuidarse de los hombres”, lo que además paradójicamente es dicho por un varón,

planteándose de esta manera la relación entre hombres y mujeres como una relación de presión (varones) – resistencia (mujeres).

Cuadro 10

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Para que el hombre la valore absolutamente y con él aprender lo que debe aprender y disfrutar de él • Debe llegar limpia y pura • Hablaría de una buena mujer pues en mi opinión sólo le pertenecemos a uno • Se dice que hay que llegar virgen al matrimonio y en mi caso hasta que me case • Yo creo que sí pero la gente siempre opina de la mujer y no del hombre • Porque las que luego se casan y los esposos ya no las aceptan • Porque si no la tachan de prostituta 	<ul style="list-style-type: none"> • Es su dignidad • Debe ser pura en el altar • Para ser respetada • Porque así debe ser • Porque se tiene que cuidar de los hombres • Porque para la mayoría de los hombres sí les importa que sea virgen

Fuente: Población de estudio.

Cuadro 11

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Porque eso no es importante ya que no sólo se vale por ser virgen • Lo mismo, pero que se dé a respetar siempre que lo haga por amor, no nada más por hacerlo • Creo que se debe de experimentar ...pero no tanto • Yo creo que da igual si es o si no es, pero una que ha tenido, tiene más clara la vida • Porque si no, no va a saber ni qué onda con eso pero no tienen que andar con uno ni con otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Ya sabe a lo que le tira • No, estamos en otras épocas • Porque no creo que se abstenga tanto tiempo • Porque al igual que los hombres todos tenemos derechos • Porque la mujer también tiene curiosidad acerca de todo • Porque así como el hombre tiene derecho de experimentar, la mujer también

Fuente: Población de estudio.

En cuanto a las respuestas de quienes no consideraron que la mujer “debe” llegar virgen al matrimonio, algunas respuestas indican la aparición del discurso de “equidad de derechos” de las mujeres frente a los hombres, ya que si ellos tienen derecho y curiosidad, las mujeres también, siempre y cuando éstas lo hagan “por amor”.

2.3.2 El aborto

En cuanto a quién debe decidir cuándo tener relaciones sexuales la tendencia fue bastante clara (N. R = 22 por ciento), en el sentido de que son ambos los que deben decidirlo (92 por ciento). Respecto a la posibilidad de que bajo determinadas circunstancias la mujer tenga la posibilidad de abortar, el 53.3 por ciento estuvo a favor y el 46.7 por ciento en contra. Del 100 por ciento de respondientes mujeres, el 56.3 por ciento de las mujeres está a favor de la posibilidad de un aborto, mientras que más del 50 por ciento de los varones se manifestó en contra de la posibilidad del aborto (54.2 por ciento). Resulta interesante encontrar que en el caso de este estudio (contrariamente a los hallazgos de otros estudios) la población femenina parece tener una actitud más abierta hacia el aborto, ya que uno de los mandatos más fuertes dirigidos hacia las mujeres es el de la maternidad.¹³³

Dentro de las razones que dieron los y las que respondieron negativamente a la pregunta: ¿Estarías de acuerdo en que, en ciertas ocasiones, las mujeres tengan la posibilidad de abortar?, tenemos: (Cuadro 12)

Puede apreciarse como dos de los principales argumentos para descartar la posibilidad de un aborto son, por un lado, las nociones (ampliamente difundidas por PROVIDA) en donde el producto aparece como un ser vivo, indefenso e inocente, y la cuestión de la distribución de la culpa. Al mismo tiempo, algunas de las respuestas aportadas sugieren que la culpa es dirigida a las mujeres porque “ellas se lo buscaron”.¹³⁴ Esto, puede estar relacionado con el hecho de que el aborto sea visto como una opción en caso de violación; en ese caso, la mujer no parecería directamente como culpable de su situación de embarazo (Cuadro 12). Por ejemplo, a partir de la distribución de las causas por las cuales contemplar o no la posibilidad de un aborto, el 50.5 por ciento de la población que consideró al aborto como una opción, lo hizo en el caso de violación (NR = 17.7).

¹³³ Contrariamente a lo encontrado en esta población de estudio, Menkes y Suárez (2003) encontraron en un grupo de adolescentes en Guanajuato que más hombres que mujeres estaban a favor del aborto provocado.

¹³⁴ Esto puede estar relacionado con lo que Lagarde (1997) considera la representación simbólica (creada y promovida por la tradición judeocristiana) en la que las mujeres por su desobediencia erótica e intelectual (dentro del génesis) son la encarnación del mal y están destinadas a sufrir y a pagar su culpa.

Cuadro 12

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquiera que haya sido el caso nadie tiene derecho a quitarle la vida a un ser humano indefenso • Ellas tienen que aceptar su destino sería mejor tenerlo y más tarde darlo en adopción • Porque ellas se lo buscaron • Si Dios nos dio la vida nosotras las mujeres no tenemos porqué negarle la vida a otro ser y menos a un bebé • Porque eso que piensan abortar tiene vida y no tiene posibilidad de defenderse • Nadie tiene derecho a quitarle la vida a nadie, así sea una violación • Yo creo que sea cual sea la situación no debe quitarle la vida a alguien 	<ul style="list-style-type: none"> • La culpa no es la culpa del niño que va a nacer • No porque pobre niño, no tiene la culpa • Es delito entonces ¿para qué tienen relaciones sexuales? • Un ser humano es la máxima creación y tiene derecho a nacer • Fue un accidente y debes afrontar tu error si es que lo fue • Es un delito quitarle la vida a algo precioso • Estoy en contra porque nadie tiene derecho a matar a un ser que no tiene la culpa • Porque es malo

Fuente: Población de estudio.

Resulta también relevante el que esta pregunta fuera una de las que registró mayor ausencia de respuestas a lo largo del cuestionario. Esto puede deberse a que en México (como en buena parte de Latinoamérica) el aborto es considerado un delito, lo cual (entre muchas otras razones) contribuye al ya de por sí difícil tratamiento del tema.

En cuanto a las razones de los y las que respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿Estarías de acuerdo en que, en ciertas ocasiones, las mujeres tengan la posibilidad de abortar?, encontramos: (Cuadro 13).

Resulta también sobresaliente que poco más del 14 por ciento que se manifestaron a favor de la posibilidad del aborto consideraron como razones el no desear tener un hijo, o por simple decisión personal, lo cual en cierta forma representa un cuestionamiento a los discursos hegemónicos predominantes acerca del aborto por parte de estos(as) jóvenes.¹³⁵

¹³⁵ Menkes y Suárez (2003) encontraron que uno de cada diez adolescentes, sin distinción de sexo, está de acuerdo con la realización de un aborto cuando la mujer no tiene recursos económicos para mantenerlo o cuando no se siente responsable para tenerlo.

Cuadro 13

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Si es una violación porque de todos modos la madre no lo va a querer • Cuando no lo van a poder cuidar como se debe y no los quieren es mejor no traerlos a sufrir • Porque uno no debe traer al mundo algo que no se quiere • Para no traer un hijo a que sufra nada más • Para qué traer a esta vida a una persona que va a sufrir • Porque hay veces que las violan y no es justo • Pues por ejemplo si es por una violación, sí estaría de acuerdo, en otras circunstancias no • Pero es su decisión y ellas son las que van a sufrir o a reírse de lo que hacen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, si es una violación creo que sería algo mejor, y no para chavas alocadas • Para que no sufrieran, ni el niño sufriera • No es justo traer al mundo a un ser no deseado y menos para sufrir • Cuando el producto tenga algún mal en sus extremidades o salud, etc. • Puede ser por violación • Para prevenir escándalos • Porque es muy dado el caso de mujeres violadas que con eso pues ellas requieran el aborto.

Fuente: Población de estudio.

Sin embargo, el que casi 24 por ciento de la población participante reportara conocer a alguien que ha tenido un aborto nos indica que es una práctica relativamente común en esta población (NR = 1.1 por ciento). Si a esto le agregamos que la mayor parte de abortos se mantienen en secreto debido a la condena social (y a veces legal) en torno a ellos, sería factible que este porcentaje sea aún superior.

2.3.3 Prevención de embarazos y de ITS

El 90 por ciento de los/las participantes (NR = 12.8 por ciento) afirmó saber cómo se previene un embarazo, señalando que es responsabilidad de ambos tomar los cuidados para la prevención de un embarazo (94.2 por ciento, NR = 16.6 por ciento). En cuanto a las formas de prevenir el embarazo, el 90 por ciento señaló que es mediante el uso de anticonceptivos (aunque los resultados no permiten evaluar el conocimiento y uso en torno a la anticoncepción por parte de la población estudiada).

El 6 por ciento de las/los estudiantes reportó no haber oído hablar nunca del SIDA. Las ITS de las que más han oído hablar son: el SIDA, gonorrea, herpes y sífilis (en

orden descendente). Por su parte, a la pregunta: en general ¿Sabes qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual?, el 82.4 por ciento respondió afirmativamente, mientras que el 17.6 por ciento respondió negativamente. Sin embargo, en este caso la inclusión de respuestas abiertas permitió evaluar el conocimiento de los encuestados encontrándose la presencia de conocimientos y acciones preventivas erróneas. Esto parece ser el resultado de ciertas informaciones y programas de educación sexual que no necesariamente reflejan las necesidades y dudas de la población joven en lo concerniente a prácticas de sexo seguro. Algunos estudios sugieren que existe una amplia difusión y conocimiento del condón como forma de prevención de embarazos, pero no como forma de prevención de ITS debido a la existencia de una amplia variedad de conocimientos erróneos en torno a las formas de transmisión de las mismas (WHO, 2001). En el caso de la población de estudio, dentro de las respuestas que aportaron a la pregunta ¿Qué puede hacer? (una persona para evitar el contagio de una ITS) tenemos:

Cuadro 14

Respuestas abiertas Mujeres	Respuestas abiertas Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Protegerse • No tener relaciones sexuales con cualquier persona • Conocer bien a tu pareja • Usar condón • Ir al ginecólogo cada mes • Usar anticonceptivos • Ir con un doctor • Tomar medicina • Hablar con el chavo • Higiene • No tener sexo • Tener una sola pareja • Preguntar a la persona con la que vas a tener relaciones • Evitar contacto sexual con sexoservidoras • Hacerse un análisis de sangre para saber si hay una enfermedad o no 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar condón • Preguntarle a la persona si ha tenido relaciones sexuales con otras personas • Hacer exámenes • No tener relaciones sexuales • No tener contacto con sangre contagiada si tiene una herida • No usar ropa de un sidoso • Protegerse • Planear • Platicar con tu pareja • Preguntarle si está enfermo • Preguntar antes del acto

Fuente: Población de estudio.

Las respuestas, si bien no son concluyentes, sí nos permiten tener una visión más amplia de los distintos “conocimientos” en materia de prevención de ITS que exis-

ten entre esta población. Sobresalen las nociones de higiene, visitas al doctor y conocer bien a tu pareja como forma de prevención, ya que parecen estar bastante difundidas.

2.4 Informantes clave: la enseñanza de una doble moral¹³⁶

Como informantes claves se seleccionaron tres individuos considerados como actores importantes relacionados con la temática de salud y sexualidad y que pudieran aportar información relevante en torno a estos temas. De tal suerte, se entrevistó a dos profesores (un hombre y una mujer) y a un médico que atiende a esta población estudiantil. La selección de los profesores se basó en las referencias a comentarios realizados por los mismos durante las clases.¹³⁷ Los tres informantes clave tenían trabajando más de 10 años en estos planteles y todos tenían más de 50 años de edad.

Se considera relevante la importancia de estos actores sociales en la construcción de los significados en torno a la salud y la sexualidad de los jóvenes ya que la escuela es uno de los principales espacios de socialización de adquisición de información en materia de salud y sexualidad. Como parte importante del contexto en el que son elaborados los discursos de los jóvenes entrevistados, es necesario tener presente la información aportada y socializada por estos actores sociales. Por una parte, sobresale que los informantes clave perciben que los y las jóvenes cuentan con una baja percepción de riesgos en salud en general y en salud sexual en particular. Sobresale que en los tres casos esto fue atribuido principalmente a la edad e inexperience de los jóvenes. También perciben la necesidad urgente de información en esta población en torno a temáticas relacionadas con la salud y la sexualidad.

En estos discursos (que en cierta medida se homologan con los médicos) es notorio el desvanecimiento del discurso del deseo frente al de la enfermedad (que gira en torno a los peligros de la sexualidad). Y a partir de estos discursos oficiales se define lo que es seguro, lo que es tabú, lo que es posible de ser dicho o silenciado (Fine, 1999).¹³⁸ Esto puede ser un indicador de que la información que se sociali-

¹³⁶ A su vez, otros estudios han sugerido que aprender sobre sexualidad es aprender acerca de la culpa, en donde la existencia de una doble moral tiene implicaciones directas en las vivencias de la sexualidad y de los eventos reproductivos. Por ejemplo, se ha sugerido que en la vivencia de la primera relación sexual, la doble moral juega un papel fundamental en la generación de culpa en el caso de las mujeres (Moore y Davidson, 2001).

¹³⁷ Por ejemplo, en diversas ocasiones durante las entrevistas en profundidad se hizo explícito el hecho de que los jóvenes tomaban elementos aportados por los profesores o médicos de sus planteles educativos para construir sus propios discursos "como dice mi maestra tal....", "como nos dijeron en clase", etc.

¹³⁸ Una de las preguntas centrales en torno a la "neutralidad" de los discursos hegemónicos sobre la sexualidad (médicos, pedagógicos, etc.) resulta de que, por ejemplo, algunas prácticas sexuales que pueden considerarse como "no riesgosas" bajo el parámetro de los "expertos", siguen estando fuera del "menú de opciones" que tienden a difundirse (por ejemplo, la masturbación y la fantasía) (Fine, 1999).

za en este espacio, coloca al centro la cuestión del riesgo y parece estar enfocada en ocasiones a reforzar y restringir las elecciones de esta población (en materia de sexualidad) en pro de una u otra moral determinada.

Al hacerse una revisión de los materiales utilizados por los profesores para impartir el curso en donde se da información sobre sexualidad (Formación Cívica y Ética), una de las primeras cuestiones que sobresale es que estos materiales si bien dan cabida a una amplia variedad de temáticas, no problematizan los temas abordados (situación que se agrava en virtud de que pocas veces temas que socialmente resultan incómodos, como el aborto, son discutidos abiertamente durante las clases). Aunque puede afirmarse que la educación de la sexualidad no ha sido suficientemente estudiada en México, algunos estudios han sugerido que en general las charlas escolares sobre sexualidad generan escasas oportunidades para discutir aspectos que vayan más allá de construcciones y nociones que tienden a centrarse en la heterosexualidad masculina (Fine, 1999; Bayardo, 1997).¹³⁹ También se ha señalado que esta información se centra en los riesgos y peligros vinculados con el ejercicio de la sexualidad y tiende a promover la abstinencia (Bayardo, 1997).¹⁴⁰ En un estudio realizado por la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) para conocer la visión de los profesores (as) que imparten biología y orientación educativa en escuelas secundarias de Acapulco y el Distrito Federal se encontraron cuatro posturas entre los docentes que imparten educación sexual: una biologicista, otra conservadora (vinculada con valores judeocristianos), una integradora y otra que privilegiaba el “ocultamiento” (referida a aquellos docentes que se niegan a que estas charlas sean impartidas en la escuela). En este trabajo se hizo especial énfasis en la capacitación y preparación de los docentes para posibilitar una actitud crítica, abierta y responsable hacia el ejercicio de la sexualidad (Rodríguez, 1999).

Aunado a lo anterior, se considera que el relativo fracaso de estas campañas de educación sexual resulta (entre otros factores) de los mensajes contradictorios dirigidos hacia el ejercicio de la sexualidad femenina, la poca cooperación de los varones en los procesos reproductivos y la falta de conocimientos y desarrollo de las habilidades de negociación entre las parejas (Bayardo, 1997).

¹³⁹ Ciertos estudios sugieren (Fine, 1999) que las preguntas y discusiones más vinculadas con el goce y la sexualidad femenina generalmente son poco puestas en los temas de discusión de las charlas sobre sexualidad que suelen impartirse, mientras que en estas charlas se tiende a instar a las mujeres a ser “discretas”.

¹⁴⁰ Se considera que el enfoque de abstinencia en México ha sido liderado principalmente por grupos ligados a la jerarquía eclesiológica católica (Rodríguez, 1999).

3. Más allá del eterno femenino

En realidad está claro que en la historia, lo eterno, sólo puede ser el producto de un trabajo histórico de eternización

Pierre Bourdieu

Introducción

Las condiciones de las mujeres son una creación histórica (Lagarde, 1997), lo son también las condiciones de los varones y de las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad. De tal suerte, resulta relevante el papel que juegan los condicionantes de género en la constitución de identidades femeninas y masculinas, ya que éstos tienen diversas implicaciones tanto en la construcción de significados como en las vivencias del grupo de estudio en materia de salud-enfermedad y sexualidad. El objeto de este capítulo es presentar las lecturas de la información recogida durante el trabajo de campo realizado con mujeres jóvenes, en donde se ha tratado de tener presente el papel de los condicionantes de género.

El primer apartado se refiere a la búsqueda de significados en materia de salud-enfermedad entre esta población. El segundo apartado introduce el enfoque de género en relación con la división que a partir de un hecho biológico (el sexo) deviene en condicionantes de género que determinan socialmente los arreglos (comportamientos, haceres, saberes, etc.) que van constituyendo el “ser mujer” (en este caso). En el tercer apartado, se presenta cómo estos mismos condicionantes influyen y moldean determinados comportamientos, vivencias y significados de la sexualidad (qué se entiende por sexualidad, sus expresiones, posibilidades, etc.). El cuarto apartado se refiere a la iniciación sexual a partir de las definiciones que el mismo grupo aportó en torno a lo que se considera que es o no una relación sexual. Finalmente, el último apartado presenta algunos resultados sobre las ideas en torno a los eventos reproductivos por parte de estas jóvenes. Adicionalmente, al final de este capítulo se incluyeron dos cuadros (3.1 y 3.2) de variables que hacen referencias al contexto sociodemográfico de las participantes en este estudio.

3.1 La identidad femenina: la mujer y los demás. La madre universal

“Ser para los otros” es uno de los mandatos sociales (desprendido de la división genérica del mundo) que giran en torno a la construcción de la identidad femenina. Como podrá observarse aquí, en lo relativo a la salud (sobre todo en sus cuidados, mantenimiento, prevención y recuperación), la figura de la madre y/o de otras figuras femeninas se presenta como central. Esto nos conduce a analizar y a rastrear dentro de los relatos de estas jóvenes los condicionantes y roles de género que moldean (en combinación con otros factores como la clase, la etnia, la generación, etc.) sus campos de acción y vivencias.

Pero, ¿a qué se debe el que sean principalmente las mujeres las encargadas de cuidar la salud de otros?, ¿por qué la salud es un asunto de mujeres?, ¿por qué a pesar de la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo extradoméstica, la esfera doméstica sigue siendo un asunto predominantemente de mujeres?, ¿qué sucede al interior de la esfera doméstica? Resulta relevante para los fines de este trabajo, retomar cómo interpretan y qué significado (y sentido) tiene para estas jóvenes el que sean la mayoría de las veces las mujeres las que provean de cuidados a los miembros de la familia al interior del hogar. ¿Cuáles son sus lecturas de las razones por las que esto sucede?, ¿existen cuestionamientos y resistencias a estos sucesos?

El que el cuidado y la atención de la salud recaigan en las mujeres y principalmente en las madres parece obedecer básicamente a dos cuestiones.¹⁴¹ En primer lugar, esto es resultado de una aparente disponibilidad de la presencia femenina en el hogar. Esto es, las mujeres son las que generalmente están en la casa, su espacio de acción generalmente se limita a la esfera doméstica, y aunque éste no sea el único espacio de acción femenino, se continúa considerándolo como un espacio de mujeres y en el cual se evalúa y deja sentir el buen o mal desempeño de la mujer.

Al sondear acerca de la persona que se encargaba de la persona enferma en la familia de las participantes, en el estudio en profundidad, prácticamente todas las respuestas apuntaron hacia la misma dirección: la madre o alguna otra figura femenina.

—Generalmente cuando alguien se enferma en tu familia, ¿quién es la persona que se encarga de cuidar a la persona enferma?

—Bueno, dependiendo de quién se enferme. Si se enferman mis hermanos, pues mi mamá, pero si llega a ser algún otro familiar, mi abuelita, o no sé, ahí sí ya, sus hijos. ¡Ah, no!,...¹⁴² sus hijas, si es mi tía pues mi abuelita (M5: 24-29).¹⁴³

¹⁴¹ Más adelante, en este trabajo se analizarán en mayor profundidad las causas de esta asignación social del cuidado de los demás a las mujeres.

¹⁴² Los puntos suspensivos en general hacen referencia a silencios en las respuestas de los y las participantes.

¹⁴³ (M5:24-29) = Mujer, participante 5, línea 24 a la 29.

Al preguntárseles por qué creían que sucedía esto, resalta el hecho de que se considera que son precisamente las mujeres las que brindan los cuidados debido a que son las que están en la casa (disponibilidad), las que tienen más tiempo (independientemente de que además del trabajo doméstico cuenten con un trabajo extradoméstico) o simplemente porque son las que no trabajan. Esto podrá ser apreciado a continuación:

—¿Cuando alguien se enferma en tu casa generalmente quién cuida a la persona enferma?

—Mi mamá.

—¿Por qué será eso?

—Pues porque le preocupamos [...]

—Y ¿por qué crees que casi siempre sea tu mamá la que cuide a la persona enferma?

—Bueno yo creo que mi mamá en mi caso, porque es la que está en la casa siempre, porque ella no trabaja, siempre está en la casa, yo creo que por eso, es la que se encarga de la casa, por eso siempre es mi mamá (M1: 34-50).

—La última vez que te enfermaste, ¿quién te cuidó?

—Pues se supone que estaba con mi papá, se supone que me tenía que cuidar mi papá, y me cuidó su esposa. Es que ora sí que, como ella es la que está todo el día ahí, como no trabaja (M3: 279-286).

Dos cosas resaltan de los relatos anteriores: por un lado, la relación casi indisoluble casa-figura femenina-“disponibilidad”, y la segunda, figura femenina-“no trabajo”. Esto nos conduce a una cuestión central que tiene repercusiones en diversos aspectos de la vida de las mujeres: la desvalorización (tanto económica como política) del trabajo doméstico no asalariado femenino, que como se puede apreciar en los relatos anteriores parece no existir.¹⁴⁴

Sin embargo, aunque el hecho de no trabajar apareció como una de las causas de asignación de obligaciones de labores domésticas a la figura femenina, cabe resaltar que aún en los casos en que la madre cuenta con un trabajo extradoméstico, esto no es una justificación suficiente para eximirla de sus obligaciones relacionadas con el hogar y el cuidado de la salud de sus integrantes (que suele ser vista prácticamente como una obligación femenina, en lo cual juega un papel definitorio la asignación social genérica de roles):

—¿Por qué crees que sea esa persona - en este caso tu mamá - y no otra la que se hace cargo de la persona enferma?

—[...] Y este, por lo general ha coincidido que cuando nos enfermamos ella no va a trabajar o algo así, o sea es la que más se hace cargo, es la que más tiene tiempo.

—¿Tu mamá trabaja?

—Sí (M6r:158-169).

¹⁴⁴ Diversos estudiosos en la materia consideran que el hecho de que el trabajo doméstico no tenga una equivalencia monetaria contribuye a su devaluación, incluso ante los ojos de quien lo realiza (Bourdieu, 2000; Lagarde, 1997).

Por el contrario, la premisa del trabajo extradoméstico del padre sí lo exonera de las responsabilidades en la esfera doméstica (el cuidado de la salud es uno de ellos) como podrá apreciarse a continuación:

- ¿Cuando alguien se enferma en tu casa generalmente quién cuida a la persona enferma?
- Mi mamá [...]
- ¿Y tu papá y tus hermanos?
- Sí, el otro día me enfermé, bueno, de la columna, me torcí y mi hermano se quedó cuidándome, pero mi papá no porque está trabajando (M1:34-43).

Pese a lo antes mencionado, algunos relatos indican ciertos cuestionamientos acerca de la poca participación (o de la exclusiva participación de proveedor económico) de los varones, o más específicamente hablando de la figura paterna en la enfermedad, lo cual es atribuido a una actitud machista:

- Si, así de que se enferman mis primos y todo la mamá. (El papá) “ten dinero llévate” y ya hasta ahí, le compran la medicina y todo pero no son como las mamás, no sé, como que se sienten... como si dijeran “¡ay! no, yo ¿por qué lo voy a cuidar?, o sea no estoy como para cuidar, si yo trabajo, ¿cómo voy a estarlo cuidando?, hazlo tú” y aunque no esté nadie pero les sale el machismo “yo soy hombre, tu cuidalo” (M4: 188-197).

El ámbito privado doméstico es uno de los que más se resisten a ser cambiados y a otorgar un lugar a la equidad, lo cual responde a que es precisamente en las instituciones y espacios vitales que implican relaciones directas y personales los que ofrecen más resistencias al cambio, en comparación con otros espacios públicos donde hay cabida para relaciones por lo menos en la superficie más democráticos, como los laborales o educativos (Lagarde, 1997: 158).

3.1. 1 La biologización de lo social: “nace de nosotras mismas”

La mayor parte de los relatos presentados por estas jóvenes expresan cómo internalizaron (mediante la socialización) una serie de funciones y roles que una vez institucionalizados se normalizan y pasan de ser algo social a algo “natural”, como podrá apreciarse en la mayoría de los fragmentos que siguen. La biologización de lo social naturaliza ciertos comportamientos, “haceres y quehaceres” que son interpretados como inherentes al “ser mujer” o al “ser hombre”:

- ¿Por qué crees que sea esa persona - en este caso tu mamá - y no otra persona la que se hace cargo de la persona enferma?
- Pues yo creo que así cada quien, ¿no? Porque mi mamá es la que tiene más paciencia, carisma y la atención (M6: 158-163).

Como puede apreciarse en el testimonio anterior, la paciencia y la atención a los síntomas (y a las necesidades en general) tanto propias como de los demás (de los otros) se naturalizan como características inherentemente “femeninas” (al igual que muchas otras) o, lo que aún es más, como las características del “ser madre” (“así son las mamás”). Lo anterior se vuelve más evidente en los relatos de las entrevistadas, en las que se comparan los comportamientos del padre y de la madre y se le da a estas diferencias un origen que reside en el mundo de “lo natural”:

—¿Tú por qué crees que será eso de que generalmente quienes cuidan a los enfermos son mujeres?

—Yo creo más que nada porque si él se enferma, no es tanto mi obligación sino de que nace de nosotras mismas. Hay hombres que dicen “¡ay!, yo soy hombre, yo ¿por qué lo voy a cuidar?, es tu obligación, es tu hijo, es tu no sé qué”. Más que nada por eso (M4:157-165).

—Y por ejemplo, ¿a qué te refieres con eso de “nace más de nosotras”?

—Bueno, lo he visto en mi casa, cuando yo me enfermo, que casi no es nunca, cuando yo me enfermo, mi mamá es la que está ahí “¿te sientes mal?”, “¿te duele esto?”, “¿tienes algo?”, “no, que así”, y mi papá nada más llega y dice “¿cómo estás?”- y yo -“bien” “ah bueno” y ya. O sea es eso y mi mamá no, mi mamá es así como que más cariñosa, más ¿cómo te diré?, como que siente más (M4: 170-182).

Es decir, el que socialmente se asigne a las mujeres la obligación del cuidado de los enfermos (en particular) y el cuidado de los otros (en general), al ser visto como un hecho que “nace de nosotras mismas”, como resultado de ser “más cariñosas” o de “sentir más” (que son vistas como características o virtudes femeninas y no como dimensiones políticas), promueve la reproducción de estos patrones de generación en generación. En este contexto, el que los hombres sean “menos cariñosos”, “menos dedicados” y presten menos atención tanto a las necesidades como a los síntomas de enfermedad (tanto propios como en los demás), “por naturaleza” hace más comprensible (es decir, justificable) que la participación de éstos tienda a resumirse a la provisión de dinero:

—¿Por qué cuando alguien se enferma serán generalmente mujeres las que se encargan de cuidar?

—Quién sabe, a lo mejor es porque como que son más... como que tienen más dedicación ¿no?, como que la mujer esta ahí “no pues cuídate”...como que más.... no sé... somos diferentes...como que más cariñosas, como que más...no tanto como ellos... que “¡ay ya!, es leve”, como que no importa mucho”, sino que así como que las mamás, dicen “cuídate” (M5:46-58).

Lo anterior expresa cómo socialmente tiende a considerarse que las mujeres cuentan con determinadas características inherentes del “ser mujer” (por ejemplo, se les considera por naturaleza más “afectuosas” y “preocuponas” que los varones) que las hace más proclives a cuidar de los demás. De esta manera, se propicia y

promueve que, para una buena parte de las mujeres el mundo privado, la cotidianidad, el “sentir”, la familia, los hijos, la búsqueda del establecimiento de vínculos con los otros (en términos de dependencia), sea central en la vida de las mujeres y les constituya la identidad (Tuñón, 1993; Lagarde, 1997; Ojeda, 1999, Montesinos, 2002).¹⁴⁵ Este hecho político permite y refuerza la especialización de las mujeres como cuidadoras vitales de y para los otros (Lagarde, 1997), lo que continua reproduciendo y especializando a las mujeres como las cuidadoras reales y potenciales de los otros, hecho que, aunque político, al ser ubicado en el orden de lo “natural”, obstaculiza su cuestionamiento y la posibilidad de su transformación (Juliano, 1998).¹⁴⁶

Este ser para los otros se relaciona también con la importancia social otorgada a la maternidad en el ciclo de vida femenino y con la exaltación del amor maternal que se constituye también en un atributo de femineidad. Lo anterior convierte (real o potencialmente) a todas las mujeres en madres temporales o permanentes de las personas allegadas a ellas (amigos(as), familiares, hijos(as), esposos, etc.) con las que se relacionan y cuidan maternalmente (Lagarde, 1997; Rich, 1996):

—Pero, ¿por qué serán generalmente las mujeres, la madre, las tías, primas, etc. las que se encarguen de la persona enferma?

—Pues no sé, a lo mejor porque ya tienen la experiencia de que, pues, “lo quiero como un hijo” o no sé, a otras personas o a cualquier ser. Por eso, nos dan mucho su apoyo, aunque sea la tía o la prima pues nos quieren por igual a todos como si fuéramos sus hijos (M6r:77-82).

Al trasladar este hecho social al área de los “instintos maternales” (y por tanto a la naturaleza), se oculta la pertinencia de la existencia de la maternidad como una institución de control y dominación masculina.¹⁴⁷ De igual modo, el hecho de que el orden patriarcal asigne determinadas tareas a las mujeres, a partir de la división sexual del trabajo, y que este orden sea primeramente internalizado y posteriormente naturalizado contribuye a la vigencia, reproducción y perpetuación de ese orden, cerrando así el círculo de dominación masculina al que se ven sujetas las mujeres.

¹⁴⁵ La socialización temprana que se recibe en el hogar por género, enfatiza la constitución de la identidad de los varones a partir de la definición de lo “no femenino”, recalando como rasgos propios de “lo masculino” la independencia, la individualidad y la autonomía en la toma de decisiones. Por el contrario, la socialización temprana de género en las mujeres tiende a imitar “lo femenino” y a desarrollar las habilidades de relacionarse con los otros (Ojeda, 1999).

¹⁴⁶ Esta biologización de lo social puede ser vista como un mecanismo para mantener el orden establecido y garantizar la reproducción de la dominación patriarcal (Juliano, 1998).

¹⁴⁷ En este punto se vuelve pertinente la distinción establecida por Rich, quien propuso distinguir entre dos significados superpuestos de maternidad, en la que se tiene por un lado “la relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción y con sus hijos y la institución cuyo objetivo es asegurar que este potencial - y todas las mujeres - permanezcan bajo el control masculino” (Rich, 1996:46).

3.1.2 De los haceres y quehaceres: “para eso están las mujeres”

*Así dicen, así como que... mamá
“¿por qué tu hijo no lavó su ropa?”
“porque él es hombre”*

(M6:411-415)

Como se ha expuesto y apreciado a lo largo de este trabajo, el cuidado y la preservación de la salud de los integrantes de la familia es sólo una de las diversas obligaciones de la esfera privada que se “naturaliza” como una función femenina, y que, como otras actividades al interior del hogar, son llevadas a cabo por las mujeres con el convencimiento cultural (político, consensual y coercitivo) de que es un “deber ser” constituyente de la identidad femenina (Lagarde, 1997). De este modo, la identidad de las mujeres adquiere sentido a partir de un ámbito más relacional (de su vinculación con el otro), mientras que la masculina lo hace a partir de la definición de lo “no femenino” (Quintana y Vásquez, 1999; Bourdieu, 2000; Aguirre y Güell 2002; Szasz, 1998; Ojeda, 1999).

La noción de que hay tareas “femeninas” y “masculinas” tiende a reforzarse por medio de diversos mecanismos existentes en el medio social y familiar. Respecto a la transmisión gradual de roles femeninos de madres a hijas,¹⁴⁸ en términos generales existe la tendencia a ir distribuyendo las labores domésticas entre las mujeres de la casa, así como de ir formando la idea (en las nuevas generaciones) de que existen labores “femeninas” y “masculinas”:

—Mi hermano desde chiquito ha sido muy rebelde, [...] no sé en qué consista eso, pero fue muy rebelde y cada vez que se le decía algo “que se ponga a lavar los trastes” decía: “¡ay no!, para eso están las mujeres” o “te toca barrer” “te toca el patio”, “¡ay no!, para eso están las mujeres” (M2:82-90).

—¿Por qué será eso de que los hombres casi no participan en las labores domésticas?

—Bueno, a muchos porque así los educan, porque “todo lo tiene que hacer la mujer”... y los hombres no, porque “eso es asunto de mujeres y nada más” yo creo que por eso son así.

—Y¿qué considerarías tú como asuntos de mujeres?

—Por ejemplo barrer, trapear, lavar trastes, todo eso es como de mujeres para mí, pues creo que no se les va a caer la mano por hacerlo ni nada entonces pues para mí no es nada más asuntos de mujeres porque los dos pueden participar y pues no pasa nada (M5:216-236).

¹⁴⁸ Para Rich (1996), las relaciones de poder entre madre e hija o hijo son casi siempre un reflejo de las relaciones de poder en la sociedad patriarcal. En este tipo de sociedades, se considera que la maternidad institucionalizada sirve a los intereses del patriarcado reviviendo y renovando todas las demás instituciones.

Como pudo apreciarse en el último relato, la joven percibe las atribuciones y expectativas socioculturales en el desempeño de roles de género como asimétricas (entre varones y mujeres). Al mismo tiempo, aparece cierto cuestionamiento a la “naturalización” de ese orden al señalar el origen social del mismo con la frase “así los educan”; frase que expresa el importante papel que juega la educación en la asignación de tareas (y roles) al interior del hogar.

Diversos autores han recalcado la importancia de la familia y particularmente de la madre en el proceso de construcción de las identidades genéricas, en tanto es la encargada de la socialización primaria de los hijos(as). Es generalmente la madre,¹⁴⁹ la encargada de la transmisión de roles que incluye el enseñar y preparar para el futuro a la prole femenina, para que desarrolle lo más satisfactoriamente posible su papel. Si bien los contenidos que las madres transmiten están estrechamente relacionados con sus propias imágenes y representaciones en torno a los roles de género, la sexualidad y la reproducción; estas imágenes son influenciadas por las condiciones materiales y psicológicas del medio donde se da esta socialización, así como por las experiencias familiares y reproductivas vividas a lo largo de su historia personal. En determinados contextos, socialmente se espera que la madre eduque a la prole femenina para asumir los roles de madre y esposa (Geldstein *et al.*, 2000). El éxito de esta socialización diferenciada se expresa también en la incorporación y autoadjudicación –por parte de las mujeres– de la esfera doméstica (privada) y de las labores vinculadas a la misma:

—Si no es porque no las quiera hacer yo, como dice mi mamá, “si tú vives aquí tienes que ayudar, no te lo estoy cobrando ni te lo estoy echando en cara, pero el día de mañana que tú formes tu familia vas a tener que hacerlo y te va a costar más trabajo empezar a hacerlo después que desde ahorita”, más que nada por eso (M4:387-393).

A partir de la interacción diaria, se va enseñando a las mujeres a asumir y normalizar la existencia de labores femeninas y masculinas, que tienden a eximir a los hombres de la participación en las labores domésticas. Por ejemplo, una joven de 16 años comentaba que cuando se ausenta la madre del hogar (que es la encargada del mantenimiento continuo y diario del mismo) entre ella y sus hermanas se distribuían todas las tareas hogareñas, correspondiéndole al hermano ir de compras (actividad más bien relacionada con la figura del proveedor):

—¿Por qué se reparten así?

—Porque así como que no sé, mi mamá así como que “¿por qué no le hicieron de comer a su hermano?”, no sé cuando no está ella, no sé.

¹⁴⁹ Una buena parte de la transmisión de valores patriarcales tiene lugar en la socialización primaria en el seno de la familia. De esta manera se han creado rituales, tradiciones e imágenes arquetípicas de la madre que tienden a reforzar el conservadurismo de la maternidad, coadyuvando a la renovación de la dominación masculina (Rich, 1996, Geldstein *et al.*, 2000).

—¿Eso les dice?, ¿por qué será eso?

—No sé, siempre dicen “es que los hombres no hacen esto, que los hombres no pueden lavar ni planchar”, que no sé qué, que nosotras somos las que les tenemos que servir.

—A ver, cuéntame de los “no sé qué”.

—Así dicen, así como mi mamá, “¿por qué tu hijo no lavó su ropa?”, “porque él es hombre” (M6r:396-415).

Resulta particularmente ilustrativo este último relato, en donde la entrevistada expresa cómo en los decires de la gente (así dicen) se refuerzan una serie de mandatos acerca de lo que los hombres y las mujeres hacen o dejan de hacer, y que se refleja en las interacciones cotidianas en el núcleo familiar (aunque estos mandatos rebasan este ámbito). De este modo se continúan reforzando imágenes (aunque ya aparecen ciertos cuestionamientos y resistencias en los discursos de las entrevistadas) en donde se asigna el espacio privado a las mujeres y el espacio público y la figura de proveedor económico a los varones:

—¿Y qué se dice de los hombres, por ejemplo?

—Pues que no sé... que el hombre -me dice mi mamá- ya sabe que su obligación cuando tiene una pareja es dar el gasto, o sea dar para mantener a la familia y comúnmente la mujer es como que la dueña de la casa que cuida la casa, y se encarga de los hijos, y de que el hombre va y trabaja para mantenerlos.

—¿Qué piensas de eso?

—Que está mal, porque bueno, al menos el esposo de mi prima le ayuda mucho cuando mi prima está cuidando al bebé, él va y lava la ropa, o él va y lava los trastes, arregla la casa, todo y sí, como que él es el único que ayuda (M6r:429-447).

En la reproducción de este patrón, juega un papel fundamental el hecho de que es socialmente aceptado y hasta cierto punto todavía promovido (en determinados contextos) por el padre y la madre de familia, la tendencia a instaurar como una obligación formalizada para mujeres el atender al padre, a hermanos varones (mayores o menores) y a las hermanas menores. Sobresale también en estos fragmentos relacionados con la realización de los haceres y quehaceres en la esfera doméstica, que la participación masculina cuando se presenta (dentro de la esfera doméstica) tiende a ser vista como “una ayuda”, “algo adicional”. Esta “ayuda” tiende a presentarse de manera no continua (“de repente sí, de repente no”) y depende más bien de la disposición (estar de buenas o no estarlo) que tengan los varones en la casa y nunca es vista como una obligación o responsabilidad masculina. Una joven de 14 años comentaba que a veces su hermano (mayor que ella) también “ayudaba”:

—Hay veces que sí, que de repente está de buenas y le decimos “ve a la tienda” “ah, sí, ¿qué quieren que traiga?” y ya sí va, o de repente “lava los trastes” “ah bueno” o sea de repente sí y de repente no (M2:90-95).

Mientras la participación de los varones sigue siendo vista como una “ayuda” y se considera “especiales” a los varones que colaboran, no se considera “especial” a

ninguna mujer, que además de trabajar extradomésticamente atiende las necesidades y labores surgidas en la esfera doméstica, mientras que el no “cumplirlas” es visto como un “crimen” social (Rich, 1996).

3.2 Mujer, salud y juventud

¿Cómo hablan de la salud y la enfermedad las jóvenes de este grupo?, ¿cómo saben que están enfermas?, ¿cuáles son los síntomas de enfermedad que reconocen?, ¿cuáles son las creencias que tienen en torno a la prevención y las causas de las enfermedades?, ¿qué significa estar sana - enferma?, ¿existe una percepción del riesgo entre las jóvenes de este grupo? Estas y otras preguntas fueron las que guiaron la búsqueda de significados de la salud entre los y las participantes de nuestro grupo de estudio, a partir de dos consideraciones en torno a las concepciones en materia de salud - enfermedad. La primera es que estas concepciones están vinculadas indisolublemente con distintos aspectos de la realidad social, ya que son expresadas en un lenguaje que no es el del cuerpo, sino el de la relación entre el individuo y la sociedad, por lo que el cómo se habla de salud-enfermedad siempre dice algo acerca de esta relación (Herzlich, 1995; Augé y Herzlich, 1995). La segunda se refiere al hecho de que la enfermedad (*illness*), al ser un evento que demanda una interpretación (que va más allá del ámbito biológico), su estudio permite el acceso a creencias, valores y significados generados en un determinado contexto que a su vez hace referencia al orden social.

3.2.1 La salud y la actividad

Como señalan otros estudios similares (Valdez, 1998), sobresale que para hablar de su salud en general, más que dar una definición, las jóvenes tendieron a hablar de la misma a partir de lo que se puede hacer cuando se sienten sanas y lo que no se puede hacer cuando se sienten enfermas. Es decir, tendieron a hablar de la salud en términos de las actividades cotidianas que realizan cuando están sanas. Al preguntárseles cómo sabían cuando estaban sanas, éstas contestaban:

—Por tus actividades que llevas. Cuando estás enferma no te puedes levantar ni hacer nada y cuando estás sana, al contrario, quieres estar brincando y dando lata e ir aquí e ir allá, estar ahí en el ambiente del relaxo (M6r:29-34).¹⁵⁰

La “buena salud” o “estar sana” significa poder hacer cualquier cosa (Herzlich, 1995), es decir, es la actividad la que da significado al estar sana, de tal manera que la actividad para estas jóvenes aparece como un criterio de “buena salud”.

¹⁵⁰ M= Mujer, 6= Número de Folio de la Entrevista en Profundidad (en este caso r porque es una reentrevista), 29-34=Número de líneas a los que corresponde el relato presentado.

—Puedo hacer todo lo que yo quiera y no me canso, [...] y cuando estoy enferma no puedo hacer lo que hago normalmente, como dormir tarde, comer cosas frías (M1:24-30).

—Me siento diferente, quiero hacer todo en un instante (M2:25-35).

Al parecer, se perciben sanas en relación con la energía y las ganas que tienen de realizar sus actividades cotidianas. Lo cual puede remitirnos a que no tener ganas de hacer cosas y la no actividad sólo se justifica socialmente entre los jóvenes (aunque no es exclusivo de este grupo) en caso de enfermedad. Esto puede estar relacionado con la construcción social de la noción de joven o adolescente, ya que a estas etapas tiende a caracterizárseles (a partir de argumentos biológicos) como plenas de energía. Estas construcciones, les exigen a los jóvenes determinados comportamientos y roles que si no son satisfactoriamente asumidos los sitúan en el plano de lo “no normal”, es decir, del lado de la enfermedad.

En consecuencia, si la salud es percibida a partir de la actividad y las ganas de hacer cosas, la enfermedad se vincula con la inactividad.¹⁵¹ La enfermedad para estas jóvenes se percibe como un disruptor o interruptor de la normalidad y la cotidianidad de las actividades que normalmente se realizan. Una joven de 15 años narraba como al diagnosticársele recientemente un problema en la tiroides, los hábitos y actividades de su vida habían sido cambiados radicalmente:

—Ahora me limitaron muchas cosas, yo jugaba fútbol, ahora ya no lo puedo jugar, porque no puedo correr, no puedo subir muchas escaleras porque me canso (M7:132-135).

Una segunda cuestión que aparece en los testimonios de estas jóvenes, vincula la enfermedad con un estado de cansancio y/o de desgano, como podrá apreciarse también en los siguientes fragmentos, en los que se les preguntó cómo sabían cuando estaban enfermas:

—Me siento sin ganas de hacer nada, bueno también depende de que estés enferma (M1:17-19).

—Me siento muy, muy decaída, muy cansada, sin fuerzas de levantarme y nada (M6r:39-40).

Sobresale en los testimonios que las jóvenes hablan de enfermedad en términos de debilidad o decaimiento, subyaciendo entonces una noción de salud vinculada a la energía y la fuerza. La asociación de la enfermedad con el cansancio puede (entre otras cosas) deberse a que la enfermedad es una de las pocas causas

¹⁵¹ Esto concuerda con estudios previos realizados en otros contextos y grupos etáreos como el de Herzlich (1973), en donde se señaló que la actividad y la inactividad, la participación o exclusión social, son nociones usadas constantemente para definir a las personas saludables o enfermas (Herzlich, 1995).

que justifica socialmente (y exige determinados roles a las personas enfermas y en su entorno, en pro de la recuperación de la salud) a las personas el no realizar sus funciones y roles cotidianos, lo cual remite al rol del enfermo (Parsons, 1951).

En resumen, para estas jóvenes adquiere sentido hablar de salud en términos de actividad y ganas de, y por tanto de enfermedad a partir de decaimiento o cansancio porque estas características están asociadas con la construcción del “debe ser” de esta etapa (aunque este “debe ser” no es exclusivo de esta etapa). Al mismo tiempo, puede afirmarse que hablar de salud en términos de actividad adquiere relevancia en un contexto urbano (en el que predomina una lógica capitalista), en donde la productividad, la competencia y la acción (en tanto elementos cruciales para el “éxito”, “el ser alguien” en la vida) son constantemente exaltados, valorados e inculcados por los maestros, los medios de comunicación y por determinados actores sociales (por lo menos en el discurso) como comportamientos y valores a seguir y a promover.

3.2.2 El sentirse enferma: “como que no soportas a nadie”

— Pero, ¿cómo te sientes cuando estás enferma?

— Te empiezas a sentir así como que más... no sé como que no soportas a nadie... o sea te sacas de onda

(M3:25-27)

Melancolía y depresión

En diversas ocasiones las entrevistadas tendieron a hablar de enfermedad en términos de estado de ánimo y cambios de humor. El estar enferma desencadena una serie de estados de ánimo que son percibidos como estados de enfermedad (y también como causas, como se verá posteriormente). Al preguntárseles cómo se daban cuenta o qué cambios notaban en ellas cuando se sentían enfermas, éstas se referían a estados de ánimo relacionados con la depresión, como podrá apreciarse en los siguientes fragmentos:

— Cuando te sientes un poco mal o cuando ves a la gente cuando se siente un poco mal, como que te das cuenta ¿no? ... así como que deprimidas (M3: 73-76).

— ¿Cómo sabes cuándo estás enferma?

— Cuando me siento enferma hay veces que me siento triste, como que no me gusta nada, no quiero hacer nada [...] me pongo melancólica, así como que tengo ganas de llorar (M2:8-15).

— ¿Y cómo te empezaste a sentir enferma?

— A veces me enojaba, me sentía triste, o sea mi estado de ánimo cambiaba un 90 por ciento (M7:62-64).

Es decir, el enfermarse está relacionado con el “sacarse de onda”¹⁵² que se puede manifestar en distintas expresiones vinculadas con estados de ánimo como la depresión y el desgano, que se transmiten al exterior (y son visibles) y son percibidos como estados de enfermedad. Esta visión de la enfermedad sugiere que un estado saludable se caracteriza (para estas jóvenes) con atributos como “estar alegre”, “con ganas de hacer cosas”, “no cansada”. Sobresale que los problemas de salud, como la salud en sí, se ubican para estas jóvenes más bien en el plano de lo emocional o psicológico, aunque como se verá a continuación se manifiesten acompañados de síntomas físicos.

Ambos indicadores de enfermedad parecen ser percibidos a partir de las repercusiones que ocasionan en la realización de sus actividades cotidianas. Por ejemplo, una joven, que recientemente había sido diagnosticada enferma de la tiroides, señaló que no había tomado en serio su enfermedad hasta que ésta la empezó a afectar:

—Y ¿cómo te afectó?

—Me afectó porque yo siempre me sentía mal y estaba pues agüitada,¹⁵³ siempre estaba triste y pues no sé (M7: 124-128).

Para estas jóvenes, al hablar de enfermedad cobran más significado palabras relacionadas con la depresión (apachurrada, triste, melancólica, etc.), lo que puede estar señalando que en una edad marcada relativamente por bajos índices de mortalidad¹⁵⁴ y en un contexto de marginación no extrema (como lo es el de estas jóvenes), hablar de salud en términos de estado de ánimo les resulta más familiar a su experiencia subjetiva de salud- enfermedad (mucho más relacionado con lo mental y lo emocional, que con lo físico). Es decir, sus padecimientos y malestares tienden a estar más relacionados con la esfera psico-emocional que con los aspectos físicos lo que puede estar vinculado con la construcción de la identidad de los adolescentes, como se expondrá posteriormente.

Mal humor, irritabilidad

Por otra parte, los estados de enfermedad suelen ser relacionados con cambios en el estado de humor y de irritabilidad que se perciben cotidianamente:

—Y ¿cómo te empezaste a sentir enferma?

—[...] Hay veces que cuando estoy enferma estoy de mal humor (M2: 11-12).

¹⁵² “Sacarse de onda” es una expresión idiomática utilizada en ciertos contextos. Hace referencia a un estado inesperado de confusión y aturdimiento.

¹⁵³ Expresión que hace referencia a estar deprimido, decaído, desanimado.

¹⁵⁴ Téngase presente que en términos generales, las causas de mortalidad para los grupos etáreos ubicados entre los 14 y los 20 años tienden a estar más relacionadas con mayor frecuencia con comportamientos de alto riesgo, que con el desenlace de una enfermedad.

El que estas jóvenes hablen de síntomas de enfermedad a partir de mal humor o irritabilidad no es aleatorio, sino más bien responde a que las conductas desaprobadas socialmente adquieren el significado de enfermedad (Freidson, 1978).¹⁵⁵ Lo anterior es resultado del alto grado de medicalización (Zola, 1999) experimentado por las sociedades en donde la medicina se ha constituido como el “nuevo depositario de la verdad”, erigiéndose como una de las instituciones de control social por excelencia en la era “moderna”. El proceso de medicalización ha logrado que cada vez más aspectos de la existencia humana sean leídos y designados como “sanos” o “enfermos” (Zola, 1999).

Resaltan también en los testimonios relacionados con el mal humor y el estado de ánimo como estados mórbidos, el que éstos se expresen en el terreno de lo relacional:

—Pero, ¿cómo te sientes cuando estás enferma?

—Más que nada te pones irritable, no tragas a la gente, te pones de un humor de los mil demonios (M3: 32-34).

—Y ¿cómo te empezaste a sentir enferma?

—Estaba así como de mírame y no me toques, y me peleaba con todo el mundo (M7: 55-56).

“No tragas a la gente”, “me peleaba con todo el mundo”, son indicadores de que la capacidad cotidiana de interactuar en los términos socialmente establecidos se ve disminuida cuando se está enferma. Por lo tanto, en su experiencia cotidiana su capacidad de no poder relacionarse “normalmente” con las demás personas y funcionar socialmente en estos términos, puede ser leído como un estado mórbido. Esto último parece ser más notorio en el siguiente relato:

—¿Cómo te empezaste a sentir enferma?

—Primero estaba malhumorada, no aguantaba a nadie, no soportaba a nadie, con mis hermanos en mi casa llegaba y “no me digan nada, yo lo voy a hacer”, hacía lo que me daba la gana (M7: 50-54).

Este último fragmento expresa más claramente lo antes mencionado, dejando dilucidar varias cuestiones en torno a la salud-enfermedad. Si el estar enferma implica mal humor y el hecho de no soportar a nadie, la salud implica lo contrario, es decir: un buen humor y aguantar y soportar a las demás personas (interactuar en los términos socialmente esperados). Es decir, la enfermedad se encuentra relacionada con la inhabilitación para funcionar socialmente según la norma, y regirse por las reglas imputadas a los miembros del grupo. Desde este marco,

¹⁵⁵ La enfermedad es un evento eminentemente social no sólo porque determinadas instituciones se hacen cargo de las distintas etapas de su evolución, sino porque los patrones de pensamiento que permiten reconocerla, identificarla y tratarla son también eminentemente sociales, por lo que pensar en la propia enfermedad es ya hacer una referencia a los demás (Augé, 1995).

adquiere sentido el que “hacer lo que se da la gana” sea leído por la entrevistada como síntoma de enfermedad, lo que es todavía socialmente más grave (es decir, más “mórbido”) tratándose de una mujer joven (adolescente).

3.2.3 De las causas a la prevención

Diversos estudios han señalado que las ideas y los términos sobre las causas y tratamientos de la enfermedad que utilizan las personas, son construidos con elementos del paradigma profesional biomédico, pero son reinterpretados e integrados al interior del sistema de creencias populares en el contexto de la vida cotidiana (Pill, 1999). Se considera así, que las ideas sobre las causas de enfermedad están estrechamente relacionadas con patrones tomados de la vida diaria y la visión de mundo (Pill, 1999).¹⁵⁶

La mayor parte de los testimonios relacionados con las causas y la prevención de enfermedad fueron elaborados por estas jóvenes, con elementos del paradigma de la “modernidad”, en el que han jugado un papel preponderante los discursos médicos (diseminados en la mayoría de los casos por las instituciones educativas, los medios de comunicación y por las mismas instituciones de salud). En occidente, dentro de este paradigma se han desplegado una serie de discursos científicos (variables en tiempo) provenientes, principalmente, desde la medicina, que han desplegado una serie de causas de enfermedad.¹⁵⁷

De las causas

Aparecen como causas de enfermedad: la falta de higiene personal y en los alimentos, hábitos en nutrición, cambios bruscos de temperatura, el estrés, etc. A continuación analizaremos algunas de las causas mencionadas en los relatos.

Cambios bruscos de temperatura: el frío y el calor

Una primera causa de enfermedad entre estas jóvenes lo constituyen los cambios bruscos de temperatura y de clima, los cuales aparecen como causa suficiente de enfermedad, como se apreciará a continuación:

¹⁵⁶ Al respecto, Chrisman (1977) ha descrito cuatro categorías de la lógica de las causas: 1) invasión: comprende la noción de penetración de objetos extraños en el cuerpo (cáncer, gérmenes, etc.), 2) degeneración: define el agotamiento del cuerpo o la acumulación de sustancias tóxicas en él, 3) mecánico: que comprende el bloqueo de las vías digestivas y la ubicación inadecuada de estructuras corporales y 4) equilibrio: comprende el mantenimiento de la armonía en el universo y los requisitos alimenticios (Pill, 1999: 108).

¹⁵⁷ En los siglos XVIII y XIX predominó el discurso de la higiene social. A fines del siglo XIX, a partir de los descubrimientos de Pasteur, el discurso giró en torno a la noción de etiología específica. Ya para mediados del siglo XX, el discurso se centraba en el sistema inmunológico. Puede afirmarse que, en términos generales, los discursos médicos en torno a las causas de la enfermedad transitaron (a través del tiempo) de poner mayor énfasis en los factores externos a los internos (Herzlich, 1995; Lupton, 2000).

- ¿Por qué crees que te enfermaste?
—Por el cambio de clima (M4: 74).

Se puede notar que atrás de esta causa se encuentran nociones asociadas principalmente con el frío y /o el calor en tanto entidades que pueden entrar al cuerpo (ya sea por ingestión de alimentos fríos o calientes, o por exposición) y causar enfermedad.¹⁵⁸

- Tú, por ejemplo, ¿cómo te cuidas?
—Si hace frío, pues...un suéter y taparme y ya, así normal, calcetas y zapatos cerrados, porque yo me enfermo muy rápido por los pies, por el frío (M6r:144-148).

- Desde esta última vez que me enfermé, me he vuelto todo lo contrario, me he vuelto friolenta, [...] de hecho antes no sentía frío y ahora sí, entonces lo que procuro es ir abrigada y no tomar ya frío, así porque es frío (M4:114-121).

Además de lo anteriormente expuesto, el siguiente relato de una joven de 15 años que afirmaba padecer de mareos y calenturas por exponerse al sol (como fuente de calor) sugiere una interpretación aún más compleja del frío y el calor como entidades causantes de enfermedad:

- A lo mejor es por eso que antes no acostumbraba salir al sol, antes no estaba acostumbrada porque antes estaba bien güera, y nada más de repente me empecé a destrampar¹⁵⁹ y entonces ya me puse bien negrita, sí, por eso ha de ser, que hace unos tres años empecé a quemarme mucho y todo eso, ora sí que tu cuerpo no está acostumbrado, o sea se manifiesta de esa forma (M3: 55-63)

La interpretación de la joven sobre los efectos del sol en su organismo apunta hacia varias direcciones. Su padecimiento no sólo es resultado de la exposición al sol, sino de la combinación de esto con el “destrampe” que la hacían exponerse al sol, lo que se manifestaba físicamente en los mareos y la temperatura. Así, el transgredir los hábitos y la costumbre “antes no salía al sol... ahora sí” se traduce en malestares físicos que son vistos como consecuencia de esta transgresión.

El humor

Como ya se vio anteriormente, si bien el mal humor y la irritabilidad son vistos como estados de enfermedad, por el otro lado también se les coloca como desencadenantes de la misma. Una joven de 16 años explicaba que solía enfermarse en

¹⁵⁸ Aunque queda fuera de los límites de este estudio, es posible que estas nociones sobre el frío/calor sean resquicio de una visión etiológica que se desprende de la medicina tradicional prehispánica, en la que la enfermedad era resultado de romper o quebrantar el equilibrio térmico del cuerpo; por lo que esto puede ser resultado de la combinación o hibridación de nociones que se desprenden tanto de la visión médica occidental moderna como de visiones médicas que se desprenden de la medicina tradicional.

¹⁵⁹ Expresión idiomática que hace referencia a la transgresión (en comportamientos, reglas, etc.).

el pasado con frecuencia, como consecuencia de que no controlaba su carácter y se enojaba fácilmente:

—Me enfermé y me dolía mucho el pecho, como también tengo principios de gastritis, bueno tenía, creo que ya pasó, pero pues sí, como que ya controlo más mi carácter, pero antes por cualquier cosa me enojaba demasiado y tenía muchos problemas de salud, pero ya no (M1: 89-95).

—¿Por eso te enfermabas?

—Y también porque me enojaba mucho (M1: 117-118).

El mal humor y sus distintas manifestaciones aparecen como detonante de enfermedad y, como vimos antes, como estados de enfermedad en cuyo centro aparece (como es expuesto en el testimonio anterior) el control. En un contexto urbano y estudiantil en el que existe y se promueve una noción de adolescencia como una etapa problemática, caracterizada por cambios de ánimo y estallidos de mal humor, que se consideran parte inherente a esta etapa, resulta ilustrativo el que estas jóvenes asocien dichas características con estados de morbilidad. Por ejemplo, una joven de 15 años que afirmaba padecer de mareos y temperatura, aparentemente consideraba al sol como causante de sus malestares, sin embargo, profundizando más en el tema, emergió una causa diferente:

—¿Te ha dicho algo de eso algún doctor?

—No, es que a veces me dicen que es normal, que estás en pleno crecimiento, o sea como que tus hormonas...como que, no sé, se alborotan y como que no sabes, pero ya 'orita como que ya no tanto (M3: 45-49).

Este fragmento hace necesario referirnos un poco más al papel que el humor juega en la noción de la identidad adolescente que predomina entre estas jóvenes, debido a que en sus relatos parecen estar estrechamente relacionados. Al preguntárseles durante una entrevista grupal ¿qué es un adolescente?, se obtuvieron las siguientes repuestas:

—La definición todo el tiempo te la dicen que según adolescente es adolecer de algo, que te falta algo pero para mí es como que más tienes conflictos sentimentales todo el tiempo. Hay veces que te sientes triste o alegre y ni siquiera sabes por qué, o sea de repente te dan emociones así y entonces estás así todo el tiempo como en una tabla que sube y baja. Y muchas veces nos sentimos incomprendidos por lo mismo, o sea “es que no me comprenden porque soy adolescente” (EG/4M:6-16).¹⁶⁰

—Es una etapa muy fuerte ¿no?, porque sí es cierto hay muchos problemas y como dicen no te entiendes luego ni tú (EG/4M:24-27).

¹⁶⁰ Entrevista grupal, cuatro participantes mujeres, línea 6 a la 16.

—Y todos tenemos que pasar por esta etapa para llegar a adultos y es como que una preparación para ser adulto (EG/4M:39-41).

—De niña decías bueno “si dicen que no, pues me quedo callada” y ahorita ya entran más conflictos, ya entra la rebeldía, empiezas a discutir con ellos, cualquier cosa (EG/4M:56-59).

Es decir, aparece implícita la noción de adolescencia como una etapa caracterizada por estados “mórbidos” que, en el marco de la misma, son considerados como “normales”. Así, como parte del crecimiento las hormonas se “alborotan” ocasionando una serie de cambios físicos, generalmente acompañados de problemas, sobre todo en el terreno emocional y psicológico. Quizás debido a esto, cobre sentido para estas jóvenes hablar de salud en términos de estado de ánimo o humor, que es una experiencia más cercana a sus vivencias. Esto también puede vincularse con la información que están recibiendo a través de los discursos pedagógicos de lo que es ser un adolescente ya que, al parecer, en éstos se tiende a presentar una fuerte visión psicologizada de la adolescencia.¹⁶¹

Finalmente, es importante recalcar que si bien los testimonios señalan cambios en sus comportamientos (a diferencia de cuando eran niñas) que son origen de conflictos familiares debidos a que “ya entra la rebeldía empiezas a discutir con ellos”, el crecer, para estas jóvenes (en general), no implica un incremento en autonomía y libertades (a diferencia de los varones, como se verá posteriormente).

El estrés

Entre este grupo aparece claramente la noción de estrés y de tensión bastante diseminada y como origen y desencadenante de diversos daños a la salud. Por ejemplo, una joven de 15 años que estaba pasando por lo que ella calificó como un fuerte problema personal, consideraba que esto era lo que le había ocasionado que le salieran manchas y se le bajara la presión:

—[...] Desde ahí me empezaron a salir las manchas y se me bajo la presión y a lo mejor por eso, por el estrés, porque a mí nunca se me había manifestado así” (M3: 343-345).

—¿Por qué crees (en general) que se enferma la gente?

—Pues tal vez por falta de buena alimentación o por el estrés, no sé.

—¿Te has enfermado por estrés?

—Sí, siempre, tengo ese problema (M1: 82-87).

Por su parte, en la entrevista grupal también surgió el estrés no como causa de enfermedad, sino como el segundo padecimiento más común entre las jóvenes:

¹⁶¹ Como han señalado otros estudios (García y Rodríguez, 1999), se tiende a definir la adolescencia haciendo referencia a conceptos psicológicos, los cuales han sido socializados principalmente en el medio escolar.

- Además de estas cuestiones que ya han colocado, ¿de qué se enferman los jóvenes?
- De nervios.
- De tensión, de hecho, yo traigo ahorita todo esto (se señala la espalda y el cuello) o sea no puedo voltear porque estoy en exámenes (EG/4M:371-374).

Entre las entrevistadas parece no existir una idea clara de lo que es el estrés, sin embargo, existe en general un consenso en sus manifestaciones: dolor de cuello, espalda, nerviosismo, etc. Es preciso señalar que el estrés es un padecimiento relativamente reciente y relacionado con las condiciones actuales de vida en las sociedades “modernas”, que hace referencia a determinadas exigencias y presiones de la vida cotidiana en las que este padecimiento adquiere significado y sentido.

Los vicios

En la entrevista grupal sobresalieron como primera causa de problemas en la salud entre los jóvenes, los vicios. Resulta particularmente relevante este punto, ya que en la entrevista grupal tienden a producirse determinados discursos que remiten a discursos generales y sociales (Alonso, 1999). Al preguntárseles de qué se enfermaban los jóvenes, la primera respuesta obtenida fue:

- Depende ¿no? si eres viciosa, o bueno yo he visto que ya muchas chavitas que ya andan [...] y... no sé que otro problema sea, en general yo digo que son los vicios ¿no?, pero de ahí en fuera otros no (EG/4M:321-328).

El relato anterior evidencia una de las lógicas dominantes que organiza una buena parte del pensamiento y la acción en las sociedades occidentales a fines del siglo XX: el control. Con esta lógica, la buena salud y el funcionamiento normal son vistos como producto del autocontrol y la autodisciplina del yo (*self*) y el cuerpo.¹⁶² Esto último tiene implicaciones de cómo la gente enferma es conceptualizada en términos morales, en donde el estado de la salud es asociado con significados y juicios morales (Lupton, 2000; Sontang, 2003).¹⁶³ ¹⁶⁴ De esta manera, adquiere sentido que sea precisamente la gente viciosa la que esté en riesgo de enfermarse debido a que su comportamiento (relacionado con los estilos de vida) no es el adecuado ni el socialmente esperado. Es decir, con esta óptica son “los otros” (que generalmente son los que infringen las reglas de lo

¹⁶² Las prácticas encaminadas a poner bajo control distintos aspectos de la vida son llamadas por Foucault “tecnologías del yo”. Éstas involucran la internalización voluntaria de normas que gobiernan los comportamientos apropiados para alcanzar la “maximización” del yo (*self*) (Lupton, 2000).

¹⁶³ Los discursos médicos en últimas fechas han puesto en el centro de las campañas de salud pública los estilos de vida en donde el ejercicio físico, la actividad sexual, el uso del tabaco, alcohol, se han vuelto centrales para el mantenimiento de la salud (Lupton, 2000).

¹⁶⁴ En las sociedades occidentales existe una larga historia en torno a la asociación del estado de la salud con significados morales y de la concepción punitiva de la enfermedad (Sontang, 2003). Por ejemplo, dentro del pensamiento cristiano cada uno de los siete pecados era asociado con determinadas patologías, lo cual inherentemente llevaba implícito un juicio moral hacia el comportamiento de la persona enferma (Lupton, 2000).

“normal”), los que están en peligro, ya que, mientras el comportamiento sea el adecuado y exista un acatamiento en la normatividad referida a los comportamientos, “entonces el peligro (por lo tanto el riesgo de enfermarse) está en otra parte” (Kornblit, 1999).¹⁶⁵

De la prevención

En general, las medidas de prevención tienden a ser relacionadas con lo que se considera como causante de la enfermedad o el malestar. Cuando se les preguntó sobre la posibilidad de prevenir enfermedades, la respuesta fue prácticamente inmediata: cuidándose. Así, las jóvenes relataron recurrir a determinados cuidados que impedían las enfermedades. Las prevenciones más frecuentemente reportadas por las jóvenes fueron: la higiene en general, la higiene en los alimentos, la nutrición y los cambios bruscos de temperatura relacionados con los cambios de clima (estas prevenciones, a su vez, se relacionan con lo que se considera las causas de enfermedad). Al preguntar acerca de la forma de prevenir las enfermedades, unas jóvenes respondieron:

—Comiendo bien, comerte todo limpio, teniendo más higiene, comer bien nada más (M2:28-35).

—¿Tú crees que se puedan prevenir las enfermedades?

—Sí, yo creo que sí, cuidando bien de tu cuerpo, bueno tratar de tener un equilibrio emocional (M1:142-146).

Aparecen así formas de prevención que aluden a una amplia variedad de medidas y que están estrechamente relacionadas con lo que se cree que son los desencadenantes (causas) de las enfermedades. Puede percibirse en estos relatos una idea bastante difundida acerca de la prevención,¹⁶⁶ lo cual nos remite tanto a la higiene como a aspectos emocionales, estando relacionadas ambas formas de prevención con los discursos en salud promovidos desde los discursos médicos predominantes.

3.2.4 Estrategias de atención y recuperación de la salud: “voy a estar bien siempre”

Sobresale en los testimonios (y es relevante para este trabajo), el que la salud en este grupo poblacional tiende a darse por sentado. Es decir, la vivencia de la enfermedad para estas jóvenes tiende a verse como algo lejano y prácticamente ajeno a sus vivencias, lo cual redundando en un sentimiento de invulnerabilidad que tiende a traducirse en comportamientos de alto riesgo y/ o en prestar poca atención a su

¹⁶⁵ “As long as we are “good”... then danger is elsewhere” (Kornblit, 1999).

¹⁶⁶ Estas ideas sobre la prevención (vinculadas a discursos médicos y normativos) no necesariamente se traducen en prácticas preventivas o de autocuidado entre este grupo poblacional.

salud. Resulta ilustrativo el siguiente relato de una joven de 16 años que habla de la importancia dada a la salud antes de que se le diagnosticara una enfermedad que ella calificó como grave, y después de la experiencia de la misma:

—¿Por qué crees tú, que antes como que te valía?

—Me valía¹⁶⁷ porque yo decía “ay, siempre he estado sana”, nunca me enfermaba, llegaba al seguro pero por calentura o algo así, entonces pues yo decía “si siempre he estado sana, no voy a tener nada” (M7: 113-119).

—(Antes de la enfermedad) en realidad me valía gorro y decía “voy a estar bien siempre y siempre será así” (M7:90-95).

—¿Cómo ha cambiado, a partir de tu enfermedad, tu percepción, o lo que piensas acerca de la salud?

—Ha cambiado mucho, porque a mí antes me valía, me valía porque a mí, mi mamá antes me decía “no te mojes porque te puede hacer daño” y yo “¡ay!, ¿por qué me tienen que estar mandando?, es mi vida” (M7: 148-153).

Esta baja percepción del riesgo ha sido abordada recientemente con especial interés desde distintas disciplinas ya que se le vincula tanto con la salud en general como con las percepciones de riesgo vinculadas con la sexualidad y la salud reproductiva (Caballero, 2001). Debido a esto, es preciso señalar que en general la responsabilidad de prevenir (y cuidarse) enfermedades entre este grupo de estudio es básicamente una tarea que es relegada a las madres (o a quien cumple el rol maternal). Esto nos habla de un contexto en el cual las responsabilidades del cuidado, mantenimiento y recuperación de la salud continúan siendo un asunto de mujeres o, mejor dicho, una responsabilidad y obligación (casi exclusiva) de mujeres (principalmente de la madre, o de quien asume el rol maternal).¹⁶⁸ La labor de las mujeres en las cuestiones que giran en torno a la salud incluyen una extensa gama de medidas preventivas (relacionadas con la higiene, el mantenimiento del hogar, cuestiones nutricionales, etc.), los primeros tratamientos (prescripción de remedios caseros o aun farmacéuticos, etc.), hasta la decisión del momento en que se considera pertinente visitar al doctor (y el consiguiente seguimiento del tratamiento recomendado por el médico).¹⁶⁹ Es posible apreciar lo anterior en los siguientes relatos:

—Y generalmente cuando alguien se enferma en tu familia, ¿quién es la persona que se encarga?

—Mi mamá, mi mamá es la que siempre esta ahí, viendo por los demás.

¹⁶⁷ Expresión idiomática que hace referencia a dar poca importancia o atención a algo.

¹⁶⁸ Es relevante que los testimonios aportan evidencias que sugieren que la participación de los varones en cuestiones relacionadas con la esfera doméstica sigue siendo vista, en la mayoría de los casos, como una ayuda adicional y ocasional y no como una obligación cotidiana (tanto por hombres como por mujeres).

¹⁶⁹ Las decisiones y estrategias en torno a la atención de la salud no se realizan en el vacío y están influidas por el contexto en el que se realizan.

—¿Por qué será eso?

—No sé, yo creo que siempre les ha tenido mucho cariño y se ha interesado por sus hermanos y por nosotros, por sus sobrinos y todos los demás (Mr6: 62-70).

—Y ¿a dónde acudiste para curarte?, ¿fuiste a algún médico?

—No, no, en mi casa, con las pastillas que me da mi mamá para la gripa y la tos, y ya nada más (M6r:162-164).

Generalmente la primera atención o cuidado que reciben no sólo estas jóvenes, sino también los integrantes del hogar, proviene de la madre o de alguna otra figura femenina que se encarga de proporcionar los primeros cuidados y, en su defecto, los primeros remedios (sean de elaboración casera o no). Una joven de 19 años expresó que recientemente había estado enferma, pero que no había habido necesidad de ir al doctor porque los síntomas habían cedido frente al remedio recomendado por la madre:

—[...] Y ya tomé pastillas y ya con eso se me quitó.

—¿Hubo alguna persona que te recetara las pastillas?

—Mi mamá, le comuniqué a mi mamá “oye mamá me duele” y me dijo: “no, pues tómate estas pastillas cada seis horas” (M4: 19-24).

—Generalmente cuando en tu familia se enferman, ¿a dónde acuden?

—Bueno, cuando es algo que no es muy fuerte, mi mamá nos atiende y nos da tés y si estamos muy enfermos, muy, muy mal, entonces vamos al Seguro, al hospital (M2:155-161).

Estos fragmentos describen otra cuestión importante en los procesos de salud-enfermedad de estas jóvenes: en general, la búsqueda de atención y servicios médicos especializados es una estrategia que en este contexto (como en otros muchos) se relaciona con la percepción de la gravedad del padecimiento, como pudo apreciarse en los dos últimos relatos y que nos conduce a nuestro siguiente punto.

La gravedad del padecimiento: “si persisten las molestias, consulte a su médico”

Parece que tras los siguientes fragmentos sobre la gravedad del padecimiento subyace la recomendación que acompaña a la mayor parte de medicamentos que pueden conseguirse en cualquier farmacia sin receta médica: si persisten las molestias, consulte a su médico.

Ante el surgimiento de un padecimiento, primero se recurre a estrategias familiares de autoatención y las visitas al doctor en general tienden a postergarse, según sea el desarrollo del padecimiento, lo cual al parecer guarda estrecha relación con la percepción de síntomas de gravedad. Por ejemplo, una joven de 15 años explicaba cómo frente a una gripa o una enfermedad no seria no se buscaba ayuda médica:

—[...] Ora si que cuando me enfermo de un poco más así grave, entonces sí, como por ejemplo yo estoy muy mal de mi gastritis, ya se me está haciendo úlcera, apenas se me manifestó como hace un año, o sea ahí sí voy con el doctor (M3: 149-155).

Pero, ¿cuáles son los principales indicadores de gravedad para estas jóvenes?, ¿cuándo y cómo empiezan a percibir su padecimiento como grave?, ¿qué síntomas y señales se vinculan con la seriedad de sus padecimientos? Como puede apreciarse en los siguientes testimonios, una de las dimensiones de la gravedad para estas jóvenes se encuentra relacionada con la persistencia de los síntomas del padecimiento, pese a los cuidados y estrategias personales y familiares de recuperación de la salud. A su vez, la percepción de gravedad parece ser (en el caso de estas jóvenes) el principal desencadenante de búsqueda de ayuda médica (aunque este proceso nunca es lineal), la cual generalmente se pospone hasta que se considera pertinente (a partir de la percepción de gravedad).¹⁷⁰ Los siguientes ejemplos lo ilustrarán:

—[...] Y le dije a mi papá que “me sentía muy mal y nada más de repente se me bajó la presión y me salieron unas manchas” y dice “mira, si te vuelves a sentir mala vamos a tener que ir al doctor” (M3:46-350).

—[...] Y después me dieron leche, me dieron limón, me dieron unas pastillas y duré tres días con estos granitos y no se me quitaban, entonces al cuarto día fui al centro de salud para que me dieran unas... para que me revisaran (M2:178-183).

—Y ¿cuándo acuden a algún servicio de salud?

—[...] Cuando ya vemos que es un poco serio, o sea que no es nomás, algo que no se te ha quitado en una semana (M4r: 167-170).

La persistencia de los síntomas en el tiempo es uno de los primeros indicadores de gravedad y por tanto de la búsqueda de ayuda médica “profesional”. Una segunda dimensión de la gravedad se expresa con una categoría que es ampliamente usada al hablar de salud-enfermedad: el dolor. La intensidad de los síntomas del padecimiento generalmente en esta población se asocia o se traduce con la intensificación del dolor. El dolor se considera una de las principales manifestaciones de la gravedad o seriedad de un padecimiento:

—¿Cómo diferencias una enfermedad seria, de una no seria?

—Pues la no seria es como que la gripa y la tos y ya, pero ya que te estén dando dolores o algo así, y es cuando te dicen: “pues a lo mejor es más grave”, y ya acudimos al médico de cabecera (M4r: 171-177).

¹⁷⁰ La búsqueda de ayuda médica profesional es un fenómeno complejo. Por ejemplo, a partir de evidencias empíricas se ha señalado la existencia de varios patrones no fisiológicos que desencadenan la decisión de búsqueda de ayuda médica: 1) el acaecimiento de una crisis interpersonal, 2) la percepción de interferencia en las relaciones sociales o personales, 3) coacción, 4) percepción de interferencia con la actividad física o vocacional, 5) una especie de temporalización de los síntomas (Zola, 1999a).

La frase “y es cuando te dicen”, refleja el importante papel que juega la definición social del evento (en este caso la enfermedad) en la búsqueda de ayuda médica. La experiencia subjetiva de la enfermedad está influida por factores socioculturales; es el contexto el que marca las pautas en términos de qué hacer cuando siente dolor, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de quién y cuándo requerir ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomados en cuenta para comportarse de acuerdo con las prescripciones de la cultura. En este sentido, cada cultura genera su propio lenguaje del dolor (Di Silvestre, 1998), por lo que la forma de expresar y reaccionar al dolor varía en tiempo y espacio (Kleinman 1982, 1986).

Finalmente, este hecho político que manda y determina que las mujeres tengan existencia a partir de servir, cuidar, sanar y atender a los demás, nos conduce a nuestro siguiente punto: ¿cómo se traduce este hecho político en el terreno de la sexualidad?, ¿cómo se traducen las identidades de género (y sus desigualdades) en el terreno de la sexualidad y en la configuración de riesgos en el ejercicio de la misma?, ¿cómo se traduce este “ser para los otros”?, ¿cuáles son los atributos, comportamientos y actitudes que se consideran reafirmadores de las identidades genéricas¹⁷¹ femenina y masculina en el ejercicio de la sexualidad?, ¿de qué manera estos atributos moldean las vivencias de los hombres y las mujeres y sus interacciones?

3.3 Sexualidad: hombres y mujeres en construcción: “ser hombre” y “ser mujer”

“En cierta forma no me gusta decirlo pero sí estamos (las mujeres) como que más, más... como que nos tienen más sujetas a algo como que los hombres son más libres”,

(Entrevista grupal, mujeres 14-19 años)

La existencia de mundos social y culturalmente diferenciados entre varones y mujeres repercute en la percepción que tiende a existir entre las jóvenes del “ser mujer” como una desventaja en relación con el “ser hombre”, así como en la relación que establecen entre el “ser mujer” y el sufrimiento. Estas desventajas se traducen tanto en la esfera pública como en la privada, marcando y delimitando los campos de posibilidades y acceso a los mismos por parte de las mujeres y los varones. Por ejemplo, en cuanto a los “permisos”, las jóvenes claramente perciben que “ser hombre” facilita y posibilita una mayor libertad:

¹⁷¹ Se entiende aquí por identidad de género “aquel aspecto de la identidad integral que alude al modo en que cada uno percibe su propia individualidad como varón o mujer” (Quintana y Vázquez, 1999:77); y que se desprende de las experiencias, costumbres y mandatos atribuidos a cada género.

—Yo le digo a mi mamá: “mamá, ¿puedo ir a una fiesta?”, y me dice “no, ya es muy tarde, que quién sabe qué” y yo “pero es que sí dejaste ir a tu hijo” —“pero es que él es hombre y tú eres mujer”(M6r: 554-560).

—Así es en México, pero no sé bien por qué. Tal vez sea el machismo del hombre y que por eso el hombre pueda hacer lo que quiera, el hombre tal vez puede salir a la hora que sea, puede regresar a la hora que sea y no importa. Pero una mujer es como que más, no sé, no sé bien por qué pero como que en una mujer es más la imagen, se tienen que cuidar más, sí la imagen, y todo eso, no sé cómo decirlo (M1: 555-566).

Lo expresado en los fragmentos anteriores es consecuencia de la asunción por parte de los padres (generalmente la madre) de un rol precautorio, en cuyo centro se encuentra el control de la sexualidad de las hijas (Geldstein, *et al.*, 2000).¹⁷² Esta mayor vigilancia redundante en la imposición de límites a las relaciones y actividades (sobre todo, las vinculadas a los comportamientos y permisos sobre las mujeres), es decir, en un mayor control. Así, se tiende a generalizar la idea de que las mujeres peligran más¹⁷³ que los varones, y por tanto deben ser más cuidadosas, extendiéndose esta responsabilidad en algunas ocasiones a las autoridades familiares (quienes deben cuidar la imagen de las hijas):

—Sí, por ejemplo, a las veladas a mí no me dejan ir, y yo me enojo mucho con mi mamá porque es la que “es para ti más peligro o sea te llega a pasar algo, a él porque es hombre”, él porque es hombre, o sea siempre me dice “es que él porque es hombre” y yo “¡ay!, yo soy mujer, ¿y qué?” (M7: 759-765).

Resulta relevante el siguiente testimonio aportado por jóvenes en una entrevista grupal en la que se señaló que los hombres son más libres que las mujeres. Las mujeres se perciben más sujetas a algo que no les permite la misma permisividad en cuanto a movilidad y acción, se ven sujetas a una mayor “inspección” social y al castigo social si no cumplen con lo socialmente esperado:

—P1: Bueno sí estoy de acuerdo [...] en cierta forma, no me gusta decirlo, pero sí estamos como que más, más como que nos tienen más sujetas a algo...

—P2: Como que los hombres son más libres.

—P1: Exacto, es más fácil que diga un hombre no, pues “voy a salir a una fiesta” y si no llega al otro día lo más que le pueden decir es “¿dónde anduviste?, que quién sabe qué tanto” y una mujer no llega al otro día y no, no, la casa se cae.

—P4: Sí, ya eres una piriña, ya eres mala, ya te metiste con 20 por no haber llegado una noche, y un hombre, pueden saber que entre más mujeres tenga un hom-

¹⁷² Ha sido ampliamente documentado que en un orden social patriarcal la madre se convierte en la representante del poder paterno, que por medio del control de la sexualidad de la hija y la propia reproduce las condiciones para la dominación social (Geldstein *et al.*, 2000).

¹⁷³ Esto puede estar relacionado con el discurso de la victimización de las mujeres, en el que éstas aparecen siempre como las posibles receptoras de ataques o embestidas del deseo masculino, frente al cual tienen que defenderse y resistirse (Fine, 1999).

bre, más hombre es, y una mujer mientras más hombres tenga es denigrante, visto por la sociedad, para mí no, pero para mí es otra cosa (EG/4M:564-578).

La biologización de la existencia de una mayor vulnerabilidad en las mujeres contribuye a la percepción por parte de las jóvenes de que por ser mujeres tienen que cuidarse más y cuidar su imagen. Esta vulnerabilidad ante ciertos eventos no se desprende (como se ha hecho creer) del hecho de nacer mujer, sino de construcciones y arreglos sociales que giran en torno al control del cuerpo (y de la capacidad reproductiva) de las mujeres. Así, se condiciona socialmente (en determinados contextos) que las mujeres estén “como más sujetas a algo” (a una serie de prescripciones y mandatos sociales: el recato, la obediencia, el continuo cuidado de la propia reputación, etc.) si no quieren ser estigmatizadas o si no se quiere “dar de qué hablar”:

—Bueno, nos dicen que la mujer que tiene que ser más seria y todo eso y yo creo que por eso, como que si alguna, como que rompe con la cadena, como que ya es diferente y ya es una loca, porque como que la mujer tiene que ser de cierta forma y si es de otra forma, como que les molesta que sea una persona diferente [...] (una mujer) no tiene que andarse metiendo con unos y con otros, tiene que cuidar su imagen, no tiene que andar dando de qué hablar (M5: 570-590).

Al igual que en otros estudios (Szasz, 1999), sobresale en las entrevistas la percepción del cuerpo femenino (por parte de las mujeres) como un espacio de esfuerzo y sufrimiento relacionados con la sexualidad y la procreación. Esto se expresa en la noción y la percepción de que las mujeres sufren más que los hombres en general, y en particular por cuestiones asociadas con la menstruación y/o el parto, eventos vistos como esencial e inherentemente dolorosos:¹⁷⁴

—Las mujeres son las que sufren más, son las que aguantan más (M6r:726-727).

—Hace un momento decían que las mujeres sufrimos más, ¿ustedes creen que las mujeres sufrimos más?

—P2: Sí sufrimos más de que si estamos embarazadas, si nuestros padres no nos dejan tener al bebé, tener que abortar y ni modo o el embarazo, tenemos muchas cosas, hasta... los hombres no sufren, no sufren como nosotras porque ellos son como que, ellos pasan cosas pero pocas, nosotras sufrimos más [...] y sí, a veces los hombres de “¡ay! que está embarazada (la mujer), ya la voy a dejar” y ya se van y nosotras sufrimos porque nos dejó porque ¿qué voy a hacer con el niño?, ¿lo aborto, no lo aborto?, y ¡ay! cuando lo tenemos sufrimos, sufrimos al cuidarlo.

P4: Sí, sufrimos más (EG/M4: 537:591).

¹⁷⁴ Fernández (1979) sugiere que las percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo como origen de molestias (menstruación, embarazo, etc.) son moldeadas por la información y la educación a la que están expuestas, y en donde se relaciona su cuerpo con la honra, tanto personal como familiar.

Resulta relevante que para estas jóvenes el “ser mujer” implique más sufrimientos que el ser hombre y que esto haya sido expuesto durante la situación de una entrevista grupal, lo que nos remite a discursos sociales más bien públicos (consensuados socialmente). También resalta que al ubicar el origen del sufrimiento femenino en el campo de lo natural se le neutraliza e “ahistoriza”, invisibilizándose el papel que juega el entorno social en el que tienen lugar estas percepciones. En este marco, es fácil ocultar que tanto la construcción del cuerpo como la vivencia del mismo responden a procesos históricos y sociales que sintetizan “la dialéctica biología-sociedad-cultura” (Lagarde, 1997:195).

Lo anterior desemboca en que, en ocasiones, algunas jóvenes expresaron su deseo de que al tener hijos, éstos fueran varones para evitarles el sufrimiento al que están destinadas las mujeres, sufrimiento que se percibe inscrito en el mundo de lo “natural” (el parir hijos):

—Además él (hombre) no se embaraza, él no sufre, yo siento que la mujer siempre va a sufrir, yo por eso quiero puros niños (varones), para que no sufran (M7:710-713).

Respecto a lo expuesto en el fragmento anterior, frente a la postura psicoanalítica freudiana, han surgido otras (sobre todo desde algunas corrientes feministas), en donde el deseo de un hijo varón es colocado como el resultado de determinados arreglos y prácticas sociales que se desprenden de la dominación masculina. Desde estas perspectivas, el deseo del hijo varón se relaciona más con la posición de poder que ocupan los varones en la sociedad, que con cuestiones psicoanalíticas.¹⁷⁵

3.3.1 De los nombres a las prácticas en el terreno de la sexualidad

Qué se entiende por sexualidad, cuándo y dónde puede ser expresada, así como sus distintas formas de expresión (tanto deseables como indeseables) y las posibilidades que implica, son socialmente construidos al igual que aquello que entendemos como lo “masculino” o “femenino” y que determina también los marcos de acción y de comportamiento que se vinculan con las identidades y roles genéricos asignados en cada contexto. La definición y construcción de las identidades de género juegan un papel preponderante en una etapa en la que la búsqueda de identidad y de aceptación social adquieren importancia. También, esta construcción de las identidades genéricas juega un papel relevante y definitivo en la construcción de la sexualidad (entendida en su sentido más amplio) y en la demarcación de espacios y prácticas posibles (diferenciadas por género) y de las

¹⁷⁵ En opinión de Lagarde, el hecho de que las mujeres deseen hijos varones es, en buena medida, resultado de una cultura patriarcal fálica (Lagarde, 1997:212).

variaciones que éstas presentan según el contexto, edad y grupo social al que se pertenece.

El amor romántico y la intimidad

Para estas jóvenes, aunque no existe una definición de sexualidad, resulta relevante que la sexualidad se encuentra estrechamente relacionada con las relaciones sexuales y sus consecuencias (y todo lo que se pueda considerar que se vincula con esto último). De esta manera, como señalan otros estudios (Guillén, 2003), en el caso de las mujeres, la sexualidad tiende a estar vinculada con representaciones y charlas¹⁷⁶ en torno a la misma, que en general tienen por objeto disuadirlas de iniciar su actividad sexual:

—¿Tú hablas de sexualidad con tu mamá?

—Pues a veces [...] mi mamá de eso, me dijo que ya si yo perdía mi virginidad o no que ya era mi problema ¿no? [...] me dijo que antes de que abriera las piernas con un chico, primero me abriera él las puertas de su casa así me dijo (M7: 406-420).

—¿Tú con quién hablas de sexualidad?

—Con mis primas [...] pues ellas como ya están casadas, sí ya tienen sus niños, ellas son las que me dicen “no, cuídate, no hagas esto, no hagas lo otro (M6:755-771).

En el relato anterior, un aspecto sobresaliente es que, en general, las charlas sobre sexualidad (cuando existen) tienden a entablarse con personas del mismo sexo y a centrarse más (en el caso de las mujeres) en advertencias de comportamientos a evitar que a favorecer “la toma de conciencia de sus deseos, el aprendizaje de la toma de decisiones y la búsqueda de satisfacción en el ejercicio de su sexualidad” (Geldstein *et al.*, 2000). Resalta también en los testimonios anteriores que, entre mujeres, son las casadas las que socialmente pueden hablar y “saber sobre sexo”,¹⁷⁷ sin que esto las coloque necesariamente del lado de las “malas mujeres”.

Por su parte, en la entrevista grupal, aunque permanece la tendencia a ligar la sexualidad con las relaciones sexuales, las participantes colocaron una concepción más amplia sobre la misma sobresaliendo la importancia de la intimidad (lo cual puede vincularse con que esta técnica obtiene más discursos sociales domi-

¹⁷⁶ En México (como en otros países) se ha encontrado que la información sobre sexualidad proviene principalmente de la escuela y la familia, señalándose que a menor edad es mayor la influencia de la familia y a mayor edad tiene más peso la información de los grupos extrafamiliares (escuela, pares, medios de comunicación) (Caballero, 2001).

¹⁷⁷ En el estudio llevado a cabo por Amuchástegui (1999), se encontró que la noción saber sobre sexo está arraigada en las diferencias e identidades de género. De tal suerte, el saber sensual tiende a ser visto como una forma de actividad sexual femenina socialmente reprobada, que indica la calidad moral de la mujer, mientras que el saber de sexo entre varones es cumplir con una expectativa socialmente esperada.

nantes), aunque siguen apareciendo vinculados con la sexualidad en el discurso tanto el acto sexual y la penetración:

—¿Hablando de sexualidad, qué entienden por sexualidad?

—P1: Es intimidad.

—P2: Sexualidad... es mi cuerpo... sexualidad es cuando estás hablando de ti ¿no?, no solamente del acto sexual.

—P3: Como dice ella, para mí es una intimidad, hasta uno mismo, no sólo las otras personas [...] pero yo pienso que todo tiene que ver con la sexualidad no nada más la penetración, es una intimidad el conocimiento de tu propio cuerpo (EG/4M:844-864).

La búsqueda de intimidad y el amor por la pareja,¹⁷⁸ en las mujeres aparecen como dos de las razones para tener relaciones sexuales consideradas como legítimas o válidas, mientras que la búsqueda del propio placer tiende a ser señalada como una razón no suficiente. Entonces, si para estas jóvenes la sexualidad se encuentra vinculada con las relaciones sexuales, se vuelve pertinente sondear sobre qué se entiende en este contexto por relación sexual.

3.3.2 Relación sexual vs. "faje"

Al igual que en otros estudios, aparecieron dominando el escenario dos prácticas sexuales generalmente diferenciadas y bastante difundidas entre esta población: el "faje" y las relaciones sexuales.

Las relaciones sexuales son entendidas y definidas generalmente a partir de la presencia de penetración, existiendo la idea de que éstas se refieren a algo más grande o más serio que el "faje":

—¿Qué entiendes por relaciones sexuales?

—Pues que el hombre haya penetrado a la mujer... bueno, que haya introducido el pene en la vagina (M2:449-452).

—Un faje, ¿sería una relación sexual?

—No, yo digo que no.

—¿Por qué?

—Bueno porque yo digo que en el faje no se llega a tanto, porque eso ya es de pensarse y en el faje pues yo creo que más que nada es para acariciarse nomás (M4: 627-635).

Uno de los puntos de delimitación entre ambas prácticas parece ser la presencia o ausencia de penetración:

¹⁷⁸Alguien ha dicho que el amor romántico ha sido un complot urdido por los hombres contra las mujeres". En el amor romántico predominan los afectos, los lazos y el elemento sublime del amor, y éstos tienden a predominar sobre el ardor sexual. El surgimiento del amor romántico se sitúa con un conjunto de sucesos sociales (que afectaron a las mujeres a fines del siglo XVIII): la creación del hogar, el cambio de relaciones entre padres e hijos, así como la "invención de la maternidad" (Giddens, 1995:47).

- Entonces no me queda claro, ¿un “faje” es tener relaciones sexuales?
—No, porque bueno... al menos porque me han contado que un “faje” pues, no sé, sí se tocan aquí y acá y todo, pero no entra el pene en tu vagina y en la relación sexual ya entra el pene a la vagina (M6r: 696-702).

Esto coincide con diversos estudios sobre la población joven (alrededor del mundo), los cuales han encontrado que “tener sexo” o “relaciones sexuales” es considerado sinónimo de penetración (coito), mientras que otras formas de expresión sexual también existentes dentro de sus prácticas parecen no ser percibidas como “relaciones sexuales” (Gammeltof, 2002). Sin embargo, en ambas prácticas en el caso de las mujeres sobresale la importancia dada a la presencia de intimidad involucrada en ellas:¹⁷⁹

- ¿Por qué consideran que el faje no es una relación sexual?
—P2:- No es una relación sexual porque no hay penetración no hay tanta intimidad en tu pareja, solamente son caricias y no... no es...
—P3: No, es que no llegas a tanto como si ya hubiera habido penetración (EG/4M : 783-787).

Sobresale en estos relatos la centralidad de determinadas prácticas sexuales en las que ocupa un lugar preponderante la penetración. Esto puede ser resultado de un contexto en el que la penetración vaginal y la eyaculación continúan alentándose y promoviéndose como las prácticas sexuales más deseables (Szasz, 1998; Gammeltof, 2002). Al respecto, Bourdieu (2000) señala que una sociología política del acto sexual (que es una relación social de dominación constituida a partir de la división entre lo masculino y lo femenino) haría patente que las prácticas y las representaciones de los dos sexos no son simétricas. Mientras las mujeres son socialmente preparadas para vivir la sexualidad como una experiencia cargada de afectividad e intimidad, los varones tienden a concebir la sexualidad como un acto físico y de conquista orientado hacia la penetración y el orgasmo. A partir de lo antes mencionado y si se considera que socialmente son los varones los sujetos de sexualidad (y no las mujeres), entonces adquiere sentido que el acto sexual tienda a ser definido a partir de la ausencia o presencia de penetración. Adicionalmente, en la entrevista grupal, las participantes expusieron que muchas veces se empieza con un faje y se termina teniendo relaciones sexuales, lo cual también demuestra que éstas continúan dándose en un contexto donde hay poca cabida para la planeación:

- ¿Qué es un faje?
—Bueno, yo he escuchado muchos conceptos, uno es que empiezas por el beso, empiezan a tocarte ellos y tú los empiezas a tocar, te puedes quedar sin ropa y él también [...] no llegas al sexo... puedes llegar, puede ser que empieces con un faje y

¹⁷⁹ En el caso de las mujeres, como diversos estudios han señalado, lo afectivo parece cobrar una mayor importancia en la construcción de la sexualidad femenina, así como sus vivencias y significados (Warr, 2001).

termines en sexo. En el faje no hay penetración ni nada por el estilo hasta donde yo tengo el concepto de faje, no (EG/4M:745-750).

Aunque la cuestión de la falta de planeación en torno a la primera relación sexual es un fenómeno complejo que obedece a distintas causas, algunos estudios sugieren que una de las razones para la iniciación sexual con prácticas de sexo seguro lo constituye (en el caso de las mujeres) un bajo sentido de la eficacia de las propias decisiones y del control sobre sus cuerpos (Moore y Davidson, 2001).

3.3.3 De la virginidad: "es tu joya más, más preciada"

Sondear acerca de qué se entiende por virginidad permite evidenciar hacia quién es dirigida, así como un sistema de género poco flexible e inequitativo que permite el dominio y el control social, tanto de la virginidad de las mujeres como de su capacidad reproductiva (de Barbieri, 1991; Harding, 2002). Si bien la virginidad coexiste con otro tipo de discursos que podríamos llamar alternativos o de resistencia que tienden a considerarla algo del pasado, es indudable que todavía hoy, en determinados contextos, la virginidad sigue siendo objeto de controversia. Al igual que en otros estudios, se pudo observar una tendencia en la que al preguntar sobre virginidad se tenía como respuesta la ubicación de la misma en el cuerpo femenino:

—¿Qué entiendes por virginidad?

—Según, es cuando tienes la telita esa, el himen ¿no?, y ya es así como que nunca has tenido una relación con un hombre (M6:632-634).

—¿Qué entiendes tú por virginidad?

—Virginidad, así según es una telita que tienes y que si se te rompe o te la rompe tu novio pues ya te quitó la virginidad, o sea llegar limpia sin tener las relaciones sexuales al matrimonio (M6r:909-915).

—¿Qué entiendes tú por virginidad?

—[...] Mucha gente como que ve la virginidad como que el himen, el himen nada más, y si se te rompe pues ya, ya no eres virgen (M5: 384-390).

Una de las primeras cuestiones que sobresalen es que la virginidad es algo que se quita, es decir, algo que se toma, o de lo que se despoja a las mujeres. Cobra relevancia recalcar que tanto el cuerpo como la sexualidad de las mujeres son campos políticos definidos y disciplinados para la producción y la reproducción. De tal suerte, las mujeres, a diferencia de los hombres, son su cuerpo (Lagarde, 1997; Rich, 1996), cuerpo que, en general, mediante diversos mecanismos tien-

de a serles expropiado,¹⁸⁰ y a convertirse en un deber el resguardarlo de comportamientos que lo alejen del ideal femenino (deserotizado) y lo acerquen y familiaricen con su destino reproductivo (Vance, 1989). Así, la virginidad se constituye en la prueba¹⁸¹ de la obediencia o desobediencia de la prescripción a normas sociales.

Virginidad: caduca o vigente

*“¿La virginidad?, yo creo que al menos es el sueño de unas ¿no?,
igual y llegar virgen al matrimonio”*

(M6r: 679-683)

En los testimonios recogidos durante la fase del trabajo de campo se puede observar cómo la virginidad sigue siendo un tema bastante controversial. En la entrevista grupal, sobresalió que las participantes tendieron a colocar el mandato de la virginidad femenina como un valor ya no tan importante, ni como un impedimento para casarse, aunque existe la noción de que ésta continúa siendo valorada por algunos varones:

- P1: Ahorita para nosotras las chavas ya no es tan importante, es lo que me he dado cuenta, lo hablas y es algo normal, “pues yo ya no soy virgen”.
- P3: Y sí, eso es algo que tenía que pasar.
- P1 : Ya no lo ves como “¡ay!, ya no vas a llegar virgen, santa María purísima”.
- P2: Ya no te vas a casar (EG/M4: 927-934).

Sin embargo, aún durante la misma entrevista, la controversia y las contradicciones al respecto de la virginidad se mantuvieron. Aparece también la idea de pureza¹⁸² o el sentirse limpia ligado a la noción de virginidad, lo cual se vincula con la fuerte presencia del modelo de feminidad católica (retratada en la Virgen María),¹⁸³ en donde la virginidad se relaciona simbólicamente con la pureza (Amuchástegui, 1999);¹⁸⁴

¹⁸⁰ Rich (1996) considera que el amarrar a las mujeres a sus cuerpos constituye una forma efectiva de control. Por ejemplo, argumenta que la violación es una forma de terrorismo masivo, en donde los difusores de la supremacía masculina transmiten la culpabilidad a las mujeres en tanto incitadoras del suceso al dejar de ser castas o al estar en el lugar y en el momento inconveniente, es decir, “comportándose como si fuesen libres” (Rich, 1996: 48).

¹⁸¹ De este modo, adquiere sentido el que la virginidad cuente con pruebas físicas y sea ubicada en el cuerpo de la mujer.

¹⁸² Algunos trabajos feministas han sugerido que en algunas sociedades, tanto el precio de las novias como las ideas de pureza e impureza, se asocian a una noción de valor impuesta desde la perspectiva masculina (Ramos, 1992).

¹⁸³ La virgen María es la ‘no mujer’ dentro de la simbología ya que su principal milagro fue la inmaculada concepción, es decir, el haber concebido sin pecado original (en estado de pureza); y a través de este mito se manifiesta la mitomanía del pensamiento masculino respecto a la feminidad (que además planteada desde el mito se convierte en un imposible para cualquier mujer terrenal) (Lagarde, 1997; Rivera, 1996).

¹⁸⁴ Estudios recientes han sugerido que la religión puede influir en el incremento de los niveles de culpa en la vivencia de la sexualidad de las mujeres (Moore y Davidson, 2001).

—Ahora, ¿qué significado tiene la virginidad para las jóvenes?

—P4: Mucho.

—P1: Puede ser el clásico de ser virgen, es que para muchas es muy importante, eso de llegar al matrimonio, ya no tanto pero es como el sentirse que...

—P3: Mucho es de sentirse limpia (EG/M4::895-900).

En las entrevistas individuales, el imperativo de la virginidad en las mujeres si bien aparece mezclado con discursos de resistencia que pueden señalar indicios de cambios en torno a la misma, su pérdida continúa siendo materia de controversia, discusión y posible conflicto. En las entrevistas individuales y grupales se señaló que la virginidad puede facilitar u obstaculizar (en el caso de su pérdida) el acceso a determinados bienes materiales y simbólicos, mediante los cuales la mujer tradicionalmente adquiere estatus (García y Rodríguez, 1999):¹⁸⁵

—En tu opinión, ¿la mujer debe llegar virgen al matrimonio?

—En mi opinión sí [...], ya ves que dicen “a mí me gustaría que tú pues...” —no en mi familia —pero sí en otros casos “...que mi hija llegue virgen al matrimonio y que se case de blanco”, que porque según si ya no eres virgen ya no te puedes casar de blanco, no sé por qué (M6r: 739-754).

“Ya ves que dicen... que se case de blanco”, es una expresión que nos remite a un discurso social dirigido hacia las mujeres y que implícitamente pone en el centro la exaltación de la pureza de la mujer. A su vez, el discurso de la pureza remite al discurso de la virginidad. Por ejemplo, dentro de la liturgia que acompaña la ceremonia del matrimonio, la pureza de la novia es representada en las religiones de tradición judeocristiana por el blanco del vestido, por lo que el no casarse de blanco implica haber transgredido la norma de llegar pura al altar, es decir, al matrimonio.

Por el contrario, es evidente que la virginidad masculina no existe como mandato, ni es puesta bajo el escrutinio social su pérdida, como se hace en el caso de la mujer (tampoco existen referencias dentro de la liturgia judeocristiana en torno a las implicaciones del color del atuendo del varón):

—En tu opinión, ¿el hombre debe llegar virgen al matrimonio?

—Ja, ja, ja, ja, ja, ja.

—¿Por qué la risa?

—Pues no, es muy difícil, es muy difícil, digo tanto así como tienen que llegar, pues no.

—¿Y la mujer sí?

—Pues no, pero, lo que piensa la sociedad, importa mucho lo que piensen, digo, obviamente no le vas a estar diciendo a todos pero... hay cosas, digo no cosas pero dices “¡ay!, ¿qué van a decir, qué van a pensar?” y así, como que la mujer es más así, más cuidadosa en ese aspecto (M1: 859-873).

¹⁸⁵ Lerner (1998) señala que en sociedades caracterizadas por un elevado control de la sexualidad femenina aún prevalece como valor de cambio no sólo la virginidad, sino la sexualidad femenina.

Al mismo tiempo, la virginidad masculina tiende a ser vista como difícil de lograr debido a la existencia de determinadas representaciones de la sexualidad masculina vista como “natural”, “incontrolable” y siempre “disponible” (García y Rodríguez, 1999; Castro, 2000; Amuchástegui, 1999; Aguirre y Güell, 2002; Pantelides *et al.*, 2000; Figueroa, 2001), en tanto se considera que los hombres por naturaleza tienen más deseos y necesidades sexuales difíciles de contener, posición ante la cual las mujeres deben asumir un papel de resistencia y resguardo:

- A algunos hombres, les llama más la atención el sexo, ¿por qué será eso?
- No sé, pero hay una encuesta que dice que todos los hombres en el día piensan muchas veces en el sexo y las mujeres sí, pero menos [...].
- ¿Y tú por qué crees que las mujeres piensen menos en sexo que los hombres?
- Porque son así, porque las mujeres somos como más sentimentales, más, más sensibles [...], las mujeres son más así porque tienen más sentimientos, no más sentimientos, pero como que son más sensibles, tienen más sensibilidad (M1: 1260-1287).

Es decir, así como la virginidad es un mandato y un atributo que corresponde resguardar a las mujeres, por lo que puede decirse que la virginidad tiene género y éste es femenino, por el contrario, el deseo en general “posee género y es masculino” (Amuchástegui, 1999). Sin embargo, en los testimonios apareció la forma de perder la virginidad como el criterio clasificatorio y hasta cierto punto condenatorio del comportamiento de la mujer:

- Que ya tengas relaciones sexuales, que ya haya una penetración y todo eso, o sea para mí, que no haya una penetración y que, por ejemplo, hayas tenido un accidente y se te rompió el himen, para mí sigues siendo virgen ¿no? (M5: 384-400).

Resulta remarcable que, aunque en general la primera relación sexual se da dentro de un marco de no planeación, la decisión de continuar o no virgen tiende a ser poco espontánea. Las evidencias sugieren que, por lo menos en el caso de las mujeres, su pérdida tiende a estar relacionada con la presencia de una relación estable (Spreacher y Regan, 2001).

La pérdida de la virginidad: de los accidentes a las relaciones sexuales

Aunque en general predomina la idea de que las mujeres pierden la virginidad teniendo relaciones sexuales (entendidas como penetración), también apareció la noción de que mediante ejercicios muy fuertes, accidentes y caídas se puede ocasionar la ruptura del himen:

- ¿Cómo pierde la virginidad una mujer?
- Teniendo relaciones y otra por los accidentes, no sé, vas en bici y te lastimas o una caída (M6r: 686-690).

Sin embargo, al cuestionar más a fondo sobre lo anterior, la idea subyacente de la pérdida de la virginidad se refiere no tanto a su ruptura, sino al cómo de la ruptura:

—Por ejemplo, ¿cuando deja de ser una mujer virgen?

—Cuando tiene relaciones sexuales y la virginidad es una telita. Supuestamente la mujer tiene una telita y esa telita se rompe cuando la mujer tiene relaciones sexuales (M2: 458-464).

—¿En tu opinión, la mujer debe llegar virgen al matrimonio?

—En mi opinión sí, pero pues ya, si tuvo un accidente pues ya no se puede, pero de todos modos tú sabes si has tenido las relaciones o no, ¿me entiendes?. [...] yo digo que todo es igual ¿no?, si eres virgen o no eres virgen...siempre y cuando y no hayas tenido relaciones con otro hombre (M6r: 739-754).

Al parecer, lo que realmente se vigila y condena es la transgresión de la norma por parte de las mujeres y no el estado físico del himen. Quizás ésta sea una de las razones por las que el “faje” como práctica sexual se encuentra tan difundido, en tanto permite cierta libertad y ejercicio erótico a la mujer, pero al no involucrar en sentido estricto la penetración (tener relaciones sexuales en términos de estas jóvenes) preserva el estado virginal del himen:¹⁸⁶

—Entonces, si una joven tuvo un faje con un chico, ¿continúa o no siendo virgen?

—Yo pienso que sí, aunque hubo caricias pero nada más (M2: 475-481).

En contraparte, al cuestionar acerca de la forma en que los hombres perdían la virginidad, resulta relevante que la mayor parte de las entrevistadas no se habían hecho la pregunta, lo que de alguna manera resulta congruente al ser la virginidad una institución dirigida al control del cuerpo¹⁸⁷ (por medio de su comportamiento) de las mujeres, por lo que parece reflexionarse poco acerca de la virginidad masculina.¹⁸⁸

—Y un hombre, ¿cómo deja de ser virgen?

—No, yo de los hombres no sé nada.

—¿Ni idea?, pero así lo que tu pienses o creas.

—No, no tengo ni idea, no me había hecho esa pregunta (M6:960-968).

—¿Cómo deja de ser virgen un hombre?

—Yo creo que al igual que la mujer ¿no?, aunque no me había puesto a pensar nunca en eso [...] yo pienso que al igual que una mujer cuando tiene relaciones sexuales, pero en realidad nunca he tratado ese tema con mis papás o con alguien (M2:483-489).

¹⁸⁶ Como se verá más adelante, la práctica del “faje” no implica para estas jóvenes ausencia de conflicto ya que, en el caso de las mujeres, al ser una práctica erótica conlleva también el riesgo de “quemar” a las jóvenes que lo practican, pudiendo ocasionar que sean consideradas como “fáciles” y dañar así su reputación y su imagen.

¹⁸⁷ Esto también puede vincularse con el hecho de que los asuntos sobre la reproducción, tanto biológica como social, sean considerados “asuntos de mujeres” (los embarazos, su prevención, los abortos, etc.).

¹⁸⁸ Lo cuestionado y lo no cuestionado tanto individual como colectivamente, es también resultado de distintos arreglos sociales que benefician a determinados grupos.

Aunque entre las entrevistadas existe la noción de que la virginidad en el caso de los varones resulta más difícil de rastrear porque no existen evidencias físicas de la misma, más allá de lo que éste dice o hace, Guillén (2003) sugiere en otro estudio similar, que parece existir la noción de que se puede saber si un hombre es o no virgen a partir de su comportamiento, de signos que demuestren experiencia, o por la presencia de dolor durante la primera relación sexual. Algunos testimonios aportados lo demuestran:

—¿Y se podrá saber de alguna manera cuándo un hombre es virgen?

—Pues te digo, dicen que cuando es la primera vez les duele [...] ellos dicen que les duele (M7: 830-835).

3.3.4 Las "marcas" de la trasgresión: la designación masculina¹⁸⁹

La pregunta pertinente sería: ¿quién establece el código y quién lo entiende?, ¿quién impone el criterio valorativo?, ¿quién, en fin, es el que habla? No es la mujer precisamente la que habla, ni la que ha hablado de sí; [...] no es la mujer la que se ha representado a sí misma, la que se ha asignado "su sitio". Otros han hablado por ella. Tales discursos no van dirigidos siquiera a ella, sino a través de ella y a pesar de ella.

Cristina Molina¹⁹⁰

Aunque algunas entrevistadas reportaron que no es posible que una persona externa supiera de la pérdida de virginidad de una mujer, a lo largo de los testimonios sobre la virginidad existen creencias¹⁹¹ de que su pérdida puede ser percibida y notada a través de determinados "signos", reconocibles de manera relativamente fácil entre la población masculina. Estas "marcas" constituyen un mecanismo más de control en tanto delatan y descubren ante los demás el comportamiento sexual de las mujeres:

—(Dicen) que se nota... un hombre cuando ya tiene varias experiencias, pues ya sabe él... pues sí, ya cataloga a las chavas cuando ya está teniendo relaciones, ya sabe, según sabe, cuando es virgen o no es virgen (M7: 823-827).

En el anterior relato sobresale que el saber descubrir si una joven es o no es virgen constituye uno de los campos de "saber" (y por lo tanto de poder y de control) que

¹⁸⁹"Un sexo que no se dice, que no está construido con signos propios, quedará fácilmente subordinado al sexo que tenga existencia simbólica propia" (Rivera, 1996:44).

¹⁹⁰Molina, 1994:26

¹⁹¹El peso de las creencias radica (por una parte) en que son parámetros con los cuales se accede al conocimiento, ordenamiento y valoración de la realidad y en la constitución de las mismas juegan un importante papel la socialización, los mensajes, discursos y la reproducción de ciertos comportamientos que se van asumiendo como normales (Figueroa, 2001).

tienen los varones; y que este “saber” es utilizado para catalogar a las chavas, es decir, para clasificarlas y definir las. De tal suerte, existe la creencia de que los varones pueden percibir los “signos” de la trasgresión que representa la pérdida de la virginidad, tanto en los comportamientos como en los cuerpos de las mujeres.¹⁹²

Lo que se ve

De acuerdo con los testimonios recolectados, existe la creencia de que una serie de inscripciones en el cuerpo suelen delatar la pérdida de la virginidad en las mujeres: el ensanchamiento de caderas, el modo de caminar o estar “abiertas” o “charras” de las piernas fueron algunos de los signos externos más mencionados:

—Luego estamos en fiestas y dicen, y no nada más por la telita, y dicen y va caminando una chava y dicen -“esa chava que va ahí ya no es virgen”, y “¿por qué?”, “porque ¡mira cómo camina!” (M6r: 646-651).

—Pues muchos dicen que se ven charras, pero ¡ay! están locos. Hay personas, mujeres, que nacen con un problema de sus pies y ya dicen que no son vírgenes, y hay otros que dicen que te ensanchas de las caderas, bueno, eso puede ser en parte cierto porque pues te abre lo que es, una parte de tus huesos ¿no? (M4: 661-667).

Como puede apreciarse, especialmente en el último relato, la estigmatización sobre las mujeres “no vírgenes” a partir de los “signos” visibles (enunciados por varones), aunque encuentra cierta resistencia y cuestionamiento entre las mujeres, puede generar confusión (y no sólo entre las mujeres) y perpetuar cierto desconocimiento e ignorancia.

Lo que se siente

Otra creencia bastante difundida entre estas jóvenes es la noción de que el hombre puede saber si una mujer era o no virgen cuando tiene relaciones sexuales con ella, basándose en que la virginidad (el himen) es algo que “se siente”:

—(Dicen) “pues sí, porque pues esa chava, yo estuve con ella y ya no es virgen porque no, no se siente lo mismo”, o sea yo no sé qué se sienta, pero ellos dicen así, que no se siente lo mismo cuando una según es virgen y cuando no es virgen (M6r:649-658).

—Sí, luego dicen “¡ay!, a la hora de tener relaciones no se sentía que era virgen” y yo así, pero, “-¿por qué no?”, “es que se siente cuando se rompe el himen” (M5: 32-45).

¹⁹² Al respecto, Milagros Rivera (1996) considera que la virginidad pertenece al saber de Atenea, la hija de Zeus que no tiene madre (ya que nace de la cabeza del padre) y es la diosa de un conocimiento que no tiene genealogía materna.

Lo que se dice: "porque es un hombre"

Debido al doble estándar moral existente para normar el comportamiento de hombres y mujeres, son los hombres los que tienen el poder de dañar la reputación de una mujer, mientras a las jóvenes se les exige reserva, a los hombres se les permite (y en ocasiones se espera que) hagan alarde de sus experiencias. Al respecto, una joven de 15 años comentaba:

- ¿Por qué será que de las jóvenes sí y de los chicos no se digan cosas?
- Pues yo creo que porque es un hombre.
- ¿Cómo?
- Pues sí es un hombre, es un hombre, y pues de ellos casi no se puede hablar mal, yo pienso.
- ¿Por qué será eso?
- Pues te digo, es un hombre.
- Reflexióname eso, ¿qué significa eso de "es un hombre"?
- Pues es un hombre y no tan fácil lo vas a poder... no tan fácil lo vas a poder quemar¹⁹³ como a una joven, pues sí, porque los hombres son hombres y aunque no sea cierto ellos sí pueden decir que pues tú ya les soltaste ¿no?, entonces no es muy fácil que una chava, una joven, diga mal de ellos, porque ellos te pueden quemar más a ti, aunque no sea cierto (M7: 585-607).

En el relato anterior sobresalen varias cuestiones. "De ellos (de los hombres) casi no se puede hablar mal", es decir, a los hombres no se les puede quemar tan fácilmente por la existencia de un doble estándar moral que establece socialmente distintas lecturas para un mismo fenómeno, según el sexo de quien se trate. Como consecuencia, los hombres pueden quemar a las mujeres debido a que socialmente la actividad sexual entre los hombres no sólo tiende a ser promovida, sino que en general se establece como un mandato de masculinidad, mientras que en las mujeres implica "soltura", por lo que "ellos sí pueden decir que pues tú ya les soltaste". El uso de la palabra soltar también tiene implicaciones relevantes en el contexto en el que es expresada, ya que sólo se suelta lo que se encuentra sujeto, aprisionado. Esto evidencia los mandatos sociales en torno a la sexualidad femenina, en los que se le exige a la mujer contener el deseo y sus expresiones, así como resistir el acoso del que son objeto, lo que hace del autodomínio y la vigilancia virtudes femeninas no sólo importantes, sino necesarias (Vance, 1989). Este doble estándar moral aparece también expresado en el siguiente testimonio:

- Los hombres de por sí se dice que se acuestan con una y con otra, pero en las mujeres es diferente, te digo porque si una mujer ya se acuesta con un hombre, ya empiezan a decir lo peor, pero así lo peor de ella; y si un hombre se acuesta con muchas jóvenes, no, no van a decir lo peor, van a decir: "tú sí eres hombre, tu sí eres lo máximo" (M6: 814-823).

¹⁹³ 'Quemar' a una persona, es una expresión idiomática que se utiliza en algunos contextos en México, para hacer referencia al acto de desprestigiar la reputación de una persona.

El testimonio aportado por la misma joven del relato anterior afirmaba que una mujer no puede “quemar” a los hombres utilizando el argumento referido al comportamiento sexual (“me acosté con...”) porque, en todo caso, se “quema” a sí misma:

—Yo pienso que te quemarías tú, o sea estás hablando de ti, ¿a él qué? él es hombre y ya. Yo siento que yo me vería mal diciendo “¡ay!, yo ya me acosté con ése”, o sea yo me vería mal gritándolo ahí. O sea, ya me dirían “¡ay! esa ya afloja con cualquiera”. —¿Por qué tu crees que para los hombres no es igual? Es decir, ¿por qué un hombre sí puede decir “yo ya me acosté con ella”?

—Pues vuelvo a repetirte, pues son hombres...

—A ver, explícame eso, ¿qué significa ser hombre?

—Pues te pueden catalogar mal, contigo misma y con los demás...a la mujer [...] yo pienso que está mal ¿no?...nadie tiene por qué decir que eres una puta o que no, además, si lo eres o no lo eres, pues eres tú (M7:630-656).

Esto se desprende (como hemos visto) de un sistema binario aplicado a los sexos que da lugar a una jerarquía o asimetría, en la que socialmente ha existido la tendencia de declarar al varón como sujeto del discurso, del logos, de la historia; siendo él quien tiene capacidad de nombrar el mundo, de ordenarlo, de configurarlo simbólicamente (incluyendo por supuesto a las mujeres) (Mayobre, 2001; Valcárcel, 1994; Molina, 1994). A su vez, las creencias expresadas por las participantes de este estudio y que se centran en la reputación de las mujeres pueden ser vistas, siguiendo a Stewart (1999), como tecnologías de reputación, ya que constituyen no sólo un grupo de mecanismos de imposición de obediencia al patriarcado, sino formas de poder disciplinario que producen y reproducen tanto la vulnerabilidad de las mujeres (no sólo en términos de salud), como la perpetuación de las identidades genéricas que lo sustentan. De tal suerte, la virginidad codifica en el orden simbólico patriarcal el tipo o el grado de pertenencia del cuerpo de una mujer a uno o más hombres, en donde la “doncella” es del padre, las monjas son de Cristo y las prostitutas son de todos los hombres (Rivera, 1996).

Sin embargo, es importante resaltar la presencia de ciertos discursos de resistencia en torno a lo antes mencionado. Desde el mismo cuestionamiento en el que la joven señala que “nadie tiene por qué decir que eres una puta”, hasta la existencia de distintos tipos de hímenes que dificultan a los hombres la tarea de confirmar la virginidad de las mujeres. De este modo, algunos testimonios indican que pese a lo que se dice, realmente no es posible saber si una mujer es o no virgen:

—¿Puede saber un hombre cuándo una mujer es virgen?

—A veces los orificios son tan grandes (en el himen) que no se tienen que romper o a veces no hay sangrado, por así decirlo. He escuchado a veces que los hombres dicen “pues yo no sentí nada, entonces no era virgen”, pero no, eso es algo que no se puede saber (M1:898-904).

A partir de lo expuesto, se puede afirmar que la virginidad es en buena parte lo que el hombre ve, siente y por supuesto dice, de tal modo que la reputación¹⁹⁴ de las mujeres depende en buena medida de la imagen social que tengan y que es designada e imputada por los varones. De este modo, a pesar de la existencia de discursos alternativos que parecen dar indicios de los cambios en torno a la importancia de la virginidad, ésta, consérvese o no, continúa siendo una preocupación tanto masculina como femenina, pero con distintas repercusiones, ya que en el caso de las mujeres la virginidad puede facilitar o dificultar su acceso a determinados bienes materiales y simbólicos:

- Hay chavas que tienen relaciones sexuales y sienten que su vida se terminó, por eso, porque no estaban seguras, porque no supieron con quién lo hicieron porque terminaron al tercer día con este cuate, y no sé, se sienten mal de haber hecho eso y sienten que ya no valen o ya no son tan valiosas como las demás, ¿me entiendes?
- No, ¿cómo?
- Sí, porque dicen “no pues ya yo no soy virgen, y ya no voy a tener esto” (M1: 875-887).

En este contexto, resulta revelador el siguiente relato y las metáforas aportadas por una joven de 15 años:

- ¿Qué es lo que crees que es la virginidad?
- Pues creo que es algo muy tuyo, muy personal, como un cofrecito, sí, un cofrecito que nadie lo va a abrir.
- ¿Cómo que es un cofrecito que nadie lo va a abrir?, ¿a qué te refieres?
- Pues, sí, no sé, es tu joya más, más preciada, no vas a dejar que nadie lo toque, porque es tuyo y es de tu parte, es como un cachito de ti, de tu carne ¿no?, yo pienso que no a cualquiera se lo daría (M7: 522-534).

Al referirse a la virginidad como un “cofrecito” o como la “joya más preciada”, se muestra el valor e importancia otorgadas a la misma.¹⁹⁵ Es decir, aunque es indudable la existencia de transformaciones en torno a la virginidad, como puede apreciarse en el testimonio anterior, ésta continúa teniendo sentido en determinados contextos, en tanto institución de control social, y al mismo tiempo de capital social (valor de cambio) (García y Rodríguez, 1999; Monsiváis, 1979; Hierro, 2001; Lerner, 1998), en donde la virginidad cedida (es decir, dada) antes del matrimonio todavía puede significar un descenso en las posibilidades de acceso a ciertos capitales, tanto materiales como simbólicos.

¹⁹⁴ Stewart (1999) ha sugerido que la reputación de las mujeres constituye no sólo un grupo de mecanismos para mantener y reproducir la obediencia al patriarcado, sino también una forma de poder disciplinario. De este modo, la reputación de una mujer se vincula con la construcción de la identidad femenina y ésta juega un papel central en la construcción y producción de prácticas, experiencias y significados que se expresan en diversos aspectos de la vida social y sexual de las mujeres.

¹⁹⁵ En opinión de Radley (1993), lo que hace significativa una metáfora es la manera en que un aspecto de la experiencia es vigorizado por otro. Así, las metáforas son el reflejo de una realidad a través de otra.

3.4 ¿Tener o no tener relaciones sexuales?: “¿ya que valga todo?”

- ¿Alguna vez has estado en la disyuntiva entre tenerlas o no tenerlas?
 — Sí, el otro día estábamos en la casa de mi novio y ya ahí estábamos y me estaba abrazando y todo, y que le hace “oye,” y yo “¿que?”, “¿ya que valga todo?”, y yo “no, cómo crees”

(M6r: 595-604).

Analizar los motivos para postergar o iniciar la vida sexual permite evidenciar las confluencias y las oposiciones entre los motivos socialmente “válidos” para que ésta se inicie o se postergue en los hombres y en las mujeres, motivos influidos por condicionantes de género. Como lo han señalado diversos estudios en el área (Amuchástegui, 1999 y 1998; Szasz, 1998; Necchi *et al.*, 2000), al sondear la finalidad de las relaciones sexuales aparece también una diferenciación según el sexo de quien se inicia. Aunque tiende a percibirse que hay diversas finalidades, en general existe la noción de que las mujeres tienden a hacerlo por amor y con la finalidad de formar una familia (búsqueda de estabilidad) (Quintana y Vásquez, 1999; Spreacher y Regan, 2001, Guillén 2003):

- ¿En tu opinión, cuál es la finalidad de las relaciones sexuales?
 —Hay muchas personas que lo hacen por amor, hay otras que lo hacen por satisfacción, porque se les antoja (M1:1306-1310).
 —¿Cuál piensas que es la finalidad de las relaciones sexuales?
 —Formar una familia, no sé, sí, formar una familia y estar con la persona que quieres (M1:581-585).

Por su parte, durante la entrevista grupal, estas mismas nociones estuvieron presentes, coexistiendo de manera más clara con la deserotización femenina. Esta deserotización, resultado de una doble moral sexual,¹⁹⁶ es también promovida como modelo de feminidad en un país de profunda tradición judeocristiana. Aunque existen discursos alternativos, todavía aparece la virginidad femenina como símbolo de pureza femenina debido a que en el cuerpo de la mujer–madre no hay lugar para eros,¹⁹⁷ en tanto la finalidad del cuerpo femenino es la procreación (Lagarde, 1997).¹⁹⁸

¹⁹⁶ Esta doble moral sexual se desprende de la desigualdad política y social asignada y promovida por las diferenciaciones genéricas (Hierro, 2001).

¹⁹⁷ Rossi (1973) señala que, entre mayor sea el dominio masculino en la sociedad occidental, mayor es la disociación entre sexualidad y maternidad.

¹⁹⁸ Se ha señalado que en la ideología dominante de contenido católico se tiende a equiparar el ideal femenino con la virgen María y su maternidad, en donde el cuerpo femenino se convierte en espacio “consagrado para la gestación” y en donde domina la ausencia de deseo erótico (Lagarde, 1997:205).

—¿Las jóvenes, por qué y para qué tienen relaciones sexuales?

—P4: Yo creo que más que nada para experimentar porque...es una necesidad.

—P3: Es una necesidad de experimentar y creo que más si has tenido una relación sexual con una persona que quieres y admiras y es padre, todo.

—P1: No sólo por calentura [...].

—Decía Angela, bueno, “no nada más por calentura”, ¿por qué?

—P1: Bueno, pienso que al tener relaciones sexuales tiene que ser por amor, porque lo sientes, no tanto porque estás excitado y “ya voy a tener relaciones sexuales porque estoy excitado” [...] así, si llega a haber un problema de que sales embarazada, te va a responder porque, bueno, yo sí pienso en eso, digo, te metes con un chavo que no conoces digo lo hiciste sin amor para empezar, y yo creo que muchas mujeres se han de arrepentir de que “¡ay!, me acosté nada más por acostarme”, sales embarazada y obviamente el chavo no se va a hacer cargo -“¿por qué? No, tú te quisiste acostar conmigo y ya”.

—P3: O le dice “¿es mío?”

—P1: O sea sí ha de decir “si te acostaste así conmigo, ¿con cuántos no te has acostado igual?” (EG/4M: 955-986).

“Te metes con un chavo que no conoces, digo, lo hiciste sin amor para empezar... obviamente el chavo no se va a hacer cargo”. En especial, las líneas expuestas en el anterior relato, además de señalar la deserotización femenina (no sólo por calentura), remiten a varias cuestiones. Resalta la asignación casi automática de responsabilidad a la mujer ante las posibles consecuencias (especialmente las relacionadas con la reproducción) de un encuentro sexual. En este contexto, la frase “obviamente” aparece como parte de un saber colectivo generalizado en el que subyace la lógica de la “no responsabilidad” de los varones frente a las posibles consecuencias de un encuentro sexual, en este caso un embarazo. Aún más relevantes resultan las justificaciones sociales de la “no responsabilización” del varón frente a la no sólo “respozabilización”, sino culpabilización, de las mujeres que se “meten con desconocidos” o que lo hacen “sin amor”. De esta manera, el “discurso del amor” se presenta como uno de los discursos desde donde puede “justificarse” (hasta cierto punto) haber cedido o soltado el cuerpo femenino, acto que en algunas ocasiones parece buscar implícitamente la satisfacción del deseo sexual del “otro”¹⁹⁹ y el deseo de ser madre en la mujer. Por ejemplo, una joven de 14 años comentaba:

—¿Qué entiendes tú por tener relaciones?

—Pues tener así la... pu’s no sé, ya para... crear ya un hijo (M6: 941-944).

¹⁹⁹ Desde distintas disciplinas se ha señalado que las mujeres hemos sido definidas sexualmente en términos de lo que le complace al “otro” (varón). Se considera que en esta definición jugó un papel importante la psicología y el psicoanálisis freudiano (Fernández, 1979).

La centralidad del amor y lo afectivo puede también estar reflejando una serie de arreglos y discursos sociales que giran en torno a la idea de que una “feminidad exitosa” es recompensada con amor, y que la única forma de ejercicio de la sexualidad (femenina) es a través del amor y de imágenes que le son familiares (Warr, 2001). Existen también ciertas representaciones que deserotizan a la mujer (en el ejercicio de su sexualidad) y establecen un vínculo entre las relaciones sexuales y la reproducción. Por el contrario, entre las jóvenes, tanto grupal como individualmente, existe la noción de que los hombres en general tienden a tener como finalidad la búsqueda del placer:

— ¿Crees que es la misma finalidad de las relaciones sexuales para los hombres y para las mujeres?

—Mira, los hombres tienen relaciones nada más por saciar su calentura, sí, las mujeres a veces, por ejemplo, cuando a veces tienen una relación con un noviazgo, o sea como que no sé a veces lo hacen porque lo aprecian, digo, no te voy a decir cosas de las telenovelas que porque lo amas o algo así, digo, lo aprecias mucho” (M3: 1291 1301).

— En general, o sea ustedes dicen: “muchas de las mujeres tienen relaciones sexuales por amor”. —¿Entonces los chicos, por qué lo harán?

—P1: Tienden más a hacerlo por calentura.

—Y ¿por qué será eso?

—P4: Por calientes (EG/4M: 996-1000).

En este último testimonio, resalta el papel que juegan en la construcción y diseminación de discursos del amor los medios de comunicación (las telenovelas), contribuyendo a reforzar la centralidad de lo afectivo y de la domesticidad en la vida de las mujeres (Warr, 2001; Spreacher y Regan, 2001; Erickson, 2001),²⁰⁰ aunque también se deja entrever la aparición de discursos que dan cabida a prácticas en donde la sexualidad femenina empieza a indicar la búsqueda de placer como una necesidad y finalidad en sí misma. Por su parte, se puede afirmar que en la imagen del varón, que busca principalmente placer, juegan un papel predominante las instituciones educativas y los medios de comunicación masiva (Warr, 2001; Fine, 1999). Es preciso señalar que el predominio de esta imagen no descarta (ni discursiva ni prácticamente) la posibilidad en los varones de búsqueda de afectividad en los encuentros sexuales.

²⁰⁰ Distintos estudios señalan que los medios de comunicación masiva poblados de estándares de belleza y comportamientos poco realistas promueven ciertos valores y metas que influyen el cómo, especialmente las mujeres, experimentan y viven su sexualidad (Moore y Davidson, 2001).

3.4.1 Razones para tener o no tener relaciones sexuales: las consecuencias

Las razones para tener o no relaciones sexuales son variables en tiempo y espacio. Algunos estudios han sugerido que en esta decisión juegan un importante rol las creencias religiosas y morales, el miedo al embarazo, el no sentirse preparado(a), no estar suficientemente enamorado(a) y no tener estabilidad en la relación de pareja (Spreacher y Regan, 2001). En este estudio, las mujeres entrevistadas señalaron tres razones que si bien no siempre disuaden a las jóvenes de iniciar su actividad sexual, se convierten en materia de cierta preocupación y están relacionadas con las consecuencias del inicio de las relaciones sexuales: el embarazo y la posible transmisión de enfermedades:²⁰¹

—¿Y cuáles son las razones para no tenerlas?

—P1: Salir embarazada, enfermedades, la prohibición en la casa (EG/4M: 996-1000).

Una tercera razón para no tenerlas se refiere, más bien, a las consecuencias sociales que se vinculan con el miedo a ser “quemada” y a “andar en boca de todos”:

—¿Alguna vez has estado en la disyuntiva de tenerlas o no?

—Sí, pues al principio fue miedo ¿no?, de que ¿qué pensarán de ti? ¿no?, para mí fue eso en la mente, yo no quiero que digan como luego dicen “ay, yo ya me acosté con ésta y con ésta y con ésta”. Yo creo que no todos los hombres te guardan el secreto (M7: 475-483).

La vivencia y el ejercicio de la sexualidad entre estas jóvenes parecen ser experimentadas con cierto miedo y recelo de que sea de dominio público. Es así que la confianza adquiere un papel y un sentido determinante en la decisión de iniciar la vida sexual y el con quién. Esta confianza se dirige básicamente en tres sentidos:

- 1) Confianza en que la otra persona involucrada no la juzgará
- 2) Confianza en que guardará el secreto
- 3) Confianza en que responderá en caso de un embarazo

Al respecto, una joven (sexualmente activa) de 19 años comentaba:

—En general, tú, ¿cómo escoges a tus parejas sexuales?

—[...] Que tengan mucha higiene y que no sean tipos así que les guste andar... contando lo que hicieron o cosas así porque no quedan mal ellos sino una, digo, tu autoestima es la que está en juego y más que nada es eso.

—¿A qué te refieres con esto último de que “te hacen quedar mal a ti”?

²⁰¹ Tanto el embarazo como la transmisión de ITS serán abordadas posteriormente.

—Bueno, no es que te hagan quedar mal, sino que digan, “¡ay!, a ésa ya me la eché”, porque luego así como que te señalan con el dedo, más que nada eso: “con esa ya” (M4:889-905).

Como fue expuesto en el relato anterior, la discreción en términos de “guardar el secreto” es uno de los principales criterios y formas de prevención de consecuencias sociales para estas jóvenes. Esto se desprende de que el secreto no sea guardado y ocasione distintas repercusiones en la imagen de la mujer (y por tanto en la aceptación y el prestigio social de la misma):

—¿Hay repercusiones?

—P1: ¡Ah sí claro!, ya eres tachada.

—P3: O que cualquier cosa que ya nadie quiere con ella, ya nadie anda con ella, sí que luego (dicen) “¿cómo vas a andar con ella?, si es bien zorra” (EG/4M: 832-841).

Lo antes mencionado tiene repercusiones directas acerca de lo que se considera como riesgoso entre estas jóvenes, y a partir de esta definición se desprenden las posibles medidas preventivas,²⁰² como se verá a continuación:

—¿Se deben tomar precauciones a la hora de un faje? ¿O no?

P4: Yo digo que sí, porque no tanto porque te vaya a dar una transmisión (de alguna enfermedad) por saliva, sino por el tipo de chavo con el que estás, más que nada, porque, tanto puede ser tu amigo como no y al rato te vengan que ya todos saben.

P3: Sí “a aquella me la faje”, más que nada por tu reputación.

P1: No tanto precaución en medidas de salud, sino por reputación (EG/4M:855-866).

Lo anterior parece indicar que el doble estándar moral ocasiona que entre las jóvenes (del estudio) la desacreditación social aparezca como más riesgosa que la posibilidad de adquisición de enfermedades. Esto presenta como más peligrosas (en el caso de las mujeres, como se verá posteriormente) las repercusiones sociales que conlleva la transgresión de un comportamiento no socialmente aceptado, lo que se traduce en determinadas configuraciones de riesgos a la salud (que es diferencial si se trata de varones y mujeres). Como resultado, en materia de prevención, las precauciones y preocupaciones tienden a orientarse más hacia las posibles consecuencias sociales de sus actos que a las “biológicas” (embarazo, contagio de alguna enfermedad).

Deserotización femenina: la cualquiera y el placer

En esta sección nos abocaremos a las consecuencias sociales de no acatar la prohibición como una forma de deserotización femenina. Es preciso señalar que, en

²⁰² Sin embargo, esta relación no es directa. Diversos estudios sugieren que la percepción y el conocimiento de determinadas prácticas y comportamientos riesgosos no necesariamente se traducen en mayores medidas preventivas (Caballero, 2001).

la variación de los discursos, parece jugar un papel importante más que la edad de las entrevistadas, el ser o no sexualmente activas. Lo anterior se refleja en que las sexualmente iniciadas tienden a cuestionar con más frecuencia determinados discursos hegemónicos que condenan la actividad sexual premarital de las mujeres, mientras que, en general, las sexualmente no iniciadas tienden a apearse más a los discursos hegemónicos.

Para las que aún no han tenido relaciones sexuales, una de las principales consecuencias (y miedos) se relaciona con la posibilidad de ser ‘quemada’ socialmente:

- Tú puedes preguntar quiénes son las más... quiénes son las más... quemadas, muy frecuentemente se dice quemar... “no, pues ella está bien quemada”.
- ¿Qué significa eso?
- Que ya anda en boca de todos, o sea que ya está quemada (M7: 579-586).

El hecho de no acatar el mandato de la deserotización conlleva una serie de riegos, ya que en general la mujer erotizada es considerada fácil o zorra, porque el erotismo es un campo político privilegiado de hacer y saberes (casi) exclusivamente masculino, y en el que, si alguna mujer incursiona, lo hace sabiendo las consecuencias:

- ¿A qué te refieres con que “ella era así”?
- Pues que era muy fácil.
- ¿Qué entiendes por fácil?
- Pues nada más porque quiere tener relaciones y se le antoja... puede tenerlas
- ¿Qué piensas de eso?
- Pues digo que eso también depende del sexo ¿no?, digo, si eres hombre pues sí, como que los hombres no tienen nada que perder, en cambio la mujer sí (M1: 545-554).

La “cualquiera”, la “zorra”, la “fácil” (al igual que las prostitutas) son generalmente aquellas mujeres social y culturalmente estructuradas en torno a su cuerpo erótico (Lagarde, 1997) y a las que en general en el plano ideológico-simbólico se les priva de la maternidad (en tanto la sexualidad erótica es considerada estéril). En este escenario, como otros estudios sugieren (Stewart, 1999), el ejercicio de la sexualidad (especialmente una sexualidad placentera) para estas jóvenes tiende a vincularse también con el peligro de arruinarse, porque la mujer no deserotizada echa a perder su vida:

- Y, ¿qué pensarías de personas que sólo tuvieran relaciones sexuales por placer?
- Así nada más porque sí, yo digo que eso está mal porque ya después, ya después ni van a saber ni qué onda, porque los hombres na’ más hacen eso y se desentienden de sus obligaciones y la mujer es la que echa a perder su vida teniéndolas nada más por placer (M6r: 962-971).

Lo expuesto en el relato anterior puede estar relacionado con los discursos sobre la sexualidad en los que se le vincula con el peligro²⁰³ (en el centro de este dispositivo de sexualidad se colocó la sexualidad precoz, y todas las sexualidades no procreativas dentro del marco institucional establecido, como amenazantes y peligrosas, no sólo en términos de salud, sino del porvenir de la sociedad y de la especie entera) (Foucault, 1978; Vance, 1989; Rubin, 1989). Se considera que el patriarcado “se entromete en el deseo femenino y en el modo en que las mujeres viven su propia pasión como algo peligroso” (Vance, 1989:15), por lo que el ejercicio de la sexualidad femenina requiere una justificación más allá de la misma: los hijos, la familia, la patria, etc. (Hierro, 2001). Esta relación entre el sexo y el placer se presenta particularmente en el caso de las mujeres (aunque no exclusivamente) como una fuerza peligrosa y destructiva dentro de occidente (Rubin, 1989). El dualismo alma-cuerpo de tradición platónica aportó argumentos al pretendido poder incontrolable de los apetitos carnales, obstruyendo las potencialidades del alma, lo que se presenta como más grave aun en las mujeres. Esto último se relaciona con “su debilidad frente a la pasión”, a partir de las interpretaciones patriarcales en las que se coloca la inherente tendencia de la mujer al mal (Hierro, 2001).²⁰⁴ Adicionalmente, en el centro de esta noción de peligro relacionada con el ejercicio de la sexualidad femenina y el placer, se encuentra la vinculación de la honra tanto de la mujer como de la familia (Fernández, 1979).

Por otro lado, queda claro que asumir tener relaciones sexuales solamente por placer en el caso de las mujeres es difícil, en tanto esto puede ser leído como un signo de debilidad, fracaso (al asumir placer, la mujer echa a perder su vida) y hasta de desnaturalización, ya que las mujeres son por naturaleza más sensibles.²⁰⁵ Esto parece reflejarse —por ejemplo— en el siguiente testimonio de una joven de 19 años (iniciada sexualmente):

- ¿Tú en lo personal, en tus relaciones sexuales, qué papel ha jugado el placer?
- Pues...no muy importante pero no muy a la ligera tampoco, [...] por mi parte no es ni muy importante ni muy a la ligera.
- ¿Y alguna vez has decidido tener relaciones sexuales por placer?
- Sí...sí... con un amigo, pero nada más una vez (M4: 1007-1021).

²⁰³ En opinión de Foucault (1978), el discurso en el que se inscribió que el sexo “trae consigo tantos peligros” se puso en boga a fines del siglo XVIII.

²⁰⁴ Juliano (1998) señala que las sociedades tienden a relacionar el caos con los elementos más desvalorizados dentro de su estructura. De lo cual se desprende la relación ideológica asignada entre el desorden y los grupos subalternos. En este marco las mujeres representan la imagen misma de la subversión, del caos, lo que las convierte en los sujetos ideales a ser controlados.

²⁰⁵ Amuchástegui (1999) encontró que mientras en los varones el tener relaciones sexuales se asocia legítimamente con el deseo, en el caso de las mujeres lo hacen a partir del vínculo afectivo, y aquellas mujeres que habían tenido relaciones sexuales solamente por deseo sintieron que habían cometido una falta y que debían ser castigadas.

En el caso anterior, aunque aparece un discurso alternativo (de resistencia al hegemónico), en el que se admite la posibilidad de la existencia del placer (de las mujeres) en las relaciones sexuales, el lugar otorgado a éste se presenta como ambiguo y se aclara que la transgresión al mandato fue sólo una vez. Lo anterior puede haber sido recalcado debido al mandato social de deserotización femenina, en donde para las mujeres el asumir placer es una transgresión, un riesgo social que puede ubicarlas del lado de las malas mujeres.

Es pertinente resaltar que para explorar la relación mujeres-placer, las técnicas usadas en el presente trabajo (entrevista individual y grupal) resultan insuficientes, debido a que la estigmatización de este binomio (mujer-placer) dificulta el tratamiento y exploración del tema.²⁰⁶ De este modo, lo único que se puede concluir es la presencia de un alto grado de reprobación en la relación mujeres-placer (en el plano discursivo), lo que no implica necesariamente que el placer esté realmente excluido de las vivencias en el ejercicio de la sexualidad en las mujeres jóvenes.

3.4.2 El arrepentimiento: "se me escapó"

La clasificación de la reputación de una mujer parece no resultar del todo sencilla. Aunque se considera que las mujeres que asumen el placer merecen ser clasificadas y tratadas de manera diferente a las que no lo hacen, en algunos casos el arrepentimiento de haber violado el mandato de la deserotización, así como la enmendación de la conducta, pueden plantear la posibilidad de redimir el castigo social. Por ejemplo, una joven de 16 años (sexualmente no iniciada) comentaba:²⁰⁷

—Piensan que una mujer ya no es valiosa después de que ya no es virgen, no sé por qué piensan eso los hombres, algunos, pero tal vez no, pues sí porque ya no son vírgenes [...]

—¿Y tú qué piensas de eso?

—Pues depende de la chava, si es una chava que es así muy... que le gusta tener relaciones nada más porque sí, pues yo creo que en cierta manera se lo merece, en cierta manera, pero las que tal vez cometieron, no tomaron una buena decisión y están arrepentidas por así decirlo y dicen "no, pues fue algo que no decidí bien", ok, yo pienso que ellas no. Pero a veces no es justo que por una chava que sí tiene relaciones mucho porque quiere a cada rato y otra que se le escapó por así decir, que a las dos las juzguen igual o que a las dos las tomen por lo mismo (M1: 990-1020).

²⁰⁶ Se debe considerar que casi todos los datos obtenidos para este trabajo fueron resultado de encuentros únicos con los y las participantes (exceptuando dos casos en donde se entrevistó dos veces a una mujer y a un varón por no haberse cubierto a profundidad los temas en el primer encuentro. Para más información, ver los cuadros al final de los capítulos 3 y 4).

²⁰⁷ Quizás la cuestión del arrepentimiento esté vinculada también con preceptos judeocristianos, en virtud de que por medio de éste y la enmendación de la conducta es posible alcanzar el perdón y la redención de los pecados.

El valor y la clasificación de las mujeres está en función de varias circunstancias, en donde se condena a las mujeres que asumen por voluntad propia el control de su cuerpo y su placer, mientras que a las que pusieron todo su empeño en “resistir”, pero “se les escapó”, no deben ser juzgadas de la misma manera. El arrepentimiento aparece como una figura central en el relato; y todavía lo es más si se tiene en cuenta que, implícitamente, el arrepentimiento tiende a relacionarse con la culpa y se encuentra vinculado con situaciones pasadas, en las que el desarrollo de los sucesos se hubiera deseado diferente (Moore y Davidson, 2001). Por otra parte, resulta relevante el siguiente testimonio en relación con la expresión usada por la joven para referirse a ser sexualmente iniciada:

—¿Tú eres virgen? y yo así “no, no soy”, digo, o a veces me preguntan y les digo “no pues la verdad no soy”, les digo la verdad, “ni modo, se me escapó de las manos”, pero pues ni modo (M3: 1128-1132).

Si se analiza la metáfora utilizada para referirse a las jóvenes a quienes “se les escapa” la virginidad, resaltan algunos aspectos como la voluntad, ya que algo que se escapa lo hace por voluntad y acción propia. Es decir, en esta frase el sujeto de la acción es la virginidad, no la persona, lo que puede dar una lectura adicional a este fenómeno; por lo menos en el nivel discursivo, al pasar (el sujeto que enuncia) la acción a la virginidad puede ser una forma de restar responsabilidad y culpa (ante los demás y ante sí misma).

Finalmente resulta pertinente recalcar el papel que juega en la construcción de significados la opresión genérica, ya que ésta se materializa en formas de comportamiento, actitudes, respuestas, habilidades, etc., en las que cobran sentido como atributos femeninos la ignorancia, la ingenuidad y la pasividad, entre otras formas de respuesta (lo que incluye la sexualidad) ante las situaciones y las personas (Lagarde, 1997).

3.5 Prevención de ITS y embarazo

Diversos estudios al respecto (Berglund *et al.*, 1997; Caballero, 2001; Moore y Davidson, 2001; Menkes y Suárez, 2003) enfatizan que pese a la información y conocimientos sobre el uso de anticonceptivos y protección (condón), el uso de los mismos durante la primera relación sexual continúa siendo mínimo entre la población adolescente, aunque en general esta población parece estar consciente de los riesgos o de conocer ciertos métodos de protección. Es también claro que tanto las imágenes relacionadas con el género como el comportamiento sexual y reproductivo, difieren significativamente según el contexto social al que se pertenece. Así, el tomar determinadas medidas preventivas (sobre todo en el área de la sexualidad) requiere una serie de recursos, cognitivos, económicos, relacionales y

comunicacionales, a los que una buena parte de la población de bajos recursos no tiene acceso (Geldstein y Pantelides, 1997).

La no planeación

En general, sobresale la idea de que el inicio de la actividad sexual tiende a estar marcado para estas jóvenes por la espontaneidad, es decir, es algo que no se planea,²⁰⁸ lo que constituye un obstáculo más en la prevención de embarazos e ITS (Erickson, 2001; Menkes y Suárez, 2003; Spreacher y Regan, 2001; Kornblit, 1999). Una joven de 16 años comentaba acerca del contexto de no planeación en el que había tenido lugar la iniciación sexual de una pareja de amigos:

—Yo pienso que todavía no estamos preparados para hacer eso...Tal vez en un año dos, tal vez, pero no, digo, yo sé que es algo que no se planea, tal vez, y que no dices dentro de un año, o un mes, o el lunes, yo sé que no se planea y a veces se presenta la oportunidad (M1: 495:501).

—Yo creo que cuando... te llega el momento de hacerlo, cuando tú no lo tienes planeado, pues te llega, y cuando tú lo tienes planeado pues no... no sé (M7: 853-857).

Pese a lo antes mencionado, la decisión de iniciar la actividad sexual rara vez es espontánea y en ésta juegan un papel preponderante los estándares sexuales, la ideología y los condicionantes de género (Spreacher y Regan, 2001). En el caso de las mujeres, la demanda y el uso de anticonceptivos se vinculan con determinadas imágenes sociales que se perciben como perjudiciales en términos de reputación y en donde hay poca cabida para la negociación verbal de las condiciones del encuentro. A lo anterior se suma la existencia de determinados guiones en torno al amor romántico que tienden a enfatizar la espontaneidad, la no planeación y el sexo sin protección, durante la primera relación sexual (Warr, 2001; Erickson, 2001).

3.5.1 Miedo y relaciones sexuales: el embarazo es la cuestión

Pues ahora ya, yo digo que quien se embaraza es por estúpida, bueno y otras cosas

(M7: 694-696).

Se considera que el miedo al embarazo, en combinación con pocos y /o erróneos conocimientos acerca de la biología de la reproducción, configuran cierto perfil de

²⁰⁸ Se considera que una de las principales causas del bajo uso de anticonceptivos en la primera relación sexual lo constituye la no planeación (Menkes y Suárez, 2003).

comportamientos entre la población adolescente.²⁰⁹ Entre las jóvenes (al igual que en sus contrapartes masculinas), en general puede percibirse que no existe de manera clara la diferencia entre un preservativo y un anticonceptivo, ni que el único método anticonceptivo que previene las ITS es el condón:

- ¿Qué método anticonceptivo previene de las ITS?
- El que más se conoce es el condón, pero o sea hay otros, no sé el nombre pero hay otros (M3:1321-1325).

Uno de los miedos más generalizados en términos de las consecuencias de tener relaciones sexuales (como ya se ha mencionado) lo constituye (en general) prioritariamente el embarazo, no el riesgo de contagio de alguna ITS; sobre todo cuando éstas se establecen con una pareja “estable” o que se considera monógama:

- ¿Hay algún tipo de riesgos al tener relaciones sexuales?
- Creo que el que más tememos es, bueno, las mujeres, sería el embarazo (EG/4M:1027-1028)

Al igual que en otros estudios (Caballero, 2001), los datos recabados durante el trabajo de campo aportaron evidencias que indican que, en general, en términos prevención, los esfuerzos (cuando existen) de estas jóvenes parecen más abocados a la prevención de embarazos que a la de evitar el contagio de una ITS:

- Por ejemplo, la última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaron algún preservativo?
- Sí, él se puso condón y yo, pues no, de hecho no tomo pastillas, siempre es condón y si no hay pues no se viene en mí (M4:850-855).
- Este, sí siempre uso condón o pastillas pon tú, la mayoría sí, pero a veces así es la regla ¿no?, o sea cuando acabas de menstruar. Bueno, yo como soy exacta tengo tres días hábiles o sea puedes tener relaciones y no quedas embarazada (M3:1255-1259).

Es decir, una vez más la idea central en el uso del condón parece ser la de evitar un embarazo, no una ITS. Ésta puede ser (entre este grupo) una de las causas de discontinuidad en el uso de condón ya que, como pudo apreciarse en los relatos anteriores, cuando se hace uso de otro método anticonceptivo (*coitus interruptus*, pastillas, etc.) existe la tendencia a prescindir de los condones. En este fenómeno también puede estar jugando un papel importante la visibilidad del embarazo (además de las implicaciones que conlleva) ya que éste, a diferencia de la mayor parte de ITS, resulta en poco tiempo visible (y se relaciona con el miedo a las consecuencias sociales, en tanto el embarazo es una huella irrefutable y visible de la transgresión) (Hierro, 2001).

²⁰⁹ Algunos estudios sugieren la posibilidad de que el uso de métodos anticonceptivos se asocie con relaciones pasajeras en las que no está presente el afecto ni la confianza (García y Rodríguez, 1999; Warr, 2001).

Además de ser una preocupación central, es importante señalar que la prevención del embarazo se considera una responsabilidad predominantemente femenina:

—Tal vez porque como va a ser en ella donde crece el bebé... o como pues ellos pues bien fácil, ¿no?, pueden decir “no me hago responsable y no me puedes obligar”. O sea yo digo que por eso como que más es la responsabilidad para ellas (M5: 844-850).

En el fragmento anterior se muestra que, el que fisiológicamente el embarazo tenga lugar en el cuerpo de la mujer es considerado como una desventaja y una obligación más para las mujeres, con lo cual, una vez más una cuestión basada en aspectos fisiológicos tiene repercusiones en lo social.

¿Por qué pedir o no pedir usar el condón?

A diferencia de otros métodos anticonceptivos, el uso de condón plantea la necesidad de establecer una negociación entre las personas involucradas, donde éstas puedan expresar bajo qué circunstancias desean que se den los encuentros sexuales. Esto último, en el terreno del ejercicio de la sexualidad, se vuelve particularmente conflictivo en determinados contextos en los que la maternidad, la ausencia de deseo y experiencia erótica, y la ausencia en la búsqueda de placer sexual en las mujeres es altamente valorado entre la población masculina y se convierten en atributos del “ser mujer” (Rodríguez *et al.*, 1995; Amuchástegui, 1999; Gammeltof, 2002; Evangelista *et al.*, 2001). Por su parte, entre los hombres, la existencia de experiencias eróticas y la búsqueda del placer es una de las principales formas de representación y reafirmación de la masculinidad (WHO, 2000; Aguirre y Güell, 2002; Szasz, 1998).²¹⁰ Estos estereotipos de sexualidad masculina y femenina repercuten en la valoración social otorgada al ejercicio sexual premarital.

Al mismo tiempo, este doble estándar tiene implicaciones en la configuración de riesgos entre esta población, configuración que tiende a ser diferencial entre ambos sexos. Esto apunta en distintas direcciones ya que, si el uso de condón es visto como método para evitar el embarazo, la demanda del mismo por parte de una joven puede ser visto (como en el caso de otros anticonceptivos) como negación del deseo de maternidad²¹¹ y asunción del deseo femenino, lo cual puede colo-

²¹⁰ De este modo, el ejercicio de la sexualidad masculina (sobre todo en lo referente a sexo prematrimonial) es visto como positivo y “natural”, mientras que el ejercicio de la sexualidad femenina se aleja del ideal social que vincula lo femenino con el amor y no con lo sexual (Ehrenfeld, 1999).

²¹¹ Estas imágenes se vinculan, por ejemplo, con las imágenes y las valoraciones extremas en torno a la maternidad (entre la población femenina) que han reportado algunos hallazgos de investigación (Ver: Ehrenfeld, 1999).

car a las mujeres del lado de las proclives a tener relaciones sexuales fuera de la pareja, de las “malas mujeres”, de las “cualquiera”. Lo anterior supone para muchas mujeres la delegación del control de su vida reproductiva a la pareja (Erviti, 2002).

Las relaciones de poder existentes en determinados contextos rigen las negociaciones entre los géneros, dificultando que la mujer tome la iniciativa de prevención entre la pareja (Pantelides *et al.*, 2000) y otorga el control a los varones sobre las prácticas sexuales de sus parejas (Evangelista *et al.*, 2001). Lo anterior puede explicar que en general se espera que, en la práctica, la iniciativa de usar el condón nazca de ellos,²¹² como podrá apreciarse en el siguiente relato:

—Porque te digo que todas las veces que he tenido relaciones empiezan jugando, empezamos jugando y este, ya cuando va haber la penetración digo “¿ya te lo pusiste?”, “no pus que sí”, y ya, pero siempre, pero la mayoría de las veces nace de ellos (M4:871-877).

La asignación de la iniciativa no es aleatoria ya que, como sugieren algunos estudios (Caballero, 2001), tiende a existir la creencia (sobre todo entre las mujeres, como se verá) de que la demanda femenina de uso de condón puede ser vista por los varones como evidencia de experiencia erótica, lo que puede ocasionar desconfianza y rechazo de la pareja:

—¿Y qué crees que piensen los chicos de eso?
 —Que tienen mucha experiencia, que lo hacen muy seguido, yo creo eso.
 —¿Por qué crees eso?
 —Porque, ¿te imaginas? Vas a tener relaciones con alguien y antes de empezar así, como sexoservidora, le dices “¿traes condón?”. Te va a decir “¿eh?”, pues no, ¿verdad? (M1:1092-1100).
 —Yo si fuera hombre y alguien me lo dijera, diría, “¿eh?, ¿perdón?, ¿cómo?”, digo está bien pero sutilmente, yo digo ¿no?, digo o sea sí, hay que cuidarnos pero “¿traes condón?”, o sea sí es bueno, pero pondrías a pensar a la otra persona (M1:1105-110).

De este modo, la necesidad de uso de preservativo tiende a enfrentar a las parejas, especialmente a aquellas estables y basadas en vínculos afectivos (Pantelides *et al.*, 2000; Warr, 2001; Caballero, 2001), por lo que en muchas ocasiones se considera su demanda como origen de conflicto entre las partes involucradas, lo cual se constituye en un obstáculo más para su demanda y uso continuo.

²¹² Hallazgos en estudios precedentes referidos a las diferencias en el uso consistente de condón, señalan que el uso de condón puede estar reflejando normas culturales en las que se espera que los varones inicien el uso del condón debido a las expectativas sociales que permiten al hombre usarlo y obstaculizan su uso en las mujeres (Caballero, 2001).

3.5.2 De la prevención de ITS y la construcción y distribución social del riesgo

En este punto se ha hecho evidente que entre esta población se percibe como un riesgo más cercano el embarazo, que el contagio de una ITS, lo cual puede deberse (entre otras cosas) a que, aparentemente, se encuentra más cercana a su vivencia la posibilidad de un embarazo que la del contagio de una ITS. Pero, ¿a qué responde la percepción de bajo riesgo de contagio de ITS entre esta población?, ¿de qué manera los discursos en torno al riesgo influyen en estas percepciones?, ¿a qué se debe la discontinuidad en el uso de condón?

Durante décadas, el enfoque de riesgo epidemiológico aplicado al estudio de comportamientos relacionados con el proceso de salud-enfermedad ha orientado el desarrollo de dos perspectivas de investigación: la biomédica y la de la ciencia del comportamiento. Sin embargo, recientemente ambas perspectivas han sido criticadas debido a la tendencia de inculpar a las víctimas, la atribución de culpas y la poca atención que ponían al contexto en el que ocurren los comportamientos individuales (Caballero, 2001).

“Nada más punitivo que darle un significado a una enfermedad” (Sontang, 2003:61) –en virtud de que ese significado es invariablemente de origen moral (Sontang, 2003, Lupton, 2000),²¹³ Esto se hace mucho más evidente en el caso de las ITS (especialmente en el caso del SIDA),²¹⁴ dado que una de sus formas de transmisión es la vía sexual, lo que tiende a asociarse con comportamientos y /o personas considerados socialmente como “desviados” (Kornblit, 1999; Abrums, 2000). Esto puede estar relacionado con la construcción y distribución social de los riesgos en las sociedades.²¹⁵ En esta construcción, juegan un papel predominante los discursos institucionales (transmitidos por la iglesia, el Estado, las instituciones pedagógicas, etc.), muchas veces reforzados por los discursos al interior de la familia y por los mensajes emitidos por los medios de comunicación masiva. Lo anterior hace hincapié en que los peligros y riesgos son cultural y socialmente seleccionados, condicionando su percepción y la predisposición de los individuos a reaccionar ante los mismos. A partir de esta selección, construcción y distribución social del riesgo (que varía en espacio y tiempo), en cierta manera se moldea la percepción de bajo riesgo de contagio de ITS (y de uso de condón para prevenir su contagio), lo que constituye un obstáculo más para el continuo uso de condón.

²¹³ Ver Susan Sontang (2003).

²¹⁴ Al respecto, Weeks (1988) señala que “lo que caracteriza al SIDA no es sólo su virulencia, sino el peso de los significados simbólicos que comporta” (1988:18).

²¹⁵ Esto también se vincula con el modelo de conducta en donde se considera que las enfermedades modernas resultan de los estilos de vida, con lo cual el comportamiento de las personas se moraliza y se culpabiliza a las mismas por el estado de su salud (De la Cuesta, 1999).

Si bien existe la tendencia entre la población joven a distanciarse de la percepción personal del riesgo (WHO, 2001), los relatos parecen indicar que existe un perfil de las personas que se consideran “en riesgo” de contraer alguna ITS:

- En tu opinión, ¿quiénes son las personas que pueden contraer SIDA?
- Bueno, la mayoría pues son las prostitutas, los homosexuales, bueno más que nada es el caso entre hombres que entre lesbianas.
- ¿Y por qué será eso?
- No, no he entendido por qué.
- ¿Y el resto de las personas?
- Bueno, también depende, pero más las prostitutas y los homosexuales, porque ora sí que a veces los gays se meten con cualquiera o hacen esto o lo otro (M3: 1007-1020).

Como se aprecia en el relato anterior, a la ya de por sí baja percepción de riesgo entre esta población se suman ciertas creencias y prejuicios (asociados con la distribución social del riesgo) en torno al origen de las ITS, en donde sobresalen por lo menos dos dimensiones: la moral y la social /sexual. Ambas dimensiones refuerzan ciertas ideas y prejuicios que asocian estas enfermedades a la pérdida de valores, inmoralidad, poco control de la sexualidad, la bisexualidad, la prostitución, etc., lo que colabora aún más al distanciamiento del riesgo de contagio de ITS (lo que no es exclusivo de esta población). Al respecto, Kornblit (1999) señala que la construcción de “grupos de riesgo” ha facilitado que ciertos comportamientos socialmente reprobados se eleven a la categoría de causas de enfermedad (por ejemplo, la promiscuidad, la excesiva permisividad sexual, el uso de drogas, etc.) (Sontang, 2003). Al mismo tiempo, aparece una vez más el placer vinculado con el peligro (en este caso de adquirir una ITS):

- Tú mencionabas hace un rato que las mujeres no pueden estar teniendo relaciones cada vez que se les antoje o algo así.
- O sea si no tienes una pareja estable, no es lo más correcto, lo más recomendable porque, o sea ¿te imaginas?, ¿que te contagiara de una enfermedad?, [...] pues mira, si tú cambias de novio muy seguido, entonces en una de esas tú no sabes y te contagias de una enfermedad [...] o sea la promiscuidad no es buena porque tiene muchos riesgos, entonces sólo por tener sexo cuando se te antoje vas a estar exponiendo en riesgo a tu salud (M1: 608-631).

Pese a lo antes mencionado, sobresale que durante la entrevista grupal se presentara la posibilidad del contagio de SIDA como el máximo riesgo:

- ¿Hay algún tipo de riesgos al tener relaciones sexuales?
- [...] El máximo sería el SIDA (EG/4M:1027-1031).

El que el SIDA haya sobresalido como principal riesgo en la entrevista grupal puede estar relacionado con que, en situación de entrevista grupal, tienden a generarse consensos y discursos sociales hegemónicos.

3.5.3 El aborto

“La idea de la maternidad está en la base de la discusión del aborto” (Hierro, 2001:55), por lo que al existir y promoverse una fuerte valoración en torno a la maternidad, el aborto se vuelve bastante controversial. La opción que se prefiera en lo que se refiere al aborto se centra en uno u otro concepto de la maternidad: como fin único o fin adicional (Hierro, 2001). Es evidente que una buena parte de las actitudes negativas y sus discursos han sido contruidos con elementos de los discursos dominantes,²¹⁶ en los que el aborto aparece representado como un atentado a la vida (o un asesinato). En este sentido, lo encontrado entre este grupo de jóvenes concuerda con lo indicado en algunas encuestas realizadas entre la población mexicana que han explorado la temática del aborto: existe la tendencia a estar de acuerdo con el aborto, en caso de violación, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer y por alteraciones del producto (IPAS, 2002; Guevara, 2002). Lo antes mencionado resulta de que, en general, las mujeres han incorporado la visión dominante de la sociedad que las niega como sujetos de derechos y con la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos y sobre su vida (Guevara, 2002).

Durante las entrevistas en profundidad, al sondear si, bajo determinadas circunstancias, estarían de acuerdo en que las mujeres tuvieran la posibilidad de abortar, existió cierta homogeneidad en las respuestas (tanto en las entrevistas individuales como en la grupal). La mayor parte de las participantes estuvo de acuerdo con la posibilidad de abortar en el caso de violación, aunque aun en este caso el aborto es visto como un asesinato:

—Si es una chava que tal vez la violaron o algo así yo digo, que si la niña no quiere, la chava, porque no fue algo que ella quisiera, sino porque la violaron (M1: 1058-1062).

Sobresale que, en el caso de violación, lo que parece subyacer es la cuestión de la culpa, ya que aparentemente lo que parece posibilitar la existencia de un aborto es que la mujer (en este caso) no es del todo culpable y, en general, uno de los argumentos más utilizados para explicar por qué el aborto es malo lo constituye la inocencia del producto.^{217 218} Es relevante que entre las participantes en el estudio las

²¹⁶ En estos discursos han jugado un papel crucial ciertas fracciones de la iglesia y los grupos políticos y sociales conservadores, así como determinados grupos que han sido constituidos para combatir la práctica del aborto y promover legislaciones que lo penalicen (como PROVIDA) (Ervti, 2002).

²¹⁷ Este argumento resulta interesante en virtud de que, al señalar que el producto no tiene la culpa, implícitamente se indica que hay un culpable de la situación y en donde generalmente aparece la mujer como principal responsable y/o culpable.

²¹⁸ Ciertos estudios han señalado que en el aborto inducido la mujer tiende a aparecer como la responsable única de esta práctica. Esto se relaciona con la asignación social de la responsabilidad casi única de la mujer ante los eventos reproductivos (embarazo, anticoncepción, aborto), lo que fortalece la identificación de la mujer como única responsable y culpable de un aborto (Ervti, 20002).

mujeres que tendieron a cuestionar más la posibilidad de un aborto por otras razones distintas a la violación lo constituyeron las dos jóvenes sexualmente iniciadas. Por ejemplo, una joven de 15 años (sexualmente iniciada) indicó:

—Pues mira, en algunos casos yo creo que ¿para qué traes a un niño? Si va a sufrir o si no lo vas a querer o si va a ser una persona X para ti ¿no?, por una parte, o por otra si es violación [...] yo siento, yo creo que sí se permitiría el aborto en violaciones, ya que si es por mi gusto o algo así, pues no es justo matar también una vida, que ya es de ti, de tu ser que tú la formaste, que tú la vas a formar y que es un cachito de tu carne. O sea, tanto es justo como no es justo, no sé (M3: 912-925).

Se aprecia también una tendencia dentro de la cual se da cabida a la posibilidad de un aborto cuando se coloca al centro el sufrimiento del producto, sobre todo en el caso de que éste venga con defectos. Una joven de 19 años (sexualmente iniciada) comentaba:

—Cuando venga con defectos en ese aspecto creo que por una parte está bien porque, ¿para qué vas a traer un niño así a sufrir aquí? (M4:1074-1079).

Sin embargo, aun cuando existen más cuestionamientos a los discursos en contra del aborto, como pudo apreciarse en los dos últimos testimonios, se percibe lo conflictivo que resulta para estas jóvenes hablar del aborto. En el último testimonio sobresale el que pocas veces se piensa en el sufrimiento que puede implicar para una mujer el hecho de llevar a término un embarazo no deseado (sean cuales fueren las razones para no desear tenerlo), lo que implícitamente se refiere al supuesto social de que una mujer “normal” siempre desea ser madre (en cualquier circunstancia). Esto (entre otros factores) es resultado de ciertos estereotipos cultural y socialmente aceptados que definen la feminidad y una extrema valoración de la maternidad como atributos constitutivos de la mujer. La maternidad se constituye en una institución desde la que una buena parte de los deseos, necesidades, fantasías e intereses de las mujeres visualizados en su ciclo de vida, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres (Hernández, 2002). Esto ocasiona que la maternidad sea vista no como una elección, sino como destino natural, lo que brinda un marco reducido no sólo para elegir abiertamente el no desear ser madre, sino para plantear el hecho en términos de elección (Lamas, 1999; Rich, 1996, Guevara, 2002).²¹⁹ Esto se desprende de una organización social que promueve en las mujeres formas de razonamien-

²¹⁹ Esto también ocasiona que la experimentación de sentimientos de ambivalencia que pudieran resultar de la vivencia de la maternidad sean en muchas ocasiones vistos socialmente como antinaturales y/o patológicos y, por tanto, condenados. Ver. Adrienne Rich (1996).

to moral que privilegian las responsabilidades frente a los otros, promoviendo mecanismos de autosacrificio y abnegación que dificultan el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos.

La existencia de discursos alternativos que dan cabida a la práctica del aborto en caso de embarazo no deseado, no descarta contradicciones (como el hecho de continuar viéndolo como un asesinato) ni la posibilidad (casi segura) de conflicto y de culpa,²²⁰ para la persona involucrada. Consideramos pertinente presentar el siguiente fragmento, que fue el único en el que se contempló la posibilidad de la práctica de un aborto en caso de no desear tenerlo:

—Ora sí que, si la chava no lo quiere tener, ¿para qué tenerlo? ¿No?, [...] o sea yo estoy a favor porque dices tú, prefiero convertirme en una asesina sinceramente digo, en ese aspecto, bueno no exactamente o sea, pero dices tú “¿para qué voy a traer a alguien si no lo voy a aceptar de la misma manera que si yo lo hubiera planeado?” (M3:1200-1210).

Puede apreciarse cómo la noción de poder controlar las decisiones reproductivas se vincula estrechamente con la capacidad de planeación y de control del propio cuerpo, para lo cual se necesitan ciertos elementos y la noción de ser sujetos de derecho con capacidad de elegir sobre el propio cuerpo. Estas nociones resultan generadoras de conflicto en determinados contextos, donde la imagen de la mujer y de la maternidad se vinculan como un binomio inseparable. Es preciso tener presente que las nociones en torno a la reproducción y la sexualidad tienden a variar con el tiempo y que en este caso estamos hablando de mujeres muy jóvenes.

Argumentos contra la posibilidad del aborto

Una buena parte de las entrevistadas y sus discursos respecto a la posibilidad de un aborto giraron en torno a nociones que aparecen bastante internalizadas²²¹ y se relacionan casi inherentemente con la culpa y el asesinato:

—¿Cómo vas a matar una vida que tú formaste, que tú diste y que tú la vas a quitar? Tú no eres nadie para quitarla (M7: 927-931).

—Están mal las jóvenes que abortan y, o sea si, yo pienso que el niño que llevan adentro no tiene la culpa de que por error o algo así ella haya quedado embarazada o haya tenido relaciones sexuales.

²²⁰ Diversos estudios señalan que la culpa juega un papel importante en el control de las conductas a través de la legitimación del castigo de la persona transgresora. Así, la culpa refuerza al sistema y legitima la normatividad que el sujeto transgrede (Erviti, 2002).

²²¹ Las normas internalizadas se convierten en moral, y aún hoy en ciertos debates y foros públicos en donde se debate el aborto, parece que lo que se coloca al centro son cuestiones morales.

—¿Y las jóvenes sí tienen la culpa?

—Sí.

—A ver, ¿cómo está eso?, cuéntame.

—Pienso que sí tienen la culpa porque si quieren tener relaciones sexuales se deben cuidar o sea, si quisieran tener relaciones sexuales, perdón, si tuvieron relaciones sexuales y quedan embarazadas pienso que deben tener responsabilidad (M2: 592-606).

En el anterior relato se expone claramente cómo existe la tendencia a ver y presentar a la mujer como la responsable (única) del embarazo, y por tanto se le coloca en una posición de obligación el hecho de llevar a término el desarrollo del mismo. Como sugieren algunos estudios (Eviti, 2002; Figueroa, 2001a), es preciso recalcar la importancia de los medios de comunicación y de las instituciones educativas en la promoción de imágenes y mensajes en torno al aborto que implican una carga de violencia psíquica y emocional, que lejos de aclarar dudas e informar al respecto, tienden a fortalecer la estigmatización tanto del evento como de las personas que lo practican:

—Cuando yo estaba en la secundaria mi maestro de formación cívica y ética nos pasó una película de un aborto... y pasaron cómo le hicieron el aborto y ¡ay no!, es algo horrible o sea muy, muy feo la verdad [...] es algo horrible porque como que a mí se me hace, sádico (M5:705-714).

En varios de los testimonios aportados por las participantes se expuso la difusión de imágenes (principalmente películas) en torno al aborto, en donde predominaban imágenes violentas y cuyo foco central era el sufrimiento del producto del embarazo. Se señaló que estas charlas y presentaciones prácticamente nunca iban acompañadas de una discusión al respecto.

Aborto inducido vs. espontáneo

Entre la población entrevistada parece no existir la noción de aborto espontáneo, en tanto ya la palabra aborto conlleva una carga en la que se le relaciona con un acto voluntario relacionado con la intencionalidad de provocar el evento. Esto, en el marco de criminalidad que se inscribe la práctica del aborto adquiere sentido, ya que el provocarlo intencionalmente convierte a quien lo practica en criminal. Llama la atención que en la entrevista grupal se expuso la diferencia entre aborto natural y aborto criminal:

—P3: Se puede clasificar el aborto desde muchos puntos porque hay aborto criminal y el no causado, un aborto que lo pierdes sin que tú quisieras, un aborto natural.

—¿Cuál es la diferencia entre esos abortos?

—P3: Natural es que tu organismo no lo puede retener y se sale, no abortas tú.

—P4y P3: Y el aborto criminal es el causado (EG/4M: 1197-1206).

Como ya han señalado otros trabajos (Erviti, 2002), en las entrevistas apareció la distinción entre un aborto y perder un bebé. Es decir, entre estas jóvenes el aborto ya implica una intención, mientras que el perderlo conlleva una situación incontrolable, involuntaria, lo que se expresa en las metáforas utilizadas para referirse a perder un bebé: se le vino, se le salió; expresiones que indican que la acción no recae sobre la mujer embarazada, y que trasladan la acción al producto.

“No se le logró” y “se le salió” son palabras típicamente utilizadas para expresar la pérdida de un bebé (un aborto espontáneo) lo cual coloca en este caso la voluntad en el producto y no en la persona embarazada dejando entrever que la mujer involucrada, no tenía voluntad de deshacerse del producto:

—Resulta que al tercer mes se le vino el bebé o sea ya, bueno, no se le logró (M3:503-506).

—¿Hay alguna diferencia entre abortar y perder un bebé?

—Pues sí, bueno porque para mí el abortarlo es que tú no lo querías y porque es algo que deseas hacer, o sea, sacarte a ese bebé, a como dé lugar y perder un bebé pues, o sea es algo diferente ¿no?, porque puede ser que sí lo querías realmente y pues por alguna causa no, se pudo, dar el embarazo (M5: 748-754).

—¿Es lo mismo perder un bebé que abortarlo?

—Mhmm... no.

—¿Cuál es la diferencia, en tu opinión?

—Yo pienso que cuando alguien aborta es porque no lo quiere, no lo quiere tener, no quiere tener una responsabilidad o algo así y perderlo, es que de repente hubo algún descuido, y vamos, se cayó la señora y se muere el niño o no iba bien, no estaba bien su embarazo (M2: 607-615).

Finalmente, los relatos anteriores expresan cómo tanto la vivencia de la sexualidad como en las posibles consecuencias de su ejercicio juegan un papel fundamental los roles de género, los discursos sociales, así como las condiciones objetivas de vida, ya que condicionan los elementos (materiales y simbólicos) de que se valen estas jóvenes para interpretar y hacer frente a distintos eventos relacionados con la sexualidad. En el caso particular del aborto es factible encontrar en los testimonios de estas jóvenes significados que se desprenden de un orden genérico que dirige hacia las mujeres la responsabilidad y la penalización moral de este evento reproductivo y que limita y reduce las posibilidades de las mujeres para reconocerse como sujetos de derechos.

Cuadro 15

Variables contextuales de la población de estudio: mujeres iniciadas sexualmente

Variables	Cata(M3)	Laura(M4)
Edad	15	19
Edad de inicio de la actividad sexual	13	16
Condición de actividad	Activa	Activa
Estado civil	Soltera	Soltera
Enfermedad crónica propia	No	No
Enfermedad crónica e familiar	No	No
Tipo de familia	Ampliada	Nuclear
Escolaridad madre	Secundaria	Secundaria
Escolaridad padre	Secundaria	Carrera técnica
Estado civil de los padres	Divorciados	Casados
Jefe del hogar	Madre/padre	Padre
Participación en las labores domésticas	Sólo mujeres	Todos
Finalidad de las relaciones sexuales	Disfrutar la sexualidad	Conocerse más
Mujer debe llegar virgen al matrimonio	No	No
Hombre debe llegar virgen matrimonio	No	No
De acuerdo con posibilidad aborto	Sí	Sí
Usó condón en primera relación sexual	Sí	Sí
Uso continuo de condón	No	No
Solicita uso de condón	Sí	No
Material piso del hogar	Cemento	Mosaico

Cuadro 16
VARIABLES CONTEXTUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: MUJERES NO INICIADAS SEXUALMENTE

Variables	Ale(M1)	Caro(M2)	Rosa(M5)	Magom6(r)	Carina(M7)
Edad	16	14	15	16	16
Condición de actividad	Inactiva	Activa	Inactiva	Inactiva	Activa
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera	Soltera
Enfermedad crónica propia	No	No	No	No	Sí
Enfermedad crónica e familiar	No	Sí	Sí	No	No
Tipo de familia	Nuclear	Nuclear	Nuclear	Nuclear	Nuclear
Escolaridad madre	Universidad	Ninguna	Preparatoria	Preparatoria	Primaria
Escolaridad padre	Universidad	Ninguna	Universidad	No sabe	Primaria
Estado civil de los padres	Casados	Unidos	Divorciados	Casados	NR
Jefe del hogar	Padre	NR	Madre	Madre	Madre
Participación en las labores domésticas	Todos excepto padre	NR	Madre	Sólo mujeres	Predominan mujeres
Finalidad de las relaciones sexuales	Disfrutar sexualidad	Disfrutar sexualidad	Disfrutar sexualidad	Disfrutar sexualidad	NR
Mujer debe llegar virgen al matrimonio	No	Sí	No	Sí	No
Hombre debe llegar virgen matrimonio	No	Sí	No	No	No
De acuerdo con posibilidad aborto	Sí	No	No	No	Sí
Solicitaría usar condón	No	No sabe	Sí	Sí	Sí
Material piso del hogar	Mosaico	Cemento	Mosaico	Mosaico	Mosaico

4. Más acá de Adán y la manzana

*(...) queda el rabo por desollar: lo más inerte, lo más inhumano,
lo que se erige como depositario de valores eternos e invariables,
lo sacralizado: las costumbres (...).
La costumbre de que el macho tenga que ser muy macho
y la mujer muy abnegada.
La complicidad entre el verdugo y la víctima,
tan vieja que es imposible distinguir quien es quién.*

Rosario Castellanos

Introducción

“La masculinidad es una construcción que se desprende del uso de los diversos sentidos que la sociedad le asigna a la imagen de hombre” (Aguirre y Güell, 2002). El “hacerse hombre” es parte de un proceso identitario dinámico, en continua construcción y reelaboración, así como en continua prueba. La masculinidad es un imperativo que se pronuncia en forma de mandatos relacionados con distintos aspectos de la vida cotidiana presentándose a los varones como un “deber ser”. Este capítulo tiene por objeto presentar la interpretación de los testimonios recabados durante el trabajo de campo realizado con jóvenes varones. Se ha puesto especial énfasis en la lectura de los relatos aportados por estos varones a partir de un enfoque de género, tratando de vincular los mandatos de masculinidad y sus expresiones con los diversos comportamientos adoptados por estos jóvenes relacionados con la salud y la sexualidad. A lo largo del presente capítulo se ha intentado mantener un diálogo con el anterior a partir de las discrepancias y similitudes encontradas en los testimonios aportados por los varones y las mujeres participantes en el estudio, considerando que es justamente en el terreno de lo relacional donde se expresan las identidades y mandatos (siempre en proceso) dirigidos a los varones y a las mujeres.

El primer apartado está referido al ser hombre o ser mujer en un contexto marcado por relaciones de poder, en donde los condicionantes de género juegan un papel

preponderante (sin negar la existencia de condicionantes de otro orden). También se aborda en este primer apartado y siguiendo esta óptica el proceso de salud - enfermedad de estos jóvenes. Se presenta un análisis de los datos recabados en el trabajo de campo al respecto. En el segundo apartado se aborda la construcción relacional de la identidad masculina, proceso siempre en construcción y que como veremos, implica un amplio entramado de arreglos sociales y expresiones. El tercer apartado se deriva del anterior y en él se analizan las consecuencias de la construcción de las identidades genéricas en el terreno de la sexualidad. Finalmente el cuarto y último apartado aborda los temores en torno a la actividad sexual en relación con sus consecuencias (que en general se vinculan a eventos reproductivos). Al final de este capítulo se incluyeron dos cuadros (4.1 y 4.2) de variables sobre el contexto sociodemográfico de las participantes en este estudio.

4.1 Ser hombre o ser mujer: cuestión de "poder o no poder"

—*La sociedad es muy machista*
—*¿Qué entienden por machismo?*
—*Que el hombre se cree más que la mujer, que puede más que la mujer, que se cree el sexo fuerte.*

(Entrevista grupal, varones: 286-289)

Una de las primeras cuestiones que sobresale de los testimonios aportados por los varones participantes en la investigación es que en el trayecto de "hacerse hombre" los varones manifestaron, además de los cambios corporales, cambios más relacionados con aspectos psicosociales, apareciendo también como un eje importante del hacerse hombre el poder. Por ejemplo, indicaron que al ir creciendo²²² fueron adquiriendo más voz y derechos tanto en el núcleo familiar como en el social, cuestión que no fue señalada ni percibida por las mujeres:

—Ahora, ¿cómo se dieron cuenta que dejaron de ser niños?
—Por los cambios físicos y la forma de pensar y de actuar.
—En el momento en que ya tienes palabra en tu familia [...] cuando eres adolescente ya tienes más voz [...] ya puedes decidir (EG/3V: 47-57).²²³

Como puede apreciarse, en el caso de los varones, la entrada a la adolescencia parece marcar más claramente la adquisición de ciertos *derechos y libertades*.²²⁴ En esta etapa también cobra especial relevancia el ser popular, característica que en

²²² Diversos estudios sugieren que "la adolescencia -en el sentido amplio de la palabra -es el período en que por excelencia la masculinidad aparece, se construye, se aprende y se ajusta" (Aguirre y Güell, 2002: 41).

²²³ Entrevista Grupal/ 3 varones participantes, líneas 47 a la 57

²²⁴ Esto concuerda con lo sugerido por el estudio de Aguirre y Güell (2002), en donde señalan que para los jóvenes parte del hacerse hombre y dejar atrás la niñez involucra el "derecho a hacer nuevas cosas" y el derecho a no ser controlado por los demás.

el caso de los varones se construye en torno a la noción del poder que en opinión de estos jóvenes se manifiesta en la posibilidad de mandar y ser obedecido:²²⁵

- En la adolescencia se maneja el popularismo, o sea, ser popular,
- Es que a veces como que se le dan muchas vueltas al grano, quién es más cabrón y quién es más pendejo.
- Sí, es que es la verdad.
- Eso, ¿qué significa?
- Es decir, el que manda y el que dirige [...] y el cabrón es cabrón porque el pendejo quiere, el segundo es el que le va a seguir (EG/3V: 70-78).

Estos testimonios señalan cómo en la constitución de la masculinidad juega un papel importante el hecho de mandar y ejercer poder, acción y noción que divide simbólicamente, aun a los varones, entre los “pendejos” y los “cabrones”. Esto puede estar vinculado con la construcción y representación social de la identidad masculina, en la que (contrariamente a la identidad femenina) una de las expresiones de una masculinidad exitosa es el no ser un subordinado (lo cual además los ubicaría del lado de las mujeres). A diferencia de las mujeres, que en general consideraron el ser mujer como una desventaja, con repercusiones en distintos aspectos de la vida (y que aún relacionaban el ser mujer con el sufrimiento). Los varones tendieron a señalar el “ser hombre” como una posición más ventajosa reconociendo que, socialmente, el “ser hombre” representa en mayor o menor medida un privilegio porque el machismo los ubica en una posición en la que el hombre puede más que la mujer.

Este “poder más” que la mujer, se expresa en diferentes ámbitos de la vida social. Uno de ellos es la movilidad en términos de los permisos para salir e ir a fiestas, en el cual aparece claramente una diferenciación por género. Un joven de 15 años comentaba:

- A mi hermana la suprimen más, a ella le ponen una hora y a mí me dicen “no llegues tan tarde”.
- ¿Y por qué crees que será eso?
- Porque es mujer, desde que no se sabe cuidar sola, no se sabe defender, no se sabe cuidar sola, por ejemplo, pones el caso de violación (H14: 450-463).

Lo anterior se relaciona y tiende a ser justificado socialmente con la percepción generalizada de una mayor vulnerabilidad (una mayor probabilidad de peligros) biológica y social, que origina que las mujeres tengan que cuidarse más. Implícitamente, hace referencia al acoso por parte de los varones, al que social-

²²⁵ A partir de diagnósticos participativos con varones de sectores diversos, De Keijzer (1999) señala que las características esenciales de lo que define a un hombre tienden a ser: 1) ser jefe, 2) ser trabajador y proveedor, 3) ser fuerte/arriesgado/valiente, 4) ser mujeriego.

mente son sometidas las mujeres y frente al cual se espera que las mujeres resistan y se defiendan. Al respecto, distintos testimonios y estudios (Bayardo, 1997; Fine, 1999; Rodríguez, 1999; Figueroa, 2001a) sugieren la importancia del papel de diversos discursos sociales diseminados en distintos ámbitos: la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc.

La otra cara de la manzana: "ella (la mujer) es la que la lleva"

Probar continuamente que "se es un hombre" es un trabajo que se tiene por delante, ya que sin bien la hombría es un mandato absoluto, nunca está probada de modo definitivo; su producción es una transición entre la no hombría y la hombría (Aguirre y Güell, 2002). Como ya se ha expuesto desde el capítulo anterior, los aspectos vinculados con la salud parecen ser un asunto de mujeres: desde la prevención, la procuración de cuidados, mientras que el papel del hombre en la salud y en diversos aspectos de la esfera privada se reduce principalmente a la provisión económica. Pero, ¿por qué para los varones es tan importante la figura de proveedor económico?, ¿a qué se debe la poca atención que los varones prestan a sus síntomas de enfermedad?, ¿cómo hablan de la salud-enfermedad los varones de este estudio?, ¿interpretan de forma similar los eventos relacionados con su salud-enfermedad los hombres y las mujeres de la población de estudio?, ¿sufren los mismos padecimientos?, ¿existen cuestionamientos a estos sucesos?

Diversos estudios revelan que existen variaciones significativas en el modo en que la gente de diferentes grupos sociales habla de la enfermedad (Radley, 1993; Blair, 1993).²²⁶ Se considera que la forma en la que la gente expresa lo relativo a la salud-enfermedad ubica a este proceso en un contexto específico, en donde adquiere relevancia examinar los recursos lingüísticos que la gente dispone y usa para expresar el sufrimiento involucrado en este proceso, dado que éste tiene un origen eminentemente social. En consecuencia, se parte de considerar que tanto el género como las condiciones objetivas de vida²²⁷ son dos variables centrales en la construcción de significados en torno a la sexualidad y la salud.

En general, al igual que entre el grupo de mujeres parecen no existir diferencias significativas en torno a lo que se concibe por salud entre la población de varones entrevistados, tampoco en lo referente a los mandatos de quién debe preocuparse y encargarse de proporcionar los cuidados cuando una persona se enferma. Como en los testimonios de las mujeres, la responsabilidad y la obligación de los cuida-

²²⁶ El sistema de clases afecta significativamente la distribución social de conocimiento lo cual se refleja en las experiencias y la forma de comunicar el dolor (*distress*) encontrados en personas pertenecientes a diferentes grupos sociales (Blair, 1993).

²²⁷ Este estudio contempla un grupo relativamente homogéneo (económica y socialmente hablando). Sin embargo, debido al muestreo intencional realizado, fue factible incluir en el estudio en profundidad participantes con una combinación diferente en las variables que, se consideró, jugaban un papel central en la construcción de significados de la salud y la sexualidad.

dos en torno a los procesos de salud-enfermedad de todos los integrantes del hogar tiende a recaer en figuras femeninas, principalmente en la madre:

—¿Cuándo alguien se enferma en tu casa, quién es la persona que se encarga de cuidar a la persona enferma?

—Mi mamá, es la que nos apapacha²²⁸ a todos, la que nos cuida (H13: 439-442)

—(Mi mamá) me dio unas pastillas que, que bueno, me las tomé y no me hicieron efecto [...] y en el día siguiente, se me subió la calentura y en la noche me tuvieron que llevar al hospital (H13: 9-55).

Como puede apreciarse, los testimonios señalan que la primera atención o cuidado que se recibe en materia de salud es de la madre, lo cual no descarta la posibilidad de que posteriormente se busque atención médica (dependiendo del desarrollo del padecimiento), y que continúe siendo la madre (en la mayoría de las veces) la responsable de tomar las decisiones en torno a las cuestiones de salud y sus cuidados. Es notorio que en algunos testimonios se empieza a mencionar la posibilidad de valerse por sí mismos ante la enfermedad. Un chico de 15 años comentaba:

—Generalmente cuando te enfermas, ¿alguien te cuida?

—Mi mamá [...] me da atoles o pan, me da... o sea me trata como si ya me fuera ir de aquí, me da de todo... bueno yo siento que a la vez está bien pero a la vez no, porque cuando ella no esté, no, no, no voy a tener lo mismo, o sea que tengo que valerme por mí mismo, o sea que yo tengo que hacerme lo que sea que es mejor para mí (H:13: 30-40).

En el testimonio anterior se aprecia un cuestionamiento que surge a partir de la posible ausencia de la proveedora de cuidados (la madre) y en donde el joven señala la posibilidad de ser él mismo el que en algún momento se procure los cuidados necesarios. Sin embargo, en la mayoría de los testimonios aportados, tiende a ser la madre la figura señalada por los varones como la que se encarga y tiene la obligación de cuidar a las personas durante su convalecencia, es decir, es “la que la lleva”:

—En tu casa, ¿quién es la persona que se encarga de cuidar a las personas enfermas?

—Mi mamá... mi mamá siempre que se enferma mi hermano, cualquiera de mis dos hermanos, ella es la que la lleva, porque nos debe de cuidar porque ahorita mi papá no está [...] ella es la que ve por nosotros, bueno mi papá nos manda dinero y todo, pero la que ahí está en el momento es mi mamá, es la que nos está cuide y cuide siempre (H15: 89-101).

Pero, ¿cómo interpretan los varones este fenómeno?, ¿a qué responde este hecho desde su visión?, ¿cuáles son las razones y las explicaciones que dan al respecto?

²²⁸ Frase idiomática que hace referencias a consentir, atender, cuidar, mimar.

En primera, este hecho (al igual que en las mujeres) parece ser explicado a partir de una “supuesta” disponibilidad de la madre (las mamás en general no trabajan, y/o siempre están ahí):

—En general, en tu casa, cuando alguien se enferma ¿quién es la persona que se encarga?

—Pues los dos pero como mi papá trabaja, [...] en mi casa, es porque el mayor tiempo está mi mamá, [...] en mi caso es los dos nada más porque no está disponible todo el día (el papá) (H11: 102-119).

—¿Por qué será que generalmente son mujeres las que cuidan a los enfermos?

—Pues no sé la verdad, pues es que... yo pienso que el hombre está más atendido a ella, a la mujer, porque pues precisamente sabe que debe de ser así o porque es así, no porque deba de ser así, sino porque es así. Sabe que ella es la que va a cargar con las obligaciones y con todo eso, él solamente da un apoyo pero la mujer es la que lleva a cabo todo (H12: 68-79).

Como puede observarse en los testimonios anteriores, el trabajo doméstico pasa esencialmente desapercibido (las mamás no trabajan) y cuando éste es percibido tiende o bien a verse como una obligación femenina o a idealizarse por la transferencia sobre terrenos espirituales, morales o afectivos que facilitan su carácter no lucrativo y desinteresado (Bourdieu, 2000). Esto puede ser apreciado en el siguiente relato, aportado por un joven de 15 años:

—¿Por qué será que sea tu mamá (en este caso) la que se encargue de la persona enferma?

—Bueno, yo siento que es, que tiene su derecho a cuidarnos, bueno tiene derecho a cuidarnos, somos sus hijos, no sé, pero yo siento que es por el amor que nos tiene, nos quiere mucho (H13: 449-457).

El atender y cuidar a los otros puede percibirse como un derecho (¿será una oportunidad de tener existencia?) otorgado a las mujeres y en la cotidianidad generalmente se da por sentado que estos cuidados son un deber que se asigna automáticamente a la madre. En los relatos aportados por estos jóvenes se ve una vez más la asignación de roles y espacios de acción claramente diferenciados por género, en donde la figura del proveedor económico, relacionado con la esfera pública, se asigna al padre; mientras que la especialización de la mujer como cuidadora de otros, en la esfera privada, se asigna a la mujer. Esta segregación espacial y funcional facilita la práctica y la reproducción del sexismo normando identidades masculinas y femeninas (Izquierdo, 2001).²²⁹

²²⁹ “El sexismo es un sistema de clasificación y, por tanto, de exclusión y discriminación de las mujeres, y el patriarcado es un modo de producción y recuperación de las fuerzas vitales que reproduce la clasificación por sexo y edad. El medio natural del sexismo es el patriarcado” (Izquierdo, 2001:24).

4.1.2 La mujer y los demás: del derecho a la resignación

Como se pudo percibir, en los testimonios de los jóvenes aparecen ciertos roles y estereotipos en los que se nota claramente la transmisión de valores y mandatos intergeneracionales asociados con el modelo del padre o patriarca tradicional. Este modelo está conformado por varias imágenes y mandatos. Una de las imágenes que más aparecieron fue la de la figura paterna relacionada predominantemente con la provisión económica. Un joven de 17 años comentaba:

—Para mí el deber de un marido es mantener la casa (H15:1525-1526).

Como otros estudios sugieren (Aguirre y Güell, 2000; Figueroa, 2002), la imagen de provisión del varón en el mantenimiento de la casa es predominantemente económica. Esta imagen del hombre como proveedor económico parece ayudar a mantener y definir el par hombre /trabajo-mujer /casa. Una segunda imagen es la que presenta al hombre como incompetente e incómodo al entrar en terrenos “femeninos”, que comprenden una amplia diversidad de tareas domésticas como son: el cuidado de los niños o enfermos (De Keijzer, 1999; Sabo, 2000). Bastante ilustrativo al respecto resulta el siguiente testimonio aportado por un joven de 17 años:

—¿Por qué será eso de que tu mamá es la que se encarga de los cuidados de la persona enferma?

—Bueno yo digo que porque...en primera ella es la que pasa más tiempo con nosotros [...]...porque ella es la que lo sabe hacer, yo no me imagino a mi papá cuidándonos a nosotros cuando estamos enfermos, como lo hace mi mamá.

—¿Por qué no te puedes imaginar a tu papá cuidándolos como lo hace tu mamá?

—...En primera porque nunca lo ha hecho, o sea sí nos cuida, pero así cuidarnos a fondo no, porque no lo sabe hacer...pues sí yo digo que no lo sabe hacer [...]...pues porque nunca lo ha hecho, nunca ha cuidado a un enfermo así como mi mamá... porque él nunca está en la casa y por lo mismo grandes cosas sobre el hogar, pues no sabe (H16r: 61-90).

Como pudo apreciarse en el testimonio anterior, resulta difícil de imaginarse al padre proporcionando cuidados (es decir, compartiendo roles que se han naturalizado como femeninos, o lo que aún es más, como maternales).²³⁰ Esta asignación tanto de la esfera doméstica, como del cuidado de los enfermos a las mujeres-

²³⁰ Este hecho social ha sido nutrido con elementos provenientes de diferentes fuentes, una de ellas lo constituye el “instinto maternal”. Un lugar preponderante al respecto lo ha jugado la psicología. A principios del siglo pasado, el psicoanálisis asumió el papel que hasta ese momento había afrontado la ginecología decimonónica: buscar las raíces de la domesticidad de la mujer en el fondo de la biología. Es así que, el instinto maternal fue un descubrimiento del psicoanálisis: “El comportamiento maternal -declaró el psicoanalista Therese Benedek está regulado por una hormona pituitaria” (Ehrenreich y English, 1990: 248).

madres tiende a ser justificada, debido a que “las mamás son las que saben y tienen más experiencia” cuidando enfermos:

—¿Quién es la persona encargada de cuidar generalmente a los enfermos?

—Mi mamá... mi mamá siempre

—Y ¿por qué crees tú que será tu mamá la que se encarga?

—Porque ella sabe, o sea en nuestro caso que somos sus hijos, ella sabe lo que hemos padecido, porque sabe qué darnos, o sea puede o está más orientada porque ya lo sufrió con sus otros hijos... ¿no?, pero se puede decir que ya tiene conocimientos (H14: 124-132).

—¿Pero por qué serán las mamás las que se hacen cargo?

—Pues es que tienen más experiencia ¿no?, son las más... a lo mejor también mi papá, pero no tan específico como mi mamá (H11:155-159).²³¹

Es preciso señalar que la asignación del mantenimiento y la satisfacción de necesidades de la esfera doméstica incluye no sólo el cuidado de enfermos, como se verá en el siguiente punto.

4.1.3 De los haceres y quehaceres: la mujer y la resignación

Estábamos chiquitos yo me fijaba que mi mamá hacía la comida, lavaba los trastes, barría, lavaba la ropa, planchaba la ropa de mi papá, iba a comprar, yo digo, no sé cómo le hacía ¡y nos cuidaba a nosotros aparte [...]. no, es lo que yo nunca he entendido, ¿cómo le harán?

(H14: 358-368).

Como se vio anteriormente, los varones colocaron claramente la separación de la esfera pública y privada, correspondiendo básicamente a las mujeres resolver la satisfacción de las necesidades en la segunda. Aunque en general tiende a percibirse que las cosas están cambiando, todavía tiende a justificarse la poca o nula participación de los varones en las labores domésticas. Al respecto, resulta particularmente relevante el relato aportado por un joven, en el que se lleva al extremo la naturalización de la asignación de las labores domésticas a las integrantes femeninas del hogar, ya que éstas son vistas como una obligación que salva a las mujeres del aburrimiento cotidiano de no tener nada que hacer, presentando las labores domésticas como una forma (una especie de oportunidad para las mujeres) de desaburrirse y ocuparse:

²³¹ En general, se considera que las mujeres (las madres en este caso) tienden a ser “más nerviosas” o más “preocupadas” que los hombres (padres), lo que las hace más proclives a cuidar de los demás.

- ¿Quién es la persona o personas que se encargan de hacer las labores domésticas?
—Ella (mi mamá) y mis primas
—Y ¿por qué será eso de que generalmente las mujeres son las que se encargan de las labores domésticas?
—Yo siento que, para desaburrirse, porque bueno en mi casa es muy aburridísimo, no pasa nada, [...] y ella (la mamá) prefiere tener limpia la casa, que estar así.
—Entonces, ¿tú crees que se aburren las mujeres ahí?
—Yo digo que sí, porque no tienen nada que hacer, y como a mi mamá no le gusta estar sentada, prefiere lavar los trastes o hacer algo que estar sentada viendo la tele, no le gusta tener la casa sucia, y a mi prima pues tampoco [...] y entre las dos tienen la casa limpia (H13: 475-494).

En el relato anterior se presenta una visión en la que la existencia de las mujeres parece adquirir sentido a partir de servir a los otros. Sin embargo, sobresale que dentro de los testimonios aparecen ya referencias que indican que esta distribución y asignación de labores obedece a un origen social, responsabilizando al machismo:

- Como que hay mucho machismo todavía, pues hay mucho machismo aquí, yo creo, que si barres que si trapeas, que si esto, eres un mandilón “ya no eres hombre” (H15: 1514-1520).

En este testimonio, como en otros, se hizo referencia explícita o implícitamente a la normatividad social desde la cual se asignan determinados roles y espacios definidos a partir de un hecho biológico (ser hombre o mujer) y que adquiere una dimensión social al dividir comportamientos y espacios de acción en masculinos o femeninos. Esta normatividad social es expresada de distintas formas y es transmitida por medio de mandatos, mediante los cuales se presiona socialmente a los varones a comportarse como hombres. En consecuencia, todavía se aprecia en los testimonios de estos jóvenes cierto grado de estigmatización social hacia los varones que asumen un rol más participativo en la esfera doméstica, lo que puede provocar burlas y la estigmatización de “ser un mandilón” o, aún más, poner en duda su virilidad, colocándolos en el rubro de los que “ya no son hombres”. Esta separación de los espacios sociales que asigna determinados roles que designan que lo masculino es la esfera pública (vinculada con actividades productivas), que lo de ellos es el trabajo, contribuye a justificar el poco tiempo y participación de los padres en el hogar. Lo anterior (en opinión de varios de los entrevistados) ocasiona que los padres no sepan realizar actividades domésticas, por lo que éstas se convierten en un “asunto de mujeres”. Ilustrativo es el siguiente relato, aportado por un joven de 17 años, sobre lo difícil que le resultaba imaginar a su padre realizando labores domésticas:

- ¿Y por qué no te lo puedes imaginar cocinando o haciendo grandes cosas sobre el hogar?

—Pues porque no es tan, tan apegado a ello, o sea le choca hacer de comer, le choca hacer... todos los quehaceres del hogar, no le gusta, no, no, lo de él son sus negocios [...]

—¿Y a tu mamá le gustará?

—Pues yo digo que no mucho porque ¿a quién le va a gustar estar ahí?, haciendo el quehacer y la comida, pero como que se resigna más a hacerlo [...]

—¿A qué te referías con que se resigna?

—Pues no sé, que ella sabe que ella lo tiene que hacer... que si no lo hace ella no se hace. (H16r: 90-101).

Pese a lo antes mencionado, en diversas ocasiones se percibe que en los discursos y aun en las prácticas se están empezando a vislumbrar ciertos cambios respecto a estas normatividades, existiendo testimonios en los que se cuestiona esta distribución desigual de las labores. Por ejemplo, el mismo joven del relato anterior comentaba:

—¿Y por qué crees que sea ella la que lo “tenga que hacer”?

—Bueno, mi papá... no es que no lo tenga que hacer, simplemente no lo quiere hacer... no es que no lo pueda o no lo tenga que hacer, porque se supone que le tendría que ayudar... pero no lo hace.

—Más adelante, si formarás una pareja, ¿mantendrías esta distribución de las labores domésticas?

—No, no creo, más bien dicho no, porque hay muchas cosas en las que mi papá no le ayuda a mi mamá... él se tendría que hacer un poquito más cargo... de la educación de nosotros y él sin embargo se lo deja a mi mamá, mi mamá es la que sabe si vamos a la escuela, la que sabe de permisos, mi mamá es la que todo... yo opino que deberían de ser ambos, porque somos hijos de ambos, no nada más de mi mamá (H16r: 113-132).

Como se aprecia en el relato anterior, empiezan a aparecer “quiebres” discursivos en relación con los roles tradicionales asignados al varón y a la mujer. Sin embargo, en general continúa existiendo y predominando la noción de que la ayuda del varón en la esfera doméstica es la de fungir de apoyo /ayuda adicional y no se presenta esta participación como una obligación:

—Mi mamá tiene mucho apoyo por parte de mi papá, mi mamá cocina, mi papá lava los trastes (H12: 429-431).

Al respecto, algunos estudios sugieren que en la reproducción de este fenómeno juegan un importante papel la educación y la socialización que se recibe al interior del núcleo familiar, debido a que existen toda una serie de mecanismos que tienden a promoverlo y reproducirlo. Uno de sus principales mecanismos de reproducción lo constituye la repartición de las actividades domésticas (cuando se llega a dar) entre los miembros del hogar (principalmente entre la descendencia); ya que esta división sexual del trabajo al interior de la familia tiende a ser diferencialmente distribuida a partir de su definición (si es una actividad considerada como masculina o femenina) y dependiendo si se trata de un hijo varón o una hija mujer:

—Mi mamá, pues, a mí me dice “no, tú na’más lava los trastes” y a mi hermana le dice “no, como tú ya sabes algo”, o sea ponle es mujer ¿no? “no pues tú hazte el quehacer y haces la comida” (H14:286-291).

—¿Quiénes son las personas que se encargan de las labores domésticas en tu casa?
—[...] Mi mamá y mi hermanita, es más, o sea, la que me tiende la cama es mi hermanita “te tendí tu cama, te arreglé tus cosas” hasta me siento mal, como que ella... no sé, no sé que tengo que no me gusta así... creo que no me, no me lo han inculcado así desde chico así de “tú tienes que hacer esto” (H11: 294-311).

En este relato aparece un mecanismo más de reproducción de este orden: a las integrantes femeninas del hogar se les enseña y obliga (la mayor parte de las veces explícitamente) a participar constantemente en el mantenimiento del hogar, repartiéndose (en muchas ocasiones) solamente entre mujeres las labores domésticas cotidianas. Por su parte, en general, a los varones no se les inculca la participación en las labores domésticas ni se les presentan como una obligación, en tanto se hacen si se quiere y su participación tiende a ser extraordinaria. Resalta también la tendencia a la naturalización de este fenómeno por parte de los varones; el que las mujeres sean las que realicen el trabajo doméstico, en ocasiones es relacionado con un gusto especial por este tipo de trabajo. En este contexto, sobresale un testimonio aportado por un joven de 17 años, en el que se indica cómo la educación al interior de la familia moldea la percepción de la responsabilidad en torno a la participación de los varones en la esfera doméstica:

—¿En general, quiénes se ocupan de hacer las labores domésticas en tu casa?
—Este, como mis papás trabajan todo el día [...] mi mamá está todo el día en el trabajo, y mi papá...también, los dos, pero tenemos una señora que nos ayuda entre semana se encarga del quehacer [...] y sábados y domingos... pues ya estamos nosotros y entre todos hacemos el quehacer, [...] el fin de semana todos nos ponemos a colaborar ahí... pero nosotros somos medio flojos para eso, no estamos acostumbrados...[...] y entonces no me gusta que me manden, a lavar trastes, ni nada, pero todos lo hacemos, todos lo hacemos aunque no nos guste, lo tenemos que hacer.
—Por ejemplo, en el dado caso que tú más adelante formarás una familia o una pareja, ¿mantendrías esta distribución de las labores domésticas?
—¡Ah claro que sí! Porque mi mamá siempre nos ha enseñado desde chicos que todos tenemos que trabajar...y a ella siempre le gusta tener la casa muy ordenada, es muy exagerada, le gusta que todos colaboremos, que uno haga esto, que uno haga lo otro y así terminamos más rápido... y yo pienso que cuando yo forme una familia, voy a ser igual, [...] y es lo que siempre nos ha enseñado mi mamá a colaborar entre todos, y eso haría yo cuando me casara (H17: 504-544).

El testimonio anterior parece indicar, como lo han señalado ciertos estudios (De Keijzer, 1999), que en determinados contextos (sobre todo en el medio urbano) se están planteando transformaciones al interior de la familia que señalan y abren espacios para cierta equidad. En los cambios asociados a estos fenómenos están

involucradas diversas variables que son indicadores de la complejidad de los mismos. En un estudio realizado al respecto, Riquer y Tepichín (2001) han señalado que en la familia los recursos económicos son sólo uno de los factores involucrados en la lógica de reproducción social de las desigualdades de género,²³² ya que en estas desigualdades intervienen e interactúan varias instancias y dimensiones de distinta índole (cultural, social, etc.), por lo que se dificulta establecer generalizaciones al respecto.

4.2 Varones, salud y juventud

¿Existen diferencias en la manera en que hablan de salud-enfermedad los varones y las mujeres participantes en este estudio?, ¿qué enfatizan?, ¿qué dejan de lado?, ¿reaccionan de la misma manera ante los síntomas?, ¿cómo los expresan?, ¿existe una percepción de riesgo entre estos jóvenes?

Si bien la enfermedad es un evento considerado como individual, éste se desprende de ciertos umbrales establecidos por la sociedad que convierten el estado de la salud (estado equivalente a la “normalidad”-“productividad”) e integración social, en otro estado: la enfermedad, estado generalmente asociado con el desequilibrio y el desorden (Sindzingre, 1995). La autopercepción de enfermedad se lleva a cabo en un marco sociocultural específico, en donde existe un consenso entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él (conocimiento socialmente compartido). Es decir, está socialmente definido qué señales o síntomas se consideran normales y cuáles anormales. Esta definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas, introduciéndolas en patrones reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean, haciendo posible tanto la rotulación y definición social de la enfermedad como el establecimiento de los marcos de acción e interacción a seguir (Di Silvestre, 1998). En este contexto, resulta relevante preguntarse por la compleja relación entre el género y la salud como un binomio que se expresa no sólo en diversos arreglos sociales y prácticas, sino también en lo que se nombra y cómo se le nombra, así como en lo que se deja de nombrar, en tanto esto puede arrojar información en torno a algunas de las manifestaciones de esta compleja relación en el grupo de estudio.

La salud y la actividad

En general, al igual que entre el grupo de mujeres, no se presentan diferencias significativas en torno a lo que se concibe por salud entre la población de varones

²³² Riquer y Tepichín (2001) señalaron que las tasas de participación en el trabajo doméstico siguen siendo predominantemente femeninas y centradas principalmente en torno a la figura de la madre.

entrevistados. Al igual que en el grupo de mujeres, y como han señalado otros estudios (Pierret, 1993), los varones tendieron a hablar de salud en términos de lo que se puede hacer (productividad y normalidad) y de la energía de la que se dispone para realizar las actividades cuando se está sano:

—¿Cómo sabes cuándo estás sano?

—Porque hago cosas que no hago cuando estoy enfermo, tengo toda mi energía al cien por ciento, ganas de hacer las cosas (H16: 19-22).

—Ando más activo, hago todas mis, todas las cosas que tengo que hacer en el día las hago, me siento mejor, pues ya no me duele nada (H11: 60-64).

Es decir, como ya han sugerido otros estudios (Pollock, 1993), la salud es definida en términos funcionales y no necesariamente a partir de la ausencia de enfermedad. En consecuencia, como en el caso de las mujeres, la enfermedad se tendió a vincular con una disminución en las capacidades individuales para realizar las actividades cotidianas, lo que generalmente se vinculaba con un estado de cansancio o decaimiento:

—En general, ¿cómo sabes cuando estás enfermo?

—Me siento como que con menos fuerza, con menos ganas de hacer las cosas, no me siento igual que cuando estoy bien, me siento más débil (H17: 21-24).

—¿Cómo te sientes cuando estás enfermo?

—Agotado, sin ganas de hacer nada (H16: 29-32).

Resalta que también entre los varones entrevistados apareció la tendencia a establecer una relación entre la salud-enfermedad y el estado de ánimo, en donde la salud se tiende a vincular además con “estar alegre” y “fuerte”:

—¿Cómo sabes cuándo estás sano?

—[...] Cuando estamos sanos yo pienso que estamos muy bien anímicamente cien por ciento de salud, andamos alegres, andamos con fuerzas, con energías, con ganas de hacer las cosas (H17:28-31).

En el caso de los varones, la fuerza adquiere además otra connotación que se vincula con la construcción de la masculinidad, porque ser fuerte es un mandato básico de la misma, mandato que se expresa en distintas dimensiones (actitudinales, corporales, de personalidad, etc.), como podrá ser apreciado en los siguientes apartados.²³³

²³³ Por mandato se entiende “el discurso social o grupal imperativo que responde a la pregunta ¿qué es ser hombre” (o mujer) (Aguirre y Güell, 2002).

4.2.1 Los síntomas: "me siento [...] desorientado de las demás personas"

Como ya se ha mencionado, existe una definición social y cultural (socialmente compartida y aprendida por medio del proceso de socialización)²³⁴ de los síntomas de enfermedad en cada contexto sociocultural. En consecuencia, la percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de la interacción de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, de tal modo que sentirse enfermo está fuertemente influido por la cultura (Kleinman, 1978).²³⁵ En el marco anterior resulta significativo preguntarse: ¿Cómo saben cuando están enfermos?, ¿qué síntomas o cambios les resultan significativos?, ¿qué síntomas se encuentran más cercanos a sus vivencias?, ¿cómo son expresados?, ¿son diferentes/similares de los percibidos por las mujeres?, ¿a qué se pueden deber estas diferencias?

Depresión, tristeza y cambios de ánimo

Al igual que en los testimonios de las mujeres, se percibe una vinculación entre el estado de ánimo y el estado de la salud-enfermedad. Por ejemplo, un joven de 17 años comentaba:

- ¿Y cómo sabes cuándo estás enfermo?
- [...] Porque mi ánimo empieza a decaer (H17: 21-22).

Es preciso recalcar que la depresión y la tristeza no aparecen con la misma frecuencia e intensidad que en los relatos aportados por las mujeres (lo cual se vincula con mandatos de masculinidad de fortaleza física y emocional, por ejemplo). Por su parte, las referencias a los cambios de humor,²³⁶ presentes en los relatos de las mujeres, están ausentes en los testimonios vinculados con la enfermedad entre los varones. Esto puede estar relacionado con que socialmente existe una menor predisposición de los varones a prestar atención a sus cambios de ánimo (al contrario de las mujeres, a las que se les enseña que los cambios de ánimo y humor son parte de la naturaleza femenina). Aunque tanto en varones como en mujeres existe la tendencia a mostrar cierta preferencia por las explicaciones psi-

²³⁴ Es por medio de la socialización que se enseña a las personas acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad. Se entiende aquí la socialización en el sentido parsoniano, como "el complejo total de procesos por medio del cual que las personas se convierten en miembros de la comunidad societaria y mantienen su posición como tales" (Parsons, 1974:27).

²³⁵ Diversos estudios epidemiológicos han mostrado como distintos síntomas existen permanentemente en poblaciones normales sin causar enfermedad. Esto ha aportado argumentos para sustentar el hecho de que el conocimiento médico no es sólo la lectura de síntomas, sino un proceso de construcción de enfermedad como una situación social marcada por la desviación (Herzlich, 1995).

²³⁶ Resulta también pertinente señalar que, en general, los y las entrevistados(as) tendieron a establecer una diferencia entre cambios de ánimo vinculados con estar triste o alegre y cambios de humor relacionados con el estar de buenas o de malas.

cológicas (con relación a las causas de las enfermedades) y a psicologizar la enfermedad, esta tendencia se presenta con más frecuencia en el caso de las mujeres. Al respecto, Blaxter (1999) señala que esta psicologización de la enfermedad brinda la posibilidad de ubicar la enfermedad más bien en el entorno y no dentro de los propios cuerpos de las personas. Sin embargo, se torna relevante preguntar sobre las razones para que este fenómeno se dé más entre mujeres que entre varones. Una posible explicación a esto²³⁷ es que las mujeres pueden estar percibiendo el entorno social como más agresivo que los varones. Lo cual puede ser resultado de la combinación de distintos condicionantes y desigualdades de género que colocan a las mujeres en posiciones de desventaja y subordinación respecto a los varones, lo que se refleja en el modo como hablan y experimentan la enfermedad.²³⁸

4.2.2 La "desorientación social"

Al igual que en el caso de las mujeres, la enfermedad aparece como un evento que en sus consecuencias (y vivencias) no es meramente biológico, sino también social, ya que trastoca la "normalidad" de las relaciones sociales. Coincidiendo con lo encontrado en los testimonios de las mujeres, sobresale que la enfermedad se exprese en el terreno de lo relacional, en tanto dificulta la interacción social. Resulta sobresaliente el siguiente relato, aportado por un joven de 15 años que en cierta manera expresa el "desorden" que causa la enfermedad no sólo en términos físicos, sino en términos sociales, y que indica además implícitamente la noción de exclusión social (como síntoma y consecuencia) de la enfermedad (o por lo menos la obligación de adoptar el rol del enfermo):

—¿Y cómo sabes cuando estás enfermo?

—Porque me siento deprimido, me siento triste, cansado y desorientado de las demás personas.

—¿A qué te refieres con desorientado de las demás personas?

—Igual no las puedo comprender, no me puedo llevar bien con ellas, no los puedo ver porque a lo mejor me exalto, me pongo triste, hay algo pues que no (H10: 26-31)

En este testimonio se muestra que los estados de enfermedad acompañados de depresión, tristeza o exaltación (la enfermedad sugiere un estado de ánimo alterado, fuera de lo "normal") tienden a provocar desorientación, la cual es percibida y expresada en el ámbito de lo relacional. Es decir, cuando uno se enferma se "desorienta de las demás personas", por lo que "sentirse amenazado por una enfermedad y crecer con ésta puede provocar que un individuo se sienta aislado de los

²³⁷ Esto será retomado y analizado con más profundidad posteriormente.

²³⁸ Sin embargo resulta interesante que, como vimos en el capítulo anterior, los cuerpos de las mujeres son percibidos como causantes de sufrimiento, por lo que este fenómeno se complejiza más.

otros y de todo lo que representa su vida social” (Augé, 1995:24).²³⁹ Así, estar enfermo es considerado no poder cumplir con las expectativas, funciones y roles asignados socialmente, al tiempo que durante este evento (la enfermedad) el individuo es disculpado y convidado a asumir el rol del enfermo para reestablecerse y reintegrarse lo más pronto posible a la “normalidad”.

Ausencia de apetito

Emergió también como indicador de enfermedad entre varones la ausencia de apetito. Resulta relevante que ninguna de las mujeres entrevistadas en sus relatos mencionó la ausencia de apetito como señal o síntoma de enfermedad. En cambio, entre varones aparece como uno de los indicadores clave de que algo anda mal. Al respecto, unos jóvenes comentaban:

—Generalmente cuando te enfermas, ¿cómo sabes que estás enfermo?

—[...] Los síntomas, me empiezo debilitar, no quiero comer, nada más tengo ganas de estar acostado y ni acostado me siento bien, me empieza a doler la cabeza... y así (H11: 53-58)

—¿Y qué sientes cuando estás enfermo?

—Siento no agotamiento, sino falta de energía... como que así dejo de comer, como que se me va mi vida (H14: 13-15).

Si bien la falta de evidencia y la poca exploración de este tema no permiten dar una explicación completa, los testimonios aportados permiten hipotetizar al respecto. Como puede apreciarse en los dos testimonios antes expuestos, la falta de energía y la debilidad aparecen relacionados con el dejar de comer. Esto parece indicar que este fenómeno puede estar relacionado con la construcción de las identidades genéricas. Ser fuerte es un mandato básico de masculinidad, que incluye tanto al cuerpo como la manera en que los hombres se relacionan con otras personas, con el entorno y con diversos aspectos de la vida cotidiana (Aguirre y Güell, 1999; Liendro, 1996).²⁴⁰ Sin embargo, la base del mandato lo constituye el cuerpo fuerte, convirtiéndose éste en medio y símbolo de masculinidad (fortaleza que se presenta socialmente de origen biológico). En este contexto, el cuerpo masculino supone una mayor resistencia (contrario al cuerpo de la mujer, que tiende a ser vinculado con la fragilidad, la delicadeza, etc.), por lo que además de la enfermedad, el no comer se presenta como un recurso adicional para explicar (ante sí mismo y ante los demás) la debilidad presente en sus cuerpos

²³⁹ “By feeling illness threatening and growing within him, and individual can feel cut off from others, from everything which makes his social life” (Augé, 1995:24).

²⁴⁰ A partir de un estudio realizado con varones en un barrio obrero de la ciudad de México, Liendro (1996) señaló que la sexualidad y la violencia son dos dimensiones para el aprendizaje de la masculinidad hegemónica, ambas relacionadas imaginaria y físicamente con el cuerpo.

durante los estados de enfermedad. Quizá a esto responda que a la debilidad en sus testimonios tienda a acompañársele, como se pudo apreciar en los testimonios anteriores, con la ausencia de apetito.

Varones y el *uso de metáforas*

Como ya han señalado estudios similares realizados en otros contextos (Castro, 2000), en esta población resalta el uso de metáforas para referirse a aspectos vinculados con la salud y la enfermedad. Si bien las mujeres tienden a *explayarse* más en la descripción de sus síntomas y a usar metáforas con mayor frecuencia, los varones también lo hacen. Por ejemplo, un joven de 15 años comentaba:

—¿Cómo te diste cuenta que estabas enfermo?

—[...] Me sentía cansado, me dolía la cabeza... estaba muy caliente... o sea, no sé, me sentí mal, sentía como si estuviera algo deteniéndome a mí, como que... como si estuviera enfermo pues (H10: 17-21).

La frase “sentía como si estuviera algo deteniéndome a mí” expone una cuestión que sobresale en las entrevistas de los varones: la vinculación entre la salud y la libertad. Esto puede relacionarse con el hecho de que para los jóvenes una de las pocas restricciones que tienen, por ejemplo, para salir (de movilidad), lo representa el estado de su salud:

—Y cuando estás sano, ¿cómo te sientes?

—Libre, libre de todo lo demás... de las enfermedades, los problemas, las causas, la gente, la sociedad, todo de todo (H10: 22-24).

—[...] Luego mi mamá ahí con el chorote²⁴¹ de que ya no tenía que salir yo porque me iba a enfermar más, de que no sé qué (H12:121-124).

En el primer fragmento también se perciben las dimensiones sociales de la enfermedad ya que claramente se menciona la vinculación entre estar sano y el sentirse libre, al tiempo que se hace referencia a la sociedad. Esto también puede responder a que la enfermedad, al concebirse como un estado “anormal” o de “desviación” socialmente definido, requiere más atención, lo que coloca a la persona enferma bajo el cuidado y supervisión de las personas del entorno para salir de dicho estado.

4.2.3 De las causas a la prevención

Sociológicamente hablando, el análisis de las causas de enfermedad permite acceder a la interpretación que hacen los individuos acerca de sus padecimientos, cau-

²⁴¹ Expresión idiomática utilizada coloquialmente como sinónimo de discurso.

sas estrechamente vinculadas con las medidas de prevención para evitar estados de enfermedad.

Como en el caso de las mujeres, las causas de la enfermedad son variadas y responden a diversos factores, aunque encontramos cierta similitud en lo referido a la higiene, los cambios de clima y discrepancias significativas referidas a las causas más vinculadas con el entorno social (el estrés y los cambios de humor).

Cambios bruscos de temperatura y clima

Como entre las mujeres, en los testimonios de los varones aparecieron como causa de enfermedad los cambios bruscos de temperatura y de clima. Un joven de 17 años señalaba:

—Me afectan mucho los cambios de clima y como vivo en un lugar frío, vivo en la universidad, por la universidad, y bajo al centro a estudiar y estudio por estos lugares, y el calor es muy sofocante, entonces me enfermo, me da mucha, mucha gripa y un poco de tos, sí (H17: 53-57).

En consecuencia, en varios testimonios se identificaron como formas de prevención tomar determinadas medidas que ayudan a protegerse de la exposición directa y sin protección a fuentes de frío o calor extremo:

—¿Haces algo para prevenirlas?

—Sí, pues si hace mucho frío usando suéter, no como frío, si hace calor procuro no estar en lugares donde haga tanto calor y cosas así (H16:245-252).

El estrés y el carácter

En el caso de los varones, el estrés no apareció directamente como causa-origen de enfermedad. Ninguno de los participantes afirmó sufrir de estrés o tener algún problema ocasionado por éste. Ello puede estar relacionado con que los varones son menos proclives que las mujeres a externar verbalmente el estrés y a hacerlo más físicamente, por medio de la agresión o la violencia (WHO; 2000).²⁴² Por su parte, como ya se vio anteriormente, los cambios de humor y de carácter tendieron a aparecer con mucha menor frecuencia entre los varones, aunque también existe la noción entre los varones de que la enfermedad puede ser causada por el

²⁴² Por ejemplo, las mujeres adolescentes tienden a ser diagnosticadas con más frecuencia por padecimientos como la depresión y la psiconeurosis, lo cual se debe a una mayor disposición de las mujeres a admitir estar experimentando estos problemas. Por el contrario, los varones adolescentes tienden a ser más diagnosticados (que las mujeres) con desórdenes conductuales relacionados con la agresión (WHO; 2000).

enojo, como en el caso de un joven de 15 años que señalaba el enojo como causa de la parálisis corporal de su hermano mayor:

—Se le paralizó medio cuerpo porque era muy enojón, y eso dicen que me va a pasar a mí y a mi hermano Pablo porque somos muy enojones, dicen, quién sabe (H10: 143-145).

En este punto, es pertinente preguntarse por las causas que hacen que aparezcan como más cercanos a la vivencia de las mujeres y no de los varones el estrés²⁴³ y los cambios de humor. Este hecho puede estar apuntando en varias direcciones, cuyo centro son el entorno social y los condicionantes de género. La primera, es la construcción de la identidad femenina, en donde socialmente se considera que las mujeres, por naturaleza, tienden a ser más emocionales y nerviosas. Al mismo tiempo, hay una mayor permisividad social a que las mujeres externen sus preocupaciones y tensiones de manera verbal. Finalmente, la tercera posible explicación (que no excluye a las otras, sino que las complementa) se refiere a las presiones sociales a las que son sometidas las mujeres. Sobre todo en fechas recientes, la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo extradoméstica no ha representado la liberación de las obligaciones domésticas, con lo que una buena proporción de mujeres se ven sometidas a una doble jornada. Esta presión puede estar contribuyendo tanto a sentir más agresivo el entorno como a que este malestar (de origen social) se exprese físicamente en forma de estrés. Vinculado también con este punto (y mucho más vinculado con el ciclo de vida de estas mujeres) tenemos las profundas contradicciones que forman parte de la vida cotidiana de muchas jóvenes que reciben un bombardeo de información y discursos “modernos”, más permisivos en lo referente a sus aspiraciones y comportamientos, pero que ya en sus vivencias cotidianas coexisten con otra serie de discursos y prácticas más “tradicionales” que los contradicen, lo cual puede reflejarse en la percepción de estas jóvenes de mayor estrés. Por tanto, esto puede ser resultado de las condicionantes de género que moldean paralelamente el entorno social y las vivencias de estas jóvenes.

De la prevención

Como ya se mencionaba, en los relatos relacionados con la prevención aparecen básicamente los mismos aspectos que aparecieron en los relatos de las contrapartes femeninas (higiene, alimentación, etc.) promovidos por el discurso médico y social:

²⁴³ Zola (1999) considera que independientemente del carácter real y la comprensión que se tenga de los conceptos de estrés y de la perspectiva psicosomática, lo que éstas hacen es colocar a las personas y no a las bacterias en el escenario, conduciendo a reexaminar el papel del individuo en su propio fallecimiento, discapacidad y recuperación.

- En tu opinión, ¿se pueden prevenir las enfermedades?
- Sí, mediante algunas medidas de salud... como la higiene personal, higiene en cuanto a los alimentos, no comer en cualquier lado (H16: 48-51).

En este discurso de la prevención sobresale la noción del cuidado de la salud, el cuidarse como una responsabilidad individual, en donde los individuos se perciben como responsables y en obligación de estar sanos (moralidad de la salud en términos de Herzlich):

- ¿Por qué crees que te enfermaste?
- Pues no sé, por algo que comí o no me cuidé (H16: 42-43)
- ¿Por qué crees que se enfermará la gente?
- [...] Como dije muchas veces, el clima afecta, pero muchas veces porque no se cuida la gente, porque no le gusta prevenir (H17: 59-61).

En este contexto, resalta un testimonio que se presenta como un caso aislado, pero no por ello menos significativo, en donde la lógica de la prevención aparece sustituida por una lógica del azar, es decir, de la incertidumbre:

- En tu opinión, ¿se pueden prevenir las enfermedades?
- No, o sea porque nunca vas a saber de qué vas a estar enfermo, o sea ponle nunca vas a poder ver “¡ay! mañana me voy a enfermar de esto o luego me voy a enfermar de lo otro” (H15: 77-80).

Como puede apreciarse en el testimonio, no sólo no aparece como un deber cuidarse (a diferencia de los otros relatos), sino que se señala la imposibilidad de “poder ver”, es decir, poder prevenir la enfermedad. Desde esta óptica, estar sano parece presentarse como resultado más bien de la suerte o de circunstancias aleatorias. Esta visión puede ser el reflejo, como lo han sugerido algunos estudios (Castro, 2000), de un contexto económico y social mucho más restringido, en el que de alguna manera el no enfermarse es más bien cuestión de suerte, un evento del que se tiene poco o nulo control. Lo anterior nos remite una vez más a que el modo en que hablamos y conceptualizamos cuestiones referentes a la enfermedad deja entrever una visión del mundo que es reflejo de la posición que se ocupa en la sociedad.

El saber médico

Sobresale que, en el caso de los varones, durante las entrevistas existieron referencias directas a lo que los médicos dicen o recomiendan (con mucha mayor frecuencia que en el caso de las mujeres), aunque también en el caso de las mujeres algunos de los elementos utilizados para construir sus relatos fueron tomados, combinados y reelaborados (implícitamente o explícitamente) a partir de los discursos médicos. Sin embargo, en el caso de los varones las referencias a los dis-

cursos médicos tendieron a ser explícitas. Por ejemplo, un chico de 15 años comentaba:

—A mí el doctor me dijo que no hiciera muchos corajes, que comiera fruta y que variara mi alimentación: carnes, verduras, frutas, de todo, de todo un poco (H13: 281-284)

Como puede observarse en el testimonio anterior, las nociones sobre la etiología y tratamiento de la enfermedad continuamente fueron reforzadas por citas a referencias médicas (citas, vocabulario médico, explicaciones científicas). Esta adopción de términos provenientes del discurso médico puede ser resultado del intenso proceso de medicalización al que se ven sujetos amplios sectores urbanos (aunque este proceso no sea cada vez menos exclusivo de zonas urbanas). Quizá sea debido a esto que en el caso de los varones, además del discurso de la higiene, apareció otro discurso de la salud vinculado a la modernidad: el discurso de las “defensas” (el de la inmunidad):²⁴⁴

—¿Por qué se enfermará la gente?

—No sé, yo pienso que es por el sistema inmunológico, puede ser el sistema de defensas (H12: 163-166).

—¿Tú, por qué crees que la gente se enferme?

—Debe haber muchos motivos... porque tienen bajas sus defensas, no sé, diferentes motivos (H16:56-59).

Si bien estas continuas referencias también se vinculan con una forma de legitimación de los propios discursos, sobresale que, paralela y paradójicamente, los varones tendieron a cuestionar más (en relación con las mujeres) la práctica médica (sobre todo en lo referente a la eficacia de los tratamientos). Por ejemplo, un entrevistado de 15 años comentaba:

—Los doctores te hacen como que te revisan y la penicilina y el que sigue (H12:329-332).

—Fui con el doctor, me llevó mi mamá y él fue el que me diagnosticó que tenía amibas y que necesitaba un tratamiento y pues, lo típico, siempre lo típico, que un doctor receta siempre la penicilina para todo (H12:109-118).

Otro más explicaba su renuencia a ir al médico, debido a la fama de que a los doctores se les mueren los pacientes:

²⁴⁴ Se considera que el discurso médico en salud en las Américas estuvo liderado por la prevención y la centralidad del concepto de higiene. A su vez, es durante los 60 y 70 que surge la noción de sistema inmunológico y ya para los 90 los discursos sobre el sistema inmunológico eran la parte central en los discursos en torno a la salud y la enfermedad (Lupton, 2000).

—Y ¿por qué no querías ir al doctor?

—Pues... no sé, como que me daba miedo, bueno porque he visto, me han contado historias de que van a los doctores y de que quedan ahí, bueno que se mueren (H12:143-150).

Lo anterior muestra la percepción que tienen estos jóvenes de la práctica médica (y también puede relacionarse con el cuestionamiento de la eficacia de la medicina hegemónica tradicional). Sobresalen dos cosas: que los varones hagan más referencias a citas médicas y que al mismo tiempo existan más cuestionamientos acerca de la eficacia de los tratamientos y la atención médica que prestan.²⁴⁵ Es relevante también que los varones del estudio indicaron la búsqueda de remedios médicos alternativos, como posteriores al uso de medicina hegemónica tradicional (contrariamente a las evidencias aportadas en otros estudios, donde generalmente se reporta que primero se usan remedios alternativos y después se va al médico). Los siguientes relatos parecen indicar que primero se va en busca de ayuda médica tradicional y si no funciona se usan otras alternativas:

—O sea, primero vamos al doctor y si vemos que no funciona ya vamos... o sea que la señora como no sé qué fue en sus tiempos ya conoce varios remedios que sí hacen efecto (H13: 307-310).

—Me dieron unas pastillas, y ya se me curó, pero después regresó, como a la semana otra vez y fui mejor con una señora que con sus remedios caseros, a que me las reventaran (las anginas) (H11: 22-25).

—[...] Y una señora que es amiga de nosotros, bueno, le puso un té de hojas que no sé cómo se llama y ya se le cerró más (la herida en la boca) que cuando fue al dentista, o sea le estaban dando demasiadas pastillas y no le hacían efecto de nada (H13: 288-295).

Al mismo tiempo, sobresalieron dos testimonios en los que se hace referencia a charlas sostenidas con médicos. La primera se refiere a la falta de credibilidad que en ocasiones tienen los doctores:

—Es que tanto choro así del doctor, no, no, no se me hace, ¿Cómo le diré?...no, no me dan ganas de oírlo.

—¿Por qué?

—Bueno, es que yo siento que... como que, no sé cómo decirle, que son puros choros,²⁴⁶ a la vez son ciertos y a la vez no.

—¿Qué entiendes tú por un choro?

—O sea que te estén así, diciendo las cosas que no van al caso (H12: 85-90).

²⁴⁵ Se retomará este punto más adelante.

²⁴⁶ Expresión idiomática que en determinados contextos en México hace referencia a discursos cuya veracidad está en cuestión.

Por el contrario, en el segundo aparece la médico como una figura de autoridad moral, cuestionando los hábitos y comportamientos del paciente:

—[...] Fue una doctora del seguro muy inteligente, muy inteligente, muy inteligente, demasiado inteligente [...] y la doctora se da cuenta y este me dijo lo que soy y no fue muy a mi favor, pero me gustó, me gustó, me atacó, me atacó y me dijo: “tú eres esto y esto y esto”.

—Cuéntame un poco de lo que te dijo.

—Es que no me acuerdo...recuerdo que me cuestionaba mucho sobre si fumaba [...] la doctora se daba cuenta y me cuestionaba si fumaba, preguntas muy capciosas sobre si me masturbaba o no y entonces tú te quedas así. Si actúas sabes que si te molesta esa reacción es de que sí, pero si actúas muy normalmente puede ser que no, pero la doctora se daba cuenta, es inteligente la doctora (H12: 302-322).

El último relato también hace referencia al proceso de medicalización y a la función que viene ocupando la medicina como una institución de control social, en donde “expertos” objetivos y moralmente neutrales emiten juicios en nombre de la salud. Al respecto, Zola (1999) explica que al pasar la medicina a un modelo etiológico multicausal, con una mayor aceptación de conceptos de medicina integral, se ha expandido el territorio de práctica médica en donde, paralelamente, “ya no basta con que el paciente divulgue solamente sus síntomas corporales, sino que debe revelar también los síntomas de su vida diaria, sus hábitos y preocupaciones” (Zola, 1999: 31). En este marco, la actitud inquisidora de la doctora y la actitud del joven frente a sus preguntas adquieren sentido, en tanto se da por sentado en esta interacción que lo que está al centro es la salud, ocultando las cuestiones morales que aparecen implícitas y explícitas en el diálogo y que señalan el papel de empresa moral que juega actualmente la medicina.

4.2.4 Estrategias de atención y recuperación de la salud: “A esta edad crees que no te puede pasar nada”

Como ya se ha mencionado, diversos autores han señalado una baja percepción del riesgo entre la población joven de ambos sexos. Sin embargo, existen diferencias por sexo, ya que se ha encontrado (debido a condicionantes culturales y de género) que las mujeres tienden a ser más proclives a reportar y comunicar problemas de enfermedad que los varones, mientras que en éstos la baja percepción de riesgo tiende a ser reforzada por la construcción de la identidad masculina (Sabo, 2000; Figueroa, 2001). Al respecto, unos jóvenes en la entrevista grupal comentaban:

—¿Los jóvenes hacen algo para mantener la salud?

—No nos preocupamos por la salud, porque a esta edad crees que no te puede pasar nada (EG/3H:118-126).

Lo anterior se ve incrementado por una construcción de género en la que se tiende a promover la exposición continua de los varones a prácticas y comportamientos de alto riesgo²⁴⁷ (WHO, 2000; Aguirre y Güell, 2002; De Keijzer, 1999; Szasz, 1999; Sabo, 2000), en los que se reafirma la identidad masculina. Un eje central de la identidad masculina se vincula con el mandato de fortaleza e invulnerabilidad prescrita al cuerpo masculino. En este mandato, la representación de un cuerpo fuerte no es necesariamente aquél con más fuerza física, sino el que resiste mejor los golpes de la vida (Aguirre y Güell, 2002), en donde adquiere sentido la necesidad de exponer sus cuerpos continuamente a comportamientos riesgosos. También existen evidencias empíricas (WHO; 2000) que sugieren que determinadas características asociadas a la masculinidad tienden a promover entre los jóvenes varones tanto el descuido de la propia salud, como prestar poca atención a posibles síntomas de enfermedad (Aguirre y Güell, 2002):²⁴⁸

—(El doctor dijo) que me tenía que cuidar, que, que si no me hubiera llevado mi mamá me hubiera puesto más grave, y yo dije “no, no es cierto, nomás tenía tantita calentura” (H13: 67-71).

—¿A qué te refieres con “los hombres son más dejados”?

—Pues no sé, siento que somos como más este... como que decimos “ah pues, luego se me quita”, ¿no? [...] pensamos que va a quitarse la enfermedad, pero no, somos muy dejados es lo que pasa, muy confianzudos (H17: 95-100).

—Me empezó a arder la garganta, así cuando comía, y me empezó y no lo tomé en serio, dije “mañana se me quita”, y no, al otro día ya me dolía más (H11: 80-84).

Socialmente, directa o indirectamente se tiende a promover o por lo menos a normalizar el descuido y la dejadez masculina, no sólo con sus cuerpos sino con aquellos cuerpos con los que se relacionan, promoviéndose que los cuidados sean proporcionados por las mujeres cercanas al entorno. Esto tiende a ser ubicado como un hecho “natural”, debido a que inherentemente los hombres son descuidados y toman la vida mucho más a la ligera que las contrapartes femeninas. Sin embargo, también en algunos testimonios se da una explicación social a este comportamiento, viéndose esto como resultado del machismo. Al respecto, un joven de 17 años comentaba:

—No sé por qué los hombres somos así, de que siempre somos así, que tomamos la vida muy ligera, cuando decimos que nos vamos a enfermar y no lo tomamos en

²⁴⁷ Con esto no se quiere dar a entender que las mujeres estén exentas de comportamientos de alto riesgo (debidos al género), pero la configuración de las prácticas de las mismas obedece a otras circunstancias, vinculadas con la construcción de la identidad femenina.

²⁴⁸ Distintos estudios han sugerido que el género masculino es una variable que genera mayor vulnerabilidad al riesgo.

serio, somos como, como muy machistas, se puede decir, sí, tendría que ver eso y las mujeres no, como que, como que sí se preocupan más por su persona y por los demás, bueno mi mamá en especial sí, siempre está preocupada por toda la familia (H17: 106-113).

Como puede apreciarse en el testimonio anterior, el entrevistado contrasta los comportamientos y actitudes “femeninas” y “masculinas”, emergiendo en su relato el machismo como posible causa de que los hombres se tomen “la vida muy a la ligera”. Al mismo tiempo, se presenta a las mujeres como más preocupadas y más pendientes que los varones de su persona y de los demás, lo cual se relaciona con la existencia de la mujer a través de la mediación de los otros. De esta manera, la combinación de la “invulnerabilidad” “propia” de la juventud, con una construcción de la identidad masculina repleta de mandatos de fortaleza y “despreocupación” (o ligereza en sus términos), configuran una serie de comportamientos de alto riesgo en donde además los varones relegan el cuidado y la recuperación de la salud (al igual que las mujeres de su edad) en la madre.

De la gravedad y la búsqueda de ayuda médica

En el proceso de búsqueda de cuidado médico intervienen una amplia variedad de factores. En el caso de los varones, la gravedad y la búsqueda de ayuda médica se encuentran determinadas básicamente por las mismas cuestiones referidas por las mujeres: persistencia y/o intensificación de los síntomas de la enfermedad, incremento en la intensidad del dolor, y una disminución en las capacidades para realizar las funciones cotidianas (es decir, por el desarrollo del padecimiento):

- ¿Y, por ejemplo, tú cómo distinguirías una enfermedad grave de una no grave?
- Pues de los síntomas de este [...] cuando tienes una vida activa...una rutina y por cualquier circunstancia le dejas de dar seguimiento (H12:119-126).
- Cuando disminuye su apetito, se puede decir, su falta de dinámica, dinamismo (H14:56-61).

El proceso de búsqueda de ayuda médica está definido tanto por la autopercepción, la definición (y evaluación de la situación), como por las ideas y los sistemas de creencias²⁴⁹ sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos (Di Silvestre, 1998). Así, la búsqueda de ayuda médica (que resulta de la experiencia de sentirse enfermo) es la última fase del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo (ruptura de la normalidad), los cuales son interpretados de acuerdo con el marco de referencia del funcionamiento individual (Di Silvestre, 1998). En este proceso cognitivo, son interpretados los síntomas del cuerpo y el

²⁴⁹ Los sistemas de creencias juegan un papel fundamental en el proceso de reconocer y nombrar la salud y la enfermedad, en tanto los sistemas de creencias son también sistemas de interpretación (Pierret, 1993).

individuo le atribuye significados específicos (McHugh y Vallis, 1985). Estos últimos influyen no sólo en la percepción de enfermedad del individuo, sino en las reacciones que tendrá frente a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.²⁵⁰

En el caso de los entrevistados, la necesidad de buscar atención médica (al igual que en las mujeres) se considera pertinente cuando se intensifican los síntomas, y cuando éstos no ceden frente a los primeros tratamientos (como vimos, brindados generalmente por la madre):

—No se me quitó, [...] entonces, al otro día fue cuando empecé con calentura (H11: 84-89) 93).

—De repente me dio un dolor duro pues y caí ahí en plena cancha, caí y yo acá. Que me caí y les llamaron a mis papás y fuimos al doctor (H15: 50-55).

Como se vio en el capítulo anterior, el dolor juega un papel importante en la definición del momento pertinente para buscar ayuda médica. Un par de jóvenes comentaban al respecto:

—Me empezó a doler y poco a poquito me fue doliendo más, luego un día hasta me tumbó, el dolor pues... fue un dolor tan intenso.....y no, y no, no pude contener el dolor y me, me caí pues del dolor (H15: 41-45).

—Me dolía muy feo, feo, de que hasta lloré del dolor porque no aguantaba, no aguantaba el dolor, y fue cuando me llevaron en la mañana a urgencias (H11: 90-94).

“Hasta lloré del dolor”, “hasta me tumbó”, son expresiones referidas al poner de relieve la intensidad de la sensación que los condujo al doctor y que socialmente justifica la no contención o retención de la sensación de dolor (el hecho de hacerlo externo).²⁵¹ A diferencia de lo que ocurre en los testimonios de las mujeres, en donde también se vinculó al dolor con la búsqueda de ayuda médica, como puede apreciarse en los testimonios anteriormente expuestos, los varones tienden a relatar y acompañar sus episodios de dolor (y la culminación en búsqueda de ayuda) con frases que indican la imposibilidad de sobrellevar (aguantar sería la frase más adecuada) la situación por más tiempo.^{252 253} Sobresale que ambos entrevistados enfatizaron tanto la intensidad como en la contención de la sensación. Los verbos

²⁵⁰ Las interpretaciones y significados que los individuos atribuyen a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables, tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o cercanas, y las creencias y normas sociales (Dí Silvestre, 1998).

²⁵¹ Esto también se vincula con la existencia de una presión social para que los hombres no expresen sus emociones (lo que se vincula con el mandato de la fortaleza), por lo que éstas tienden a ser reprimidas (Aguirre y Güell, 2002).

²⁵² Zola (1999a) ha planteado que es la ruptura de la adaptación física, personal y social a los síntomas de la enfermedad, lo que obliga a una persona a buscar asistencia médica (lo que convierte a una persona en paciente).

²⁵³ Ver. Cobián y Reyes (1998).

“aguantar” y “contener”²⁵⁴ son claves en estos testimonios. Ambos términos resultan en mayor o menor medida sinónimos, en tanto implican actos referidos a “resistir” y/o “reprimir” en este caso una sensación (dolor). Si se relaciona ambas acciones referidas a reprimir el dolor con el hecho de tratarse de varones, la acción adquiere una dimensión social y apunta hacia la construcción de la identidad masculina. En ésta, determinadas características, acciones, comportamientos, roles, etc., son exaltados (en tanto la refuerzan) en detrimento de otros que la ponen en duda.²⁵⁵ Esto se vincula con el mandato social que reciben los varones de reprimir sus emociones²⁵⁶ (expresión de fortaleza y valentía) y “no andarse quejando”, so pena de poner en duda la propia hombría y virilidad,²⁵⁷ acarrear las burlas de otros varones y/o de ser estigmatizados. La importancia de reprimir ciertos comportamientos y expresiones fue expuesta por un joven de 17 años en el siguiente relato:

—Yo delante de cualquiera no lloro [...] “¿cómo que llorando?”, en el medio estudiantil es lo clásico, si a ti te ven llorando dicen [...] que eres bien maricón, que ¿cómo vas a llorar por?... por lo que sea [...] a que se vayan a burlar o algo yo me aguanto (H16: 233-255).

“A que se vayan a burlar o algo yo me aguanto” es una frase que apunta hacia la dimensión social de este comportamiento entre varones, se dirige hacia los demás y hacia las reacciones esperadas (socialmente definidas) por los otros. En este caso, aguantarse es cumplir con las expectativas de los otros, y tiene por objetivo evitar tanto las burlas como la estigmatización de “eres bien maricón”. Al respecto, De Keijzer (1999) ha sugerido que la fórmula “no seas maricón” continúa permeando las relaciones de muchos jóvenes no sólo en el terreno de lo sexual (como podrá apreciarse posteriormente), sino en una amplia variedad de conductas temerarias y en la iniciación a las adicciones. Por ejemplo, en cuanto al inicio en el uso de alcohol y tabaco, los entrevistados señalaron el importante papel del grupo de pares:

²⁵⁴ Para Bourdieu (2000), el privilegio masculino encuentra su contrapartida en la tensión y la contención permanentes, imponiéndose a los hombres el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad.

²⁵⁵ Recientemente los trabajos sobre género y masculinidad aplicados al área de la salud han empezado a aportar información acerca de cómo los procesos socialización y construcción de identidades configuran determinadas prácticas y comportamientos diferenciales de riesgo entre la población de todas las edades. Así, diversos estudios han señalado que el modo de enfermar de hombres y mujeres resulta más de las diferencias debidas a una socialización marcada por el género, que a diferencias biológicas (WHO; 2000; Szasz, 1999).

²⁵⁶ La represión de las emociones no sólo se refiere a la contención del dolor, sino también de las expresiones de afecto. Sin embargo, es preciso señalar que también se perciben cambios al respecto.

²⁵⁷ La virilidad es un concepto eminentemente relacional, construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad, en una especie de miedo a lo femenino, por lo que ésta tiene que ser revalidada continuamente ante y por otros hombres (Bourdieu, 2000:71).

—¿Cómo fue la primera vez que tomaste alcohol?
—¿Cómo fue la primera vez?... pues como siempre... los amigos influyen ¿no?, te dicen "—ándale, échate una " que no sé qué... estaba chico, iba en la secundaria, creo en primero de secundaria "(H17:275-279)

—Ira empecé a fumar como a eso de los 13 años, es que antes me juntaba con los de la primaria, entonces era chido²⁵⁸ porque ahí estábamos toda la banda ¿no? y decían "fúmale güey", "va", ¿no? y acá probándole (H10: 239-244).

Implícito a la presión ejercida por el grupo de pares se encuentran las expectativas generadas por los mandatos de masculinidad, en donde sobresale el acceder a la invitación para no quedar como un "coyón" o "no ser maricón":²⁵⁹

—Luego hay un chavo que la otra vez fue y me invitó a tomar—"toma", "no pus no quiero", no me conocía el chavo y yo me juntaba con todos mis amigos, "órale", "no pus no quiero", "pinche puto" que me dice y yo "¿por qué?" "pus no quieres tomar" (H15: 706-720).

El siguiente fragmento de un joven de 15 años expresa la construcción de la masculinidad y del "ser hombre" a partir de la agresividad y de lo "no femenino":

—Yo debo de ser hombre pero y ser amable con las personas, [...] afeminado quiere decir que sea amable con la gente, que sea responsable, que seas alguien que no insulte a las mujeres, no sé, cosas así. Yo nunca haría algo como que les pegue o algo así, hasta doy gracias de que trato de ser así porque no cualquier hombre lo hace (H10: 363-374).

Es a partir de esta diferenciación de lo "femenino" o "afeminado"²⁶⁰ que los hombres elaboran y siguen determinadas conductas que se expresan en la salud y la sexualidad de estos jóvenes (y sus parejas). Como pudo apreciarse, las identidades genéricas construyen una manera diferente (y variable en tiempo y según el contexto) de padecer, expresar y reaccionar frente a los padecimientos. De este modo, resulta relevante vislumbrar de qué manera estos mandatos y estas lógicas subyacentes configuran el espectro de significados y vivencias de estos varones en el terreno de la sexualidad.

²⁵⁸ Expresión idiomática que hace referencia a algo divertido, emocionante, muy bueno.

²⁵⁹ Se considera que el grupo de pares a veces contrarresta la influencia del grupo familiar, por lo que se considera que los conocimientos y actitudes de los pares, así como las presiones que ejercen, pueden ser determinantes en las conductas de los adolescentes (Atkin *et al.*, 1998).

²⁶⁰ Watson (2002) sugiere que el modelo madre-hijo que domina en occidente y que recalca la necesidad de separar al hijo de la madre y de lo femenino puede representar y ocasionar el abuso potencial hacia las mujeres, en contextos donde la victimización de las mismas se constituye como una forma de adquirir legitimidad y autoridad masculina.

4.3 La sexualidad y sus espacios de socialización: la cuestión es “no regarla”

Como en el caso de las contrapartes femeninas, existe la tendencia a relacionar a la sexualidad con cuestiones que giran en torno a las relaciones sexuales (enfermedades, embarazos, abortos, anticoncepción, etc.) y las posibles consecuencias de la actividad sexual (limitándose el entendimiento de ésta a la penetración, como se verá posteriormente). Resalta que también entre los varones aparece una visión de la sexualidad asociada con ideas y representaciones bastante corporalizadas y genitalizadas de la misma:

—¿Qué entienden por sexualidad?

—Es la forma de desenvolverte con tu pareja, es la forma en que ves el sexo, tu forma de verlo.

—Sexo es masculino y femenino, sexualidad es cuando ya eres activo ¿no?, cuando ya tienes relaciones sexuales, sexualidad es cuando conoces tu cuerpo, porque a veces tenemos relaciones sexuales y no conocemos nuestro cuerpo (EG/3V:267-274).

Como ya se ha mencionado, en la construcción de los conceptos en torno a la sexualidad que aportaron los y las jóvenes participantes en el estudio, han jugado un papel importante (además de las condiciones económicas y sociales) los espacios de socialización sobre la misma y sus discursos. Es claro que estos discursos no son homogéneos, estáticos, ni libres de contradicciones, pero sí es factible encontrar ciertas tendencias en los mismos (téngase presente que además estamos hablando de población urbana). Dentro de los espacios de socialización más importantes de temáticas en torno a la sexualidad tenemos: la familia (padres y familiares cercanos), escuela (maestros) y grupo de pares (Quintana y Vázquez, 1999; Aguirre y Güell, 2002). Diversos estudios han sugerido (Fine, 1999) que la información aportada en las charlas sobre sexualidad que predominan en la familia y en la escuela tienden a restringirse a fomentar algunos modelos de conducta. Temas predominantes en estas charlas (cuando existen) tanto con los padres como con los maestros lo constituyen el embarazo, la transmisión de ITS y en menor grado que en las mujeres, la prohibición. Respecto a estas charlas, un joven de 15 años comentaba:

—¿De qué se platicó en la última charla sobre sexualidad en tu casa?

—De varias cosas, me platicó (el papá) de las enfermedades, se platicó bastante del aborto, fuimos por libros, me platicó sobre el SIDA, las enfermedades, de la virginidad (H10: 995-999).

La mayor parte de entrevistados indicó la existencia de charlas esporádicas sobre sexualidad con algún miembro de la familia. En general, estas charlas tienden a estar a cargo del padre (como en el caso de las mujeres tienden a estar a cargo de

la madre). En el caso de los varones, los discursos paternos tienden a focalizarse en los riesgos y la prevención en primer lugar del embarazo, y en segundo lugar de las ITS, dejando fuera aspectos más integrales de la sexualidad. De esta manera, aunque entre varones también se tiende a asociar la sexualidad con el peligro, en este caso éste se relaciona con la sexualidad al considerársele el origen de embarazos no deseados, abortos e ITS (Quintana y Vásquez, 1999).²⁶¹ Una de las razones que más se utiliza para disuadir, en este caso a los varones, de tener relaciones sexuales es la edad, debido al riesgo de embarazo:

—Pus me han dicho (en la casa) que, por ejemplo, con mi novia, cuando voy con mi novia, me dicen que no vaya a hacer nada, que estamos chicos y les digo “no, no”, porque pues tienen razón (H13: 497-505).

—¿Por ejemplo, la última vez que platicaste con él (el papá)?, ¿qué te dijo?
—Me dijo que cuando tuviera relaciones, bueno, más adelante... que usara preservativos.... por decir un condón, que usara eso para que no quedara embarazada, de ahí, que si llegara a quedar embarazada yo me hiciera responsable (H12:868-884).

En el caso de los varones, más allá de la prohibición se tiende a reforzar la idea de que ellos corren el riesgo de ser “atrapados” o “seducidos” por “cierta clase de mujeres” (las calientes), noción que tiende a dicotomizar aún más la imagen de las buenas mujeres (que son aquellas con comportamientos deserotizados), y las cualquiera:²⁶²

—¿De qué se habla? (con los papás)
—Que no haga nada con las chavas, que las debo de dar a respetar, y que también que no me deje influir por las mujeres, que si ellas quieren que yo no, que si están de calientes que no, que debes de afrontar todo y debes de pensar (H15: 1705-1715).

—(Mis papás) dicen que no hay que tener relaciones sexuales con cualquiera... ellos nos platican mucho, que ahorita están... las enfermedades a la orden del día, nos dicen y tampoco regarla”²⁶³ (H17: 576-579).

Por su parte, las charlas con el grupo de pares abarcan una amplia gama de temas en donde se tienden a exteriorizar con mayor frecuencia las dudas no resueltas por la familia y por la escuela. Es en este tipo de charlas donde tiene lugar la generación, reproducción y transmisión de mitos y conocimientos erróneos (no sólo las referidas a las medidas de prevención de embarazos e ITS):

²⁶¹ Al respecto, Bayardo (1997) sugiere que con el incremento de SIDA/VIH, cada vez más se tiende a vincular también al ejercicio de la sexualidad masculina con el peligro, lo cual puede percibirse ya en estos testimonios.

²⁶² Este aspecto será tratado en mayor profundidad posteriormente.

²⁶³ Expresión referida a equivocarse, a cometer errores.

—Pus con los que he platicado (compañeros y amigos) la verdad no saben porque dicen cosas que... por ejemplo, dicen que poniéndose doble condón te evitas la enfermedad, algunos me dicen que sin condón es mejor porque sienten mejor, pero no, no saben, también están igual que yo (H11: 452-459).

Se considera que, en términos de la construcción de comportamientos, juegan un papel importante el grupo de pares y los medios de comunicación, las dos principales fuentes de información en materia de sexualidad en el caso de los varones (Aguirre y Güell, 2002).²⁶⁴ Estas charlas también parecen jugar un papel importante en la construcción de los significados de la salud y la sexualidad de estos jóvenes, en ellas confluyen elementos tomados de distintos discursos: médico, familiar, escolar, religioso, etc. Sin embargo, en algunos casos parece existir la noción de que estas charlas no son una buena fuente de información:

—Me decías que con tus compañeros se llega a hablar de sexualidad, ¿de qué se habla?

—[...] Puros chismes... “que si esa chava tuvo relaciones con tal chavo”, que esa chava es bien quien sabe qué, puras cosas así (H16: 757-762).

Como se indica en este relato, también es en las charlas y en los espacios compartidos con el grupo de pares donde se definen y designan identidades para los miembros cercanos al grupo. Debido a esto, resulta de vital importancia estar al día en torno a lo que se dice y se considera en el medio como comportamientos aprobados tendientes a aumentar la popularidad, o desaprobados tendientes a provocar la estigmatización y la posible exclusión. En estas pláticas es donde regularmente se generan las imágenes en torno a la reputación de los y las jóvenes, aunque las repercusiones de estas designaciones serán diferentes si se trata de catalogar y definir los comportamientos de una mujer o de un varón.

En cuanto al papel de las instituciones educativas como espacio de socialización de la sexualidad, los programas vigentes en las escuelas de educación pública que tratan temas de actualidad, de salud y sexualidad han despertado diversas controversias (Bayardo, 1997; Rodríguez, 1999; Fine, 1999). Lo anterior resulta tanto por sus contenidos y el tratamiento de los temas, como por los resultados obtenidos (aunque pocas han sido las evaluaciones sobre los mismos). Al respecto, un estudio realizado por Juárez y Gayet (2003) señala que, en general, la información proporcionada en las instituciones educativas se caracteriza por ser técnica y biologizada. También se ha sugerido que en torno a los programas de educación

²⁶⁴ En términos generales, Camarena (1991) sugiere que la comunicación de masas está íntimamente ligada a la estructura de poder dominante, sirviendo como elemento de legitimación y siendo central en la reproducción y/o cambios del orden establecido. Sin embargo, un estudio realizado por Menkes y Suárez (2003a) a partir de análisis de encuestas aporta evidencias de que, en el caso de estudiantes de educación media pública, son los profesores la principal fuente de información en materia de sexualidad y salud reproductiva.

sexual, se plantea la pregunta de si éstos estimulan la promiscuidad y la inmoralidad en detrimento de los valores familiares (Fine, 1999). Algunos estudios recientes (realizados en Estados Unidos y México) señalan que los programas de estudio relacionados con la educación sexual²⁶⁵ se caracterizan por la tendencia a suprimir el discurso del deseo sexual femenino, fomentar un discurso sexual femenino de victimización y privilegiar los matrimonios heterosexuales en favor de otras prácticas de sexualidad (Fine, 1999; Bayardo, 1997). Estos discursos (en conjunción con otros discursos sociales), ayudan a reproducir la representación (en varones y en mujeres) de las mujeres como víctimas potenciales de la sexualidad masculina, en donde éstas no son sujetos por derecho propio. Aguirre y Güell (2002) han señalado que en algunos países de Latinoamérica se observa un despliegue complejo de tácticas de conquista (promesas, regalos, hacer creer a la mujer amada, etc.) para obtener “favores” sexuales. Al respecto, un joven de 15 años comentaba:

—Por lo tanto la mujer se debe de cuidar con un hombre, pero pues el hombre ya... la capichea²⁶⁶ rápido, entonces, el hombre puede mentir y la mujer no (H10:763-768).

A las mujeres jóvenes se les enseña a temer y defenderse de la búsqueda de deseo, fomentando una imagen de la mujer indefensa (víctima, y más bien como objeto y no como sujeto de sexualidad)²⁶⁷ ante predadores masculinos potenciales de los cuales deben cuidarse y resistir (Fine, 1999). En general, puede afirmarse que el discurso del deseo y el placer femenino no encuentra lugar dentro de estas representaciones, salvo en el margen y con diversas consecuencias para las mujeres que transgredan la norma. También encontramos discursos en los que, en el caso de que las mujeres no cumplan con el mandato social de ejercer una sexualidad que sólo responda al deseo de otros, que no inhiba el propio deseo o las actitudes activas o buscadoras de respuestas, se procede a la condena social (Szasz, 1998). Es así que el “discurso del sexo” organiza el control que sobre la sexualidad deben ejercer en contextos específicos, sus integrantes (Evangelista *et al.*, 2001). Quizás el que los sujetos de sexualidad sean los varones y sean ellos representados y socializados para posicionarse como sujetos activos de sexualidad, lo que (junto con otros factores) se esté reflejando en la percepción tanto de varones como de mujeres jóvenes de lo que es la sexualidad y lo que es una relación sexual. Al respecto, diversos estudios han señalado que existe una estrecha conexión simbólica entre masculinidad, penetración y erección (Szasz, 1998;

²⁶⁵ En México, durante la última década en las escuelas públicas de educación media los temas acerca de educación sexual tienden a ser incluidos en una asignatura llamada Formación cívica y ética.

²⁶⁶ Frase coloquial que se refiere al acto de enredar, marear.

²⁶⁷ Oposiciones binarias como: actividad/pasividad, sujeto/objeto, etc., son el tipo de superposiciones que sostienen el proceso de cosificación sexual que favorece la victimización de la mujer en diversas representaciones, la concentración de lo sexual a determinadas partes del cuerpo, y la reducción y división simbólica y social de las mujeres a partir de su función: erótica o reproductiva (Fine, 1999; Szasz, 1998; Izquierdo, 2001).

Aguirre y Güell, 2002; WHO; 2000), lo que puede estar relacionado con que la definición de una relación sexual sea básicamente la penetración masculina (focalizada en el coito).

4.3.1 Relación sexual vs. "faje": sexo oral vs. "faje" oral

En este grupo, tanto en las mujeres como en los varones, las relaciones sexuales parecen estar definidas por la penetración, es decir, su ausencia o presencia es la delimitación entre lo que se puede considerar como un "faje" y lo que se considera "sexo" y relación sexual:

- Una relación sexual, ¿cómo la definirían?
- Es cuando hay penetración, caricias, revoloteo, todo lo incluye (EG/3V:264-266).
- Pero, ¿qué estamos entendiendo por relaciones sexuales?
- Penetración, o sea, el coito (H11: 555-557).
- Mientras no haya una penetración, pues no hay una relación sexual, nada qué ver, totalmente diferente (H17: 852-858).

Lo anterior concuerda con diversos hallazgos de investigación realizados en diferentes contextos que indican que las caricias, expresiones y prácticas eróticas sin penetración (sin importar la intensidad) tienden a no ser consideradas como relaciones sexuales entre varones (Szasz, 1998b; Guillén, 2003). En el caso de este estudio, esta tendencia parece presentarse en varones y mujeres simultáneamente, y se encontró una práctica erótica bastante difundida y alternativa al tener relaciones sexuales entre varones y mujeres jóvenes el "faje":

- ¿Qué es un faje?
- [...] Un faje es todo menos el sexo, penetración, es todo lo anterior a la penetración (EG/3V: 230-233).

Generalmente, se especifica que la finalidad de tener un faje no es la de llegar a tener relaciones sexuales:

- Un faje nosotros le llamamos cuando estamos los dos excitados, o sea los dos no queremos llegar a tener relaciones... o sea nada más nos besamos, nos tocamos pero nada de nada...de sexo, no (H11: 498-503).
- En un faje solamente son de tocarse, de agarrarse las partes, estarse besando y no sé qué tanto, eso siento que es un faje y eso no es tener relaciones sexuales (H13:794-800).

Aunque en general tiende a existir un consenso en el que cualquier práctica sexual en la que quede excluido el coito se considera un faje y no una relación sexual, los límites para diferenciar si es o no una relación sexual no siempre pare-

cen ser del todo claros, como se podrá apreciar en el testimonio siguiente, en donde surge otra delimitación adicional para el faje (la presencia o ausencia de sexo oral):

- Ya cuando hay penetración, ya no es faje, ya es sexo [...]
- P1: Es que hay unos que manejan que relación sexual no nada más es penetración, sino que otros aspectos
- P2: No penetración, porque también puede ser sexo oral y no hay penetración [...]
- P3: Entonces si alguien tiene un faje y tiene sexo oral, ¿eso es una relación sexual?
- Todos: No sabemos, esa es la confusión
- P1: O sea es que dices: no hay penetración, pero no sé yo pienso que, no, cuando es sexo oral, ya deja de ser faje, porque si no ya sería faje oral (EG/3V:240-263).

El sexo oral no fue colocado en ninguno de los relatos de las mujeres entrevistadas (ni grupal ni individualmente), sin embargo, entre los varones apareció como delimitación adicional para definir lo que se considera o no relación sexual. Por otra parte, entre los varones no colocaron durante las entrevistas los vínculos que aparecen en los relatos de las mujeres entre relación sexual (penetración)-intimidad.

Finalmente, la delimitación entre faje y relación sexual se vincula también con la idea de virginidad, ya que tiende a predominar la idea de que el ejercicio de otras prácticas sexuales que no incluyan penetración representan menos o nulos riesgos de embarazo y contagio de ITS, para hombres y mujeres, y en el caso de las mujeres plantea la posibilidad de preservar la virginidad.

4.3.2 La virginidad: del legado de Eva a María, pasando por Lilith²⁶⁸

*“¿Qué entiendo yo por virginidad?,
una chica que nunca tuvo relaciones con nadie”*

(H16: 613-617)

Lo que se entiende como sexualidad, así como sus mecanismos de control, son variables en tiempo y espacio (Foucault, 1978). Estos mecanismos de control se componen de diversas creencias, representaciones, normatividades y mediaciones

²⁶⁸ Demonio de la fe popular judía. En la tradición talmúdica era considerada como un ser demoníaco y primera mujer de Adán. Etimológicamente viene del hebreo *layil* (noche) y se representa como un demonio nocturno peludo o como una mujer de cabellos muy largos. En una traducción medieval, encontramos a Lilith como la esposa infiel de Adán y la primera de las cuatro esposas del diablo. Entre los siglos IX y X a. C. Lilith aparece en una obra llamada *Alphabet of Ben Sira*, como la primera mujer de Adán. La literatura Cabalística nos muestra a Lilith como esposa de Samael (Satan). En algunos pasajes participa en la tentación de Adán y Eva, tras la expulsión del paraíso, Lilith se convierte en Subcubus generando unas hordas de demonios. Se la personifica como la tentación y el pecado (Lurker, 1999, Tausiet, 2001).

entre dimensiones individuales y colectivas que dialogan, interactúan y se atañen recíprocamente.

Como en el caso de las mujeres, en una buena parte de los relatos aportados por los varones, al preguntar sobre virginidad en general se tendía a aterrizar ésta en las mujeres:

—¿Qué entiendes tú por virginidad?

—De que...de que... no haya sido penetrada (H13: 807-811)

—Alguien que no ha sido penetrada por cualquier cosa, sí, o sea, no nada más dejas de ser virgen teniendo relaciones, también por análisis que luego te hacen (H16: 1294-1303).

En los relatos anteriores, resalta la designación automática que se hace de la virginidad en femenino penetrada, lo que indica hacia quiénes se dirige la virginidad en tanto es la institución encargada de controlar cuerpos femeninos (y su capacidad reproductiva).²⁶⁹ Esto resulta congruente con la tendencia a ubicarla en el cuerpo femenino, específicamente hablando de la telita (el himen):

—La virginidad es no haber tenido relaciones, o sea que el himen, el himen no se haya, no se haya roto, [...] es más que nada psicológica, y dicen unos “no, que se cayó de la bicicleta y se pegó y ya, ya dejó de ser virgen” o sea, no tiene nada que ver eso [...] más que nada es psicológico ¿no?, [...] virgen es que no hayan tenido... que no hayan tenido relaciones, eso es virgen (H11: 533-550).

—Médicamente, la virginidad es una telita [...] que, por los motivos que te dije antes, se rompe (caídas, golpes análisis, etc.), pero en cuanto a creencias pues dicen que la mujer es virgen cuando no ha tenido relaciones con nadie (H16: 628-638).

En cuanto a la existencia y presencia de la dimensión moral o psicológica de la virginidad (es decir, la que no es ubicada físicamente en el cuerpo de los hombres o las mujeres), que en ocasiones se encuentra en los relatos, ésta tiende a aparecer en ocasiones con designación masculina, aunque también la dimensión moral tiende a involucrar mucho más directamente a las mujeres:

—La virginidad es moral, es así de principios y de valores. La virginidad no se pierde cuando el himen se rompe, la virginidad se pierde ya cuando este... te vuelves un poco más, más despierto... no sé si decir más morbosos, porque igual puede entrar de lleno en el sexo oral y no hay penetración pero pues... ya ahí es cuando pierdes la virginidad (H12: 695-704).

²⁶⁹ Desde el feminismo, se ha colocado que el centro del conflicto de poder donde se origina la subordinación-dominación lo constituye el control/apropiación de la capacidad reproductiva de las mujeres (Scott, 1996), “así como el manejo de la capacidad erótica de los cuerpos femenino y masculino, o sea la sexualidad” (Szasz, 1998: 142).

—¿Virginidad? ¿Qué entiendo yo?, pues siento que, que es una persona pues que todavía no ha tenido relaciones sexuales, que [...] se cuida... o que quiere cuidarse ella, ella misma (H17: 785-791).

La virginidad es algo que tienen que cuidar las mujeres. El que la virginidad cuente (en el caso de este estudio) por lo menos con dos dimensiones (física y moral), se traduce también en por lo menos dos formas de perderla y que se relacionan con la voluntad (o ausencia de la misma) ejercida en la acción que provocó su pérdida, lo cual se traduce en distintas consecuencias. Es decir, si la virginidad se ha perdido involuntariamente por un accidente, caída o análisis médicos, se habla de una pérdida física de la misma (ruptura del himen), que exime parcialmente a la persona de la culpa y de la recriminación social. Sin embargo, si la pérdida fue voluntaria y por medio de relaciones sexuales, se apela a la dimensión moral de la misma, mucho más vinculada con la transgresión a la normatividad establecida, lo que ocasiona que la responsabilidad y la culpa sean socialmente dirigidas a castigar o por lo menos a reprobar el comportamiento en cuestión (de la mujer). De este modo, ambas dimensiones de la virginidad (la física y la moral o psicológica/mental) tienen determinados significados sociales entrelazados, cuyos límites están lejos de ser claros:

—¿Hay alguna manera en que se pueda saber cuándo una chica ya no es virgen?
—Pues físicamente puede ser la ruptura del himen, pero va mucho de por medio....lo que es la mente, lo que trabaja la mente porque yo puedo ser virgen y me aviento tres películas pornográficas por día y sigo siendo virgen... no he tenido ningún encuentro y sigo siendo virgen, pero entonces, ¿en dónde queda la virginidad?; en la mente o en el cuerpo, yo creo que va entrelazado, no sé... por eso te preguntaba, por eso no supe responderte cuándo perdían la virginidad el hombre y la mujer... porque es contradictorio (H12:798-812).

Pese a lo antes mencionado, la frase “¿en dónde queda la virginidad en la mente o en el cuerpo?, yo creo que va entrelazado”, indica cómo la definición y la ubicación de la virginidad es un fenómeno bastante complejo, en el que se entrelazan diversos discursos y creencias relacionadas con cuestiones físicas, psíquicas y sociales y que hacen de este tema un tópico aún más controversial. También en los testimonios se señaló que en el nivel del discurso (lo que se dice) la virginidad continúa siendo un mandato para la mujer, ya que en la mujer su pérdida puede ser equiparable a perder valor:

—¿Qué se dice?
—Que las mujeres que ya han tenido relaciones... pues que ya no son vírgenes pues que... ya no valen nada... que son unas cualquiera... adjetivos así (H16:1358-1362).

Vinculado con la pérdida de la virginidad, se desprenden otras cuestiones que definirán el nivel de reprobación social asociado a su pérdida: con quién (esposo,

novio, amigo, desconocido, etc.), en qué condiciones (en el matrimonio o fuera de él) y por qué motivos se pierde (por amor, por descuido, por placer, etc.):

—Me decías que a las mujeres las rechazan cuando ya no son vírgenes y a los hombres no, ¿por qué será eso?

—Pues por eso, porque pierden algo...es que no sé cómo piensen las mujeres, lo que yo pienso de las mujeres es que pierden algo que jamás van a volver a recuperar. Bueno, si lo pierden con alguien que en verdad aman y van a estar con una persona que, ora sí, ora sí que con su media naranja, pues no hay tanto problema, pero si lo hacen por desmadre, o porque estaban borrachas, yo creo que es por sentirse la más atraída o la más golfa o algo así, entonces sí lo hay (H10: 844-853).

El relato antes expuesto nos lleva a nuestro siguiente punto: la clasificación de las mujeres según su comportamiento sexual, donde aparece una vez más al centro de la discusión el placer femenino.

4.3.3 El currículum femenino: "mientras más usada o más trabajada esté la mujer"

Al parecer, como en el caso de las mujeres, coexisten dialécticamente discursos en los que la virginidad se presenta como algo pasado de moda o no obligatorio, con discursos y prácticas sociales en las que la virginidad femenina continúa teniendo sentido y por tanto se convierte en una cuestión importante y definitoria de la identidad femenina. Al respecto, un joven señalaba:

—Pues realmente ahora ya nadie le da mucha importancia a esto, antes sí se le daba mucha importancia, "yo quiero una novia virgen o ya no me caso contigo" ¿no?, cuando el hombre no era virgen, porque el hombre aunque no fuera virgen quería una mujer virgen y ahora pues, ya es diferente, ahora los tiempos han cambiado... Ahora ya no se toma mucho en cuenta (H17: 794-800).

Como puede apreciarse en el testimonio anterior, se hace una diferenciación a través del tiempo en la tradición que antes imponía como requisito para casarse (en el caso de las mujeres) la virginidad, mientras que se indica que ahora, ésta "ya no se toma mucho en cuenta". Esta última frase señala implícitamente que aunque ha perdido importancia, la virginidad todavía es tomada en cuenta. Esto aparece con mayor claridad en el siguiente testimonio, obtenido mediante entrevista grupal:

—¿Qué significado tiene para los jóvenes la virginidad?

—Para los hombres no mucha, para las mujeres sí. Fíjate que hay ciertos hombres para los que sí significa mucho, porque piensan que una mujer que ya no es virgen puede ser... a veces es menospreciada por ciertos hombres, pero en algunos casos no.

—Yo he escuchado a una psicóloga que 'orita no me acuerdo su nombre, pero esa teoría es muy cierta, muy lógica, porque cuando un maestro llega a una escuela y

mientras más historial, mientras más preparado esté, más trabajado esté el maestro, ¡mejor! Y en el caso de la sexualidad no, porque mientras más usada o más trabajada esté la mujer es menos... es más despreciada, cuando debería ser al revés, dicen, bueno, si la práctica hace al maestro, entonces ¿por qué la virginidad femenina es tan importante? ¿no? (EG/3V:296-313).

Aunque todo el relato resulta relevante y esclarecedor, en términos del doble estándar moral que rige a varones y mujeres en cuanto a la sexualidad, dos palabras llaman la atención al referirse a las mujeres que han mantenido actividad sexual: “usada” y “trabajada”. Ambos adjetivos califican y designan un estatus, que además indican que las acciones de trabajar y usar fueron ejercidas sobre los sustantivos a los que son referidos (en este caso las mujeres). Es decir, los que realizan la acción son sujetos (los hombres), y en este caso las mujeres aparecen representadas como objetos sobre los cuales se trabaja y lo que, es más, se usa. En el testimonio aparece cómo existe un discurso social (este testimonio fue obtenido mediante entrevista grupal) en el que todavía adquieren sentido expresiones como usar y trabajar a las mujeres. Esto puede ser reflejo de una socialización de los varones a partir de la cosificación y dominación de las mujeres, en donde la sexualidad se convierte en un campo de ejercicio de poder (De Keijzer, 1999; Szasz, 1999; Figueroa, 2001), por lo que los hombres sienten que usan y trabajan a las mujeres desvalorizándolas (las mujeres pierden el valor, los hombres lo toman, es decir, lo ganan).²⁷⁰ Adquiere sentido el que, para los varones, apropiarse del cuerpo de una mujer virgen sea visto como una satisfacción (vinculado con la reafirmación de la masculinidad):

—Es que no es un requisito para, para quererse, en mi caso nada más sería la satisfacción de decir “fui el primero, nadie la ha tocado, nadie la ha... nadie ha tenido relaciones sexuales con ella” (H11: 526-530).

Lo mencionado se traduce en cierta contradicción en la que, aunque se afirme que la virginidad ya no importa, sí se tienda a preferir, que la mujer con la cual se va a adquirir matrimonio sea virgen:

—A mí me gustaría que con la que me casara sea virgen, ser el primero, me gustaría mucho, pero si no lo fuera tampoco... no sería un obstáculo para mí quererla (H11:506-512).

—¿Y por qué en tu opinión sí deberían llegar vírgenes (las mujeres)?

—Yo siento que, para que se sienta más satisfecha ella como él, porque hay varios comentarios de que “no, pues que se acostó con tal, que no sé para qué te casas con ella, que no sé qué” (H13: 766-775).

²⁷⁰ Estudios realizados en otros contextos han encontrado el término “usar” referido a las mujeres y asociado con la sexualidad ejercida por varones (De Keijzer, 1999; Castro, 2000).

Por otro lado, al hablar de virginidad, en la mayoría de los casos se da por sentado que se habla de la virginidad femenina, por lo que al preguntar acerca de la virginidad masculina, al igual que con las mujeres, se señaló que de la virginidad masculina no se habla, ni se pregunta, o lo que aún es más, ni siquiera existe:

—¿Cómo pierde la virginidad un hombre?

—No sé, no tengo una respuesta, pues no sé nada, me es totalmente indiferente, porque te digo, quizás porque no estoy acostumbrado a que me pregunten eso [...] te digo es algo en lo que nunca me había puesto a pensar. La virginidad de un hombre como que no se maneja tanto, eso es algo en lo que nunca me había puesto a pensar, en lo que era para mí, a lo mejor algo que... que ni existía (H16: 737-750).

Al definirse lo masculino como la contraposición de lo femenino (Bourdieu, 2000; Szasz, 1998; Aguirre y Güell, 2002; Figueroa, 2001) se da origen a la simbolización de la diferencia sexual que se traduce en una regulación diferenciada de la sexualidad y en un doble estándar de la moral sexual (Lamas, 1994; Szasz, 1998), en donde no sólo no se considera indispensable que el hombre llegue virgen al matrimonio, sino que se promueve su iniciación sexual previa:

—[...] Ningún hombre llega virgen no, no... yo digo que no, ya es muy... ora sí, que es su parte si llega virgen o no...yo digo que no, pues que un hombre no debe... que un hombre nunca llega virgen (H10: 714-718).

A diferencia de la virginidad de las mujeres, que tiende a ser algo prescrito y demandado, y de lo que socialmente se tiende a hablar y discutir, la virginidad masculina no aparece como una prescripción social, dándose casi por sentado en los varones la ausencia de la misma. En esto juega una importante función la construcción social de las identidades genéricas, a partir de encajar en los estereotipos asignados a cada género y que presentan y representan lo masculino-femenino como dos universos excluyentes y diferenciados.

Sin embargo, un discurso alternativo en torno a la virginidad contempla cierto cuestionamiento acerca de la demanda de virginidad unilateral que se hace a las mujeres, planteándose que el hombre debe también ofrecer lo que demanda:

—Pues yo digo que si tú exiges que las mujeres lleguen vírgenes, tú también debes de llegar virgen ¿no?, porque por algo lo estás pidiendo a gritos ¿no?, “ah, no, que las mujeres deben de llegar vírgenes”. Bueno, si tú quieres una mujer virgen debes de llegar tú virgen, para mí pues es eso, o sea si tú estás exigiendo que alguien lleve virgen, pues empieza por ti ¿no? (H15:1199-1210).

Diversos estudios señalan que el ser virgen o no ser virgen tiene repercusiones en la autoestima de los y las jóvenes. Algunas evidencias empíricas sugieren que existen diferencias en la autoestima entre varones que continúan o no siendo “vír-

genes”: en donde los que lo son parecen presentar problemas de baja autoestima (Sprecher y Regan, 2001), mientras que en las mujeres la relación se presenta más bien a la inversa. Esto puede estar relacionado, como ya se ha mencionado, con determinados mandatos sociales que se vinculan con la construcción de la masculinidad y en donde la sexualidad es un espacio de vital importancia para la reafirmación de la misma. De tal suerte, los hombres que no cumplen con lo socialmente demandado, además de correr el riesgo de ser estigmatizados por los demás de no ser hombres, ante sí mismos se presenta también una desvalorización que se refleja en la autoestima.

4.3.4 Las huellas de la trasgresión: “nombrar” en masculino

“La mujer es “pura”, o “impura” por decisión ajena”

Juan José Arreola

“Las ideas las tenemos y en las creencias estamos”

Ortega y Gasset

Debido a lo antes mencionado, adquiere sentido que la virginidad en mayor o menor medida se dirija hacia las mujeres. Resalta que, al igual que en los testimonios grupales e individuales de las mujeres, en los de los varones también aparecieron creencias que indican la posibilidad de que el estado sexual de las mujeres (vírgenes y no vírgenes) resulte visible a partir de determinadas señales (creencia bastante generalizada entre los grupos de pares). Estas creencias resultan relevantes porque en mayor o menor medida se relacionan con formas de nombrar y ordenar la realidad y estos procesos implican la adquisición de recursos cognitivos que están permeados por elementos sexistas (Figuerola y Sánchez, 2000).

Las señales en el cuerpo: lo que se ve

Como en los testimonios de las mujeres, en los relatos de los varones aparecieron asignadas ciertas marcas que son leídas en el cuerpo y en los comportamientos de las mujeres y que sirven para establecer el límite entre las vírgenes y las no vírgenes:²⁷¹

²⁷¹ Resulta pertinente mencionar que, en opinión de Lagarde (1997), la base de los cautiverios de las mujeres se apoya en su cuerpo, en tanto este es el espacio del deber ser femenino. Por su parte, para Foucault (1978), el cuerpo está inmerso en un campo político y las relaciones de poder operan sobre él, moldeándolo y configurándolo (históricamente). De tal suerte, resulta significativo que en el caso de la mujer existan marcas físicas (socialmente definidas) que indiquen su virginidad y en el cuerpo de los varones no.

—¿Hay alguna forma en que un hombre pueda saber cuándo una mujer ya no es virgen?

—No, la verdad yo no sé... bueno, me han comentado que... cuando caminan así medias charritas, que ya no son vírgenes, [...] pero yo no sé (H13: 914-924).

—Se les ensanchan las caderas [...] también dicen que caminan diferente [...] caminan diferente, no sé cómo, pero sí se les ensanchan las caderas (H16:1518:1524).

Además de las referencias a las caderas de las mujeres, en los testimonios de los varones aparecieron señales o indicios en los rostros de las mujeres:

—No sé, bueno, allá en la escuela (dicen que) se nota. No sé, tienen la cara más, más lujuriosa, no sé, es que no sé cómo explicar la cara que tienen así decimos nada más pero no, no sé. No tiene nada que ver tampoco la cara, o sea nada más así por el físico, no, no creo (H11: 620-625).

También apareció el comportamiento de las mujeres asociado con indicios que pueden denotar experiencia sexual en la mujer:

—Pues a la hora de una relación se sabe, es muy diferente... se comportan de diferente forma.... todo es diferente... como que alguien que es virgen es más entregada al tener una relación sexual, es más, se entrega más a ti que alguien que no lo es (H16:1458-1465).

Lo que el varón oye

Adicionalmente, sobresale que una señal más del estatus sexual de la mujer es la palabra. Es decir, lo que hablan y cómo lo hablan las mujeres, lo cual puede estar fundamentado en la noción de que como a las mujeres no les gusta tanto el sexo, entonces no saben y no hablan al respecto. Un joven de 15 años comentaba:

—¡Ah, bueno! En algunas personas también se nota. O sea que son...muy... o sea cuando hablan de esto muy reservadas muy... no quieren hablar tanto del tema, entonces como que dices no “esa chava está muy alejada de eso” [...]

—Por ejemplo tú ¿alguna vez has visto una chica y has dicho: “no pues ella sí” ha tenido relaciones sexuales?

—Pues sí... son las personas que cuando hablan de esto lo dicen con más, con más relaxo, doble sentido, así, oyen una palabrita y yo siento que... claro no todas, sólo las que... las que...[...] yo el otro día me fijé en una chava y de que cuando hablaba de eso lo decía como que con mucha indiferencia ya “no que así no es, que así no sientes mejor, que es así” [...] pero no sé ni modo que lo haya leído ¿no? (H11: 590-615).

Lo antes expuesto parece indicar que no sólo en el nivel de la actividad, la sexualidad es considerada un espacio de acción eminentemente masculino, sino también en el nivel de la palabra, con consecuencias para aquellas que se atreven a incursionar en el mismo.

Finalmente, entre los varones existe la noción (al igual que entre las mujeres) de que, al no existir un lugar físico en sus cuerpos donde ubicar la virginidad (ausencia de himen), no hay posibilidad de saber cuándo un chico es o no virgen. En cuanto a los comportamientos, tiende a esperarse y demandarse en los varones una actitud más bien agresiva y activa (además de experiencia) en lo referente a virginidad:

—Y un chico, ¿cómo pierde la virginidad?

—Nunca lo había pensado... pero yo opino que igual, ¿no?, pero en los chavos no sé, no lo puedes distinguir ¿no?... o sea en la mujer se rompe el himen pero en el hombre no, no sabes cómo, no se distingue pues cuándo un chavo ya tuvo relaciones (H11: 563-570).

Como sugieren algunos estudios, lo anterior puede estar relacionado con que, en general, los varones si bien están acostumbrados a nombrar la realidad, y a dirigir y elaborar discursos para los y las demás, éstos se muestran renuentes a nombrarse a sí mismos (Figuroa y Sánchez, 2000). Sin embargo, al igual que entre las mujeres apareció la creencia de que el dolor experimentado por el varón durante la primera relación sexual puede delatar su estatus sexual. Por ejemplo, un chico de 15 años (sexualmente no iniciado) comentaba:

—¿Crees que haya alguna manera que una chica se pueda dar cuenta cuándo un chico ya no es virgen?

—Pues creo que no eh... bueno, a mí me comentaron alguna vez que cuando un hombre es así su primera vez, al terminar su eyaculación que les empieza a doler, les empieza arder así feo (H11: 645-650).

Es relevante que esta noción (al contrario de la referida al dolor experimentado por las mujeres durante la primera relación sexual) está poco difundida tanto en varones como en mujeres. Entre varones, parece limitarse a una minoría de los que no han iniciado su actividad sexual. Sin embargo, las nociones referidas a las señales de la actividad sexual femenina son diversas y suelen ser uno de los tópicos centrales en las charlas con el grupo de pares. Es importante señalar que, a pesar de que estas nociones aparecen la mayoría de las veces como creencias, es probable que su existencia y el que sean tan comunes entre los pares (tanto de mujeres como de hombres) puede estar indicando que cumplen una función de control del comportamiento sexual de las mujeres, incrementando el temor entre las mujeres de ser descubiertas.

4.4 Tener o no tener relaciones sexuales: la cuestión es la presión social

Al igual que en las mujeres, se encontró una amplia diversidad de motivos para iniciar la actividad sexual (conocerse más, unirse a la pareja, etc.). Sin embargo,

en el caso de los varones la tendencia (por lo menos a nivel de discurso) apunta hacia la diversión como finalidad más frecuente:

—¿Cuál es la finalidad de las relaciones sexuales?

—Muchos no buscan una finalidad, nada más pasársela bien algunos, y ya, y no sé, satisfacer sus deseos sexuales. Hay muchos que buscan la finalidad de [...] puede ser por tener la diversión o por la finalidad de tener una familia (H17: 863-872).

—En edad temprana yo creo que es, yo creo que es por diversión de, de los mismos novios [...] los adultos sería por, por casarse (H12:846-853).

Como podemos ver, se señala también cómo la edad juega un papel importante en que sea la diversión la que predomine como finalidad entre este grupo de jóvenes. Es preciso aclarar que, en conjunción con la diversión, también en los relatos de los varones llegan a aparecer fines o motivos vinculados con la afectividad (por ejemplo conocerse más, o unirse más a la pareja), aunque ésta no siempre ocupe aparentemente un lugar central (por lo menos en el terreno discursivo) como finalidad y motivación para tener relaciones sexuales en los varones. Es relevante también encontrar entre los varones deseos y preocupaciones que en general se consideran como “predominantemente femeninos”, como el inicio de la actividad sexual con el chico ideal:

—¿Bajo qué circunstancias te gustaría que se diera tu primera vez?

—Yo me imagino así con mi chica ideal que de toda la vida ¿no?, pues con una chava que sí haya confianza mutua, a la mejor que nos queramos así como somos, [...] que no sea de esas personas que , anduvo con muchos [...] (H11: 681-690).

Resalta que la confianza y lo ideal aparezcan vinculados con un comportamiento más bien normativo, dirigido hacia la mujer: “que no sea de esas personas que anduvo con muchos”; mientras que en las mujeres entrevistadas la confianza en la pareja apuntaba hacia otras direcciones.

Como otros estudios sugieren (Guillén, 2003), para aquellos que no se han iniciado sexualmente, tiende a existir la preocupación en torno a los detalles del acto, por lo que la primera relación sexual es un eje de tensiones generadas por distintas expectativas, dudas y temores asociados a la angustia y a la curiosidad:

—Sí, sí digo “¡ay!, ¿cómo se sentirá tener relaciones sexuales? ¿Qué sentiré?, ¿qué haré, ¿cómo se hará?, ¿cómo será ese momento?” (H15: 686-689).

Contrariamente a lo encontrado en otros estudios (Guillén 2003; Aguirre y Güell, 2002) en donde al varón parece no importarle mucho la satisfacción de la contraparte, entre los testimonios aportados por estos jóvenes aparece una preocupación por satisfacer a la pareja:

—Yo esperaría (que mi primera relación sexual) que fuera padre, que me sintiera agusto, que ella se sintiera agusto también (H15: 686-691).

Como se aprecia en el fragmento anterior, una expectativa importante lo constituye el sentirse bien y el hacer sentir bien a la mujer.²⁷² Dentro del marco ideal donde les gustaría que su primera relación sexual se diera, se perciben ciertos cambios respecto a generaciones anteriores, donde una de las prácticas más comunes de iniciación sexual involucraba la prostitución. Sin embargo, en comparación con las contrapartes femeninas, que son socialmente preparadas para vivir la sexualidad como una experiencia de carácter íntimo y cargada de afectividad, en los varones la intimidad y la afectividad no ocupan necesariamente un lugar central (como en el caso de las mujeres) como finalidad y motivación para tener relaciones sexuales (lo que no necesariamente significa que estén ausentes como motivos en las experiencias de los varones). Existe la tendencia entre los varones a creer que las mujeres tienden a acceder a tener relaciones sexuales en el marco de una entrega por amor, que conlleva implícitamente un intercambio en el que ellas otorgan la prueba de amor con la promesa o la posibilidad de conseguir un matrimonio:

—¿La finalidad?...sería que...se puede decir que comprobar el amor...de uno de los dos, que no ves que en algunas ocasiones el chavo le dice “la prueba del amor es que tengas relaciones sexuales conmigo” (H14: 835-842).

—Ellas sienten que teniendo relaciones ya se van a casar, ya van a tener obligado al chavo a que se case con ellas (H14: 881-884).

Lo señalado en los testimonios anteriores remite al cómo en las relaciones sexuales y en las negociaciones (verbales y no verbales) en torno a ellas se expresan intercambios en los que no siempre el valor de lo intercambiado es el mismo (Szasz, 1998b). Existe la creencia de que las mujeres tienen que probar amor, mientras que los hombres tienden a tener relaciones para sentirse hombres, es decir, para los varones tener relaciones sexuales se presenta como una prueba y reafirmación de la propia masculinidad:²⁷³

—¿Por qué crees que los hombres tienen relaciones sexuales?

—Por sentirse...ahora sí que por sentirse hombres, de que “ya cumplí “¿no?, “ya hice mi misión”, “ya pude tener relaciones” (H14: 905-913)

²⁷² Aguirre y Güell (2003) señalan que la preocupación en torno a la satisfacción de la mujer en un encuentro sexual, no necesariamente apunta a consideraciones con respecto a la pareja, sino para ser reconocidos por sus habilidades sexuales y “dejar una huella” en la vida sexual de la mujer.

²⁷³ Diversos estudios han señalado que las relaciones coitales y las negociaciones en torno a ellas expresan relaciones en las que “el valor intercambiado entre hombres y mujeres no es necesariamente el mismo”. En la base de estos intercambios desiguales se encuentran las percepciones de necesidades eróticas diferenciadas según el sexo (Szasz, 1998b: 79).

“Ya cumplí” y “ya hice mi misión” son frases que implícitamente expresan mandatos dirigidos a los varones para tener relaciones sexuales. Lo anteriormente expuesto nos remite a la cuestión de los motivos y finalidades que se consideran importantes entre los varones (en tanto adquieren sentido) para iniciar o postergar la actividad sexual, lo cual nos lleva a nuestro siguiente punto.

4.4.1 Razones para tener o no tener relaciones sexuales

Los varones en sus relatos (al igual que las mujeres) expresaron determinados miedos relacionados con el embarazo y el contagio de ITS como motivos para no tener,²⁷⁴ o por lo menos pensar en retrasar el tener relaciones sexuales. Los jóvenes señalaron claramente la presión social a la que son sometidos para perder la virginidad como forma de reafirmación y representación de la masculinidad tanto en el grupo de pares como entre los miembros masculinos del núcleo familiar:

—Si la pierden (la virginidad) pues ya es un orgullo...ya llegas con tus cuates y “¿sabes qué?, ya no soy virgen güey”, “¡no manches!”.²⁷⁵ y que no sé qué, o sea te alaban pues (H10: 731-737).

—Le cuentas a tu papá “ya no soy virgen”, “¡bravo!, te doy más condones y más acá ponte chido”²⁷⁶ (H10: 760-763).

Como ya se mencionó, aunque se señala la curiosidad entre varones como uno de los motivos para iniciarse sexualmente, también aparece claramente en los testimonios la presión social ejercida por el grupo de pares (aunque esta presión no se limita al grupo de pares):

—Yo digo que muchos de esos casos (que ya iniciaron las relaciones sexuales) son porque sus amigos ahí están “no, que ya tienes tal edad y ¿no has tenido relaciones sexuales?, eres joto” o cualquier cosa ya te sacan, hasta uno... siento que, hasta uno se siente mal: “no pus ellos ya tuvieron y ¿por qué yo no?” yo digo que hasta los mismos amigos te orillan a que ya tengas relaciones sexuales (H15: 1236-1249).

—Hay un chavo de mi edad que ya tuvo relaciones sexuales y lo anda divulgando “¡ay!” —dice— “¿tú ya tuviste relaciones sexuales?” y yo —“no”, “pu's que puto”, que quien sabe qué, “entonces no eres hombre, entonces te gustan... te gustan los hombres”, “no, que sí me gustan las mujeres”, “no, pus no has ponchado²⁷⁷ con ninguna” (H15: 1252-1262).

²⁷⁴ Dentro de las razones que tanto varones como mujeres mencionaron para posponer la actividad sexual, tenemos: creencias morales o religiosas, el no sentirse preparado(a), y el miedo al embarazo.

²⁷⁵ Expresión idiomática que se utiliza para expresar incredulidad, sorpresa.

²⁷⁶ Expresión usada para referirse a algo positivo, muy bueno.

²⁷⁷ Expresión idiomática usada en ciertos contextos y que significa tener relaciones sexuales. Esta expresión idiomática puede estar relacionada con el “poder” atribuido al fallo.

Estos testimonios indican como el grupo de pares es uno de los escenarios principales de representación y activación de los mandatos de la masculinidad. Algunos estudios sugieren (Aguirre y Güell, 2003; Quintana y Vásquez 1999; García y Rodríguez, 1999; Szasz, 1998b) que con la finalidad de probar que se “es hombre” y adquirir el estatus de iniciado sexualmente, los varones utilizan una serie de mecanismos para que las contrapartes femeninas accedan a tener relaciones sexuales. García y Rodríguez (1999) sugieren que el inicio de la actividad sexual en los varones tiende a reproducir modelos hegemónicos de sexualidad masculina y femenina en donde éstos se valen de cualquier arma para convencer (discurso de la victimización) a las mujeres de que accedan a tener relaciones sexuales con ellos:

—Hay muchos que dicen “no, que no lo quiere hacer”, “no que ándale, que quien sabe qué”, [...] o sea todos utilizan muchos verbos para, para decirle a las mujeres “no, pues hazlo conmigo”, o sea que utilizan muchas armas los hombres para tener relaciones sexuales, también las mujeres que se dejan también (H15: 1615-1627).

En los relatos anteriores implícitamente aparece el discurso de la victimización (y culpabilización) de la mujer (Fine, 1999), en el que se presenta a las mujeres al mismo tiempo que víctimas, responsables de haber accedido a la presión de los varones. Esta culpabilización adquiere una de sus máximas expresiones en la siguiente frase (que fue mencionada en más de una ocasión por los entrevistados):

—El hombre siempre va a llegar hasta donde la mujer quiera (H17:1015-1017).

Por lo tanto, socialmente existe la tendencia a responsabilizar y estigmatizar a las mujeres que se dejan y caen ante el acoso masculino y fallan, en tanto su deber es resistir este acoso y así demostrar su “decencia” e “inteligencia”:

—¿Qué pasa con las mujeres que “se dejan”?

—Que mensas, ¿no? Pues ahora sí que, deben de tener el valor civil pa' decir que no, [...] si tú no quieres tener relaciones sexuales y ellos sí te obligan, pus también tienes que tener el valor civil de decir no quiero, no quiero y no (H15: 1628-1639).

Esta presión social de alguna manera orilla y juega un papel determinante entre los varones, no sólo en la decisión de iniciar la actividad sexual, sino de comunicar el hecho abiertamente a sus amigos, ya que el ser sexualmente activo implica también que un hombre ha probado serlo (Figuroa, 2001). Debido a esto, algunos entrevistados colocaron una siempre disponibilidad sexual que no les permite (la imposibilidad social) rechazar o desperdiciar un encuentro sexual (Pantelides *et al.*, 2000; Aguirre y Güell, 2002; De Keijzer, 1999; Figuroa, 2001a). En este mandato encontramos una vez más activada la fórmula de “no seas maricón”, fórmula que una vez más fue señalada por los entrevistados como razón para no poder negarte a un encuentro sexual:

—Si le dicen a un hombre “vamos a hacer el amor” ahí está el hombre, si te dice que

no, es que o eres, o piensan que eres maricón o no te gusta hacerlo, o te gusta con hombres, o sea y no, pues vamos a ver ¿de qué se trata?, o sea un hombre nunca te va a decir que no, siempre va a decir que sí, así es (H10: 518-524).

Frente a presiones ejercidas por el grupo de pares como las señaladas en el testimonio anterior, un discurso de resistencia usado por los varones es el del respeto por las mujeres. El hecho de respetar a las mujeres aparece como un recurso a partir de poner de relieve que “son las que traen la vida”. La posibilidad de validez de este recurso vuelve a poner al centro dos cuestiones relacionadas con la sexualidad femenina: su capacidad reproductiva como medio de adquirir estatus y respeto social (frente a los demás) y la fuerte carga social y cultural otorgada a la figura de la madre (por lo menos a nivel de discurso). Un ejemplo de esto, lo constituye el siguiente relato de un joven de 15 años:

—La verdad yo trato de respetar mucho a las mujeres porque pues son las que traen la vida, o sea todo lo que ya sabemos ¿no? Fíjate, varias personas me han dicho eso “no seas güey ándale” y yo “no, pues no”, no tanto porque sea maricón o algo así sino porque respeto a las mujeres (H10: 559-566).

El no ser iniciado sexualmente tiende a reactivar en el grupo de pares la fórmula de “no seas maricón” y, consecuentemente, continúan apareciendo testimonios en donde los varones señalaron que la experimentación erótica con diversas mujeres otorga estatus:

—Pues porque todos dicen “no, pues yo soy bien hombre porque yo me acosté con esa, con esa, con ella y con ella” y ya, ¿no?, “y ¿tú? ni has tenido relaciones, has de ser joto” (H15:1286-1290).

Entre los varones (como entre mujeres), también aparece la noción de que tienen más necesidades sexuales que las mujeres debido a una naturaleza más “cachonda”²⁷⁸ (en comparación con las mujeres). Al respecto un joven señalaba:

—Pero igual también si no es por eso (por educación y costumbre), lo que me llega a la cabeza una idea puede ser la producción de libido [...] a más temprana edad (los hombres) lo empiezan a producir, no sé bien, despiertan más (H12: 774-778).

Como pudo apreciarse en el testimonio antes expuesto, sobresale que junto a las nociones que remiten a la naturaleza también se señala el posible origen social de este comportamiento. Particularmente relevante resulta el siguiente testimonio, en el que se expone el papel que juega el entorno social (como causante de un mayor interés en las cuestiones sexuales) en determinadas prácticas a las que son presionados los varones (machismo, educación, costumbre, son algunos de los términos que usan para indicar el origen no natural). Es relevante la forma en que lo “biológico” y lo “social” aparecen mezclados en sus relatos:

²⁷⁸ Expresión idiomática que se utiliza para referirse a alguien que está sexualmente exitado.

—No sé.....por el machismo ¿no? No sé pero somos muy, muy no sé cachondos se puede decir. Yo creo que por eso, pero pues sí es un orgullo hacerlo antes, mucho antes, si hay personas que “ya cogí yo” [...] y es un orgullo. Yo digo eso pues, es un orgullo, pero quien sabe, hay hombres que piensan lo contrario, pero quién sabe, es cosa de cada hombre (H10: 739-746).

En este contexto, es de esperarse lo que algunos estudios sugieren: que en general varones y mujeres tienen diferentes reacciones emocionales frente a su estatus sexual, en donde mientras en las mujeres el permanecer “vírgenes” es origen de orgullo, entre los varones la tendencia es sentirse avergonzados y culpables (Sprecher y Regan, 2001).

4.4.2 Del sujeto-objeto: actividad-pasividad

Existe la tendencia social a representar diferencialmente “lo masculino” y lo “femenino”. En esta división, las mujeres tienden a ser representadas como seres pasivos y los hombres como seres activos, lo que tiene repercusiones directas en sus concepciones, creencias y expresiones (o represiones) en materia de sexualidad. Bajo esta representación, el hombre tiende a ser colocado en posición de sujeto dominante (deseante y en continua búsqueda de placer y satisfacción) (Amuchástegui, 1999; Castro, 2000; Aguirre y Güell, 2002; De Keijzer, 1999; Rubin, 1989). Al respecto, dos jóvenes señalaban:

—Porque los hombres, nada más tienen satisfacción de eso (tener relaciones sexuales) [...] un amigo que ya es adulto, como se junta con nosotros platica con nosotros de las cosas que ha pasado [...] me había dicho que la satisfacción de un hombre na'más es sentirse hombre, o sea “que pues yo ya he tenido relaciones con tal chava o otras chavas (H12: 830-843).

—Por decir, el hombre se siente satisfecho y hace... tiene placer al hacer el amor con la mujer, pero yo siento que la mujer no (H13: 1152-1154).

Se aprecia que a partir de estas representaciones, se tiende a pensar que, contrariamente a como sucede entre los varones (en los que aparece el placer como uno de los móviles principales para tener relaciones sexuales), en las mujeres el placer es relegado, o bien subordinado al del varón. De esta manera, aunque se coloque la posibilidad del placer como motivo y finalidad para tener relaciones sexuales entre las mujeres, el siguiente relato parece indicar que el placer femenino se construye —como otros estudios han sugerido (Szasz, 1998; Amuchástegui, 1998; García y Rodríguez 1999; Evangelista *et al.*, 2001)— a partir de “del disfrute masculino”, es decir, la mujer sólo siente placer a partir de hacer sentir placer al hombre, en donde la erótica femenina se vuelve a colocar en subordinación²⁷⁹ de los deseos masculinos:

²⁷⁹ Lagarde (1997) señala que el erotismo en la vida de las mujeres tiende a ser asociado de modo subordinado y al servicio de la procreación.

—¿Y entonces, las mujeres por qué tendrán relaciones sexuales?

—Yo digo que también por placer, pero, pero como queriendo que sí y como que no, o sea para que ellas hagan sentir bien al hombre. Porque así, bueno, según es así porque... yo digo que para hacerlo sentir bien (H13: 1155-1162).

—O sea que la mujer tiene que hacer sentir bien al hombre para que, para que se sienta bien, para que lo deje satisfecho, supuestamente (H13:1170-1173).

En el relato anterior, en donde primeramente se da una posibilidad de placer como motivación para tener relaciones sexuales entre las mujeres, posteriormente al afirmar que las mujeres están “para hacerlo sentir bien (al hombre)” vuelve a aparecer la representación de la mujer como ser para los otros (Lagarde, 1997) cuya función principal vuelve a ser la supeditación a los deseos y la satisfacción del hombre. Pese a lo antes mencionado, es importante recalcar la existencia de testimonios en donde se empiezan a vislumbrar ciertos cambios que apuntan hacia la posibilidad de relaciones más igualitarias. Un joven de 15 años, comentaba:

—¿A qué se deberá eso que comentabas de que los hombres son como más despiertos que las mujeres?

—Pues igual puede ser que desde antes nos han inculcado o nos han acostumbrado a que el que disfruta en un acto (sexual) es el hombre y la mujer esta ahí para hacerlo gozar, cuando no debe ser así, cuando los dos deben de ser parte por igual [...] (H12: 749-773).

Paradójicamente, sobresale aquí el papel que han jugado los medios de comunicación masiva, la familia (en tanto institución socializadora) y la escuela, en la producción y reproducción de estos roles, y sin embargo es también en estos espacios en donde se han empezado a producir ciertos quiebres en los discursos hegemónicos generando discursos alternativos:²⁸⁰

—¿Dónde has escuchado eso? o ¿cómo llegaste a esa conclusión de que el hombre está ahí para gozar y la mujer es para hacerlo gozar?

—Pues porque en la televisión así lo vemos, porque en algunas familias así lo vemos, porque en nuestro país... este lo que predomina aquí es el machismo (H12:779-786).

En este punto es factible observar en los testimonios aportados por los participantes la existencia de una amplia variedad de discursos en competencia y generalmente contradictorios, conformados con elementos tomados de diferentes instancias: médicas, pedagógicas, religiosas, familiares, medios de comunicación, etc. y que varían no sólo entre distintos grupos y contextos sociales, sino a partir de la experiencia vital de los mismos individuos. Sin embargo, dentro de esta amal-

²⁸⁰ Lo que se intenta desarrollar aquí es que en estos espacios de socialización sobre sexualidad, la información generada, producida y difundida no es del todo homogénea, lo que ha permitido la entrada de discursos alternativos.

gama, es factible encontrar ciertos rasgos predominantes que remiten a la tradición católica arraigada en ciertos sectores poblacionales de este país.

4.4.3 Deserotización femenina: del diálogo entre María, Eva y Lilith

(El maestro) nos cuenta de las historias de la Biblia, nos habló de este de Eva y Adán que primeramente hizo a Adán, el hombre, y segundamente, después hizo a Lilith. Lilith es una mujer, es una mujer pero hecha del mismo material que está el hombre y como Dios le dijo que tenía que obedecer a Adán, Lilith, no, no, decía que ¿por qué lo tenía que obedecer? Y ella se rebeló contra Dios, o sea que él (Dios) la sacó del reino, y le dijo a Adán que iba a hacer una mujer pero de su costilla para que lo obedeciera, para que la tuviera como su esclava

(H12:66-87).

Como resultado de una cultura binaria, la sexualidad tiende a ser escindida, produciendo así dos tipos de mujeres: las buenas y las malas.²⁸¹ Las mujeres que (por las razones que fueren) no cumplen con su deber ser femenino, en este caso referido a los aspectos de la sexualidad (aspecto indisoluble por cierto, de los demás aspectos en la vida de las personas) son discriminadas políticamente y designadas mediante el uso de diversas categorías (Lagarde, 1997): locas, zorras, putas, cualquiera, fáciles, etc. La iniciativa y la búsqueda del placer son dos de los principales ejes que les constituyen la identidad a este tipo de mujeres, que son estigmatizadas y socialmente mal vistas:

—Hay pues como todo, hay algunas chavas que las catalogan, como dicen, para no ser grosero, “zorrillas” les dicen, ya las catalogan así porque, ya han... ya pasaron por toda la escuela, y te das cuenta porque, porque ellas misma este... hay unas, hay unas que te llegan a decir ¿no? (H17: 654-658).

—Pues se ve mal, se ve mal porque pues un hombre como quiera que sea, que muchas personas dicen “es hombre” y ya, como que el hecho de ser hombre te da derecho, te da derecho a poder gozar de tu sexualidad, de poder hacer lo que se te plazca y en la mujer no. La mujer debe de ser más sumisa, más reservada.

—Y si no, ¿qué pasa?

—Pues llega a tener un título [...] como de puta (H12: 892-907).

El que el ideal femenino tienda a plantearse como un ser espiritual y virginal nos remite a los arquetipos brindados por la mitología y la tradición judeocristiana.²⁸²

²⁸¹ La disociación entre cuerpo y alma (de origen platónico) redundó en una total separación entre el amor espiritual y físico (se fractura el amor en Agape o Eros) y en el cristianismo se cristalizó con la división de la personalidad femenina en dos polos opuestos: la ramera o la madre pura (Bornay, 1989; Francoeur, 2001; Hierro, 2001).

²⁸² Turner (1989) señala que la visión cristiana de las mujeres surgió de tres fuentes: el judaísmo antiguo, la secta esenia y la cultura griega, combinación de la que se tomaron diversos elementos que aún hoy son factibles de apreciarse dentro de su organización y filosofías.

Dentro de esta tradición, una de las figuras femeninas centrales lo constituye la virgen (y madre) María, quien en el mito, por medio de la inmaculada concepción es deserotizada y asexualada, planteándose al mismo tiempo como el estereotipo ideal de la identidad femenina (Lagarde, 1997; Rivera, 1996; Szasz, 1998). Por el otro lado, en esta misma tradición se presentan dos figuras arquetípicas contrapuestas²⁸³ a la virgen-madre, que encarnan la tentación y son responsables de la expulsión del paraíso: Eva y Lilith.²⁸⁴ Resulta pertinente hacer referencias a los arquetipos planteados por la tradición judeocristiana porque entre algunos de los entrevistados existieron referencias directas a éstos, y se tomaron elementos de los mismos para presentar una visión de la mujer como un ser esencialmente pecador. Por ejemplo, un joven de 15 años comentaba que en una clase, a partir de ciertas lecturas, un maestro les había expuesto determinadas cuestiones en torno a la esencia pecadora de las mujeres:

—¿Qué pensarías de una mujer que tuviera relaciones sexuales solamente por placer?

—Bueno, en este... en este caso, el maestro nos dice que son unas putas, o sea que son prostitutas.

—¿Y en el caso de los hombres que tienen relaciones sexuales sólo por placer?

—No, pues no dice nada (el maestro) nada más nos comentó de las mujeres, que todas las mujeres son pecadoras, o sea que, las mujeres hacen pecados por, por este, por, hacen pecados solamente por, por hacer, por tener un hijo.

—¿Y los hombres?

—Dicen que Eva cegó a Adán y por eso dicen que el hombre no es pecador.

—¿Qué piensas de eso?

—Que es lo mismo que Adán y Eva son pecadores, los dos.

—¿Y en el caso de los hombres y las mujeres?

—Los dos son pecadores, por lo mismo de que nada más tienen placer, en las relaciones na'más ellas hacen tener... creen que tienen placer, sí eso es todo (H12:220-260).

Dicen que Eva cegó a Adán y por eso dicen que el hombre no es pecador afirma el joven. En este testimonio se puede apreciar cómo ante este discurso el joven se posiciona intentando señalar cierta equidad al afirmar que no sólo la mujer sino que “los dos son pecadores”, señalando al placer como el origen del pecado. Es preciso recordar que esta insistencia en la maldad inherente en el goce sexual fue

²⁸³ Bartra, sin embargo, ha realizado un interesante análisis sobre este tema para el caso específico de México. En su opinión, los mitos fundacionales del alma mexicana remiten a dos fuentes: por un lado a la Virgen -madre (Guadalupe) y por el otro a la Malinche (la chingada), cuya contraposición a su entender es sólo aparente. Considera así, ambas figuras como dos encarnaciones de un mismo mito original, ya que leerlos como símbolos contrapuestos responde al hecho de no admitir abiertamente la dimensión erótica de la virgen en la cultura cristiana (Bartra, 2000).

²⁸⁴ La representación del mal dentro del Génesis como un reptil (serpiente) se ha vinculado en infinidad de imágenes literarias y plásticas, tanto como símbolo del principio femenino como del mal inherente a todo lo terreno, y se vincula por tanto con la inherente maldad y tentación de la mujer (Bornay, 1990).

recreada a partir de la figura de un culpable, de un promotor, de un ser proclive al pecado que no fuera aquel creado a semejanza de Dios (Bornay, 1990; Hierro, 2001).²⁸⁵ Derivado de la lógica de las filosofías patrísticas y judeocristianas ese otro necesario (que sería responsable de la expulsión del Edén, la responsable del pecado original) resultó ser otra, Eva, la mujer.^{286 287}

En el seno de la iglesia cristiana se afirmó el concepto de que el sexo era el pecado por antonomasia, tanto para hombres como para mujeres, confinándose sólo en el marco del matrimonio y con fines reproductivos (Foucault, 1978a). Al mismo tiempo, el énfasis en la responsabilidad sexual fue transferido paulatinamente del hombre a la mujer (Domeq, 1988). Aunado a esto, el hecho que dentro de esta tradición, se presentara a la mujer como la culpable del primer pecado y de encarnar la seducción en la sociedad y en la cultura (Rich, 1996; Bornay, 1989; Lagarde, 1997; Hierro, 2001; Valcárcel, 1994), conlleva una serie de consecuencias prácticas y políticas en donde cualquier hecho erótico es apreciado bajo una lectura en la que conquistar²⁸⁸ es masculino, mientras que, seducir es femenino (Lagarde, 1997) en donde la seducción femenina es vista como encarnación de la tentación y por tanto del mal.

Desde el mito se plantea la prohibición (o restricción) al goce sexual a las mujeres lo que en el terreno de la sexualidad se traduce en que todavía hoy, en ciertos contextos, el erotismo suele ser un espacio vital reservado a un grupo determinado de mujeres que son consideradas por su definición esencial erótica como putas (Lagarde, 1997):

—Volviendo a lo otro, a lo que te decía tu maestro de que las mujeres que tienen relaciones sexuales por placer son unas putas, ¿tú que piensas?
—¿Por placer? Yo digo que, por placer está mal, o sea que nomás venden su cuerpo a lo puro tonto o sea que pues sí nomás para.... yo digo que nomás para tener placer....y tener dinero ¿no?

²⁸⁵ Existen diversos estudios sobre el mito de la maldad femenina en los que los saberes patriarcales encarnaron ontológicamente lo femenino con el mal. En este tipo de mitos, lo femenino se relaciona con el mal en las culturas patriarcales (como la judeocristiana, la mahometana y la hindú), lo cual ha sido utilizado para marginar y subordinar a la mujer de ciertas esferas apartándolas del acto colectivo de crear la cultura, a lo cual se suma que debido a su capacidad reproductiva se las ubica del lado de la naturaleza (Rich, 1996; Bornay, 1989; Arreola, 1979; Hierro, 2001).

²⁸⁶ Es la mujer la que carga con el peso de la transgresión de Eva según la tradición judeocristiana. La teología judeocristiana el dolor que padecen las mujeres durante el parto es un castigo de Dios (aunque la noción de parto como castigo existe también en otras tradiciones) derivado de ese primer pecado cometido por la primera mujer (Rich, 1996).

²⁸⁷ La misoginia de los padres de la iglesia promovieron la imagen de la mujer como la encarnación del demonio. En este marco, Eva no sólo es responsable de la expulsión del paraíso sino que ocasiona que las mujeres, sus hijas sean culpables de la impotencia del varón frente al mal. Un papel preponderante al respecto lo tuvieron San Pablo y San Agustín (Rich, 1996; Hierro, 2001).

²⁸⁸ En el terreno de la sexualidad, se considera que los varones tienden a compartimentarla como un acto agresivo y físico de conquista dirigido hacia la penetración y el orgasmo (Bourdieu, 2000).

—Pero por ejemplo, las mujeres no que cobran, sino que, por ejemplo una muchacha que dice “bueno yo tengo relaciones sexuales con mi novio por placer”
—O sea que... eso está mal porque, son unas pecadoras, bueno supuestamente Dios dice que son unas pecadoras (H12:176-186).

En el relato anterior resalta la asociación que hace el chico entre mujer-placer-venta (prostitución), es decir, el que el placer sea un espacio reservado prioritariamente a un tipo de mujeres, aquellas mujeres que venden su cuerpo (las putas) y que se colocan del lado de las pecadoras. Sobresale también que lo que está vedado a las mujeres dentro del testimonio es el placer, en tanto se vincula a éste con el pecado por designio divino.

Adicionalmente, los discursos promovidos en la familia tienden también a promover y ensalzar comportamientos en las mujeres asociados con la pasividad, la deserotización y la “inocencia”. Respecto a las charlas sobre sexualidad que tenía con su padre un chico de 17 años señalaba:

—Así me dijo (mi papá): “¿de qué te sirve tener una novia bonita, si, anda con todos, si se anda acostando con todos?”. Él me dijo así “mejor hay que, una que veas que es tranquilita y que es seria, y de verdad estés bien con ella, que no tenga de qué hablar, ni que hablen de ella”, esa fue mi primera plática con él (sobre sexualidad) (H17: 611-616).

A pesar de que existen ciertos discursos que permiten una imagen de la mujer menos rígida y menos vinculada con estándares relacionados con la pureza y pasividad de la mujer, las evidencias sugieren que se continúa apreciando más socialmente a las mujeres que entran dentro de imágenes más tradicionales (por lo menos en ciertos contextos) (Aguirre y Güell, 2002).

Todo lo antes mencionado configura las vivencias y prácticas en torno a la sexualidad, el erotismo, la reproducción, etc. de los varones y las mujeres, lo que tiene influencia también en sus decisiones reproductivas y configura el espectro de riesgos a los que éstos en mayor o menor medida se ven expuestos.

4.5 ¿Y después qué?: de la primera relación sexual en adelante

En términos generales, puede apreciarse que en amplios sectores de la población mexicana, todavía tiende a prevalecer cierto rechazo (cuando no, negación) frente a la actividad sexual de los jóvenes. En consecuencia, es fácil encontrar mensajes sociales sobre anticoncepción y prácticas de sexo seguro que van desde la ambigüedad hasta el franco rechazo (Atkin et al., 1998) y que repercuten en determinadas decisiones y representaciones en torno al cómo debe de ser o bajo qué circunstancias ocurren los primeros encuentros sexuales:

- ¿Cómo fue?, ¿cómo llegaste a decidir tener o no relaciones sexuales?
- No lo decidí simplemente el momento se dio... no estaba preparado, no estaba preparado el momento, simplemente...se dio (H12:849-854).

Al igual que en las mujeres la no planeación y espontaneidad en la que se tienden a dar los encuentros sexuales entre los y las jóvenes se presenta también como una de las causas de bajo uso de métodos anticonceptivos y condón entre esta población (Quintana y Vásquez, 1999; García y Rodríguez, 1999; Aguirre y Güell, 2002; Sprecher y Regan, 2001; Menkes y Suárez, 2003; Kornblit, 1999). Aunque en general, la mayoría de los entrevistados señalaron que algunas veces se tienen charlas previas con la pareja antes de decidir si tener o no tener relaciones sexuales, éstas generalmente se centran en las consecuencias más vinculadas con el miedo de un embarazo y sólo se llegan a dar cuando existe en la pareja una relación de amistad o noviazgo.

4.5.1 Consecuencias de las relaciones sexuales: "¿qué tal si la riego?"

Como en el caso de las mujeres, en general el primer miedo asociado a las consecuencias de iniciar la actividad sexual (entendida ésta como el inicio de relaciones sexuales en términos de penetración), es el embarazo, es decir, el regarla:²⁸⁹

- De repente te dejas llevar por la calentura y ya cuando ves y lo analizas, dices: "no, ¿qué tal si la riego?" (H17:745-747).

En general el miedo en torno a la actividad sexual (entre varones) apunta prácticamente hacia una dirección: la preocupación de un embarazo. Un joven de 15 años no iniciado sexualmente comentaba:

- Y ¿por qué has decidido no tener relaciones sexuales?
- Porque..... porque puede quedar embarazada o algo así, por eso no....es que puede quedar embarazada (H10: 583-585).

Entre los testimonios tendió a percibirse como consecuencia más cercana a su vivencia el embarazo; evento que generalmente entre varones se asocia con el miedo a tener que responsabilizarse como podrá apreciarse en el siguiente relato aportado por un joven de 15 años:

- Yo siento que eso (tener relaciones sexuales) es una responsabilidad muy grande, en este tipo de casos si tu novia queda embarazada tienes que ser responsable (H12: 652-662).

Sin embargo, es preciso señalar que empiezan a aparecer en los relatos referencias al riesgo (aunque este en general tienda a aparecer más alejado a su vivencia) la posibilidad del contagio de ITS.

²⁸⁹ Expresión idiomática que hace referencia a cometer errores, equivocarse.

De la prevención y el uso del condón y anticonceptivos

Las evidencias sugieren que aunque en general existe el conocimiento de que el único método que previene el contagio de ITS es el condón, su bajo o discontinuo uso puede deberse a una baja o nula percepción del riesgo de contagio de ITS. En términos generales, el contagio de ITS tiende a mirarse (al igual que entre las mujeres) como un riesgo más bien lejano y que está en función de “con quién te metes”, definición que en general está determinada por dos factores:

- 1) El “conocer” o no a la persona en cuestión (a la pareja)
- 2) La “reputación” que ésta tenga

Respecto a lo antes mencionado un joven de 17 años (no iniciado) comentaba:

—A mí siempre me ha dado miedo porque, no sé, yo no quiero embarazar a una chava ahorita, siempre pienso.... si no la conozco bien y ¿si tiene alguna enfermedad?, o no sé, siempre pienso las cosas (H17: 668-676).

Como otros estudios han señalado (Menkes y Suárez 2003; Guillén, 2003) entre los “métodos” más frecuentes que reporta la población adolescente, dirigidos a la prevención del contagio de ITS hallamos el “conocer” a la persona:

—¿Cómo se previene el contagio de una ITS?
 —Por lo que he oído también es, según que te tienes que fijar en el tipo de persona, [...] o no sé, al menos yo pienso que poniéndome el, el preservativo pero aún así yo siento que tienes que conocer bien a la persona (H17: 911-923).

Como puede apreciarse en el relato anterior si bien se indica el uso de condón, también se asigna un fuerte peso en la prevención de ITS a partir de “conocer” a la persona.²⁹⁰ Esto puede estar relacionado con el que socialmente se tiende a pensar que las personas que transgreden la norma social²⁹¹ que impone la monogamia y andan con muchos tienen más riesgos de contagiarse de una ITS. Es decir, el estar en riesgo está en función de ciertos comportamientos definidos a su vez a partir de cuestiones morales vinculadas con la normatividad.²⁹² En este contexto, el concepto de “grupos de riesgo” propuesto por la epidemiología tiende a encuadrar y sostener esta distribución social del riesgo en donde se vuelve hasta cierto punto comprensible que el concepto de “prácticas de riesgo” encuen-

²⁹⁰ Esto también puede estar vinculado con las “protecciones imaginarias” que se ponen en juego en contextos relacionales y que involucran mecanismos socio-psicológicos tendientes a disminuir la desconfianza en los otros (Kornblit, 1999).

²⁹¹ Se ha sugerido que tras las representaciones en torno al SIDA se encuentran referencias a aquello que pone en peligro la estabilidad social por lo que tiende a pensarse que los que se enferman de SIDA, son los marginales, los que infringen la norma social (Kornblit, 1999:417)

²⁹² Juliano (1998) sugiere que existe una relación ideológica entre el desorden y los grupos subalternos en la medida en que éstos no constituyen el orden dominante vinculándoseles simbólicamente con el peligro

tre todavía resistencias ya que transfiere el riesgo de los “otros” a toda la población (Kornblit, 1999).

Como en el caso de las mujeres entrevistadas, en los testimonios de los varones encontramos la elaboración de estrategias preventivas propias que se desprenden de las nociones antes mencionadas en las que se hallan implícitas condenas morales. Ya se ha mencionado que una buena parte de la producción discursiva en torno a la sexualidad vincula a ésta como peligrosa (Foucault, 1978; Vance, 1989; Rubin, 1989; Valcárcel, 1994). Este peligro es todavía mayor (en términos sociales y morales) cuando se coloca al centro la sexualidad femenina.²⁹³ Por lo antes mencionado, el uso de condón tiende a limitarse cuando en la definición de la situación se considera pertinente su uso y que generalmente se vincula con lo antes mencionado (es decir, cuando no se “conoce” o lo que es más se “desconfía” del comportamiento de la pareja).

Por ejemplo, un joven de 15 años comentaba no haber aceptado la propuesta de una chica de tener relaciones sexuales ya que, a partir de “la mala reputación de la chava”, definió la situación como riesgosa:

—Fue con una novia ¿no? que la verdad no quise (tener relaciones sexuales) porque la chava ya había tenido con varios y este... entonces ella me dijo...me dijo “pues, quiero tener sexo contigo” y yo como que lo pensé ¿no?, y ya, como ya tenía mala reputación esa chava.... como que yo dije “-¿para qué arriesgarme? con una persona que no, no la quiero, no me voy a arriesgar por sentir un ratito de placer a que me pase algo de por vida (H11:477-486).

En el relato antes expuesto, resulta también relevante que el antes poco problemático horizonte de la sexualidad masculina, se ha acercado al femenino en términos de que ahora, a partir principalmente del surgimiento del SIDA, también en cierto sentido el ejercicio de la sexualidad masculina ha empezado a vincularse también con el peligro (Bayardo, 1997).

También resalta que, aunque con mucha menor frecuencia comienza a señalarse por los entrevistados el que no son sólo determinadas personas las que están en riesgo:

—En tu opinión ¿quienes son las personas que pueden contraer SIDA?
—Todos, sí [...] pues porque todos estamos expuestos... porque sí, en sí es una enfermedad....transmitida sexual [...] y nadie está exento (H16: 1187-1201).

²⁹³ De este modo, la cuestión que hay tras la construcción de estar en riesgo es la distribución social de la culpa ya que, (al igual que otras enfermedades) las ITS son representadas socialmente como un castigo. Así la culpa es un importante elemento de control de conductas vía la legitimación del castigo de la persona transgresora (Erвити, 2002).

Al parecer comienza a aparecer en los testimonios un cambio que implica transitar del discurso de “grupos de riesgo” al de “prácticas de riesgo”, aunque todavía tiende a predominar, como se ha venido mostrando en los testimonios, el primero. Esto se enmarca bajo la lógica de los nuevos discursos que indican que si bien todos podemos contraer una ITS, hay grupos que incurren en prácticas más riesgosas (Kornblit, 1999).

Respecto al condón y su uso, como señalan otros estudios (Guillén, 2003; Rodríguez, 1999) aunque también apareció en los testimonios la demanda de uso de condón por una compañera sexual como indicio de experiencia sexual y origen de desconfianza, entre los varones a diferencia de las mujeres, la lectura de esto, con frecuencia tendió a ser diferente. Es decir, entre varones parecen existir discursos alternativos a los hegemónicos, en los que la demanda femenina de condón tiende a ser leído como deseos de cuidarse, y sobre todo de prevenir un embarazo y no necesariamente (como en general tienden a indicarlo las mujeres) como señal de experiencia sexual.²⁹⁴ Un joven de 17 años (sexualmente iniciado) comentaba:

—¿Qué pasa si una chica te solicita el condón?

—¡Qué bueno! [...] porque se cuida ella y me cuido yo... y no hay tanto riesgo (H16:1609-1614).

Este cambio en los significados asociados con el uso y demanda de condón aparece en testimonios de jóvenes de distintas edades, tanto en aquellos que ya han iniciado la actividad sexual, como en aquellos que todavía no lo han hecho. Ejemplo de esto es el relato aportado por un joven de 15 años (sexualmente, no iniciado):

—¿Y en el dado caso que decidieras tener relaciones sexuales y una chica te solicitara el uso de condón?

—Pu's yo lo aceptaría porque pues yo digo que desde el momento en que lo empezamos a hacer, si ya aceptaste el compromiso, pus se acepta todo, o sea, si los dos están de acuerdo en no utilizar condón, los dos, no no' más uno. Si ella te dice “pus quiero utilizar condón” pus tu la debes de apoyar, porque si ella no quiere tener un hijo, si ella no quiere tener ese problema 'orita.... y pu's debes de respetar su opinión ¿no? Por mí, pues yo sí la respeto, su opinión, porque también ellas tienen sus derechos no nomás uno como hombre (H15: 1648-1666).

Dos cosas sobresalen en el relato. En primera la frase: “porque también ellas tienen sus derechos no nomás uno como hombre” resulta relevante por que indica

²⁹⁴ Estudios realizados en España y Argentina sugieren que los varones solteros, las personas menores de 40 años con educación terciaria tienen creencias más positivas respecto al preservativo, mientras que las personas de mayor edad, las mujeres con nivel educativo primario son quienes mantienen una cierta reprobación moral vinculada con su uso (Kornblit, 1999).

la presencia de la noción de mujeres como sujetos de derecho, y hace referencia al discurso de la equidad de género. Al mismo tiempo, contempla implícitamente la posibilidad de negociación entre la pareja a la hora de tomar decisiones que competen a ambos y que pueden estar señalando un cambio respecto a la tradicional manera de presentar a la mujer como la única responsable de cuidarse. Sin embargo, la frase: “si ella no quiere tener un hijo” asocia el uso de condón con la prevención de un embarazo y no con la prevención de una ITS. Esto concuerda con lo encontrado en un estudio realizado por García y Rodríguez (1999) en donde el uso de condón es referido como método dirigido principalmente a evitar embarazos, lo que se aprecia en la disyunción que muchas veces aparece en los testimonios al referirse al uso de pastillas o condón. Por ejemplo un chico de 17 años señalaba:

—Al tener relación sexual deben de cuidarse ambos [...] o un poquito más el hombre porque es el que va... el que eyacula dentro de la mujer ¿no?... debe de cuidarse un poco más, debe ponerse preservativo... o a la mujer darle sus pastillas (H17:1045-1048).

Adicionalmente resalta que en muchas ocasiones parece no estar del todo clara la diferencia entre el preservativo y los anticonceptivos. Un joven de 15 años (sexualmente no iniciado) comentaba:

—Volviendo a lo de los anticonceptivos, ¿hay alguna diferencia entre un anticonceptivo y un preservativo?

—Yo digo que para mí no, pues porque sirven pa' lo mismo....pero yo digo que tienen más problemas los anticonceptivos porque pueden dañar hasta tu vida, por decir su matriz de las mujeres, lo pueden dañar no sé, no soy quien para decirlo, pero yo siento que hasta las ha de dañar ¿no? (H15:1544-1557).

Pese a lo expuesto en este último testimonio, es importante resaltar que diversas investigaciones señalan que existe la tendencia entre los jóvenes que inicialmente usaron condón al iniciar la actividad sexual con una pareja a cambiar a la estrategia de la pastilla cuando sienten consolidada su relación de pareja (Kornblit, 1999). Se puede apreciar que en lo relativo a la prevención de embarazos e ITS entre esta población hay una amplia variedad de creencias que constituyen uno de los obstáculos para el ejercicio de una sexualidad lo más segura posible. Al mismo tiempo, se pone de relieve que las conductas y lógicas vinculadas con la prevención de ITS se desprenden de los contextos relacionales en que se ubican los sujetos y en donde la combinación de distintos tipos de marginación (económica, social, de género, etc.) y variables configuran una serie de comportamientos de riesgo que no necesariamente resultan de una baja percepción del riesgo o de la ausencia de información adecuada (Kornblit, 1999).

4.5.2 El aborto

Bueno, en la religión católica todos dicen que abortar es un pecado, yo no me baso tanto en las creencias... pero sí influyen un poco. aparte de que yo siento que... un niño es lo más lindo que te puede pasar

(H16: 1169-1174)

Respecto al aborto, al igual que en el caso de las mujeres los relatos apuntan en diversas direcciones, siempre cargados de contradicciones y polémicas. También en este caso, al ser cuestionados en torno a la posibilidad de un aborto la mayor parte de los participantes sostuvo una postura en contra. Dentro de las principales razones para apoyar este argumento sobresale que aparecen dirigidas hacia la mujer tanto la culpa como la responsabilidad de prevenir y /o hacer frente a dicho evento (Erviti, 2002):

—Estoy en contra del aborto... aunque sea violación.... cualquier cosa estoy en contra del aborto porque el niño no tiene la culpa pues de, de que un error de que las chavas...o luego ya de que se hayan metido con muchos y ahora la chava ya no quiere afrontar las consecuencias, o sea el niño, no, no tiene la culpa... es un, es un... —como dice mi mamá— “el niño es un Jesús” (H11: 888:919).

Algunos de los argumentos que indicaron una postura totalmente en contra del aborto, provenían de preceptos dictaminados por la religión y el pensamiento católico, en los que éste es un acto severamente condenado en cualquier circunstancia y visto como un asesinato:

—Pero para mí no es justo que aborten... si tú a la mera hora eso sí, lo disfrutaste mucho ¿no? ahí el agasaje y todo eso... pus ora ten el valor, el valor civil para sufrir pues con tu hijo y no, y no darlo a la muerte (H15: 1316-1324).

Sin embargo, algunas veces surgieron en los testimonios posturas que indican cierta resistencia a los discursos hegemónicos en los que se da cabida como opción a la práctica del aborto. El ejemplo más claro es en el caso de violación:

—Puede ser cuando te digo, que, que... por ejemplo a la mujer la violan [...] porque ya no fue culpa de ella, que no, la forzaron ¿no?, la forzaron y la violaron [...] es el único caso en que estoy de acuerdo, pero cuando tienen así, relaciones sexuales nada más así, ahí no, no estoy de acuerdo con el aborto (H17: 1033-1042).

Como se aprecia en el relato anterior, al parecer en caso de violación, en algunas ocasiones la mujer es eximida de la culpa. Aparentemente, una cuestión central lo constituye el hecho de haber deseado tener relaciones sexuales o no, y no la cuestión de desear continuar o no, el embarazo. Es también relevante que aparecen en los discursos determinados cuestionamientos respecto a la corresponsabilidad de

los varones en los eventos reproductivos, lo cual apunta a que por lo menos en el terreno discursivo, empiezan a sentirse ciertos cambios que señalan una mayor equidad. Un joven de 16 años (sexualmente no iniciado) comentaba:

—Pues si yo disfruté cuando tuve relaciones sexuales con alguien, yo debo de tener el valor, de afrontar lo que hice, ponerme los pantalones [...] para tener un hijo no nomás se necesita una, se necesitan los dos, y pus quien, no nomás va a tener la culpa la mujer (H15: 1352-1363).

Respecto a la valoración social del aborto, en este estudio encontramos (como han señalado otros estudios) que mientras que los varones tienen un discurso más liberal y permisivo al referirse a la propia sexualidad que las mujeres, al hablar del aborto entre los varones se percibe una posición más conservadora (Figueroa y Sánchez, 2000). Sin embargo, en este estudio también encontramos (aunque con menor frecuencia que entre las mujeres), la posibilidad entre los varones de interrumpir un embarazo cuando éste no es deseado. Por ejemplo, un joven de 15 años (sexualmente iniciado) señalaba:

—Cuando es una violación por ejemplo, cuando no es deseado [...] vemos muchos casos o se ha hablado en muchos casos en que se encuentran bebés en los botes de la basura y entonces ¿a que vienen los niños? ¿Vienen a sufrir?.....entonces yo ahí este... consideraría que el aborto no está mal no está mal porque prefiero abortarlo aunque a lo mejor ya después... este... como se maneja en la sociedad es, a lo mejor el remordimiento me llegaría pero, por yo preferiría abortar (H12: 1017-1048).

De esta manera, sobre todo en los últimos dos testimonios sobresale el papel de los entrevistados como actores con capacidad de formular y redefinir (con elementos provenientes de distintas fuentes y ámbitos) sus propias opiniones, las cuales se presentan como parte de un proceso en construcción y no definitivo, que les permite posicionarse y contraponerse (en ocasiones) (como en los dos últimos testimonios) a los discursos hegemónicos.

Información sobre el aborto

En la construcción de estas concepciones sobre el aborto juegan un papel importante además de la iglesia, las instituciones pedagógicas y la televisión. En los testimonios varias veces se refirió a que una parte de la información en torno al aborto proviene de las escuelas, en donde regularmente existen charlas y conferencias sobre el tema:

—Eh... bueno en la televisión he visto el tipo de abortos que existen [...] y en la misma escuela que te dan información. En la escuela, pues nos hablan del aborto, nos dejan también exponer y nos dicen que el aborto es... que también como te digo, que tiene sus ventajas y sus desventajas pero que es un recurso para la mujer, nos dicen que es un recurso más que nada para ustedes las mujeres ¿no?. Y que muchas

veces no es bueno, pero lo hacen y nos dejan exponer y nos enseñan libros de cómo se hace un aborto con tijeras, como les cortan... meten unas tijeras y los cortan a los bebés [...] todo eso nos platican y de todo, como se hacen (H17:1061-1081).

Dos cosas sobresalen especialmente en el relato: el que el aborto sea visto como un recurso para mujeres lo que muestra que en general la reproducción continúa siendo una cuestión femenina y el papel que juegan los medios de comunicación masiva en la construcción de opiniones y como fuente de información (visual y verbal). Por su parte, en la mayoría de los casos los jóvenes señalaron que la información que se tiende a dar en las escuelas sobre el aborto es información visual de cómo se practica un aborto, a partir de películas en las que se presenta un aborto desde lo que podemos llamar la perspectiva del feto en donde lo central es hacer énfasis en la inherente violencia implicada en esta práctica:

—[...] Y por decir que vaya llegando al mundo y que ya le hayan apretado su cabecita y que lo hayan matado, no.

—¿Alguna vez has visto eso de que les aprietan la cabecita?

—Sí, en una película, la pasaron en la escuela (H15: 1463-1470).

—(En la escuela) pasaron una película sobre el aborto, y pasaron como la chava estaba abierta, así, cuando iba a abortar y el metían unas pinzas... [...] y hubo mucha sangre...y sí saca de onda²⁹⁵ ¿cómo pueden matar a seres humanos así? (H15: 1472-1488).

—¿Has escuchado algo sobre el aborto?

—Pues información en la televisión, pues que el aborto es una medida antisocial que no debe de hacerse, no debes de hacer, pues eso que no lo hagas (H12:997-1005).

Al igual que en el caso de las mujeres parece existir una diferencia clara entre un aborto inducido y espontáneo, en donde la diferencia que los define es la voluntad de perderlo:

—¿Existe alguna diferencia entre abortar y perder un bebé?

—Sí, sí, sí existe porque el perder un bebé a lo mejor lo pierdes sin que tú, lo hubieses querido, te puedes caer o con un susto, con un impacto fuerte, y lo puedes perder sin que hayas querido. Y un aborto es el que, el que bueno no se tomaron las medidas necesarias para... para este prevenir un embarazo y ya estás ahí y las soluciones son correctivas más que preventivas (H12: 982-996).

—Finalmente ¿crees que hay alguna diferencia entre perder un bebé y abortar?

—Sí...sí abortar es matarlo ¿no? y perder un bebé no es, no es este... mi mamá perdió un bebé en entonces no, no lo quiso ella o sea ella no.... no como el otro, el aborto es que no lo quisieron (H11: 966-972).

²⁹⁵ "Sacar de onda", expresión idiomática que hace referencia a confusión.

Finalmente como puede apreciarse en este último testimonio aparece la connotación del aborto como un acto desprendido de la voluntad que se tiene de interrumpir el embarazo y asociado con cargas simbólicas que lo asocian con el asesinato (el matarlo). Estas últimas referencias sin lugar a dudas dificultan tanto el tratamiento del tema como la reflexión y el cuestionamiento en torno al mismo, lo cual se vuelve particularmente difícil en un grupo de varones en el que la mayoría de ellos no son sexualmente iniciados (lo cual también puede estar señalando un contexto en el que aún no se han confrontado a una serie de circunstancias y/o experiencias que los hayan orillado a cuestionar los mensajes recibidos en torno a este evento.

Cuadro 17

Variables contextuales de la población de estudio: hombres sexualmente iniciados

Variables	Ricardo (H12)	Roberto(H16(r))
Edad	15	17
Edad de inicio de la actividad sexual	15	16
Condición de actividad	Inactivo	Inactivo
Estado civil	Soltero	Soltero
Enfermedad crónica propia	No	No
Enfermedad crónica e familiar	No	No
Tipo de familia	Nuclear	Nuclear
Escolaridad madre	Primaria	Técnica
Escolaridad padre	Secundaria	Universidad
Estado civil de los padres	Unidos	Casados
Jefe del hogar	Padre	Madre
Participación en las labores domésticas	Predominan mujeres	Madre-hijos
Finalidad de las relaciones sexuales	Disfrutar la sexualidad/ tener hijos/satisfacerse	Fortalecer el amor
Mujer debe llegar virgen al matrimonio	No	Sí
Hombre debe llegar virgen matrimonio	No	No
Posibilidad aborto	Sí	Sí
Usó condón la primera vez	Sí	Sí y no
Uso continuo de condón	Sí	No
Material piso del hogar	Cemento	Mosaico

Cuadro 18
VARIABLES CONTEXTUALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: HOMBRES SEXUALMENTE NO INICIADOS

Variables	Juan(H10)	José(H11)	Pablo(H12)	Raúl(H14)	Andrés(H16)	Jorge(H17)
Edad	15	15	15	15	17	17
Condición de actividad	Inactivo	Activo	Inactivo	Activo	NR	Inactivo
Estado civil	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero
Enfermedad crónica propia	No	No	No	No	No	No
Enfermedad crónica e familiar	No	No	No	No	No	Sí
Tipo de familia	Nuclear	Nuclear	Ampliada	Nuclear	Nuclear	Nuclear
Escolaridad madre	Fallecio (N.I.)	Preparatoria	NR	Preparatoria	Primaria	Universidad
Escolaridad padre	Universidad	Universidad	NR	Preparatoria	Secundaria	Universidad
Estado civil de los padres	Casados	Unidos	Divorciados	Casados	NR	NR
Jefe del hogar	No información	Padre	Padre	Padre	Madre	Madre
Participación en las labores domésticas	NR	Todos	NR	Madre-hijos	Padre-hijos	Todos
Finalidad de las relaciones sexuales	Disfrutar sexualidad	Conocerse más/ fortalecer amor tener hijos	fortalecer amor	Disfrutar sexualidad	fortalecer amor	fortalecer amor
Mujer debe llegar virgen al matrimonio	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Hombre debe llegar virgen matrimonio	No	No	Sí	No	Sí	No
Posibilidad aborto	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
Usaría condón	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Material piso	Mosaico	Mosaico	Mosaico	Cemento	Cemento	Mosaico

Conclusiones y hallazgos: los significados de la salud y la sexualidad

Finalmente hablar de sexo no sólo es hablar de poder sino también es hablar de contradicciones

A. Valcárcel

A lo largo de este trabajo se consideró como ejes articuladores y categorías analíticas de los testimonios aportados por los/las jóvenes las identidades sociales, de género y poder, lo que permitió una lectura no esencialista de los hallazgos encontrados.

Los testimonios permiten dilucidar cómo las elecciones, reacciones, respuestas y los significados de la salud y la sexualidad son resultado de la combinación de factores pertenecientes al orden tanto individual como colectivo. A lo largo del trabajo ha sido posible observar cómo los condicionantes de género moldean tanto los significados como las vivencias en torno a la salud y la sexualidad de los/las jóvenes y ayudan a comprender el modo en que los comportamientos de las personas se desprenden de un entramado de arreglos sociales en los que subyace una lógica que los articula y les da sentido. Los condicionantes de género aparecen como un puente que comunica ambos niveles de realidad y hace visible la importancia de estudiar conjuntamente los significados atribuidos a la salud y a la sexualidad por varones y mujeres, enfatizando en el carácter relacional de los mismos en contextos y grupos específicos.

Siguiendo a Herzlich (1999:182), se ha considerado en este trabajo que la enfermedad es “una llave para obtener los significados que las personas dan a sus hábitos y sus conductas sociales”, ya que las concepciones en torno a la misma descubren determinadas visiones del mundo y significados sociales otorgados a diversos aspectos de la vida. Al mismo tiempo, se ha partido de considerar que no puede existir un discurso sin sujeto y la sociedad no es un sujeto (Herzlich, 1999), asumiendo que los discursos son construcciones sociales que permiten a los individuos entender e interpretar la realidad social.

Tenemos así que en los relatos referidos a la salud se puede observar el alto grado de medicalización al que son sometidos no sólo amplios sectores poblacionales urbanos (lo que se expande cada vez más a otros escenarios), sino también ciertas etapas de la vida (como la adolescencia y la menopausia). En estos jóvenes, una buena parte de su experiencia subjetiva de enfermedad parece estar moldeada por la construcción del adolescente y sus problemas. En este sentido, la adolescencia es una etapa (aunque no es exclusivo de esta etapa)²⁹⁶ que tiende cada vez más (en determinados contextos) a ser medicalizada y por tanto controlada. Es decir, la división por grupo de edad coloca a los/las jóvenes en una posición de minoría política, del lado de las mujeres, los ancianos y los niños, y su número de padecimientos va creciendo (lo cual se relaciona con la función de control social que ejerce la medicina como institución).

En diversas ocasiones, tanto las causas, los síntomas, la manera de prevenir y de enfermarse de estas jóvenes se relacionan con cuestiones vinculadas a la transgresión a la norma; normas en cuya elaboración y difusión juegan un papel importante las instituciones educativas, legales y médicas. Estos discursos sociales configuran no sólo la enfermedad, sino la percepción de riesgos en salud que presentan estas jóvenes. Resalta el papel que juega la medicina en la designación de lo “normal” y de la distribución y construcción social del riesgo. El concepto de “grupos de riesgo” sigue constituyendo un obstáculo importante para el ejercicio de una sexualidad segura y placentera para ambos sexos, favoreciendo y reforzando la estigmatización de ciertos grupos y minorías políticas. Esta estigmatización puede estar relacionada con la percepción de riesgo que en general tiende a existir entre esta población y dificulta la adquisición de prácticas de sexo seguro.

Todavía se encuentra en los discursos de los/las jóvenes la invisibilización y desvalorización (material y simbólica) de los espacios y actividades asignadas a las mujeres, así como la existencia a partir de, por y para servir, atender, cuidar, amar, etc., a otros; hecho que, aunque político, en la vida cotidiana se le continúa ubicando como de origen “natural”. Vinculado con este punto es especialmente relevante la percepción de las mujeres de este estudio de su cuerpo como origen de sufrimiento, ya que el cuerpo connota un espacio donde se manifiesta la identidad de género (Szasz, 1999), y al mismo tiempo es la base social en que se apoyan el orden social y las normas (Minello, 1998). El hecho de que sea precisamente el cuerpo femenino en donde las mujeres ubiquen el sufrimiento y que además lo vinculen con eventos relacionados con la esfera reproductiva y con la sexualidad, indica que la vivencia de ambos aspectos se percibe cercana al sufrimiento (o por lo menos que esta vivencia resulta problemática y/o conflictiva), lo que expresa

²⁹⁶ El surgimiento de “edades de riesgo” por parte de los especialistas en salud conlleva la pérdida de parte de la autonomía en la población, y es uno de los indicadores de la medicalización de las sociedades (Ilich, 1984).

también al orden social en el que se encuentran inscritas tanto las mujeres como sus prácticas y vivencias. En esto, las desigualdades ocasionadas por los condicionantes de género juegan un papel central, ya que si bien fue factible percibir cierta resistencia a los mandatos en torno a la identidad femenina (sus características, posibilidades, derechos, obligaciones, etc.), también se percibe el escaso control y poder de decisión relacionados con la vivencia de la sexualidad y la reproducción de estas jóvenes.

En el caso de los testimonios referidos a la salud de los varones, es relevante observar cómo en sus relatos aparecen nociones y representaciones relacionadas con la fortaleza y la resistencia (física y emocional) que se les exige e impone cultural y socialmente. Muchos de estos mandatos en torno a la masculinidad, tanto en el área de la salud como en el área de la sexualidad, tienden a ser activados a partir de fórmulas que representan a los varones en la obligación de probar continuamente valor, fortaleza y la capacidad de ejercer poder (físico y/ o simbólico) sobre otros(as). Esta construcción les exige una continua exposición a prácticas de riesgos y una actitud de descuido frente al propio cuerpo y hacia aquellos cuerpos con los que se relacionan. Esto, traducido en el terreno de la salud, implica un entramado de actitudes y comportamientos frente a los padecimientos y el dolor (físico, emocional, etc.) que condicionan no sólo las expresiones y las respuestas ante la enfermedad, sino la vivencia de su salud y su sexualidad.

Adicionalmente, los testimonios coinciden con lo encontrado en otros estudios en donde se ha señalado que ambos sexos están sometidos a una exposición al riesgo que se desprende no necesariamente (como se ha querido presentar en los discursos hegemónicos) del ejercicio de la sexualidad, sino de condicionantes de género (y sociales) que en los varones tienden a exigir la actividad sexual y la exposición continua de sus cuerpos al riesgo y en las mujeres fomentan la pasividad y la ignorancia como atributos constituyentes (en ciertos contextos) de una feminidad "exitosa. El que se represente a los varones como sujetos de sexualidad asigna el campo del saber/poder sobre sexo como un terreno predominantemente masculino. "Ser hombre" se traduce también en una amplia variedad de comportamientos cuyos ejes son también articulados por los mandatos de masculinidad y la posición de poder que otorga el ser varón. Esto se aprecia en la posibilidad de mostrar (sin temor a consecuencias negativas para la reputación) que se sabe de sexo y que éste no es un tema que resulta ajeno por el simple hecho de ser hombre (lo cual puede activarse por determinados mandatos de masculinidad). Este poder también se traduce en la posibilidad de acceder a una variedad de prácticas y campos de acción relacionados con el ejercicio de la sexualidad masculina, con la obligación de autodefinirse con experiencia sexual y también con la capacidad que tienen los varones de poder nombrar la realidad y dañar socialmente la reputación de las mujeres (quemar). Esto se desprende de una

doble moral sexual, en la que mientras la virginidad es una institución de control social dirigida al cuerpo de las mujeres, en los hombres es algo que apenas y tiene existencia. Lo anterior se traduce en una fuerte presión social para los varones, tendiente a promover el ejercicio de la actividad sexual probando que se es hombre. Esto tiene repercusiones en la posibilidad de negociaciones (verbales y no verbales) previas a los encuentros sexuales y hace manifiesta la opresión genérica, el control y la dominación ejercida sobre las mujeres (sobre sus comportamientos y sus cuerpos), lo que acrecienta la vulnerabilidad tanto de los varones como de las mujeres y repercute en las vivencias y significados que atribuyen a la sexualidad.

A pesar de un discurso y de prácticas cotidianas en las que se empieza a vislumbrar un mayor espacio y posibilidad para el ejercicio de relaciones más equitativas (no sólo referidas a la sexualidad y a la salud), es notable que la responsabilidad de los eventos relacionados con el ejercicio de la sexualidad y las posibles consecuencias de su ejercicio continúan recayendo en las mujeres, bajo el supuesto (socialmente compartido) de que “el hombre llega hasta donde la mujer quiere”, a sabiendas de que ella es la que “lleva las de perder” (en términos individuales y sociales). En este contexto, adquiere sentido que todavía existan (y predominen en los discursos, sobre todo femeninos) los significados negativos atribuidos al uso de condón y el bajo uso de anticonceptivos, así como una amplia variedad de discursos y representaciones en torno a la virginidad femenina, mientras que la virginidad masculina es algo de lo que apenas se habla.

Retomando a Petchesky y Judd (1998), puede afirmarse que a lo largo del trabajo de campo fue poco frecuente que los jóvenes adoptasen ante los discursos hegemónicos posiciones extremas: una oposición explícita o una acomodación pasiva; por el contrario, a lo largo de sus testimonios se ha podido observar que en las prácticas y vivencias de estos/as jóvenes se ha recurrido a estrategias complejas y sutiles para interpretar las vivencias sexuales y reproductivas. Así, las identidades y roles genéricos despliegan una serie de asignaciones y mandatos que en la práctica parecen ser más flexibles y difusos que en el terreno discursivo. Esto posibilita cierto grado de autonomía frente a los mandatos sociales y al mismo tiempo coadyuva a conservar la imagen social dentro de la comunidad y el grupo de adscripción, lo que permite tener ciertos momentos de cuestionamiento y transgresión frente a las normas (discursiva y/o prácticamente). De esta manera, en los testimonios es posible encontrar, tanto en las prácticas como en los discursos, momentos de transgresión, cuestionamientos y resistencias (en varones y en mujeres) que resultan de la combinación de distintos factores (tanto individuales como colectivos) y en los que aparece la vivencia de la sexualidad de estos/as jóvenes como un terreno en ocasiones problemático y lleno de contradicciones.

Sin embargo, es preciso tener presente que si bien lo “masculino” y lo “femenino” son constructos sociales históricamente determinados, también son procesos y construcciones emergentes y estructuralmente dinámicas, por medio de las cuales los actores y grupos sociales interpretan de manera activa y continua sus circunstancias, generando sus comportamientos y relaciones cotidianas (Sabo, 2000). En este sentido, el horizonte de identidades genéricas parece estarse ampliando, y sin duda para lograr una mayor comprensión y profundización en el conocimiento y estudio de las mismas deben ser abordadas desde el terreno de lo relacional.

Paralelamente, las sexualidades y las experiencias sexuales son producidas y modificadas dentro de discursos también dinámicos (Braun y Gavey, 1999), en donde la contradicción se presenta como una constante entre los imperativos morales y /o religiosos y las prácticas, expresiones y comportamientos relacionados con la sexualidad. Especialmente relevantes resultan los relatos sobre la normatividad de origen religiosa y que permiten observar la existencia de prácticas sociales cotidianas, en las que estas normas son reinterpretadas, dando lugar a una complejidad y variedad de discursos en ocasiones más flexibles. También resalta la importancia que tienen en la construcción de estos discursos las instituciones médicas, la escuela (los profesores), los padres de familia, los medios de comunicación masiva (televisión, películas, etc.) y aun los discursos emitidos y generados por quienes diseñan políticas dirigidas a este grupo poblacional.

Los testimonios ponen de relieve cómo los significados dados a la salud y a la sexualidad por estos jóvenes resultan de la inserción de los mismos /as en estructuras simbólicas, socioeconómicas y culturales que no son casuales ni neutras, y en donde los condicionantes de género ejercen un papel importante (en combinación con condicionantes de orden diverso: la edad, el sexo, el grupo social, etc.). Es pertinente resaltar la capacidad creativa de los individuos al interpretar sus vivencias desde su ubicación en la estructura social. Es generalmente ahí donde surgen una buena parte de los cuestionamientos y quiebres que están empezando a sufrir no sólo ciertos discursos, sino también ciertas prácticas en el terreno de la salud y la sexualidad, y que apuntan hacia relaciones más equitativas. Especialmente relevante resulta la combinación de explicaciones del orden social aportadas por estos jóvenes, en donde si bien todavía se deja sentir la presencia de esencialismos, también se comienza a hacer referencias a las cuestiones sociales, lo cual facilita la desnaturalización del orden establecido y posibilita su cuestionamiento y su posible transformación.

Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por diversos estudios realizados en México y en otros países, en poblaciones y contextos similares a partir del uso de metodologías cualitativas (Amuchástegui, 1998; Sazsz, 1998; Guillén, 2003; Tuñón, 1999; Aguirre y Güell, 2003; García y Rodríguez, 1999; Quintana y

Vásquez, 1999; Rodríguez, 2002), en los que se ha enfatizado en la amplia variedad de prácticas y discursos de resistencia en torno a la sexualidad, que coexisten contradictoriamente y en continua competencia con discursos hegemónicos (generalmente vinculados con imágenes y representaciones más conservadoras de origen variado) que están en cambio continuo tanto en el nivel colectivo como individual. También es importante resaltar que las nociones y significados de estos(as) jóvenes no son estáticos ni definitivos, sino que están siempre en construcción y modificación, al tiempo que es preciso tener presente que tanto la masculinidad como la femineidad adquieren distintos significados para los hombres y para las mujeres no sólo en diferentes contextos, sino también en las diferentes etapas y momentos del ciclo vital y el curso de vida.

En cuanto a las diferencias encontradas en esta investigación respecto a los hallazgos de otros estudios, es factible que éstas sean resultado de la aproximación y metodología que han sido utilizadas en esta investigación. También pueden deberse a circunstancias desarrolladas en el trabajo de campo, por ejemplo, el que la entrevistadora fuera mujer pudo ser para algunos jóvenes (principalmente entre los participantes varones) una causa de posible inhibición en sus testimonios.

Una cuestión sobresaliente de este estudio es que los testimonios de varones y mujeres “sexualmente iniciados” tienden a presentar ciertas similitudes independientemente de la edad. Esto no quiere decir que la edad no sea un factor importante en la construcción de los significados de la sexualidad, sino que sugiere la existencia y combinación de otros factores que parecen estar jugando un papel más determinante en la construcción de estos significados. Así, en los testimonios, la combinación de experiencias individuales y biográficas de cada actor social parece acotar el espacio temporal que existe entre distintas edades, ya que las experiencias vividas en el curso de vida van confrontando diversas nociones, prácticas y discursos. Estas similitudes y diferencias encontradas en los testimonios también se relacionan con las condiciones objetivas de vida que determinan (entre otras cosas) un mayor o menor acceso a información.

Resalta también como un aspecto medular en la conformación de los significados de la salud y la sexualidad de los/las participantes en el estudio las imágenes y la información que se transmite y socializa dentro de las instituciones educativas. En términos generales, puede afirmarse que esta información tiende a reforzar imágenes y condicionantes tradicionales de género en donde se da poco espacio para el cuestionamiento del orden social (especialmente en lo referido a la sexualidad). Como sugieren otros estudios (WHO, 2001; Fine, 1999; Bayardo, 1997), a partir de los testimonios de los jóvenes fue factible percibir necesidades de información en torno a la sexualidad que incorporen el lenguaje y las dudas específicas de los y las jóvenes. En general los y las jóvenes participantes (en la fase cualitativa y

cuantitativa) expresaron que los mensajes transmitidos por las clases de educación sexual tienden a ser confusos y muchas veces incomprensibles, en tanto el lenguaje y el tipo de dinámicas establecidas les resulta muchas veces una barrera tanto para recibir la información como para expresar sus dudas. También señalaron la importancia de tratar y dar cabida en estas clases a aspectos de la sexualidad más allá de lo referente a las ITS, el embarazo y el aborto.

Respecto a los alcances y limitaciones de la presente investigación, es preciso señalar que más que la generalización (en términos probabilísticos) y la búsqueda de representación estadística, este trabajo planteó en sus inicios la profundización del conocimiento en torno a los aspectos de la salud y la sexualidad de los jóvenes en situaciones concretas y específicas, por lo que los hallazgos no son extensibles a cualquier población.

También surgen diversos cuestionamientos a partir de lo expuesto en esta tesis. Es importante retomar investigaciones que enriquezcan la discusión entre salud sexual y salud reproductiva ya que, como se apreció a lo largo de esta investigación, existen elementos suficientes para no acotar ni restringir la salud sexual a la vida reproductiva ni a edades, grupos étnicos o poblacionales específicos (como si la vivencia de la sexualidad, las necesidades y el derecho a servicios de salud sexual integrales fueran exclusivos de ciertas edades o grupos).

Respecto a la sexualidad, es importante profundizar en el estudio de prácticas sexuales alternativas y su vinculación con el saber médico, la construcción de normalidad y la manera en que tienden a vincularse con la construcción y distribución social del riesgo en distintos contextos socioeconómicos y culturales, así como en distintos grupos de edad, tomando como un eje central la generación.

En lo referente a la salud, resulta pertinente realizar investigaciones que profundicen en la vinculación entre la percepción de los cuerpos, la vivencia de la salud, la sexualidad de varones y mujeres jóvenes con la práctica y el ejercicio médico en contextos específicos. Es necesario profundizar en el conocimiento de la relación entre los discursos, la práctica médica, el proceso de medicalización, las vivencias y las prácticas en materia de salud y sexualidad de los y las jóvenes. También es importante explorar con mayor profundidad la percepción de estos jóvenes respecto a la atención proporcionada por los médicos y profundizar en las barreras institucionales, económicas y simbólicas que están restringiendo el acceso y la comunicación entre los profesionales de la salud, las instituciones médicas y este grupo poblacional.

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los principales retos para satisfacer las necesidades de información, educación y servicios relacionados con este ámbi-

to, que este grupo poblacional está requiriendo, consiste en superar el rechazo (cuando no, negación) frente a la posible actividad sexual de las y los jóvenes y/o dudas que se desprenden de la misma. En este sentido, si bien queda fuera de los alcances de este estudio una mayor profundización y análisis de los materiales y contenidos que abordan las y los jóvenes en las charlas de sexualidad, la información obtenida durante el trabajo de campo con los y las estudiantes (en el cuestionario y las entrevistas), los informantes clave y la revisión de la literatura (Fine, 1999; Bayardo, 1997) aportan elementos que sugieren el importante papel e impacto que tienen en esta población respecto a la salud y la sexualidad las instancias familiares, educativas, médicas y los medios de comunicación. Debido a esto, entre las principales líneas de intervención que se sugieren para contribuir a mejorar las condiciones relacionadas con la salud, la sexualidad y la promoción de la equidad de género (en aspectos vinculados con la salud y la sexualidad) tenemos:

- Capacitación dirigida a profesores, médicos, padres de familia y medios de comunicación, que aporte conocimientos necesarios e incluyan perspectiva de género.
- Creación de talleres que permitan la retroalimentación directa e indirecta entre funcionarios públicos y las poblaciones y grupos hacia quienes se dirigen los programas y políticas que elaboran. Esto podría ayudar a elaborar programas, políticas y acciones concretas que respondieran de manera más realista a las necesidades y problemáticas a que se enfrenta esta población.
- Establecer vías y acciones que promuevan la concientización del impacto que tienen los medios masivos de comunicación, como formadores cada vez más importantes de opinión pública y como fuente de información. Los medios de comunicación masiva constituyen una de las principales instancias informadoras y socializadoras, por lo cual es preciso que la información que aportan en esta materia supere los datos de alarma.
- Evaluar y dar seguimiento a los programas de educación sexual que permitan establecer pautas y dinámicas de interacción que promuevan la problematización, cuestionamiento y discusión abierta de las inquietudes que expresa esta población en materia de salud y sexualidad. Es preciso que los programas de educación sexual reconozcan la autonomía y validez de las inquietudes de esta población y se dé cabida en estos programas a información que supere y transite de la educación del miedo hacia una educación que fomente la responsabilidad y las decisiones informadas en esta materia.

Finalmente, es importante recalcar la importancia de promover prácticas sociales que fortalezcan la equidad de género y la importancia de tomar decisiones informadas desde los discursos médicos, educativos y de los medios de comunicación. También es preciso estar consciente que no es la mejor opción (ni quizás tampoco la más efectiva) promover prácticas del cuidado de la salud y de una vivencia inte-

gral de la sexualidad desde el miedo ni desde el riesgo, sino desde el fortalecimiento del acceso a servicios e información de calidad que respondan a las necesidades de los jóvenes y no al cuestionamiento o negación que estas necesidades plantean para el resto de la población. Esto podría permitirles a los/las jóvenes tomar decisiones más informadas desde el empoderamiento sobre el cuidado y mantenimiento de su salud, sus prácticas sexuales y la vivencia y ejercicio de su sexualidad más allá de la mirada del riesgo y del miedo. En este sentido, es pertinente tomar conciencia de los discursos que se están produciendo en torno a la salud y la sexualidad dirigidos a la población en general y a los y las jóvenes en particular, asumiendo la responsabilidad no sólo de la calidad y el uso y la interpretación de la información que se les brinda, sino también de sus consecuencias políticas y culturales.

Referencias bibliográficas

- Abrums, Mary, "Jesus Will Fix it After a While: Meanings and Health", en *Social Science & Medicine*, núm. 50, Pergamon, 2000, pp. 89-105.
- Alexander, Jeffrey, *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial*, Gedisa, Barcelona, 2000.
- Allerbeck, Klaus, y Leopold Rosenmayr, *Introducción a la sociología de la juventud*, Kapelusz, Colección Estudios e Investigaciones, Buenos Aires, 1979.
- Alonso, Luis Enrique, "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de sociología cualitativa", en Delgado, Juan Manuel, y Juan Gutiérrez (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Síntesis, España, 1999, pp. 225-255.
- _____, *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*, Fundamentos, Colección Ciencia, Madrid, 1998a.
- Amuchástegui, Ana, "Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos", en Szasz, Ivonne, y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 1999, pp.107-135.
- _____, "Virginidad e iniciación sexual en México: la sobrevivencia de saberes sexuales subyugados frente a la modernidad", en *Debate Feminista: Público, Privado, Sexualidad*, año 9, vol. 18, México, octubre de 1998, pp. 131-151.
- Aguirre, Rodrigo, y Pedro Güell, *Hacerse hombres, la construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*, OPS/OMS/UNFPA, Asdi, 2002.
- Arilla, Marta, *Masculinidades y género: discursos sobre la responsabilidad en la reproducción* (tesis de maestría), PUC, Sao Paulo, 1999.
- Arreola, Juan José, "La implantación del espíritu", en Elena Urrutia, *Imagen y realidad de la mujer*, SEP-Setentas, México, 1999, pp. 44-61.
- Atkin, Lucille, et al., "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Langer, Ana, y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, México, 1999, pp. 39-84.

- Auerbach, Judith, y Anne Figert, "Women's Health Research: Public Policy and Sociology", en *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, pp. 115-131.
- Augé, Marc, "Biological Order, Social Order, Illness, a Primary Form of Event", en Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *The Meaning of Illness, Anthropology, History and Sociology*, Hardwood Academic Publishers, Luxemburgo, 1995, pp. 23-69.
- _____ y Claudine Herzlich, "Introduction", en Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *The Meaning of Illness, Anthropology, History and Sociology*, Hardwood Academic Publishers, Luxemburgo, 1995, pp. 1-19.
- Bartra, Roger, "Las dos madres del mexicano", en Roger Bartra, *Jaula de ensayos*, Voz Viva de México/UNAM, 2000, pp. 33-38.
- Bayardo, Barbara, "Sex and the Curriculum in México and the United States: A Heavy Burden Ignorance", en Nelly Stromquist, *Gender and Education in Latin America*, OEA, publicaciones en línea, 1997.
- Benedict, Ruth, "Sex in Primitive Society", citado en Dávalos y Rojas (2000), *op. cit.*
- Berguer, Peter, y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires, 2001.
- Berglund, Staffan, Jerker Liljestrand, María Marin *et al.*, "The Background of Adolescent Pregnancies in Nicaragua: A Qualitative Approach", *Social Science & Medicine*, Pergamon, Women's Studies International Forum, vol. 44, núm. 1, USA, 1997, pp. 1-12.
- Blair, Alan, "Social Class and the Contextualization of Illness Experience", en Allan Radley (ed.), *World of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Routledge & Tavistock publication, Londres, 1993, pp. 27-48.
- Blaxter, Mildred, "Las causas de la enfermedad, hablan las mujeres", en Carmen de la Cuesta B., *Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, 1999, pp. 127-161.
- _____ y E. Paterson, *Mothers and Daughters. A three-Generational Study of health Attitudes and Behaviour* (1982) citado en Castro 2000, *op. cit.*
- Blumer, H., *Symbolic Interaccionism. Perspective and Method*, Englewood Cliff, N, J, Prentice Hall, 1969.
- Bolin, Anne, y Patricia Whelehan, "Perspectives on Human Sexuality", en Keneth Davidson, y Nelwyn Moore (eds.), *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, Roxbury Publishing, Los Ángeles, 2001, pp. 16-23.
- Bornay, Erika, "Aproximación a la génesis de la ética sexofóbica y la misoginia", en Erika Bornay, *Las hijas de Lilith*, Cataché, España, 1990.
- Bourdieu, Pierre, *La dominación masculina*, Colección Argumentos, Anagrama, México, 2000.
- _____, "La jeunesse n'est qu'un mot", en *Questions de Sociologie*, Les Pages Bourdieu, Minuit, 1992.

- _____. *Sociología y Cultura*, Grijalbo/CONACULTA, México, 1990.
- _____. (1980) *El sentido práctico*, citado en Carlota Guzmán, *op. cit.*
- _____. *Los estudiantes y la cultura*, Labor, Buenos Aires, 1973.
- Braun, Virginia, y Nicola Gavey, “‘Bad Girls’ and ‘Good Girls’, Sexuality and Cervical Cancer”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 22, núm. 4, Pergamon, Estados Unidos, 1999, pp. 203-213.
- Caballero, José, *Construcciones sociales sobre el riesgo de transmisión sexual del VIH/SIDA en adolescentes de tres estratos socioeconómicos de Guadalajara* (tesis doctoral), UDG, México, 2001.
- Cáceres F., Carlos, *Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio*, Universidad Peruana Cayetano Heredia/REDESS Jóvenes /Fundación Ford, Perú, 1999.
- Camarena, Rosa M., *Instituciones Sociales y Reproducción* (tesis de maestría en Demografía), Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, COLMEX, 1991.
- Canales, Alejandro, “La población en la era de la información de la transición demográfica al proceso de envejecimiento”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 16, núm. 3, septiembre-diciembre, 2001, pp. 485-518.
- Calnan, M., y Jonson, “Health, Health Risks and Inequalities: An Exploratory Study of Women’s Perceptions”, *Sociology of Health and Illness*, vol. 7, núm. 1, 1985, pp. 55-75.
- Cartledge, y Ryan, citado en Weeks (1998), *op. cit.*
- Castro, Roberto, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, CRIM-UNAM, México, 2000.
- _____. “The Subjective Experience of Health and Illness in Ocuilco: a case study”, *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 7, Gran Bretaña, 1995, pp. 1005-1021.
- Celis, Alfredo, *et al.*, “Tendencias de la mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes, México 1979-1997”, en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, 2003, pp. 8-15.
- Cerruti, Stella, “Salud y sexualidad desde una perspectiva de género”, en Elsa Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS/OMS, Publicación Científica núm. 541, 1993, pp. 124-129.
- Cobián, Eduardo, y Sara Reyes, *Percepciones masculinas de las necesidades y servicios de planificación familiar y salud reproductiva: un estudio cualitativo en Chimbote*, Documentos de Trabajo, núm. 17, Population Council, México, 1998.
- Coimbra, Carlos, “Minorías étnico raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares”, en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Propuestas internacionales: salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Edamex/INSP/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, 1999, pp. 151-161.

- CONAPO, *Salud reproductiva en Morelos*, Publicaciones en línea, 1999.
- Conrad, P., *The Experience of Illness*, citado en Kornblit, 1999, *op. cit.*, 1987.
- Chrisman, N., *The Health Seeking Process: an Approach on the Natural History of Illness*, citado en Pill Roisin, *op. cit.*, 1977.
- Cornwell, J., *Hard-Earned lives, Accounts of health and Illness From East London*, citado en Castro (2000), *op. cit.*, 1984.
- Dávalos, Enrique, y Lía Rojas, *Los estudios antropológicos sobre la sexualidad: una revisión bibliográfica*, Documentos de Trabajo núm. 1, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 2000.
- Davenport, William, *An Anthropological Approach*, citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*, 1987.
- De Barbieri, Teresita, "Sobre la categoría de género, una introducción teórico-metodológica", en *Revista Interamericana de Sociología*, núm. 2, mayo-agosto, 1991.
- De la Cuesta, Carmen, "Introducción", en Carmen de la Cuesta B. (comp.), *Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, pp. xv-xxvi, 1999.
- De Keijzer, Benno, "Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad", en *México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos. V Reunión de Investigación Sociodemográfica*, vol. 4, COLMEX, 1999, pp. 307-318.
- Di Silvestre, Cristina, "Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad" (tesis de maestría), en *Cinta de Moebio*, núm. 4, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/frames08.htm>, 1998.
- Domeq, Brianda, "La virginidad entre los pueblos de México", en Brianda Domeq, *Acechando al unicornio: la virginidad en la literatura mexicana*, FCE, México, 1988, pp. 17-39.
- Echarri, Carlos, "Salud materno-infantil y condición de la mujer", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, SOMEDE/COLMEX, México, 1999.
- Ehrenfeld, Noemí, "Mujeres adolescentes, embarazo y maternidad: ¿realidades diferentes?", en *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, COLMEX/UAM-Unidad Iztapalapa/UAQ, Querétaro, 1999.
- _____, "Embarazo en adolescentes: aproximaciones social, cultural y subjetiva desde las jóvenes", en Gabriel Medina (comp.), *Aproximaciones a la diversidad juvenil*, COLMEX, México, 1998, pp. 179-201.
- Ehrenreich, Bárbara, y Deidre English, *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Taurus, Barcelona, 1990.
- Erickson, Pamela, "Negotiation of First Sexual Intercourse Among Latina Adolescents Mothers", en Keneth Davidson y Nelwyn Moore (eds.),

- Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, Roxbury Publishing, Los Angeles, 2001, pp. 97-108.
- Erikson, *Infancia y sociedad*, citado en Martín (1998), *op. cit.*, 1950.
- Erviti, Joaquina, *Aborto y redes sociales en México: significados, vivencias y apoyo social a mujeres* (tesis doctoral), Universidad de Barcelona, 2002.
- _____, *El aborto entre mujeres pobres*. Sociología de la experiencia, CRIM-UNAM, México, 2005.
- Evangelista, Angélica, Esperanza Tuñón, *et al.*, “Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres de una comunidad rural de Chiapas”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 2, vol. 63, junio, 2001, pp. 139-163.
- Feixa, Charles, “La construcción social de la infancia y la juventud en América Latina: (invitación al debate: texto en construcción)”, en *Seminario virtual da REIJAL Home REIJAL*, Ata de Fundação Rede de Pesquisadores Participantes NEIA Seminário Virtual, 2002.
- Fernández, Marta, “Sexismo: una ideología”, en Elena Urrutia, *Imagen y realidad de la mujer*, SEP-Setentas, México, 1979, pp. 62-79.
- Figuerola, Juan Guillermo, “Algunos elementos de la investigación sobre el proceso reproductivo en los varones”, en Juan Guillermo Figuerola (coord.), *La incorporación de la perspectiva de género en la investigación social sobre reproducción: algunas experiencias en América Latina y Asia*, Documentos de Trabajo núm. 12, Sexualidad, Salud y Reproducción, Católicas por el Derecho a Decidir, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, 2002, pp. 37-50.
- _____, “Elementos del entorno reproductivo de los varones”, en Juan Guillermo Figuerola y Regina Nava (eds.), *Sexualidad, salud y reproducción. Memorias del Seminario Taller: Identidad Masculina, Sexualidad y Salud Reproductiva*, Documentos de Trabajo, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, 2001, pp. 27-35.
- _____, “Los procesos educativos como recurso para cuestionar modelos hegemónicos masculinos”, en *Diálogo y debate de cultura política*, Centro de Estudios para la Reforma del Estado, México, año 4, núm. 15-16, 2001a, pp. 7-32.
- _____, *Varones, reproducción y derechos: ¿podemos combinar estos términos?*, 2000.
- Figuerola, Juan, y Verónica Sánchez, *La presencia de los varones en el discurso y la práctica del aborto*, ponencia presentada en el marco de la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica, COLMEX, México, 2000.
- _____, “La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones”, en Susana Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, COLMEX, México, 1999.
- _____, *El enfoque de género y la representación de la sexualidad*, Serie de Cuadernos de Capacitación en Investigación sobre Planificación Familiar núm. 1, COLMEX/DGPF, México, 1993.

- Fine, Michelle, "Sexualidad, educación y mujeres adolescentes, el discurso ausente del deseo", en Marissa Belausteguigoitia y Araceli Mingo, *Géneros prófugos, feminismo y educación*, PUEG /UNAM, México, 1999, pp. 291-321.
- Ford C., y Beach F. A. (1951), *Patterns of Sexual Behaviour*, citado en Dávalos y Rojas (2000), *op. cit.*
- Foucault, Michel, *El orden del discurso*, Tusquets, México, 2002.
- _____, "Entrevista sobre la prisión: el libro y su método", en Julia Varela y Fernando Álvarez (ed. y tr.), *Microfísica del poder*, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1992, pp. 95-110.
- _____, "Preguntas a Michel Foucault sobre la geografía", en Julia Varela y Fernando Álvarez (ed. y tr.), *Microfísica del poder*, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1992, pp. 119-132.
- _____, *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*, Siglo XXI, 3ª ed., México, 1978a.
- _____, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, 2ª ed., México, 1978.
- Fox, Nick, "Post modern Reflections on 'Risk', 'Hazards' and Life Choices", en Deborah Lupton (ed.), *Risk and Sociocultural Theory, New Directions and Perspectives*, UK, University Press, Cambridge, 1999, pp. 12-33.
- Freidson, E., "La construcción profesional de los conceptos de enfermedad", en *La profesión médica*, Península, 1978, pp. 247-278.
- Francoeur, Robert, "Current Religios Doctrines of Sexual and Erotic Development in Childhood", en Keneth Davidson y Nelwyn Moore (eds.), *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, Roxbury Publishing, Los Ángeles, 2001, pp. 77-87.
- Galland, Olivier, "La construction de la jeunesse", en Olivier Galland, *Les jeunes. La decouverte*, Collection Repères, París, 2002.
- _____, "L'invention de la jeunesse", *Projet* núm. 251, septiembre 1997, pp. 7-18.
- Gammeltof, Tine, "Seeking Trust and Transcendence: Sexual Risk-Taking Among Vietnamese Youth", *Social Science & Medicine*, Pergamon, núm. 55, USA, 2002, pp. 484-496.
- Gagnon, J. H., y Simon William, *Sexual Conduct, The Social Sources of Human Sexuality*, Huttchinson, Londres, 1973.
- García, Brígida, "Reestructuración económica y feminización del mercado de trabajo en México", *Papeles de Población*, núm. 27, CIEAP/UAEM, 2001, pp. 44-61.
- _____, "Estructura y dinámica familiar en México", en Luz María Valdés, *Población, reto del tercer milenio*, UNAM/Porrúa, 2000, pp. 208-211.
- _____, "Dinámica familiar y calidad de vida", en Beatriz Figueroa, *México diverso y desigual, enfoques sociodemográficos*. V Reunión de Investigación Sociodemográfica, vol. 4, COLMEX, 1999, pp. 129-253.
- García, Ana Lidia, "Historia de las mujeres del siglo XIX: algunos problemas metodológicos", en Eli Bartra (comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*, PUEG /UAM-Xochimilco, México, 2002, pp. 199-228.

- García, Elizabeth, y Yuriria Rodríguez, *Estudio exploratorio sobre la intersección entre adolescencia, aborto, SIDA y embarazo: resultados de investigación*, IPAS, México, 1999.
- García, María Inés, *Foucault y el poder*, UAM-Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, México, 2002a.
- García, Gloria, *Ser joven en Hornos: la construcción psicosocial de la juventud en un contexto marginal-urbano* (tesis de maestría), Facultad de Psicología, UNAM, México, 2001b.
- Geldstein, Rosa, y Edith, Pantélides, "Double Subordination, Double Risk: Class, Gender and Sexuality in Adolescent Women in Argentina", *Reproductive Health Matters*, núm. 9, mayo, Inglaterra, 1997.
- _____ *et al.*, "La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo", en Edith Pantélides y Sara Bett (eds.), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Biblos/OMS, Buenos Aires, 1993, pp. 205-228.
- Geocities, publicaciones en línea, www.geocities.com/newmodel_1999/bulimia/
- Giddens, Anthony, *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Colección Teorema, Cátedra, Madrid, 1993.
- Glaser, Barney, y Anselm Strauss, *The Discovery of Grounded Theory*, Nueva York, Aldyne Gruyter Press, USA, 1967.
- Guillén, Claudia, *Visión genérica del inicio de las relaciones sexuales entre adolescentes de Tabasco* (tesis de maestría), División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM-Xochimilco, México, 2003.
- Guevara, Elsa, "El aborto en el marco de los derechos reproductivos", *Cuestiones de América*, núm. 9, publicaciones en línea: www.cuestiones.ws/revista/n9/jun02-salud, junio, 2002.
- Gutmann, M., "Los hombres cambiantes, los machos impertinentes y las relaciones de género en el México en los noventa", en *Estudios Sociológicos* XI, México, 1993.
- Guzmán, Carlota, *Juventud estudiantil: temáticas y líneas de investigación, aportes de investigación*, núm. 52, CRIM- UNAM, Cuernavaca, 1991.
- Harding, Sandra, "¿Existe un método feminista?", en Eli Bartra (comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*, PUEG/UAM Xochimilco, México, 2002, pp. 9-34.
- Hardy, Ellen, "Del control de la natalidad a la salud reproductiva", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Propuestas internacionales: salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Edamex/INSP/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, 1999.
- Henriques, María, y Joao Yunes, "Adolescencia: equivocaciones y esperanzas", en Elsa Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS/OMS, Publicación Científica núm. 541, 1993, pp. 46-67.
- Hernández, María de Lourdes, "El significado psicológico de mamá en monjas mexicanas", en *Cuestiones de América*, núm. 9, www.cuestiones.ws/revis-

- ta/n9/jun02-psicol-mlhc, htm, UNAM-Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México, junio, 2002.
- Herzlich, Claudine, "Modern Medicine and the Quest For Meaning", en Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *The Meaning of Illness. Anthropology, History and Sociology*, Hardwood Academic Publishers, Luxemburgo, 1995, pp. 151-173.
- _____, "Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale" (1973), citado en Claudine Herzlich, *op. cit.*, 1995.
- Hidalgo, Alfredo, *et al.*, "El robo de la novia en la vida sexual de los adolescentes de Santa Ana Tepetitlán, Jalisco", en F. Javier Mercado y Teresa M. Torres (comp.), *Análisis cualitativo en salud, teoría método y práctica*, Plaza y Valdés/UDG, México, 2000, pp. 223-251.
- Hierro, Graciela, *La ética del placer*, Diversa/UNAM-Coordinación de Humanidades, núm. 16, México, 2001.
- Ilich, Ivan, *Némesis médica*, Joaquín Mortiz, México, 1984.
- INEGI, *Estadísticas vitales del estado de Morelos*, Cuaderno núm. 3, México, 2000.
- Infesta, Graciela, "Maternidad, roles sexuales y conducta reproductiva de mujeres adolescentes", en Carlos Welti (coord.), *Dinámica demográfica y cambio social*, FPNU/Fundación Mac Arthur/IIS, México, 1996.
- IPAS, "La opinión pública sobre el aborto", en *El aborto en México*, diciembre, 2002, pp. 15-17.
- Izquierdo, María de Jesús, *Sin vuelta de hoja: sexismo, poder, placer y trabajo*, La Biblioteca del Ciudadano, Editorial Bella Tierra, Barcelona, 2001.
- Jackson, Stevie, y Sue Scott, "Risk, Children and Childhood", en Deborah Lupton, *Risk and Sociocultural Theory, New Directions and Perspectives*, University Press, Cambridge, 1999, pp. 86-107.
- Juárez, Fátima, y Cecilia Gayet, "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", ponencia presentada en la VII Reunión de Investigación Demográfica en México, 2-5 de diciembre, 2003.
- Juliano, Dolores, "Elaboraciones feministas y subculturas de mujeres", en Dolores Juliano, *Las que saben*, Horas y Horas, Madrid, 1998, pp. 13-30.
- Kinsey (1948), citado en Keneth Davidson y Nelwyn Moore (eds.), *op. cit.*, 2001.
- Kleinman, Arthur, y Seeman Don, "Personal Experience of Illness", en Gary Abrecht *et al.*, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE Publications, Londres, 2000, pp. 230-242.
- Kleinman, Arthur, *Social Origins of Distress and Disease*, Yale University Press, USA, 1986.
- _____, "Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China", en *Cult Med Psychiatry*, núm. 6, 1982, pp. 117-190.

- _____ *et al.*, "Culture, Illness, and Care, Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research", en *Ann Intern Med*, 1978, pp. 251-258.
- Kornblit, Ana, "SIDA y ETS: qué se ha hecho y qué se debe hacer, algunas consideraciones de lo sucedido en Argentina", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Propuestas internacionales: salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Edamex/INSP/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, 1999, pp. 417-439.
- Kulhmann, Ellen, y Brigit Babitsch, "Bodies, Health, Gender-Bridging Feminist Theories and Women's Health", *Social Science & Medicine Pergamon*, Women's Studies International Forum, vol. 25, núm. 4, USA, 2002, pp. 433-442.
- Lagarde, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Colección Posgrado, UNAM, México, 1997.
- Lamas, Marta, "Desconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos", en *México diverso y desigual, enfoques sociodemográficos. V Reunión de Investigación Sociodemográfica*, vol. 4, COLMEX, 1999, pp. 281-288.
- _____, "Sexualidad y género", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/COLMEX, 1998, pp. 49-67.
- _____, "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género", en Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, UNAM-PUEG, México, 1996, pp. 327-364.
- Langer, Ana, "Planificación familiar y salud reproductiva: desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Propuestas internacionales: salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Edamex/INSP/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, 1999, pp. 135-149.
- _____ *et al.*, "Las enfermedades de transmisión sexual como problema de salud pública", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council/Edamex, México, 1998, pp. 233-246.
- Lassonde, Louise, *Los desafíos de la demografía: ¿qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, UNAM/FCE, México, 1997.
- Lerner, Susana, "La formación metodológica cualitativa, perspectiva del programa de salud reproductiva y sociedad", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (coords.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sociedad*, COLMEX, México, 1999, pp. 9-15.

- _____ e Ivonne Szasz, "Introducción", en *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos. V Reunión de Investigación Sociodemográfica*, vol. 4, COLMEX, 1999, pp. 15-18.
- _____, *Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*, COLMEX/SOMEDE/Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, 1998.
- Leñero L., *Varones, neomachismo y planeación familiar*, MEXFAM, México, 1992.
- Liendro, Eduardo, "Masculinidades y violencia desde un programa de acción en México", en Teresa Valdés y José Olavarría (eds.), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO/UNFPA, Santiago de Chile, 1998.
- _____, *Construcción de identidades de género en un barrio popular de la ciudad de México*, PUEG-UNAM, México, 1996.
- Lindón, Alicia, "Del campo de la vida cotidiana y su espacio-temporalidad (una presentación)", en Alicia Lindón (coord.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*, Antrophos, CRIM / UNAM / El Colegio Mexiquense, México, 2000, pp. 7-18.
- Lupton, Deborah, "The Social Construction of Medicine and the Body", en Gary Abrecht *et al.*, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE Publications, Londres, 2000, pp. 51-63.
- _____, (ed.), *Risk and Sociocultural Theory, New Directions and Perspectives*, UK, University Press, Cambridge, 1999.
- Lurker, Manfred, *Diccionario de dioses y diosas, diablos y demonios*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- Malinowski, Bronislaw, *La vida sexual de los salvajes del noreste de la Melanesia*, 1975, citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*, 2000.
- _____, *Sexo y represión en la sociedad primitiva* (1975), citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*, 2000.
- Mayobre, Purificación, "Decir el mundo en femenino", publicaciones en línea de la Universidad de Vigo: <http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm>, 2001.
- Martin, Enrique, *Producir la juventud*, ISTMO, España, 1998.
- Martínez, H., "Salud de adolescentes", en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, 2003, pp. s3-s4.
- Master, y Jonhson (1966), citado en Keneth Davidson y Nelwyn Moore (eds.), *op. cit.*, 2001.
- McCrea F., "The Politics of Menopause" (1986), citado en Castro, *op. cit.*, 2000.
- McElroy, Ann, y Ann Jezewski, "Cultural Variation in the Experience of Health and Illness", en Gary Abrecht *et al.*, *Handbook of Social Studie in Health and Medicine*, SAGE Publications, Londres, 2000, pp. 191-209.
- McHugh, Sean, y Michael Vallis, "Illness Behaviour: Operationalization of the Biopsychological Model", *Illness Behaviour: A Multidisciplinary Model*, Plenum Press, Nueva York, 1985, pp. 1-31.

- Mead, Margaret, *Adolescencia y cultura en Samoa*, Paidós, México, 1979.
- Mechanic, David, "The concept of Illness Behaviour" (1962), citado en Deborah Lupton, *op. cit.*, 2000.
- _____, "Sex, Illness and Illness Behaviour and the Use of Health Services", *Human Stress*, núm. 2, 1976, pp. 2-49.
- Menkes, Catherine, y Ángeles Sánchez, "Las características de la fecundidad femenina en el Distrito Federal", en Catherine Menkes y Magali Daltabuit (coords.), *Diversidad cultural y conducta reproductiva*, CRIM-UNAM, 2000, pp.161-188.
- _____, y Leticia Suárez, "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes en Guanajuato, México", ponencia presentada en el marco de la *XVIII Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana*, Varadero, Cuba, 28-31 de mayo, 2003.
- _____, y Leticia Suárez, "Educación sexual, conocimientos sobre la biología de la reproducción y funcionamiento de metodología anticonceptiva en Guanajuato", ponencia presentada en el *Seminario Adolescentes en México: Estrategias para Mejorar su Salud Sexual y Reproductiva*, AFLUENTES/Population Council, 2003a.
- Minello, Nelson, "Los estudios de sexualidad", en *Estudios Sociológicos*, XX: 60, México, 2002, pp. 715-129.
- _____, "Sexualidad y salud, una visión restringida. Algunos comentarios" en *La población de México al fin del siglo XX*, CRIM/UNAM/SOMEDE, México, 1998a, pp. 57-64.
- _____, "De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México, algunas aproximaciones desde las ciencias sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 1998b, pp. 35-47.
- Millán, Mágina, *Derivas de un cine en femenino*, UNAM/PUEG/CUEC, México, 1999.
- Misovich, *et al.*, "Close Relationship and Elevated HIV Risk Behaviour: Evidence and Possible Underlying Psychological Processes", en *Review of General Psychology*, vol. 1 núm. 1, 1997, pp. 72-107.
- Molina Petit, Cristina, *Dialéctica feminista de la ilustración*, Anthropos, Barcelona, 1994.
- Montesinos, Rafael, "Los estudios del género femenino: preámbulo en el estudio de las masculinidades", en Rafael Montesinos, *Las rutas de la masculinidad: ensayos sobre el cambio cultural en el mundo moderno*, Gedisa/BIP, Barcelona, 2002.
- Monsiváis, Carlos, "Sexismo en la literatura mexicana", en Elena Urrutia, *Imagen y realidad de la mujer*, SEP-Setentas, México, 1979, pp. 102-125.

- Moore, Nelwyn, y Kenneth Davidson, "Guilty About First Intercourse", en Keneth Davidson y Nelwyn Moore (eds.), *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, Roxbury Publishing, Los Ángeles, 2001, pp. 125-139.
- Murdock, George, *Cultural Correlates of Regulation of Premarital Sex Behaviour* (1964), citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*, 2000.
- _____, *The Social Regulation Of Sex Behaviour* (1949), citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*, 2000.
- Nathanson, Constance, "Sex Differences in Mortality", en *Annual Review of Sociology*, núm. 10, 1984, pp. 191-213.
- Henchí, Silvia, et al., "Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta", en Edith Pantéldes y Sara Bett (ed.), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Biblos/OMS, Buenos Aires, 2000, pp. 229-245.
- Ojeda, Norma, "Reflexiones en torno de los conceptos de género y sexualidad", en Beatriz Figueroa (coord.), *México diverso y desigual, enfoques sociodemográficos. V Reunión de Investigación Sociodemográfica*, vol. 4, COLMEX, 1999, pp. 243-253.
- Olabuénaga, Ignacio, *Metodología de la investigación cualitativa*, Universidad de Deusto, España, 1999.
- OMS, www.semfy.com/publica/ape1, 1999.
- ONU, *The World Health Report*, Geneva, 1998.
- Ortega y Gasset, José, *Ideas y creencias*, Espasa-Calpe, Madrid, 1986.
- Paechter, Carrie, "Masculinities and Feminities as Communities of Practice", *Women's Studies International Forum*, vol. 26, núm. 1, Pergamon, Estados Unidos, 1999, pp. 69-67.
- Pantéldes, Edith, et al., "Concepciones legas de salud-enfermedad: el SIDA según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires", en Edith Pantéldes y Sarah Bett, *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Biblos/OMS, Argentina, 2000, pp. 117-134.
- Parsons, Talcott (1974), citado en Norma Ojeda, *op. cit.*
- _____, "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna", en Talcott Parsons, *El sistema social*, Alianza, Madrid, 1982, pp. 399-444.
- Pedrero, Mercedes, y Antonieta Barrón, *Segregación ocupacional por género en México*, CRIM, México, 1997.
- Pedrero, Mercedes, "La demografía y los estudios de empleo", en Luz María Valdés, *Población, reto del tercer milenio*, UNAM/Porrúa, 2000, pp. 185-195.
- Petchesky, Rosalind, y Judd K. (eds.), "Negotiating Reproductive Rights", *International Reproductive Rights Research and Action Group*, Zed books, Londres.
- Pollock, Kristian, "Attitude of Mind as a Means of Resisting Illness", en Allan Radley (ed.), *World of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Routledge & Tavistock, London, 1993, pp. 49-69.

- Pierret, Janine, "The Social Meaning of Health: Paris, the Essonne and the Hérault", en Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *The Meaning of Illness, Anthropology, History and Sociology*, Hardwood Academic Publishers, Luxemburgo, 1995, pp. 175-205.
- _____, "Constructing Discourses About Health and Their Social Determinants", en Allan Radley (ed.), *World of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Routledge & Tavistock, Londres, 1993, pp. 9-25.
- Pill, Roisin, "Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y a las conductas saludables", en Carmen de la Cuesta B., *Lecturas básicas en sociología de la medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, 1999, pp. 97-126.
- Plummer, Kenneth, *Sexual Stigma, An Interactionist Account*, Routledge y Kegan Paul, Londres, 1975.
- Ponce, Martha, "Entre el río y la mar: hacia una etnografía de la sexualidad juvenil en la costa veracruzana", en *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, COLMEX/UAM-Unidad Iztapalapa/UAQ, Querétaro, 1999.
- Quintana, Alicia, y Ernesto Vásquez, *Construcción social de la sexualidad adolescente: género y salud sexual*, Instituto de Educación y Salud, Lima, 1999.
- Radley, Allan, "Introduction", en Allan Radley (ed.), *World of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Routledge & Tavistock, Londres, 1993, pp. 1-8.
- _____, "The Role of Metaphor in Adjustment to Chronic Illness", en Allan Radley (ed.), *World of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Routledge & Tavistock, Londres, 1993, pp. 108-123.
- Ramos, Carmen, "El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple", en Carmen Ramos (comp.), *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*, UAM Iztapalapa, México, 1992, pp. 11-26.
- Reguillo, Rossana, "Las culturas juveniles: un campo de estudio. Breve agenda para la discusión", en Gabriel Medina (comp.), *Aproximaciones a la diversidad juvenil*, COLMEX, México, 1998, pp. 19-43.
- Rendón, Teresa, *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en México durante el siglo XX*, CRIM/PUEG, 2003 (en edición).
- Rich, Adrienne, *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*, Cátedra/Universidad de Valencia/Instituto de la Mujer, España, 1996.
- Ríquer, Florinda, y Ana Tepichín, "Mujeres jóvenes en México, de la casa a la escuela, del trabajo a los quehaceres del hogar", en Enrique Pieck (coord.), *Los jóvenes y el trabajo: la educación frente a la exclusión social*, Universidad Iberoamericana/Instituto Mexicano de la Juventud, México, 2001, pp. 493-525.

- Rivas, Marta, "La entrevista en profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (coords.), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sociedad*, COLMEX, México, 1999, pp. 199-223.
- _____, "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina: una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde las Ciencias Sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/COLMEX, México, 1998, pp. 137-153.
- Rivera, Ma., Milagros, *El cuerpo indispensable. Significados del cuerpo de la mujer*, Horas y Horas, Madrid, 1996.
- Rodríguez, Gabriela, "Magia, religiosidad y pragmatismo en la sexualidad de jóvenes rurales", en Juan Guillermo Figueroa (coord.), *Ética, religión y reproducción*, Católicas Por el Derecho a Decidir, México, 2002, pp. 119-131.
- _____, *Sexualidad juvenil*, publicaciones en línea.
- _____, *et al.*, "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA", Mario Bronfman (comp.), en *SIDA en México, migración, adolescencia y género, información profesional especializada*, México, 1995, pp. 91-200.
- _____, "Sexualidad en los jóvenes", en Noé Jitrik (comp.), *Las palabras dulces: el discurso del amor*, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, 1993, pp. 133-136.
- Romero, Martha, y Eva Rodríguez, *Mujeres jóvenes, adictas, urbanas y pobres: reto para la salud reproductiva. Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, COLMEX/UAM-Unidad Iztapalapa/UAQ, Querétaro, 1999.
- Rothman, B., *Childbirth as Negotiated Reality* (1978), citado en Castro, *op. cit.*, 2000.
- Rossi, Alice, *Maternalism Sexuality and New Feminism* (1973), citado en Adrienne Rich, *op. cit.*, 1996.
- Rubin, Gayle, "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad", en Carole Vance (comp.), *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina* (selección de textos), Hablan las Mujeres, Talasa Ediciones, Madrid, 1989, pp. 113-188.
- Sabo, Don, *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género*, OPS, Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.
- Sadik, Nafis, *Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad de género, estado de la población mundial: vivir juntos en mundos separados*, FNUAP, 2000, pp. 31-35.
- Salles, Vania, y Rodolfo Huirán, "La tensión entre el enfoque de la salud reproductiva y la realidad que éste pretende abarcar: una discusión desde las

- Ciencias Sociales”, en Héctor Hernández y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al fin del siglo XX*, CRIM/UNAM/SOMEDE, México, 1998, pp. 111-128.
- Santos, José, “La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana”, en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, 2003, pp. s5-s7.
- Sayavedra, Gloria (coord.), *La adolescencia y la juventud en México: un monitoreo desde la mirada de género a sus derechos sexuales y reproductivos*, Red de Mujeres Pro Derechos de Educación y Salud/Fundación Mc Arthur/Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 2002.
- Scott, Joan, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, UNAM-PUEG, México, 1996, pp. 265-302.
- Scull, D., y Bart P., *A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynaecology Textbooks* (1978), citado en Castro, *op. cit.*, 2000.
- Sheff, Thomas, *Desviación residual, el rol del enfermo mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970, pp. 35-55.
- Sindzingre, N., “The Need For Meaning: The Explanation of Ill Fortune Among the Senufo”, en Marc Augé & Claudine Herzlich (eds.), *The Meaning of Illness, Anthropology, History and Sociology*, Hardwood Academic Publishers, Luxemburgo, 1995, pp. 72-95.
- Sontang, Susan, *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*, Taurus, Buenos Aires, 2003.
- Sosa, Itzel A., y Catherine Menkes, “Algunas reflexiones acerca de los obstáculos en el uso del condón. Un estudio en Morelos”, ponencia presentada en la *VII Reunión de Investigación Demográfica en México*, 2-5 de diciembre, 2003.
- Spreacher, Susan, y Pamela Regan, “College Virgins: How Men and Women Perceive Their Sexual Status”, en Kenneth Davidson, *et al.*, (eds.) *Speaking of Sexuality: Interdisciplinary Readings*, Roxbury Publishing, Estados Unidos, 2001, pp. 112-123.
- Stanley, Hall, citado en Gloria García, *op. cit.*, 2001b.
- Stern, Claudio, *et al.*, “Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México”, en *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 1, 2003, pp. s34-s43.
- Stern, Claudio, Ruth Lozano y Cristina Fuentes, *Masculinidad y salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes de un sector marginado y uno popular de la Ciudad de México*. Informe de investigación, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 2002.
- Strauss, Anselm, y Juliet Corbin, *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Universidad de Antioquia, Colombia, 2002.

- Stewart, Fiona, "Once you Get a Reputation, your Life's Like Wrecked: The Implications of Reputation For Young Women's Sexual Health And Well Being", en *Social Science & Medicine*, Pergamon, Women's Studies International Forum, vol. 22, núm. 3, USA, 1999, pp. 373-383.
- Suchman E., A., "Sociomedical Variations Among Ethnic Groups" (1964), citado en Castro, *op. cit.*, 2000.
- Szasz, Ivonne, "Género y salud, propuestas para el análisis de una relación compleja", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Propuestas internacionales: salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Edamex, INSP/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México, 1999, pp. 109-121.
- _____, "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", en *Debate feminista: público, privado: sexualidad*, año 9, vol. 18, México, octubre, 1998a, pp. 77-103.
- _____, "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México. Algunas aproximaciones desde las Ciencias Sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 1998, pp. 11-29.
- _____, "Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México", en Susana Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, COLMEX, 1998b, pp. 137-160.
- Tausiet, Antonio, "Lilith: la luna negra", en www.tausiet.com, 2001.
- Terán, Oscar (comp.), *Michel Foucault: discurso, poder y subjetividad*, Ediciones el Cielo por Asalto, Bueno Aires, 1995.
- Tiefer, Leonore, *Sex is not a Natural Act and Other Essays*, Estview Press, Boulder, Co, Estados Unidos, 1995.
- Tuirán, Rodolfo, y Elena Zúñiga (coords.), *Situación actual de las y los jóvenes en México: diagnóstico sociodemográfico*, CONAPO, México, 2000.
- Tuñón, Esperanza, y Enrique Eroza, *Género y sexualidad adolescente: la búsqueda de un conocimiento huido*, Estudios Sociológicos XIX, México, 2001, pp. 209-223.
- _____, "Sexualidad y embarazo adolescente en Tabasco y Yucatán: el peso del nivel educativo en la incidencia de prácticas de riesgo", en *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, COLMEX/UAM-Unidad Iztapalapa/UAQ, Querétaro, 1999.
- _____, "Desde el feminismo", en Noé Jitrik (comp.), *Las palabras dulces, el discurso del amor*, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, 1993, pp. 223-232.
- Turner, Brian, "Patriarcado: el cuerpo de Eva", en Brian Turner, *El cuerpo y la sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989, pp. 150-173.

- _____, "Profesiones, conocimiento y poder", en Carmen de la Cuesta B., *Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, 1999, pp. 187-222.
- Valdez, Enriqueta, "Cuando ella está enferma: estudio cualitativo sobre la imagen de la mujer enferma", en Francisco Mercado y Leticia Robles, *Investigación cualitativa en salud: perspectivas desde el Occidente de México*, UDG, Guadalajara, 1998, pp. 247-285.
- Valcárcel, Amelia, *Sexo y filosofía, sobre "mujer" y "poder"*, Anthropos, Colombia, 1994.
- Valdés, Luz María, *Población reto del tercer milenio: curso interactivo introductorio a la demografía*, UNAM/Porrúa, México, 2000.
- Vance, Carole, "La antropología redescubre a la sexualidad: un comentario teórico" (1997), citado en Dávalos y Rojas, *op. cit.*
- _____, "El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad", en Carole Vance (comp), *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina (selección de textos)*, Hablan las Mujeres, Talasa, Madrid, 1989, pp. 9-49.
- Verbugge, Louis, "Females and Illness: Recent Trends in Sex Differences in the United States", en *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976, pp. 387-403.
- Villa, Alejandro, "Salud, sexualidad y reproducción: haciendo visibles a los varones en las relaciones de género", en *Revista Sexualidade, gênero e sociedade*, núms. 7 y 8, Programa de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero e Sociedade/IMS/URJ, Rio de Janeiro, 1998.
- Visser, Irene, "Prototypes of Gender: Conceptions of Feminine and Masculine", en *Social Science & Medicine Pergamon, Women's Studies International Forum*, vol. 25, núm. 5, Estados Unidos, 2002, pp. 529-539.
- Waitzkin y Waterman, *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Nueva Imagen, México, 1981.
- Warr, Deborah, "The Importance of Love and Understanding Speculation on Romance in Safe Sex Health", *Pergamon, Women's Studies International Forum*, vol. 24, núm. 2, Estados Unidos, 2001, pp. 241-252.
- Watson, Barbara, "A World Which Women Move Freely Without Fear of Men Anthropological Perspective on Rape", en *Pergamon, Women's Studies International Forum*, vol. 25, núm. 6, Estados Unidos, 2002, pp. 599-606.
- Weber, Max, *Economía y sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México, 1981.
- Weeks, Jeffrey, *Sexualidad*, Paidós/PUEG-UNAM, México, 1998.
- _____, "La construcción de las identidades genéricas y sexuales, la naturaleza problemática de las identidades", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, México, 1998b, pp. 199-221.

- _____. (1988) citado en Kornblit, *op. cit.*
- World Health Organization (WHO), *Sexual Relations Among Young People in Developing Countries: Evidence From WHO Case Studies*, UNDP/UNFPA/WHO/, Geneva, Switzerland, 2001.
- _____. *What About Boys?: A literature Review on the Health and Development of Adolescents Boys*, Department of Child and Adolescent Health and Development, Switzerland, 2000.
- Zola, Irving, “La medicina como institución de control social”, en Carmen de la Cuesta (comp.), *Salud y enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, 1999, pp. 23-46.
- _____. “Sendas que conducen al médico”, en Carmen de la Cuesta (comp.), *Salud y enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina*, Universidad de Antioquia, Colombia, 1999a, pp. 162-184.
- _____. “Culture and Symptoms: An Analysis of Patients, Presenting Complaints”, *American Sociological Review*, 31, núm. 5, 1966, pp. 615-630.

Bibliografía

- Amuchástegui, Ana, “Los sesgos de los investigadores en el campo de la sexualidad y la salud reproductiva”, *Aprendiendo sobre sexualidad, una manera práctica de comenzar*, Population Council, México, 1997.
- Careaga, Gloria, Juan Figueroa y Consuelo Mejía (comp.), *Ética y salud reproductiva*, Miguel Ángel Porrúa/PUEG-UNAM, México, 1996.
- Dixon-Mueller, Ruth, “Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva”, en Zkisten Sondra (comp.), *Aprendiendo sobre sexualidad, una manera práctica de comenzar*, Population Council, México, 1997.
- Freud, Sigmund, “El malestar en la cultura”, en Néstor A., Braunstein, *A medio siglo de “El malestar en la cultura” de Sigmund Freud*, Siglo XXI, México, 1981.
- Fallas, Hania, “Un recorrido por la historia, sexualidad ¿asunto privado?”, en *I Taller de sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia*, Nicaragua, 2000.
- Lozano, Georgina, y Javier Zavala, “Algunos datos sobre sexualidad en adolescentes mujeres, así como ciertas reflexiones”, en *Coloquio de Investigación sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*, COLMEX/UAM-Unidad Iztapalapa/UAQ, Querétaro, 1999.
- Mojarro, Octavio, y Elena Zúñiga, “Introducción”, en *La población de México al fin del siglo XX*, CRIM/UNAM/SOMEDE, México, 1998.
- Nigenda, G., y Ana Langer, “Métodos cualitativos para la investigación en salud pública”, *Perspectivas en Salud Pública*, núm. 20, INSP, México, 1995.

1. Revisión de estudios previos, aproximaciones teóricas y diseño metodológico

Introducción

Existen diversas aproximaciones al estudio de la salud y la sexualidad. El objeto de este capítulo es hacer una breve revisión de los estudios más relevantes sobre los temas centrales del objeto de estudio, así como presentar el diseño metodológico de la investigación. Al mismo tiempo, el propósito de este capítulo es presentar el marco teórico que sustenta esta investigación. La selección de la literatura y estudios no pretende ser exhaustiva y es importante señalar que obedece a las propias necesidades y características de la investigación, por lo que se hizo una selección temática de los trabajos que se consideraron más relevantes y oportunos en función de las necesidades del presente trabajo.

Especialmente relevantes en esta revisión, son las perspectivas sociológicas y antropológicas en el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la sexualidad, así como aproximaciones hechas desde los estudios de población y demografía. Con el fin de organizar y presentar la información del modo más ordenado posible se separaron los estudios sobre salud y sexualidad.

En el primer apartado de este capítulo, se presenta una revisión de los trabajos del proceso de la salud-enfermedad que se consideraron relevantes para objeto de este estudio. En el segundo apartado se hace una revisión de los estudios sobre sexualidad dando preferencia a los estudios que contienen aportaciones relevantes para este trabajo. El tercer apartado presenta una revisión de las aproximaciones teóricas a los conceptos de joven y adolescente. Finalmente en el cuarto apartado se presenta el diseño metodológico de este estudio.

I. El carácter social del proceso salud-enfermedad

Hablar de salud, es equivalente a hablar de la vida

J. Pierret¹³

Existe una amplia variedad de definiciones sobre la salud y la enfermedad. Las definiciones acerca de la salud son inherentemente subjetivas e influenciadas por la dialéctica entre el cuerpo y el *self* (McElroy y Jezewski, 2000). Respecto a la enfermedad, desde la antropología y la sociología médica, a partir de los 70 se han planteado dentro del modelo de la “experiencia de la enfermedad” (Kornblit, 1999) tres categorías que permiten acercarse a la complejidad del estudio del proceso salud-enfermedad. Dentro de este modelo la categoría de enfermedad (*disease*) hace referencia a las desviaciones establecidas por las normas biomédicas y los cambios que tienen lugar en el cuerpo; el estar enfermo (*sickness*) está referido al rol que se asume como paciente (una vez que se ha establecido un diagnóstico médico), mientras que el padecimiento (*illness*) se refiere a las experiencias y vivencias subjetivas relacionadas con la enfermedad que son cultural y socialmente construidas (McElroy y Jezewski, 2000; Conrad, 1987). “La enfermedad (*illness*) en tanto padecimiento no es únicamente una experiencia individual, sino también una experiencia social y colectiva” (McElroy y Jezewski, 2000:191). Esto es, la enfermedad es un evento que requiere una interpretación que es compartida por los miembros del grupo social y se expresa en un lenguaje que nos habla de la relación que guardan los individuos con la sociedad y con el orden social (Augé, 1995; Radley, 1993; Pierret, 1995).¹⁴ Ahí radica la complejidad e importancia de su estudio ya que éste permite acceder a las creencias, interpretaciones y valores predominantes en un determinado contexto (Herzlich, 1995).

Puede afirmarse que la medicina moderna se ha apropiado del estudio legítimo de una buena parte del estudio de la salud-enfermedad, desde donde ha sido conceptualizada como un proceso bioquímico en donde la salud y la enfermedad han sido vistas como realidades orgánicas independientes del contexto en donde tenían lugar. Es hasta fechas recientes que su estudio ha sido abordado en sus distintos niveles analíticos¹⁵ por diversas disciplinas (antropología, sociología, psicología, etc.). Dos de los principales enfoques que han guiado este tipo de investigaciones

¹³ “*Talking about health is tantamount to talking about life*” (Pierret, 1995:183).

¹⁴ “La enfermedad, la salud y el cuerpo son objetos metafóricos que funcionan como base para significados que expresan nuestra relación con la sociedad” (Herzlich, 1995:164) (traducción propia).

¹⁵ Estos niveles analíticos (cuyos límites son permeables) denotan cómo la gente responde individual y colectivamente a sus problemas de salud a través de diversos sistemas que les permiten interpretar, definir y reaccionar ante la situación (McElroy y Jezewski, 2000).

son el estructuralista y el interaccionista o interpretativo.¹⁶ En términos generales, se puede afirmar que el primero se centra básicamente en explorar los factores de orden estructural que influyen en la conducta frente a la enfermedad, mientras que el segundo tiende a enfocarse en los factores subjetivos que moldean las interacciones en torno a la enfermedad (De la Cuesta, 1999).

Una buena porción de los estudios realizados desde la sociología médica han sido influenciados por el trabajo de Parsons. Fue Parsons (1951) el primero en concebir la enfermedad como una conducta social y como una desviación¹⁷ (debido a que forzaba al individuo a abstenerse de realizar sus funciones y roles sociales cotidianos) (Herzlich, 1995). A grandes rasgos, el rol del enfermo indica que la enfermedad está marcada por una condición social que va más allá de lo biológico. Señala también las expectativas institucionalizadas (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. En cuanto a las expectativas del rol del enfermo tenemos como derechos: la relevación de las responsabilidades del rol social, y el que se considera que la persona enferma no es responsable de su estado. En cuanto a las obligaciones del rol del enfermo, tenemos que éste le exige a la persona colaborar para abandonar el rol del enfermo lo más pronto posible y en proporción a la gravedad del caso, la persona enferma debe buscar ayuda técnicamente competente y cooperar en el proceso de sanar (Parsons, 1982).

1.1 La experiencia de la enfermedad: estudios sobre creencias y conductas en salud

Por un largo periodo de tiempo la sociología médica estuvo orientada al estudio del rol del enfermo y de la conducta frente a la enfermedad. Un primer grupo de estudios en torno al proceso salud-enfermedad lo constituye el modelo de creencias en salud (*Health Belief Model*)¹⁸ que a grandes rasgos pretende explicar los comportamientos en salud y se encuentra integrado por estudios referidos a la forma de expresar y responder a los síntomas de la enfermedad (Lupton, 2000). Un concepto clave (basado en la formulación de Parsons del rol del enfermo) en este grupo lo constituye la conducta frente a la enfermedad (*illness behavior*) desarrollada por Mechanic (1962). Esta noción remite a la reacción de los individuos a partir de una evaluación y percepción diferencial de los síntomas de enfermedad (Castro,

¹⁶ El interaccionismo simbólico dentro del enfoque interpretativo conceptualiza al individuo como un agente con capacidad de construir su mundo social de modo significativo. Se considera así, que los significados que las personas atribuyen a las situaciones permiten que la acción proceda en términos de cooperación o conflicto (De la Cuesta, 1999).

¹⁷ Este punto de vista se relaciona con una visión economicista en la que las personas son definidas como agentes productores y en consecuencia una persona enferma es considerada desviada debido a su improductividad (Herzlich, 1995).

¹⁸ Originalmente este modelo era básicamente un modelo psicológico de comportamiento que se relacionaba con las actividades preventivas en materia de salud, pero las evidencias hicieron que este modelo se interesase por otros temas y aproximaciones (Lupton, 2000).

2000; Kleinman y Seeman, 2000; Waitzkin y Waterman, 1981). Es así que “sentirse enfermo” resulta tanto de experiencias sociales y culturales aprendidas como del proceso de “hacer frente” a la enfermedad. En este último proceso, el “sentirse enfermo” es sólo uno de los aspectos involucrados en la interpretación y sentido que cada individuo realiza en las circunstancias relacionadas con la salud y la enfermedad (Di Silvestre, 1998).

Para los sociólogos que se adscribieron a este tipo de estudios, un punto central consistió en determinar las variables sociales involucradas en la búsqueda de ayuda y tratamiento médico.¹⁹ Entre los ejemplos que podemos mencionar de este tipo de trabajos tenemos el de Zola (1966), Suchman (1964) y Blair (1993), cuyos estudios dieron cuenta de las variaciones en la descripción, percepción y reacciones frente a los síntomas de enfermedad en diferentes grupos étnicos o clases sociales (Castro, 2000).

A partir de diversas críticas realizadas a los estudios anteriores,²⁰ para la década de los 70 diversos autores (principalmente desde la sociología y la antropología médica) empezaron a explorar los sistemas de creencias (especialmente los referidos a las causas de enfermedad) en salud y los significados que las personas atribuyen a sus síntomas (desde la perspectiva de la persona enferma), aportando evidencias de las mediaciones sociales y culturales en la construcción de estos significados. Sus hallazgos resaltan la íntima relación entre los saberes y sistemas de creencias²¹ en relación con la salud y otro grupo de saberes, creencias y valores existentes en la sociedad (De la Cuesta, 1999; Pill, 1999; Pierret, 1995). Los trabajos de Pierret (1984) y Cornwell (1984) sugieren que las condiciones objetivas de vida de los individuos en las sociedades modernas ejercen tanta influencia sobre las creencias en salud como las diferencias de origen étnico o religioso (Pill, 1999). Buena parte de estos trabajos (Pierret, 1984; Blaxter y Paterson; 1982; Pill y Stott, 1982, Calnan y Johnson, 1985; Cornwell 1984; Crawford 1984), fue llevada a cabo en grupos de población específicos (especialmente mujeres y personas de la clase trabajadora). En éstos se utilizaron técnicas cualitativas (principalmente) y en su mayoría fueron inspirados por el estudio realizado por Herzlich (1973) acerca de los conceptos de salud - enfermedad usados por una muestra de clase media de París y Normandía (Pill, 1999). En opinión de Herzlich (1995), en la interpretación que hacen las personas de sus enfermedades se recurre al nivel de la experiencia más allá de lo físico, en donde nociones como la actividad-inactividad,

¹⁹ Desde esta perspectiva la búsqueda de ayuda médica era vista como la expresión de la racionalidad social (Herzlich, 1995).

²⁰ Una de las principales críticas a esta perspectiva fue que no se consideraba a la persona enferma como un agente activo y creativo en el proceso (Pierret, 1993).

²¹ Los sistemas de creencias son sistemas de interpretación, receptáculos de signos, factibles de ser usados tanto para construir la realidad como para interpretar la relación de los individuos con el orden social (Pierret, 1993).

participación o exclusión social son continuamente usadas para definir la salud y la enfermedad (Herzlich, 1973). Los síntomas y las disfunciones adquieren sentido y son definidos como enfermedad (*illness*) si introducen cambios en la vida y en la identidad social de la persona enferma (Herzlich, 1995). Al mismo tiempo, los estudios sobre creencias en materia de salud y el análisis subyacente a ellas han sugerido que si bien las personas se apoyan en ciertos conocimientos y presupuestos (de origen diverso) para afrontar la enfermedad y/o para conservar la salud, éstos no determinan necesariamente lo que se hace al respecto (Pill, 1999).

A partir de lo antes expuesto, es factible afirmar que las decisiones y la vivencia de la salud y la enfermedad no existen en un vacío social. Por el contrario, son resultado de una amplia variedad de arreglos sociales que las moldean y condicionan, ya que el simple hecho de nombrar y definir un estado corporal como “síntoma” y la decisión de hacer algo al respecto es parte de un proceso social (Zola, 1999a). Los estudios sobre las conductas y creencias de la enfermedad realizados en varias décadas han evidenciado que la definición de los síntomas de enfermedad es hecha a partir del contexto sociocultural en el que se inscribe. Esta definición es aprendida a través del proceso de socialización y establece las expectativas y roles a adoptar tanto por el enfermo como por las personas que lo rodean.

Algunas evidencias sugieren que la búsqueda de ayuda médica es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad, proceso que comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; y es interpretada de acuerdo con el marco de referencia del funcionamiento individual (Di Silvestre, 1998), aunque esta búsqueda no es nunca un proceso lineal.

1.1.1 Aportaciones feministas al estudio de la salud

Es indudable la aportación de la crítica feminista a los estudios realizados por la sociología médica. Desde un enfoque más bien normativo, encontramos la tradición de la experiencia de la salud reproductiva, compuesta básicamente por estudios basados en los conceptos de género y medicalización.²² La preocupación por el papel del género en los estudios sociológicos relacionados con la salud es relativamente reciente (Auerbach y Figert, 1995).

Sin embargo, algunos estudios que han introducido este enfoque sugieren que las diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres pueden estar relacionadas con las diferencias en el estatus social y psicológico en las que juegan un papel impor-

²² También se considera que una de las contribuciones de la teoría feminista ha sido la insistencia en cuestionar los conceptos mismos de salud y enfermedad (Echarri, 1999).

tante los condicionantes de género. Al mismo tiempo, se ha documentado la exposición diferencial a determinados riesgos si se es varón o mujer, lo que se desprende de patrones de socialización diferenciados por sexo, la asignación social y la construcción subjetiva de las identidades de género, las cuales pueden afectar la salud a partir de distintos mecanismos: la construcción simbólica del cuerpo, la asignación genérica del concepto de cuidado, la relación entre afirmación de identidad de género, el comportamiento sexual y las decisiones sobre reproducción (Szasz, 1999). Por ejemplo, ha sido ampliamente documentado el que los comportamientos asignados por roles genéricos tienden a traducirse en una morbilidad diferencial (con respecto a los varones) (Kulhmann y Babitsch, 2002; Cerruti, 1993). Mientras que la identidad masculina expone a los varones a la necesidad de enfrentar sus cuerpos a riesgos y situaciones violentas (De Keijzer, 1999), la identidad de género femenina se vincula más con la tendencia de asignar socialmente a las mujeres el cuidado de los enfermos, lo cual puede representar una mayor exposición al riesgo de contagio de distintas enfermedades (Szasz, 1999; Auerbach y Figert; 1995; Cerruti, 1993). Por otro lado, se ha documentado que los condicionantes de género también están relacionados con las actitudes en torno a la salud ya que (en sociedades occidentales) pese a que existe la tendencia a una muerte más temprana entre la población masculina, las mujeres tienden a experimentar más padecimientos y enfermedades (Verbrugge, 1979; Mechanic, 1976; Nathanson, 1974).

Un segundo grupo de estudios se relaciona con la tesis de medicalización. En éstos, se sugiere que la profesión médica es un grupo ocupacional que ejerce autoridad y controles patriarcales sobre grupos sociales subordinados, especialmente mujeres (Turner, 1999). Se ha hecho evidente el papel de la medicina como institución legitimadora y articuladora de valores patriarcales que regulan y controlan la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, siendo un medio adicional para reforzar la subordinación de las mujeres (Castro, 2000; Turner, 1999). Aquí se encuentran diversos trabajos que abordan la medicalización de otrora fenómenos naturales (como la menstruación, el embarazo, el parto, etc.) como medio de control y dominio sobre las mujeres. Entre algunos de estos estudios podemos mencionar los estudios de Rothman (1978); Scull y Bart (1978); McCrea (1986); Ehrenreich y English (1990). Especialmente relevante es este último trabajo, en el que se presenta la “política sexual de la enfermedad” realizada por la medicina; la cual contribuyó no sólo a controlar los cuerpos, la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, sino que coadyuvó a la histerización del cuerpo (y la identidad) de la mujer.²³ Otros estudios desde la perspectiva feminista han aborda-

²³ La medicina, al definir a la mujer como enferma “innata” preparó el camino para el surgimiento de la histeria. Este proceso calificó el cuerpo de la mujer como saturado de sexualidad e integrado bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca (Ehrenreich y English, 1990; Foucault, 1978a:127).

do la construcción de la “normalidad” por medio del discurso médico (Castro, 2000). En estos discursos la normalidad para las mujeres es definida por determinados rasgos (como una vida centrada en la reproducción y en la vida doméstica) que tienden a mantener y a reforzar ciertos discursos hegemónicos que reproducen la dominación de la mujer.

Finalmente, se considera que la principal aportación de estos trabajos consiste en que han planteado la posibilidad de desarrollar un nuevo paradigma del conocimiento que implicaría la reconceptualización de diversos eventos referidos a la salud (aunque los alcances del enfoque de género rebasan este aspecto), en donde enfatizan la necesidad de entender la condición de las mujeres como un fenómeno determinado social e históricamente.²⁴

1.1.2 La sociedad disciplinaria: medicina y control social

La salud y la enfermedad son en sí mismas categorías sociales que han sido construidas por el conocimiento y la práctica médica

Marc Augé

Se considera que en el siglo XVII el capitalismo quebrantó la organización teológica de la sociedad, en donde la principal institución de control social había sido la Iglesia.²⁵ Esto dio lugar al desarrollo de una nueva forma de poder político, que daría lugar a lo que conocemos como Estado moderno, el cual refuncionalizó el poder pastoral²⁶ (tradicionalmente ejercido por la Iglesia) como forma de control social (García, 2002a). Así, el Estado moderno aparece como la nueva y más eficaz forma de poder pastoral, en la que la salvación eterna se ve reemplazada por metas más mundanas: el bienestar y la seguridad de la creciente población. La función del Estado moderno se centró en velar que la conducta de la población fuera “sana” y “normal”, ayudándose de diferentes instituciones sociales dedicadas al control y la vigilancia de los sujetos (para impedir actos desviados de la norma) como la policía, las instituciones pedagógicas, psiquiátricas y médicas (la

²⁴ Entre las limitaciones y críticas a estos trabajos encontramos que la mayor parte de estudios (por lo menos desde la sociología médica) no explican el proceso mediante el cual la ideología médica se incorpora como parte de la biografía de un individuo, al tiempo que ha sido escasa la investigación relacionada con la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad (Castro, 2000).

²⁵ El papel de la iglesia en la configuración del sistema de valores que orienta y norma la conducta y la vida de la sociedad ha sido fundamental, ocupando un lugar importante los aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción y la familia, teniendo las religiones un carácter ideologizante, socializador y controlador (Camarena, 1991).

²⁶ El pastoreo en el cristianismo tiene como fin último asegurar la salvación eterna de las personas más allá de la vida, y donde esta salvación es individual y juega un papel central la confesión. De tal suerte Foucault (1978a) consideraba que en Occidente la confesión se convirtió en una de las técnicas de producción de verdad, y en donde el sexo fue el tema por excelencia (García, 2002a:36; Foucault, 1978a:76.).

ciencia en general).²⁷ En los siglos XVIII y comienzos del XIX surge un nuevo tipo de ejercicio del poder²⁸ donde se vuelve más rentable y eficaz vigilar que castigar (Foucault, 1992:97).²⁹ Esto da lugar al surgimiento de una sociedad disciplinaria cuyo objeto es producir sujetos (generando hábitos, conductas, respuestas inconscientes a normas abstractas y positivas, creando un “deber ser”), y son las disciplinas las técnicas privilegiadas del ejercicio del poder las empleadas para lograr este objetivo (Foucault, 1978; García, 2002a). Las disciplinas distribuyen a los individuos en el espacio y en el tiempo buscando construir sujetos “normales”, naciendo en este momento histórico un poder disciplinario que al mismo tiempo individualiza a los sujetos y los adhiere a una normatividad. El poder disciplinario es un tipo de ejercicio de poder que tiene como función principal enderezar conductas, fungiendo como una estrategia de normalización.³⁰

Estos elementos aportados por Foucault constituyen un bagaje imprescindible para vislumbrar cómo en la modernidad, con el Estado moderno surgen otras instituciones difusoras de normatividad (instituciones pedagógicas,³¹ científicas, jurídicas, etc.), que aún en la actualidad continúan fungiendo como puntal de determinadas formas de discurso (en ocasiones contradictorias), que legitiman las acciones del Estado; y que al mismo tiempo constituyen las principales productoras de riesgo. Esto, considerando que el riesgo es entendido como una estrategia de poder “disciplinario”, por medio del cual la adecuación a la normatividad hegemónica de la población y los individuos son monitoreados (Lupton, 1999). Lo antes mencionado ha colaborado en la construcción de una serie de discursos que parecen indicar que los “grupos de riesgo” están integrados por aquellos que no aceptan las reglas instituidas socialmente (Kornblit, 1999; Abrums, 2000). Bajo esta lógica (de construcción social y cultural del riesgo), se articulan ciertos discursos que en diversas ocasiones ofrecen blancos para la condena moral^{32 33} y la

²⁷ Es a partir de este momento que a la medicina le corresponderá la función de determinar lo “normal” y lo “patológico”, legitimándose con el discurso de la supuesta neutralidad de la ciencia, pese al hecho de que “la terminología científica está permeada por categorías morales” que se traducen en efectos sobre la salud de la población (Erviti, 2001:36).

²⁸ El poder se traduce en normas que se establecen como moral, como ética, como deber ser, o en leyes, al tiempo de que cuando el poder es interiorizado se constituye en una moral y se naturaliza (Lagarde, 1997).

²⁹ En el siglo XIX desapareció la práctica del castigo como espectáculo, volviéndose (los castigos) cada vez menos “inmediatamente físicos”, surgiendo el castigo disciplinario que es fundamentalmente correctivo, produciéndose en la sociedad disciplinaria la separación entre sujetos “normales” y “patológicos” (Foucault, 1978; García, 2002a).

³⁰ Como normas entendemos “el modelo establecido de las acciones y comportamientos esperables y deseables para sujetos ubicados en un lugar y en una sociedad determinada” (García, 2002a:77).

³¹ “Todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la educación de los discursos como los saberes y los poderes que implican” (Foucault, 2002:45).

³² “Zola (1999) señala que la moralidad y la responsabilidad individual parecen no haber desaparecido completamente del escenario etiológico y afirma que “la retórica de la enfermedad por sí misma parece no proporcionar ninguna absolución a la responsabilidad individual, a la culpabilización y al juicio moral”.

³³ Se ha sugerido que el lenguaje de la salud es usado comúnmente como metáfora de autocontrol, autodisciplina y fuerza de voluntad, valores altamente estimados en las sociedades occidentales, por lo que en occidente alguien sano, es alguien que merece estarlo por su comportamiento adecuado (Abrums, 2000).

estigmatización de ciertos grupos constituyéndose en uno de los retos a enfrentar en materia de salud de la población. Un papel fundamental al respecto, ha jugado la medicina en el proceso antes relatado.

Ya en la noción del rol del enfermo (Parsons, 1951) se establece que la enfermedad es una desviación³⁴ surgida dentro del sistema social.³⁵ Diversos estudios epidemiológicos sugieren que muchos “síntomas” existen permanentemente en una población “normal” sin causar “enfermedad”. Esto ha hecho evidente que el conocimiento médico es un proceso de construcción de enfermedad, ya que la medicina está orientada a buscar y crear enfermedad, es decir, “la medicina busca y crea significados sociales en donde tal significado o interpretación faltaba” (significados marcados por la desviación) (Freidson, 1978:254). La medicina se erige así como un empresario moral (complementando y/o reemplazando en ocasiones el papel de la ley y de la iglesia) ya que “hay un juicio moral irreductible en la designación de enfermedad en sí misma” (Freidson, 1978:254). Distintos autores han enfatizado cómo la medicina puede inscribir valores sociales en los cuerpos ya que a través del diagnóstico, clasificación y tratamiento de la enfermedad, la medicina crea y legitima estatus sociales en donde la etiquetación de un estado como enfermedad no es nunca un proceso neutral (Herzlich, 1995). Por el contrario, esta etiquetación es un modo de establecer distinciones en un momento y en una sociedad dada entre lo “normal” y lo “patológico” (Pierret, 1995).

Estrechamente con lo antes mencionado tenemos la tesis de medicalización de las sociedades modernas. Algunos autores han señalado que aunque la participación de la medicina en el control social no es algo nuevo, sí lo es su expansión hacia aspectos diversos de la vida cotidiana, haciendo que los rótulos de sano y enfermo sean aplicados en cada vez más escenarios de la existencia humana (Zola, 1999). Al mismo tiempo, puede observarse cómo cada vez con más frecuencia las conductas desaprobadas socialmente reciben el significado de “enfermedad” (Freidson, 1978).³⁶

El proceso de medicalización y de control social ejercido por la medicina tiene diversas consecuencias. De vital importancia resultan estas anotaciones acerca del control social ejercido por la medicina especialmente en dos sentidos: el primero

³⁴ Desviación que además es vista como una amenaza a la estabilidad del sistema social y por tanto debe ser objeto de control social.

³⁵ Se considera que pese a las limitaciones y críticas que ha recibido el rol del enfermo, una de las principales aportaciones del concepto parsoniano lo constituye el hecho de que replanteó la relación médico/paciente de un encuentro terapéutico hacia un escenario más amplio que involucra mecanismos de control social (Lupton, 2000).

³⁶ Resultan pertinentes las observaciones de Sheff respecto a la “conducta desviada”. Ya que considera que “Desviado es el individuo a quien se ha aplicado satisfactoriamente ese rótulo; la conducta desviada es la conducta que las personas rotulan de ese modo” (Sheff, 1970:36).

relacionado con el proceso de medicalización al que son sometidas ciertas etapas de la vida (como la adolescencia y la menopausia) y la segunda se relaciona con las nociones patológicas en torno a ciertos comportamientos (socialmente reprobados) y cuerpos (especialmente el de las mujeres).³⁷ Diversos autores y estudios sugieren que en las sociedades occidentales, las ideas y la manera en que las personas piensan en torno a la salud, la enfermedad y aún sobre sus propios cuerpos, está influenciado y moldeado por la práctica y los discursos médicos (Lupton, 2000).

1.2 El estudio social sobre sexualidad

Pensar la sexualidad sociológicamente significa abordar las relaciones sociales involucradas en ella, así como el sentido que dan sus protagonistas a esas relaciones

Ivonne Szasz³⁸

La sexualidad no es un concepto unívoco, ni acabado, sino más bien un concepto dinámico, polisémico y multidimensional. Resulta pertinente resaltar aquí la postura de Weeks, en tanto afirma que si bien el cuerpo biológico es el sitio que establece y delimita lo sexualmente posible, la sexualidad es más que simplemente el cuerpo (Weeks, 1998). Como sexualidad entendemos aquí “el entramado diverso y particular de prácticas, acciones, técnicas, placeres y deseos en los que interviene el cuerpo, pero también una serie de argumentaciones, discursos, premisas, significaciones que connotan las acciones de los individuos, califican sus deseos, orientan sus tendencias y restringen sus elecciones placenteras o amorosas” (Rivas, 1998:139-140).

Aunque el estudio de la sexualidad ha interesado al ser humano a lo largo de la historia, la manera de enfocar, analizar y teorizar en torno a ella ha variado de una época a otra, y dependiendo de cada disciplina las construcciones teóricas de la sexualidad se han ido transformando y los discursos en torno a ella han acompañado paralelamente este proceso.

El estudio de la sexualidad pasa por distintas disciplinas, entre las que han mostrado especial interés en su estudio podemos mencionar: la perspectiva biológica (que ha centrado su atención básicamente en los aspectos fisiológicos de la misma), la psicosocial (que ha enfatizado en el desarrollo de aspectos de la sexua-

³⁷ El discurso y la práctica médica se han tomado a cargo legítimamente el cuidado del cuerpo interviniendo la medicina y medicalizando cada vez más la reproducción y la sexualidad (Camarena, 1991).

³⁸ Szasz, 1998:16

lidad y en la interacción de estados cognitivos y afectivos con variables sociales), la conductual (*behavioral*) (que subraya el peso de lo conductual sobre lo cognitivo y lo afectivo), la perspectiva clínica (que se ha centrado en las disfunciones y desórdenes sexuales), la sociológica (que se centra en las estructuras sociales y en el impacto de las instituciones y factores socioeconómicos sobre el comportamiento sexual), y la antropológica (que ha incluido las aproximaciones evolutivas y culturales que recalcan y vinculan los significados y comportamientos sexuales con el contexto cultural) (Bolin y Whelehan, 2001).

1.2.1 El estudio de la sexualidad y sus momentos

En términos generales los estudios sobre sexualidad pueden ser divididos cronológicamente en dos períodos: el primero que abarca las primeras décadas del siglo pasado hasta fines de los 60, y un segundo período posterior a los 60 hasta nuestros días.

El primer momento

Una de las primeras disciplinas en acercarse al estudio de la sexualidad fue la antropología. Dentro del primer período, desde esta disciplina encontramos las contribuciones aportadas por el llamado “modelo antropológico clásico” que predominó desde fines del siglo XIX hasta la década de 1960, liderado por Bronislaw Malinowski (1974, 1975), Margaret Mead (1979) y Ruth Benedict (1939). Una de las principales contribuciones atribuidas a Malinowski (1974, 1975) es su propuesta de estudio de la sexualidad de una manera integral. Esto, en el entendido de que la sexualidad no se reduce a un espacio íntimo, dado que ésta se encuentra imbricada y relacionada con todo el sistema social y especialmente con el sistema de parentesco y la familia, por lo que proponía que la vida sexual debe de estudiarse en el marco de instituciones sociales (matrimonio, parentesco, familia, etc.). Igualmente importantes son las aportaciones de Benedict y Mead. Una de las contribuciones más relevantes de la primera³⁹ al estudio de la sexualidad (desde la aproximación configuracional) fue el énfasis que daba a los patrones culturales en la constitución de la sexualidad (Bolin y Whelehan, 2001). Por su parte, Margaret Mead (1979) es considerada la pionera en la investigación de las diferencias sexuales a partir de la forma en que la cultura moldea los roles de hombres y mujeres. Una de las principales preocupaciones de esta autora se centraba en el papel que desempeña la cultura en lo que hoy suele ser llamado la construcción de las diferencias de género. Mead es de las primeras investigadoras en cuestionar el origen y la naturaleza de las diferencias temperamentales, enfatizando el importan-

³⁹ Implícitamente, desde su punto de vista, la sexualidad no es diferente de otras conductas sociales, en vista de que es igualmente conformada por patrones culturales (culturally patterned) (Bolin y Whelehan, 2001).

te papel que juegan la cultura y la educación en la conformación y asignación de estos temperamentos considerados como innatos (Mead, 1979).⁴⁰

En estos estudios se anticipa la propuesta de estudio de la sexualidad de una manera integral, sugiriéndose una compleja relación entre cultura y naturaleza, normas y desviaciones (Dávalos y Rojas, 2000). Puede afirmarse, que este modelo de antropología clásica se erigió contra las teorías racistas que predominaban en el ambiente y ya en ese momento se empezó enfatizar en la importancia de los patrones culturales (más allá de lo biológico) en la constitución de la sexualidad (Bolin y Whelehan, 2001). Sin embargo, se considera a estos estudios (y a los de sus seguidores) predominantemente descriptivos, ya que en general otorgaron pocas reflexiones en torno a los esquemas sexuales que describieron en sus estudios (Weeks, 1998).

Otra parte importante de estudios en el campo de la investigación sobre sexualidad utilizó grandes muestras en un intento de hacerlas representativas del resto de la población o al menos de un amplio sector (Kinsey, 1948; Masters y Jonhson 1966). Dentro de las principales contribuciones de esta vertiente de trabajos encontramos que aportaron evidencias de cómo los comportamientos en sexualidad de hombres y mujeres eran influenciados por diferentes factores (Weeks, 1998).⁴¹ Por otro lado, los estudios culturales comparativos (*cross cultural studies*) en su mayoría se centraron en caracterizar las culturas sexuales con un especial énfasis en la normatividad de sus comportamientos (Dávalos y Rojas, 1999). Son especialmente reconocidos por su relevancia (y también por las críticas recibidas) los trabajos de Murdock (1949 y 1964), Ford y Beach (1951), Martín y Voorhies, (1975). Dentro de las principales aportaciones de estos estudios podemos mencionar las realizadas por Murdock (1949, 1964), quien a partir de sus trabajos muestra cómo las diferentes formas de regular la sexualidad contribuyen a la organización de la cultura (Bolin y Whelehan, 2001).

La Segunda Guerra Mundial supuso un alto en los estudios sobre sexualidad. Sin embargo, en los años 60 resurge el interés en el estudio de la sexualidad, iniciándose una serie de proyectos, creándose institutos, centros de investigación públicos y privados con el objeto de ampliar conocimientos en este campo. En esos años se llevan a cabo numerosos trabajos (en los que se utilizan grandes muestras de

⁴⁰ Davenport (1987) realizó un trabajo de recopilación de las aportaciones etnográficas más significativas dedicadas al estudio sexual, las cuales en su opinión se han concentrado alrededor de las nociones de sexo, género y procreación, considerando como una de las principales contribuciones de estos estudios (desde la antropología), haber puesto en relieve la complejidad de las representaciones y símbolos que las culturas elaboran sobre los géneros (Dávalos y Rojas, 2000: 18).

⁴¹ En estos estudios (entre otras cuestiones) se señalaba que la clase social afectaba los comportamientos en torno a la sexualidad entre los varones, mientras que los comportamientos de las mujeres parecían estar más influenciados por lo que hoy se denominaría las ideologías de género y la edad.

población), se publican por primera vez textos referidos a la sexualidad desde varias disciplinas, haciendo valiosos esfuerzos por analizar las relaciones sexuales humanas desde nuevas perspectivas que se alejan del tratamiento que hasta ese momento se había dado al tema y que enfocaba el estudio de la conducta social desde una óptica ética, desde el aspecto normativo de dicho acto o desde los estilos sexuales como actos meramente físicos.

El segundo momento: la visión construccionista

Posteriormente, en la década de los 60⁴² fue relevante la introducción de los enfoques construccionistas al estudio de la sexualidad. Importantes elementos teóricos fueron aportados por Foucault (1978a, 1978, 1986, 1987) en sus reflexiones y análisis (cuyo centro es el poder) en torno a la sexualidad occidental. *La Historia de la Sexualidad* (1978a) es para Foucault, la historia de los discursos acerca de la misma, en virtud de que los discursos son “elementos tácticos en el campo de las relaciones de fuerza” que pueden ser contradictorios y en donde se articulan tanto el saber como el poder (Foucault, 1978a:124). Desde esta perspectiva a la sexualidad se le concibe como un constructo histórico, constituida por tres ejes: la formación de saberes referidos a ella, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales se posibilita a los individuos reconocerse como sujetos (sexuales, deseantes) (Lagarde, 1997). Foucault presenta un análisis en el que a partir del surgimiento del Capitalismo y la era industrial se hace necesario un nuevo modelo de orden social que a partir de ese momento se fundamenta en la ciencia. En el siglo XVIII la sexualidad se convirtió de esta manera en un asunto público por las necesidades del Estado de controlar a la población⁴³ mediante un sistema demográfico (cuyo centro de atención lo constituye la contabilidad de la dinámica demográfica). Este período se encuentra marcado por el surgimiento de dispositivos de poder (estrechamente ligado a lo que Foucault llama la sociedad disciplinaria), cuyo objeto será el control de la sexualidad humana. Tales estrategias produjeron (dentro de los discursos reguladores y dentro del desarrollo de varios contextos de saber- poder) cuatro figuras a ser vigiladas y controladas: la mujer histérica, el niño masturbador, la pareja malthusiana y el adulto perverso (Foucault, 1978a; Giddens, 1992). De este modo, se definió una norma de de-

⁴² Desde la antropología construccionista de la sexualidad importantes aportaciones hicieron los trabajos de McIntosh (1968), Blacwood, Caplan (1987), entre otros. Es importante enfatizar que la teoría construccionista de la sexualidad se vio enriquecida por el construccionismo sociológico (Gagnon y Simon, 1973), la historia social (Katz, 1976; Turner, 1984; Laqueur, 1990; Weeks, 1977; Plummer, 1982), el análisis foucaultiano (Foucault, 1978), los aportes feministas a la teoría construccionista (Rosaldo y Lamphere, 1974; Rubin, 1975; Atkinson, 1982) y la revolución psicoanalítica (por ejemplo las apropiaciones feministas del psicoanálisis, influenciadas por la obra de Lacan y las investigaciones de Melanie Klein), entre otros (Caballero, 2001).

⁴³ “En el siglo XVIII una de las grandes novedades en las técnicas del poder fue el surgimiento, como problema económico y político, de la población”, lo que origina que la conducta sexual de la población sea tomada como objeto de análisis e intervención (Foucault, 1978a:35).

sarrollo de la sexualidad desde la infancia a la vejez centrada en una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora, en la que todas las sexualidades “erráticas o improductivas” debían ser evitadas, para lo cual se instalaron dispositivos de vigilancia y control (Foucault, 1978).

Carole Vance (1997 y 1989) expuso su crítica a los estudios antropológicos tradicionales haciendo énfasis en su etnocentrismo sexual,⁴⁴ y destacando el surgimiento del paradigma alternativo que denomina el modelo de la construcción social que en sexualidad parte de dos fundamentos teóricos:

- a) Que la sexualidad es una construcción social y cultural.
- b) Que es importante desconstruir las ideas en torno a la naturalidad de los comportamientos humanos.

Los trabajos construccionistas han profundizado en los distintos niveles en que la sexualidad debe ser considerada como un producto histórico y social, niveles que en su opinión involucran:

- a) Significados: lo cual implica que los significados sociales y las significaciones subjetivas en torno a la sexualidad son variables entre distintas culturas y grupos sociales.
- b) La importancia de insertar los actos en torno a la sexualidad (metas, objetos sexuales, dirección del deseo, etc.), en una historia cultural y social específica. Aunque en esta postura difieren los construccionistas, en general la tendencia apunta hacia posturas no esencialistas.
- c) Impulsos, en donde, siguiendo a Foucault, algunos construccionistas⁴⁵ postulan que la pulsión sexual es más bien un concepto moderno que una representación universal e innata. Se busca desde esta postura desconstruir los conceptos esenciales y saberes modernos en torno a la sexualidad (Dávalos y Rojas; 2000:41).⁴⁶

Una buena parte de la investigación social en sexualidad, en las últimas décadas se ha visto influenciada por un conjunto de teóricos que incluyen a Jeffrey Weeks (1998, 1998a), Gayle Rubin (1989), Carole Vance (1989 y 1997), Michel Foucault (1978a y 1992) (entre otros), que han ayudado a hacer posible la comprensión y el estudio de la sexualidad como un constructo social e históricamente determinado.

⁴⁴ Etnocentrismo que se expresa en al menos tres planos: a) por el traslado de lo significados del concepto occidental de sexualidad a otras culturas, b) por considerar que la reproducción es el núcleo explicativo de la sexualidad, c) por concebir que la sexualidad y el género pertenecen al mismo orden de cosas (Dávalos y Rojas, 2000: 39).

⁴⁵ La construcción social de la sexualidad comprende “las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos” (Cartledge y Ryan, 1983, p. 1; citado en Weeks, 1998:28).

⁴⁶ El construccionismo viene a representar una crítica de los modelos convencionales de estudio en torno a la sexualidad.

1.2.2 Estudios sobre salud y sexualidad juvenil

Antecedentes

Uno de los antecedentes más importantes desde donde se retomó el estudio actual sobre sexualidad en México lo constituye el enfoque de salud reproductiva que introdujo una serie de replanteamientos en el abordaje y estudio de los aspectos vinculados con la salud.

Los estudios sobre salud en sus inicios solían centrarse en la medición de los niveles de mortalidad general (tendencias y diferenciales). Estos estudios tenían como propósito principal determinar los componentes del crecimiento poblacional más que estudiar otros objetivos referidos a la salud de la población (Echarri, 1999) y en ese contexto predominaban las investigaciones sobre la mortalidad infantil. Paralelamente, en el marco de los esfuerzos por reducir el crecimiento poblacional se dio especial énfasis a los estudios sobre planificación familiar centrándose la atención en la salud materno e infantil.⁴⁷ Ya para mediados de los 80 en el ámbito académico se empezó a enfatizar en la necesidad de considerar la salud de las madres como un fin en sí mismo. Gradualmente los conceptos de planificación familiar, salud materno-infantil y sobrevivencia infantil dieron paso al de maternidad sin riesgos y posteriormente al de salud reproductiva (Echarri, 1999). Sin embargo, fue hasta la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994, donde se incorpora al ámbito académico internacional (a partir de un nuevo cuestionamiento de los programas de planificación familiar, centrados en el control de la fecundidad y en la provisión de anticonceptivos), el concepto de Salud Reproductiva (Lassonde, 1997).⁴⁸ Este enfoque permitió la introducción de dimensiones de la salud anteriormente ignoradas, retomando a la sexualidad no sólo en su contexto sanitario sino en su dimensión social (Lassonde, 1997). Sin embargo, si bien el enfoque ha contribuido a cuestionar la excesiva importancia otorgada en el pasado a la regulación de la fecundidad y ha ayudado a romper discursos represivos que privilegiaban la realización del potencial reproductivo en detrimento de la sexualidad humana, recientemente se han planteado desde la academia algunas precisiones y ampliaciones conceptuales referidas al mismo. Lo anterior responde a que, en la práctica, el término parecería limitarse a la repro-

⁴⁷ La relación reproducción-salud ha sido estudiada ampliamente desde la demografía y la medicina (especialmente centradas en la medición de la magnitud de las relaciones entre componentes de patrones reproductivos y aspectos de morbi-mortalidad de la madre y el producto).

⁴⁸ Una de las controversias del Cairo fue la oposición entre los partidarios de los derechos individuales en materia de reproducción y sexualidad, y los que consideran que los estados tienen el derecho de restringirlos en nombre de valores, creencias religiosas y/o morales, y metas demográficas (Hardy, 1999). De esta manera, pese a que junto al concepto de salud reproductiva se planteó el concepto de salud sexual, en la declaración final sólo logra legitimarse el concepto de salud reproductiva, debido a la oposición de los grupos más conservadores (Lassonde, 1997).

ducción humana y a los problemas de salud asociados únicamente con las funciones reproductivas dejando fuera etapas previas y posteriores al período reproductivo (Salles y Tuirán, 1998).

Dentro de esta discusión, se ha hecho patente la necesidad de incluir a la salud sexual y a la sexualidad como componentes medulares de la Salud Reproductiva. Si bien una buena parte de la investigación producida bajo este enfoque ha tendido a centrarse en la relación reproducción y salud, otra buena parte de la misma (sobre todo en fechas recientes) han devenido en estudios donde la sexualidad resulta un eje central. Debido a esto, en función de los objetivos de estudio que se plantearon en esta investigación, se consideró pertinente una aproximación no desde la salud reproductiva (considerando que el ejercicio de la sexualidad durante esta etapa de la vida en pocas ocasiones tiene por objeto la reproducción), sino desde la salud y la sexualidad. En esta revisión nos centraremos en los estudios realizados particularmente en México, considerados como más pertinentes para el objeto de esta investigación.

Estudios desde la epidemiología y la sociodemografía

Dentro de los principales estudios en torno a la salud de los jóvenes encontramos aquellos que muestran un panorama sobre el perfil de morbi-mortalidad más frecuente en este grupo poblacional. Puede afirmarse que éste se encuentra mayoritariamente marcado por: eventos relacionados con el inicio de la actividad sexual, accidentes, traumatismos, cáncer, problemas relacionados con la nutrición, envenenamientos, trastornos mentales y emocionales, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción (ONU, 1998; Martínez, 2003; Santos Preciado et al. 2003). A grandes rasgos puede afirmarse que la atención de estos estudios se ha concentrado en la descripción (en términos cuantitativos) de los comportamientos relacionados con la morbi-mortalidad (consumo de drogas, inicio de la actividad sexual, etc.). Desde esta perspectiva y utilizando básicamente encuestas tenemos en primer lugar las realizadas desde el área de la salud, la biomedicina, la epidemiología y la demografía.

En México, estudios recientes en estas áreas han aportado datos acerca de cambios en los comportamientos de morbi-mortalidad de ese grupo, notándose un incremento en las causas de muerte vinculadas con comportamientos de alto riesgo en este grupo poblacional (ONU, 1998; WHO; 2000; Celis *et al.*, 2003).⁴⁹ Otra

⁴⁹ Por ejemplo, en México, Celis *et al.*, (20003) realizaron un estudio descriptivo de la mortalidad en este grupo durante el período comprendido entre 1979 - 1997 encontrando que, mientras los traumatismos y envenenamientos sufrieron una tendencia descendente (-41.14 por ciento) como causa de muerte, se presentó un incremento en los homicidios y los suicidios (9.5 por ciento y 10.4 por ciento).

buena parte de estas investigaciones (dirigida a este grupo poblacional), se ha centrado en los comportamientos (desde distintas disciplinas) con el objeto de encontrar factores de riesgo relacionado con adicciones o con prácticas sexuales vinculadas con la infección de VIH/SIDA y otras ITS (Caballero, 2001). La mayoría de estos estudios se han basado en la aplicación de encuestas por muestreo, centrándose en análisis descriptivos o correlacionales que si bien han aportado información relevante sobre las tendencias no explican ni profundizan en el tema.

Respecto a los estudios sobre sexualidad juvenil planteados desde estas disciplinas (demografía y epidemiología) podemos encontrar el desarrollo de encuestas por muestreo, abocadas principalmente a (Szasz, 1998):

- Detección de prácticas de riesgo para la transmisión de VIH
- Exploración de actitudes y conocimientos en torno a determinados tópicos relacionados con la sexualidad, y los
- Estudios sobre comportamientos sexuales de la población joven y su relación con el uso de anticonceptivos.

Los estudios sobre la epidemia del VIH/SIDA en México han provenido en su mayoría de estudios epidemiológicos y han permitido tener una idea de las dimensiones de la problemática, mostrando la expansión de la epidemia tanto geográfica como por grupos sociales, edad y sexo (Rodríguez, 1999). Estos estudios (generalmente basados en encuestas por muestreo) en su mayoría han privilegiado enfoques biomédicos sobre la sexualidad donde se percibe una clara tendencia biologicista, que sostiene que las características biológicas de cada sexo determinan la sexualidad humana. Estas encuestas en general han tendido a cuantificar y caracterizar los comportamientos sobre sexualidad con miras a la medición y explicaciones susceptibles de ser generalizadas. Estos trabajos se han dirigido básicamente al estudio de la menarca, la pubertad, el embarazo, el uso de anticonceptivos y la maternidad adolescente (Rodríguez, 1999).

En México, desde mediados de los 80 algunas instituciones de salud pública y ONG empezaron a producir datos sobre el comportamiento sexual en algunos sectores de la población mexicana, especialmente entre la población joven, escolarizada y urbana, y entre grupos específicos, como sexoservidoras, personal de salud y varones homosexuales y bisexuales (Szasz, 1998). Pese a las limitaciones atribuibles a este tipo de estudios, especialmente los trabajos sociodemográficos realizados en el país han permitido ubicar las dimensiones de diversos fenómenos que atañen a este sector poblacional. También han permitido conocer sus expre-

siones sexuales y reproductivas relacionándolas con variables macrosociales (como urbanización, fecundidad, escolaridad, migración y nupcialidad) (Rodríguez, 1999).

La consistencia de los resultados aportados por diversas encuestas ha proporcionado indicios sobre la normatividad y los significados que se atribuyen a la sexualidad en algunos grupos de la población mexicana. Resulta sobresaliente que estas encuestas confirman la existencia de normatividades muy diferenciadas para hombres y para mujeres. Por ejemplo, una de las primeras encuestas sociodemográficas dirigidas a la sexualidad de los jóvenes mexicanos fue realizada por CONAPO en 1988.⁵⁰ En esta encuesta sobresalía la alta desproporción de las declaraciones en torno a la actividad sexual entre varones y mujeres, ya que mientras el 23 por ciento de los varones declaraba haber tenido relaciones sexuales, en contraste con sólo el 5 por ciento entre las mujeres. Por su parte, Figueroa (1993) analizó los resultados de esta encuesta desde la perspectiva de género y encontró que en estas encuestas subyacen determinadas representaciones sobre sexualidad, en donde los niveles de no respuesta que se dan entre mujeres son ocasionados por una menor posibilidad de verbalización del tema.⁵¹

Otro aspecto de preocupación central en este tipo de estudios (sobre todo en países de América Latina y África) lo ha constituido el estudio de la fecundidad adolescente (Atkin *et al.*, 1998; Rodríguez, 1999),⁵² ya que se consideran al como eventos reproductivos de alto riesgo y altos costos sociales. Estos trabajos se han orientado básicamente a identificar la dinámica de la transición demográfica y sus determinantes próximos utilizando encuestas y métodos cuantitativos. Sin embargo, recientemente algunas investigaciones han incluido metodologías cualitativas que permiten profundizar en el conocimiento y comprensión de este fenómeno (Villaseñor, 2003, Berglund *et al.*, 1997) encontrando que parece existir una relación entre los proyectos personales de vida de los jóvenes y su conducta reproductiva (Geldstein *et al.*, 1993; Infesta, 1996; Rodríguez, 1999; Atkin, *et al.*, 1998).⁵³ Últimamente se ha comenzado a analizar el contexto en que se presentan estos embarazos (la mayoría de las veces no deseados), en tanto éstos ocurren den-

⁵⁰ Esta fue una encuesta nacional aplicada a estudiantes de distintos planteles de educación media y media superior (Rodríguez, 1999).

⁵¹ Visser (2002) mediante un cuestionario encontró una estrecha relación entre el género y la autoestima: mientras los atributos de la masculinidad tienden a tener una correlación positiva con la autoestima, los atributos de la feminidad tienden a tener una mínima relación con ella. Esto tiene implicaciones prácticas en el campo de la salud y la sexualidad ya que la autoestima se relaciona con diversos aspectos del bienestar tanto físico como mental.

⁵² En general, desde la demografía y la medicina se ha tendido a estudiar la fecundidad de las mujeres en edad reproductiva criticándoseles recientemente desde los estudios de masculinidad la poca y/o nula atención puesta a la reproducción masculina (Figueroa, 2001 y 2002).

⁵³ Diversos estudios sugieren que el perfil psicológico de las adolescentes embarazadas describe un patrón con menores expectativas académicas y laborales, baja autoestima y asertividad y poca comunicación con la madre (Rodríguez, 1999).

tro de culturas sexuales específicas en las que ciertos métodos anticonceptivos y prácticas sexuales son estimuladas y otras estigmatizadas (Gammeltof, 2002).

También recientemente, desde la sociodemografía se ha empezado a poner énfasis en el papel de la migración como factor de transformación en las prácticas sexuales y en la posible modificación de los roles de género (Rodríguez, 1999).

Dentro de las principales críticas que este tipo de estudios han recibido podemos encontrar que se han centrado en los aspectos de la sexualidad susceptibles a ser cuantificables y medibles dejando de lado las cuestiones subjetivas, simbólicas y valorativas que dan sentido y significado a las acciones y conductas de los individuos involucrados (Szasz, 1998).

Estudios cualitativos sobre sexualidad

Por su parte, algunos estudios han comenzado a abordar la sexualidad desde la perspectiva de la subjetividad de los actores sociales y las relaciones e instituciones sociales que juegan un papel importante dentro de la configuración de las prácticas en sexualidad (Ponce, 1999; Romero y Rodríguez, 1999; Rodríguez, 1999). Estos estudios, han tendido a alejarse de la visión biomédica y consideran a la sexualidad como una construcción sociocultural e histórica en la que intervienen distintos factores como son: el género, la etnia y el grupo social (por mencionar algunos). En su mayoría estos trabajos, más que describir los comportamientos sexuales, se abocan a desentrañar los vínculos existentes entre los comportamientos, las relaciones sociales y los contextos (político, ideológico, económico, cultural, etc.), dentro de los cuales éstos adquieren sentido, otorgándole un lugar importante a la subjetividad de los actores sociales. La mayoría de estos estudios se centran en el estudio de las relaciones entre la construcción de las identidades genéricas, los valores y comportamientos sexuales.

Una reciente línea de investigación ha estudiado cómo la sexualidad y las experiencias en torno a la misma son producidas y modificadas dentro de discursos sexuales en continua transformación (Braun y Gavey, 1999). Se ha empezado a problematizar cómo distintos discursos tienden a obstaculizar el ejercicio de prácticas preventivas en materia de salud y sexualidad. Se ha encontrado que el “discurso del amor” constituye un obstáculo para el ejercicio de prácticas de “sexo seguro”⁵⁴ entre la población femenina; ya que el discurso sobre sexo seguro

⁵⁴ Es importante tener en cuenta que las prácticas de “sexo seguro” se desprenden no sólo de elecciones individuales e interacciones interpersonales, sino también de sistemas más amplios de significados morales y coacciones sociales (Gammeltof, 2002).

basado en el concepto de riesgo⁵⁵ está en conflicto con el “discurso del amor”, en donde las prácticas sexuales son enmarcadas en un ámbito de amor y de confianza (Warr, 2001; Misovich *et al.*, 1997). Al mismo tiempo, se ha sugerido que tiende a obstaculizar el ejercicio de prácticas preventivas en materia de salud y sexualidad. La producción cultural del “discurso del amor” refleja ciertas imágenes opresivas en torno a la feminidad que refuerzan la centralidad de lo afectivo y de la domesticidad en la vida de las mujeres (Warr, 2001; Braun y Gavey, 1999). Se ha señalado el papel fundamental que han jugado los medios de comunicación en la construcción y diseminación de este tipo de discursos. Distintos análisis de narrativas predominantes en los medios de comunicación proporcionan mensajes que giran en torno a la idea de que una “feminidad exitosa” es recompensada con amor, y que la única forma de ejercicio de la sexualidad (femenina) es a través del amor y de imágenes que le son familiares (Warr, 2001).⁵⁶ Otros discursos, vinculados con la reputación y la imagen de la mujer, han tendido no sólo a “dividir” la sexualidad femenina (ofreciendo a la mujer dos posiciones: del lado de “las buenas” o del lado de “las malas”), sino que promueven el castigo al ejercicio de su sexualidad.⁵⁷ Los discursos afectan el modo en que los individuos se perciben y se entienden a sí mismos creando universos socialmente construidos y compartidos de significados y normas, que en general, tienden a reproducir ciertas lógicas e ideologías que contribuyen a mantener las desigualdades de género y que en ocasiones se traducen en prácticas que se mantienen marcadamente imbricadas por la construcción social de las identidades genéricas atentando contra la salud de la población.⁵⁸ También en México diversos estudios, utilizando aproximaciones cualitativas (en ocasiones complementadas con metodologías cuantitativas), sugieren la existencia de patrones normativos y discursos diferenciados para cada género (Rodríguez, 1993) que parecen afectar el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención de VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) especialmente entre jóvenes, personas con baja escolaridad y en poblaciones que viven en contextos tradicionales en materia de cultura sexual y de género (ej. zonas rurales) (Szasz 1998; Rodríguez *et al.*, 1995).

⁵⁵ Estos mismos estudios han mostrado cómo los significados (simbólicos) en torno al condón entran en conflicto con los “discursos del amor” que enfatizan la confianza y el compromiso mutuos (Warr, 2001).

⁵⁶ Estas imágenes se vinculan con las valoraciones extremas en torno a la maternidad (entre la población femenina) que algunos hallazgos de investigación han reportado (Ver. Ehrenfeld, 1999).

⁵⁷ Se ha sugerido que desde el siglo XIX, determinadas representaciones en torno a las ITS han sido empleadas para reforzar la dicotomía entre las mujeres sexualmente “buenas” y “malas”, siendo las segundas las que adquieren ITS (por su inmanente “promiscuidad”), en virtud de que las nociones históricas en torno a las ITS se vinculan con las de la moral cristiana, ya que ambas giran en torno a la noción de monogamia (Braun y Gavey, 1999).

⁵⁸ Tiefer (1995) afirma que estos discursos juegan un papel importante en la construcción de las subjetividades, de tal forma que estos discursos afectan tanto el modo en que la sexualidad es socialmente comprendida y en cómo las mujeres y los hombres se ubican a sí mismos en relación con esos significados.

El uso de anticonceptivos y protección (condón) durante la primera relación sexual continúa siendo mínimo entre la población adolescente, aunque en general esta población parece estar consciente o por lo menos conocer ciertos métodos de protección (Berglund *et al.*, 1997). A pesar de que la población parece estar consciente de que el sexo no protegido implica una amplia variedad de riesgos (embarazo, transmisión de ITS), este conocimiento no se ha traducido en prácticas preventivas o de sexo seguro en la mayor parte de la población.⁵⁹ Ciertas evidencias sugieren que la ausencia en el uso de métodos anticonceptivos es resultado de estructuras morales y sociales que niegan la existencia de la actividad sexual fuera del matrimonio (Gammeltof, 2002).

Otra buena parte de los estudios sobre sexualidad han dado origen a una reflexión sobre los vínculos existentes entre las desigualdades de acceso a poder, prestigio, y recursos entre hombres y mujeres, y los significados de la sexualidad (Szasz, 1998). Estas investigaciones reportan que ciertos comportamientos sexuales son interpretados como reafirmadores de las identidades genéricas asignadas social y diferencialmente. Los significados de la sexualidad influyen sobre las actitudes en torno a la reproducción y la prevención de enfermedades, así como el ejercicio y las vivencias de la misma.⁶⁰ Estos significados refuerzan la valoración de la penetración vaginal y la eyaculación como las prácticas más deseables (Szasz, 1998; Gammeltof, 2002).⁶¹ Diversas evidencias sugieren que, la carencia de experiencia erótica de las mujeres es altamente valorado entre la población masculina (Rodríguez *et al.*, 1995; Amuchástegui, 1999; Gammeltof, 2002), mientras que para los hombres la existencia de experiencias eróticas parece ser una de las principales formas de representación y reafirmación de la masculinidad (WHO, 2000).⁶² Cada vez más, se ha hecho necesaria la inclusión en los estudios en torno a la salud y a la sexualidad de aspectos subjetivos que complementen y profundicen la información captada mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios que permitan otro tipo de lecturas de los fenómenos sociales. Esto, a partir de asu-

⁵⁹ Tuñón (1999) ha encontrado una estrecha relación entre el nivel educativo y la incidencia de prácticas de alto riesgo en adolescentes del sureste mexicano.

⁶⁰ Para Lagarde (1997) el núcleo de la identidad femenina tiende a reproducir a las mujeres como sujetos sociales cuya subjetividad se construye a partir de la dependencia y del "ser para los otros", hecho político que permite y refuerza la especialización de las mujeres como cuidadoras vitales de y para los otros. Así, la opresión genérica se materializa en formas de comportamiento, actitudes, respuestas, habilidades, etc., en las que cobran sentido como atributos femeninos la ignorancia, la ingenuidad, la pasividad, entre otras muchas formas de respuesta.

⁶¹ Diversos estudios entre la población joven (alrededor del mundo) han encontrado que "tener sexo" o "relaciones sexuales" es considerado sinónimo de penetración (coito), mientras que otras formas de expresión sexual también existentes dentro de sus prácticas parecen no ser percibidas como "relaciones sexuales" (Gammeltof, 2002).

⁶² El ejercicio de la sexualidad masculina (sobre todo en lo referente a sexo prematrimonial) es visto como positivo y "natural", mientras que el ejercicio de la sexualidad femenina se aleja del ideal social que vincula a lo femenino con el amor y no con lo sexual (Ehrenfeld, 1999).

mir que los significados que se dan al cuerpo y a la sexualidad están socialmente organizados y moldean los comportamientos, prácticas y creencias de lo que es, debe y puede ser la sexualidad.

Estudios recientes han dado origen a una reflexión en torno a la construcción social de las relaciones de género y los comportamientos y actitudes frente a la salud y la sexualidad. Se han propuesto algunas dimensiones analíticas para profundizar en el estudio de la forma en que la construcción de las identidades subjetivas de género, las desigualdades de acceso al poder y las relaciones de género, se constituyen como un factor de riesgo en torno a la salud y a la sexualidad tanto de las mujeres como de los hombres a partir de distintos mecanismos: la construcción simbólica del cuerpo, la asignación genérica del concepto de cuidado, la relación entre la afirmación de la identidad de género, el comportamiento sexual y las decisiones sobre reproducción (Cerruti, 1993; Szasz, 1999; De Keijzer, 1999). Respecto a las identidades de género y los comportamientos y prácticas en sexualidad, estudios recientes han enfatizado la necesidad de explorar los procesos mediante los cuales la “reputación” femenina es constituida y gobernada porque esta reputación se construye a partir de identidades y normatividades socialmente asignadas. Braun y Gavey (1999) han sugerido el estudio operacional de la reputación femenina a partir de la noción de “tecnologías de reputación”, partiendo del supuesto de que éstas tienen implicaciones no sólo en el ejercicio y la práctica de la sexualidad femenina sino que estos discursos y supuestos en torno a la sexualidad femenina influyen también la política dirigida a la prevención de ITS (Braun y Gavey, 1999). Stewart (1999) sugiere que la noción de tecnologías puede ser empleada en la operacionalización de la reputación femenina en virtud de que éstas “construyen y reproducen las prácticas, experiencias y significados tanto del mundo social como del personal” (Stewart, 1999:375).⁶³

A partir del enfoque de género, también recientemente se ha impulsado el estudio de las masculinidades y se ha enfatizado en la necesidad de un abordaje de la sexualidad en el que se incluya a los varones como agentes activos e importantes en el desarrollo y desenlace de los eventos reproductivos (Figuroa, 1999 y 2001; Lerner, 1998; Arilha, 1999; Villa, 1998). Esta necesidad se desprende de que, recientemente, se ha empezado a reconocer que las conductas propias de cada género influyen relacionamente en la salud del sexo contrario (Sabo, 2000). Se ha señalado la poca información que existe (la cual generalmente era analizada a partir de la información aportada por las mujeres) acerca del comportamiento sexual de los varones y de lo que la sexualidad significa para ellos

⁶³ Se entiende como tecnologías al “aparato de conocimientos y prácticas que desarrollan y construyen los objetos materiales en nuestro mundo físico, que estructuran ese mundo y median las relaciones que tenemos con él y con sus significados” (Stewart, 1999:375).

(Stern *et al.*, 2002; Villa, 1998). Se considera que la masculinidad es un constructo social que impacta en los comportamientos, y en las actitudes sexuales y reproductivas de los varones y de las mujeres, existiendo una estrecha relación entre la masculinidad, la sexualidad, las manifestaciones de poder sexual y la violencia (Stern *et al.*, 2002). Desde esta perspectiva se considera que la masculinidad debe ser vista desde el género y de manera relacional tanto en el plano social como en el individual (Minello, 2002). Estos estudios sugieren que los varones también son objeto de condicionamientos sociales que los llevan a reproducir determinados atributos relacionados con estereotipos masculinos, lo cual dificulta el establecimiento de intercambios más equitativos no sólo con las mujeres sino con otros varones (Figueroa, 2000). Respecto a la sexualidad masculina, Figueroa (2001) ha señalado que en general la sexualidad de los varones se caracteriza por:

- Ser una sexualidad violenta y vivida como fuente de poder
- Ser homofóbica
- Ser vivida como obligación
- Ser una sexualidad mutilada en tanto se centra en los órganos genitales y en el coito como principales fuentes de satisfacción y
- Ser una sexualidad irresponsable en tanto que los varones no deben responder por sus consecuencias.

Ante este panorama rígido y estereotipado de la sexualidad masculina (que no necesariamente agota todas las posibilidades), que pretende identificar los estereotipos y modelos hegemónicos de sexualidad masculina en diferentes grupos sociales, resulta pertinente resaltar la importancia de realizar investigaciones que documenten otras variantes en la vivencia de la sexualidad masculina. Se ha señalado que en los discursos dirigidos hacia la población masculina existe un eje regulador con connotaciones impositivas que exigen constantemente probar su masculinidad. Liendro (1998) señala la existencia de una experiencia subjetiva en conflicto vinculada con el miedo, la vergüenza y la vulnerabilidad de ser continuamente puestos a prueba. Otros estudios desde esta perspectiva también han sugerido la emergencia de nuevas formas de machismo y de masculinidad que cuentan con algunas variaciones según la clase social y la generación (Leñero, 1992; Gutmann, 1993).

Siguiendo la misma línea, algunos estudios señalan la falta de participación de los varones en el cuidado de la salud propia y en la de sus compañeras/os, pese a que los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de estar alfabetizados y de tener más acceso a información sobre salud reproductiva, éstos se muestran menos proclives a participar más activamente en estas cuestiones. Estos

estudios sugieren que la manera en que socialmente los hombres aprenden a cuidar o descuidar tanto sus cuerpos como los cuerpos con los que tienen vínculos cotidianamente se relaciona con la construcción y los mandatos de masculinidad. De esta manera, se ha empezado a hablar de masculinidad como factor de riesgo (De Keijzer, 1999) en términos de que la forma en que muchos varones viven su masculinidad es un riesgo para sí mismos y para las personas del entorno. Resalta también la relación de “no autocuidado” del propio cuerpo como una tendencia constante y socialmente aprendida por los varones (Figueroa, 2001a). Estos mandatos definen ciertos estereotipos que en mayor o menor medida establecen los marcos de acción en los que se desenvuelven con distintas implicaciones en materia de salud y sexualidad tanto para varones como para mujeres.

Lo antes mencionado confirma la necesidad de estudiar la construcción de las identidades genéricas entre hombres y mujeres de manera integrada y relacional, dentro de una variedad de situaciones y escenarios que permitan comprender el modo en que se vinculan y transforman recíprocamente.

1.3 Haciendo un poco de historia: la plasticidad de los conceptos “adolescencia” y “juventud”

La “juventud” designa tanto a una fase del transcurso de la vida individual, “como a una *porción de la sociedad*, que depende de por lo menos algunos *criterios de edad*” (Allerbeck y Rosenmayr, 1979:27).^{64,65} En la actualidad, puede afirmarse que los conceptos de “adolescencia” y “juventud” convergen porque suelen referirse en general al mismo período de vida e identifican la infancia y la edad adulta como etapas que la limitan (García, 2001b). Ambos conceptos son generalmente definidos a partir de la edad,⁶⁶ siendo uno de los mecanismos básicos usados en diversas sociedades para la adscripción de roles⁶⁷ y estatus diferenciados entre los individuos (Canales, 2001) de tal modo que ambos términos son conceptos de estatus (Allerbeck y Rosenmayr, 1979). De tal suerte, “la edad se convierte en un eje que divide la sociedad, igual que la estratificación social,⁶⁸ pero

⁶⁴ Las cursivas son propias del texto de los autores.

⁶⁵ Otras variables que ayudan a delimitar la adolescencia y la juventud son: la independencia económica y /o la formación de pareja, la paternidad y el término de los estudios (Sayavedra, 2002).

⁶⁶ Aunque no es el único criterio que las define, puede afirmarse que en términos generales es el criterio más utilizado.

⁶⁷ La edad cronológica es también la noción de temporalidad más inmediata y funcional que ordena e identifica la serie de cambios sociales asociados a la construcción psicosocial del género (asignación de roles genéricos según el estadio de desarrollo psicológico y fisiológico) (Ojeda, 1999).

⁶⁸ Allerbeck y Rosenmayr (1979:13) consideran que la configuración social del envejecimiento fundamenta la constitución de grupos de edades y sus interrelaciones, donde las fronteras cronológicamente determinadas ocultan una compleja estructura de valoración social de las edades.

ordenando a la gente y a los roles, por edades”⁶⁹ (Allerbeck y Rosenmayr, 1979) y en donde la edad se vuelve el criterio por excelencia.

Sin embargo, empíricamente se ha tratado de establecer distinciones entre ambos conceptos por que la “adolescencia” suele ser vinculada con el inicio de la pubertad y las transformaciones físicas y psíquicas que la acompañan. En cambio la pubertad, si bien es modificada sociológicamente se le relaciona y supedita básicamente con los procesos biológicos que involucra (Allerbeck y Rosenmayr, 1979). Por su parte, se tiende a considerar que la “juventud” es determinada fundamentalmente por factores sociales y generalmente se refiere a diversos cambios en la condición ya no tanto física ni psíquica, de los individuos (García, 2001b; Allerbeck y Rosenmayr, 1979).

El estudio y conceptualización de la adolescencia y la juventud se sitúan, a grandes rasgos, en tres momentos históricos:

- a) Un primer momento que va desde finales del siglo XVIII, hasta principios del XX
- b) Un segundo momento que abarca desde principios del siglo XX hasta fines de los 70
- c) Un tercer momento que comprende las discusiones actuales en torno a la plasticidad de las edades y etapas del ciclo de vida (adolescencia, juventud, vejez, etc.).

El primer momento

Desde la perspectiva de la historia se ha señalado que en las sociedades antiguas los conceptos de infancia, adolescencia y juventud fueron pobremente desarrollados. De este modo, la historia de los conceptos (incluyendo el de adolescencia y juventud) emerge en el siglo XVIII en occidente (Ehrenfeld, 1998). Esto se debe a que a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, como resultado de la industrialización, se produjo un cambio en la concepción del niño y de la niña en occidente (en el seno de la naciente burguesía),⁷⁰ en el que el cuidarlos se relaciona con resguardar la supervivencia de la fuerza de trabajo (García, 2001b; Galland, 2002; Jackson y Scott, 2001).⁷¹

⁶⁹ En la sociodemografía recientemente se han introducido las nociones de ciclo vital y curso de vida como conceptos que remiten a la noción de edad, pero abarcan dimensiones que van más allá del desprendido de su referente biológico y consideran los diferentes eventos vitales experimentados por los individuos en el transcurso de su vida, así como el significado social de los ritos de pasaje que acompañan dichos eventos (Ojeda, 1999).

⁷⁰ Estudios recientes en torno a la infancia han enfatizado la necesidad de entenderla en diferentes niveles: a nivel estructural, discursivo y ubicada en la interacción. A nivel de discurso, la infancia fue constituida como objeto de la mirada científica primeramente a través de la psicología, posteriormente por trabajadores sociales y la pedagogía (Jackson y Scott, 2001).

⁷¹ Este cambio de concepción de la infancia en occidente se relaciona con factores políticos, sociales económicos y demográficos. Por ejemplo, hasta antes del siglo XVIII las altas tasas de fecundidad y mortalidad entre la población infantil (en combinación con otros factores), desalentaban a los padres de invertir en su descendencia (Galland, 2002).

Puede afirmarse que el concepto psicológico moderno de adolescencia parte de la obra de Rousseau (1762) *Emilio o la Educación*, obra que marcó un parteaguas tanto en la construcción de la concepción de la “infancia inocente”, como en la invención de la “adolescencia” como una etapa turbulenta de transición de la infancia a la adultez. En esta obra Rousseau estableció una equivalencia entre el desarrollo de la especie humana y la del individuo, en la que ambos atravesarían tres estadios: salvaje (infancia), bárbaro (adolescencia) y civilizado (adulto) (Martín, 1998). Esta concepción se extendió y consolidó a lo largo del siglo XIX, bajo la influencia de factores históricos relevantes: la revolución industrial, la teoría darwiniana, cambios en la estructura familiar de las clases medias y el aumento de la escolarización (principalmente entre estas clases) como resultado de la expansión de la esperanza de vida (Martín, 1998; Allerbeck y Rosenmayr, 1979; García, 2001b).⁷²

A finales del siglo XIX, el concepto de adolescencia como grupo de edad “natural” estaba ampliamente difundido entre la clase media y burguesa que intentan (legitimándose en términos psicológicos) extenderlo a toda la sociedad (Martín, 1998; Galland, 1997). Una vez inventados los adolescentes, la sociedad tuvo que encontrarles una ubicación en la estructura social. Para lograr esto, así como una “mejor” inserción a la fuerza de trabajo, se utilizaron las instituciones educativas (Allerbeck y Rosenmayr, 1979).

El segundo momento

Ya para el siglo XX, Stanley Hall (1904), reelaborando las ideas de Rousseau, aportó la definición clásica de “adolescencia” como un período universal y natural. Esta noción se basa en el argumento de que la adolescencia es una etapa determinada biológicamente y dominada por instintos. Sin embargo, las críticas posteriores a las concepciones psicológicas de los primeros años del siglo XX no se hicieron esperar. A estas concepciones, se les cuestionó (principalmente desde la antropología) los supuestos de universalidad y naturaleza biológica que la adolescencia implicaba, el hecho de carecer de una perspectiva histórica de los sujetos y que pasaban por alto la construcción social de los grupos de edad (Martín, 1998). Algunos estudios realizados aportaron evidencias y argumentos sobre la no existencia de esta etapa como tal o distinto tipo de manifestaciones de la misma en diferentes culturas (García, 2001b).⁷³

⁷² El desarrollo de la psicología responde también a estas dinámicas: en tanto ciencia de la “normalización” vigila y controla “legítimamente” cualquier desviación a la norma, en este caso referida a lo que deben ser la infancia y la adolescencia y del tipo de educación y comportamientos a seguir durante las mismas (Martín, 1998).

⁷³ Ver. Mead (1979).

Posteriormente, como resultado de las diversas problemáticas que enfrentaban los jóvenes en la época de la posguerra, surge la sociología de la juventud. En las décadas de los 50 y 60 el análisis funcionalista y culturalista parsoniano dominó la literatura sobre juventud, aportando el término de cultura juvenil (ésta era un producto funcional resultante de la tensión entre generaciones en las sociedades contemporáneas) (Martín, 1998). Desde esta perspectiva, la juventud fue analizada básicamente a partir de la teoría de los roles cuyos exponentes principales fueron Parsons y Eisenstadt (Guzmán, 1991; Martín, 1998). Pese a las diferencias existentes entre los trabajos en torno a la juventud en esa época,⁷⁴ éstos tendían a identificar a la juventud como un grupo unificado (ignorando otras dimensiones no menos importantes, por ejemplo, la clase social).

Sin embargo, desde mediados de los 50 una serie de estudios empezaron a cuestionar los modelos psicológicos y funcionales-culturalistas de la adolescencia, criticándoseles que en general usaban sectores específicos de la juventud como modelos metonímicos⁷⁵ (a los adolescentes psiquiatrizados por una parte, o a grupos de estudiantes de clase media o alta por la otra). Aunque estos estudios críticos empezaron a tomar en cuenta la clase social, ésta continuó siendo secundaria al grupo de edad. Esto último tiene varias implicaciones, el grupo de edad remite a la división que se opera (en un momento del tiempo) al interior de un grupo (entre los sujetos que lo conforman), en función de una edad social que es definida (social e históricamente) por una serie de características (derechos, privilegios, deberes, comportamientos) y delimitada por una serie de momentos de transición (matrimonio, salida de la casa de los padres, término de la escuela, etc.) (Martín, 1998).⁷⁶

Aunque con importantes problemas teóricos y metodológicos, fue hasta principios de los 70 que ciertas corrientes teóricas (como la nueva teoría subcultural) comenzaron a situar a la juventud dentro de la sociedad de clases, señalando que ante todo las subculturas juveniles son también subculturas de clase (Martín, 1998).

Tercer momento: la discusión actual

En 1978 se publicó una polémica entrevista con Bourdieu en la que éste afirmaba que “la juventud no es más que una palabra”, debido a que las divisiones entre

⁷⁴ Importante en estos años (y reflejo de las conceptualizaciones dominantes) es también el trabajo de Erikson (1950), para quien (a grandes rasgos) la adolescencia es una fase necesaria en la elección de roles e identidad, teniendo ésta una naturaleza igual para todos (por encima de las clases sociales).

⁷⁵ “En la cognición, entendemos por una palabra no lo que en principio estaría dado por la definición, sino un modelo mucho más concreto: un núcleo de representantes de la categoría general - que actúa como metonimia de todo el grupo incluido en la categoría” (Martín, 1998:28).

⁷⁶ A su vez, cada grupo social (y cada cultura) establece las normas de acceso (ritos de paso) que determinan el paso de una clase de edad a otra.

las edades son siempre arbitrarias (Bourdieu, 1992). Esto, además manifiesta que atrás de la categoría de juventud se encuentran (como en toda categorización) las apuestas y luchas entre los grupos sociales que intentan alterar o conservar determinadas representaciones de la realidad “transmitidas en las categorías del lenguaje, que son, al mismo tiempo, categorías de pensamiento” (Martín, 1998:36).

Bourdieu señala que en torno a las palabras joven y viejo se encuentra la lucha entre los detentadores y sucesores del poder⁷⁷ insistiendo en la distinción entre la edad biológica y social, rompiendo con la imagen de una juventud unificada y de una cultura juvenil.⁷⁸ De este modo, Bourdieu afirma que la juventud es una categoría política en tanto designa un lugar dentro de la jerarquía social (Guzmán, 1991) que vuelve pertinente y relevante (al hablar de juventud) el hecho de preguntarse ¿quién aplica esta categoría, a quién y con qué objetivos?

Se va haciendo cada vez más visible e irrefutable que la división en clases de edad, así como los contenidos sociales de la edad, son construidos por cada grupo social en función de sus condiciones objetivas de vida y de sus condiciones y estrategias de reproducción social.

Finalmente, estudios recientes en el tema han señalado que la mayor parte de la literatura y teorías desde las ciencias sociales sobre la historia de la invención de la infancia y de la juventud se han elaborado a partir de la realidad y de fuentes occidentales (más exactamente centroeuropeas y anglosajonas), lo que ha conllevado cierto matiz etnocéntrico en sus conceptualizaciones (Feixa, 2002). También se ha señalado que una buena parte de los estudios socioculturales en América Latina han tendido a ignorar la dimensión generacional de los actores sociales (tendiendo a ver a sus sujetos de estudio como indios, campesinos, hombres, mujeres, burgueses, obreros, etc., pero no como niños y todavía menos como jóvenes). Este olvido, en opinión de Feixa (2002), pone el énfasis en la inexistencia propiamente dicha de las categorías de infancia y de juventud en las sociedades latinoamericanas ya que, si exceptuamos algunas minorías sociales (clases medias) y territoriales (zonas urbanizadas), la realidad para una buena proporción de la población en Latinoamérica se encuentra marcada por una temprana incorporación a la vida adulta (en términos laborales y sexuales).⁷⁹

⁷⁷ “Las clasificaciones por edad (y también por clase o sexo) vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe ocupar su lugar” (Bourdieu, 1990:164).

⁷⁸ El estudio pionero de *Los Estudiantes y la Cultura* (Bourdieu y Passeron, 1967) fue clave en la ruptura de la imagen de los estudiantes como grupo homogéneo, imagen, que venía predominando en las conceptualizaciones precedentes.

⁷⁹ Un argumento utilizado a favor de esta perspectiva es el hecho de que en muchas lenguas indígenas no existe un término que identifique con precisión estas fases vitales (Feixa, 2002).

Si se parte de la importancia que jugaron en la construcción social de la juventud, tanto el incremento en los años de escolarización como el retraso de la vida productiva y reproductiva, puede afirmarse que una buena proporción de los que nombramos como “jóvenes” en México no lo son, sociológicamente hablando (Riquer y Tepichín, 2001).

Para los fines de este trabajo es pertinente puntualizar que hablar de juventud refiriéndose a las mujeres es todavía más incierto que en el caso de los varones; a ellas se les continúa socializando para el matrimonio y la maternidad. Lo anterior sucede sobre todo en ciertos contextos y sectores que cuentan con escasos recursos, donde continúa predominando aún la idea de que la mujer no necesita demasiada educación para cumplir con la reproducción social y biológica de la especie (Riquer y Tepichín, 2001).

Si consideramos que en las edades sociales inciden diversas mediaciones (de clase, género, etnia, etc.) es preciso tener presente la enorme diversidad que queda englobada bajo la categoría de jóvenes, reconociendo su carácter problemático, dinámico y discontinuo,⁸⁰ lo cual tiene repercusiones que incluyen y rebasan los aspectos relacionados con su salud y su sexualidad. También se hace necesario tener presente que los significados dados a la infancia, la adolescencia, la juventud, o hacia cualquier otra etapa del ciclo vital, son constantemente negociados a través de interacciones cotidianas.

De lo anterior se desprende el carácter problemático e histórico de los conceptos de juventud y adolescencia, por lo que se está consciente del riesgo que implica el hablar de “jóvenes” y de “adolescentes” como un todo unificado. Pese a lo antes mencionado, si bien existen diversos modos de ser joven y adolescentes, en general éstos son definidos como dependientes social, económica, familiar, ideológica y moralmente (Sayavedra, 2002). Aunque su definición y su delimitación es problemática y no existe un criterio único, las organizaciones internacionales consideran adolescentes a quienes se ubican entre los 10 y los 19 años, mientras que consideran jóvenes a quienes tienen entre 19 y 24 años.

Sin embargo, a los efectos de este estudio realizado en un contexto urbano de relativamente baja marginación (como se mostrará posteriormente), en la que se percibieron ciertas demandas y necesidades específicas en materia de salud y sexualidad, se decidió hablar de “juventud” considerando que este término tiende a designar un rango más amplio de edad que el de “adolescente”, por lo que la “juventud” permitía englobar el grupo de edad con el cual previamente se había

⁸⁰ Esto se desprende del hecho de que los jóvenes no siempre comparten los modos de inserción en la estructura social, lo cual plantea esquemas de representación y campos de acción diferenciados y desiguales (Reguillo, 1998).

decidido trabajar. Tomándose como base los criterios demográficos, los / las jóvenes participantes en este estudio fueron definidos como tales a partir de los siguientes criterios. Así, se consideraron en este estudio como jóvenes:

- Edad: 14 – 19 años
- Ser estudiantes (al momento de la encuesta de alguno de los dos planteles seleccionados para el estudio)
- Situación de dependencia económica (parcial o total)

Esto es, en este trabajo se asume que los jóvenes, aunque con cierta variabilidad comparten determinadas características, necesidades y problemáticas entre sí que los hace factibles de constituirse en un grupo específico de estudio. Sin embargo, se asume la necesidad de tener presente que no son, ni en su definición, un grupo homogéneo.

Recapitulación de la revisión de literatura

Hasta aquí la revisión de literatura nos señala cómo la salud y la sexualidad han sido objeto de estudio de varias disciplinas que han aportado información diversa a través del tiempo. Respecto al proceso de salud-enfermedad, conviene retomar los enfoques cualitativos (de tradición más interpretativa) que han colocado al centro la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, ya que a través de las concepciones de enfermedad es posible rastrear referencias tanto a la sociedad como a la relación que guardan los individuos con ella (Herzlich, 1995). Se asume así que el modo en que las personas piensan y se expresan en relación con su salud, refleja la visión que tienen de sí mismos y de su mundo (Pill, 1999).

Al mismo tiempo, resulta conveniente retomar de los estudios estructurales el contexto y las condiciones objetivas de vida en donde tiene lugar la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, debido a que ésta resulta de la combinación de factores pertenecientes tanto al orden individual, como al orden colectivo.

Es pertinente para los fines de este trabajo retomar las aportaciones feministas desprendidas de la inclusión y problematización de los conceptos de género y medicalización. La categoría de género ha permitido profundizar y comprender la distinta manera de enfermar, padecer, expresar y responder ante los eventos relacionados con la salud y la enfermedad de hombres y mujeres como resultado de una amplia variedad de arreglos y prácticas sociales en las que juegan un papel central los condicionantes de género.

Los estudios referidos a la medicalización han evidenciado el control patriarcal ejercido por la medicina sobre diversos grupos subordinados (entre los que encontramos tanto a las mujeres como a otras minorías políticas), erigiéndose así como

un medio más de dominación. Estos controles y visiones patriarcales ejercidos por la medicina son de vital importancia, en tanto influyen y moldean (mediante sus prácticas y discursos) la manera en que los hombres y las mujeres perciben sus cuerpos (que tiende a ser representado por los discursos médicos tomando como referencia el cuerpo masculino), lo cual se relaciona con los significados que atribuyen a la salud-enfermedad y a la sexualidad. Finalmente, la literatura que ha relacionado la medicina con el control social y con la construcción de “normalidad” evidencia que la construcción y distribución social del riesgo no es nunca un proceso neutral. La medicina con su práctica y discursos inscribe valores sociales en los cuerpos de las personas y legitima estatus sociales moldeando la forma en que se piensa (y vive) en relación con la salud y el cuerpo.

Respecto a la revisión de literatura sobre sexualidad, ésta nos permite retomar a la sexualidad como un constructo polisémico, social e históricamente definido que involucra diferentes dimensiones y múltiples significados, dejando claro que si bien el cuerpo es el sitio que establece y delimita lo sexualmente posible, la sexualidad rebasa el ámbito de lo corporal. Esto ha permitido romper o por lo menos cuestionar ciertos enfoques y visiones esencialistas sobre la misma. Este enfoque histórico abre el campo de la sexualidad al análisis y a la evaluación crítica vinculándola con otros fenómenos sociales y permitiendo una visión más integral sobre la misma, superando las visiones centradas exclusivamente en las etapas y eventos reproductivos.

También resultan relevantes las aportaciones hechas en el estudio de la sexualidad a partir de la inclusión del enfoque de género, lo cual está permitiendo hacer visible cómo los condicionantes de género moldean los campos de acción, posibilidades y expresiones en el ejercicio de la sexualidad a partir de la construcción de identidades genéricas, la asignación de mandatos y roles de género.

Finalmente la revisión sobre los conceptos de juventud y adolescencia permite concebirlas y dimensionarlos como constructos históricos evidenciando su carácter problemático, lo cual es relevante para esta investigación.

1.4 Marco teórico y diseño metodológico

*Toda teoría digna de mantenerse debería servir
en última instancia a la práctica de vivir reflexivamente*

Luis Enrique Alonso⁸¹

⁸¹ Alonso, 1999:236.

Para la construcción del marco teórico que sustenta esta investigación es necesario recurrir a diversos elementos, desde las aportaciones de la sociología interpretativa, el análisis foucaultiano y la teoría feminista (entre otros), que han enriquecido la investigación social.

El objeto de estudio de esta investigación lo constituyen los significados que los actores sociales le atribuyen a los aspectos relacionados con la salud y la sexualidad, por lo que se adscribe a la ciencia social interpretativa (Weber, 1981).⁸² Esta aproximación teórica considera como acción social a cualquier conducta humana a la que los actores sociales le adscriban un sentido subjetivo (Weber, 1981:5). Esta perspectiva coloca al centro la experiencia subjetiva⁸³ con el propósito de comprender la acción social a partir de la interpretación de la manera en que los individuos atribuyen sentido a sus experiencias (en este caso referidas a la salud y a la sexualidad). Al mismo tiempo, se pretende establecer vínculos con el contexto en el que estos significados son construidos y adquieren sentido ya que se considera que éstos son compartidos y conformados socialmente (Alexander, 2000).

Los datos de campo se construyeron a partir del discurso de los entrevistados partiendo del supuesto de que los actores funcionan “como agentes con capacidad de interpretar sus circunstancias y de adaptarse a ellas acordemente... al mismo tiempo que están insertos en un orden social que los moldea” (Castro, 2000:147). El punto de partida lo constituyó el construccionismo social, que ha sido vinculado a diferentes corrientes intelectuales (interaccionismo simbólico, la etnometodología, la antropología interpretativa, la antropología de la experiencia, el desconstruccionismo, etc.). Esta perspectiva parte de la concepción de que los actores sociales desempeñan un papel activo en la estructuración de la realidad social, asumiéndose que la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada. A su vez, estas interpretaciones “se basan en un cuerpo de experiencias pre-existentes acerca de la misma, la mayor parte del cual nos ha sido heredado por nuestros antecesores” (Castro, 2000:148) por medio del lenguaje, en tanto éste “es capaz de transformarse en depósito objetivo de vastas acumulaciones de significado y experiencia” (Berguer y Luckmann, 1976:56). Se considera así al lenguaje como un elemento fundamental en la construcción tanto de la realidad social como del sujeto. El lenguaje no sólo se origina en la vida cotidiana, sino que con-

⁸² En este tipo de estudios es medular el concepto de sentido (*meaning*), ya que el postulado central de la sociología interpretativa es que los actores sociales deciden sus conductas en función de cómo definen la situación y del significado que los demás individuos y objetos tengan para ellos (Glaser y Strauss, 1967; Blumer, 1969; Strauss y Corbin, 2002).

⁸³ La subjetividad es paralelamente un proceso de orden colectivo e individual, que se estructura a partir del lugar que ocupa cada sujeto en la sociedad y se expresa en los comportamientos, acciones y actitudes del actor social frente a diversos aspectos de la vida (Ervti, 2002; Rivas, 1999).

serva su arraigo en la realidad del sentido común, de tal modo que la interacción con los otros en la vida cotidiana resulta constantemente afectada por la participación común del acopio social de conocimiento socialmente compartido (sentido común) (Berguer y Luckmann, 1976).

El lenguaje es constitutivo de la subjetividad y uno de sus vehículos de expresión,⁸⁴ lo que nos lleva a centrarnos en los testimonios de la experiencias de los actores sociales (en salud y sexualidad en este caso) tratando de desentrañar la visión y la lógica que subyace en sus relatos.

Finalmente, las categorías analíticas que ayudaron a establecer un vínculo entre la experiencia subjetiva en torno a la salud y la sexualidad de estos jóvenes y el contexto social y cultural en el que ésta cobra sentido, fueron las identidades sociales y de género y las relaciones de poder.

Identidades sociales, género y poder

“Las identidades no son hechos dictados por la naturaleza, sino fenómenos históricos, políticos y culturales” (Weeks, 1998:199), por lo que, en una investigación que pretende estudiar los significados de la salud y la sexualidad, las identidades sociales (de clase, pero especialmente las de género),⁸⁵ cobran una importancia fundamental. La identidad constituye un elemento clave de la realidad subjetiva y es conformada por procesos sociales (influenciados por la estructura), al tiempo que es mantenida o modificada por las relaciones sociales.

La identidad de género⁸⁶ es construida históricamente mediante los procesos simbólicos que dan forma al género en una cultura (a partir de la diferencia sexual, es decir, de lo que se considera lo masculino o lo femenino),⁸⁷ y que repercute en distintos aspectos de la vida social. Esto obedece a que las identidades de género marcan la percepción de lo social, de lo político, de lo cotidiano, etc., y se constitu-

⁸⁴ Otras expresiones de la subjetividad de los actores sociales la constituyen diversos comportamientos y actitudes referidos a distintos ámbitos y aspectos.

⁸⁵ Al respecto, Sandra Harding (2002) señala que “lo masculino” y “lo femenino” son siempre categorías que se usan y aplican dentro de una clase, raza y cultura específicas pero que, al mismo tiempo, éstas son categorías dentro del género.

⁸⁶ Encontramos más útil referirnos a identidades de género, en virtud de que el género es visto como “una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombre y mujeres y de enfatizar un sistema total de relaciones que puede incluir al sexo, pero que no está directamente determinado por el sexo” (Lamas, 1996:351). Se han dejado fuera las identidades sexuales (a pesar de su importancia, debido a que rebasan los alcances de este trabajo. Se entiende como identidad sexual a “la estructuración psíquica de una persona como heterosexual u homosexual” (Lamas, 1996:350).

⁸⁷ Al respecto se ha señalado que la construcción de la diferencia es esencial no sólo para el sexismo, sino para otras formas de opresión como el racismo (Abrams, 2000).

⁸⁸ Para Bourdieu, las estructuras de dominación son “el producto de un trabajo continuado (histórico por tanto) de reproducción” al que contribuyen unos agentes singulares (entre ellos los hombres) y unas instituciones: Familia, Escuela, Iglesia, Estado (Bourdieu, 2000:50).

yen en una lógica de género (que también es de dominación⁸⁸ y de poder) que como reflejo de leyes sociales construye valores e ideas a partir de una oposición binaria que tipifica arbitrariamente ciertas conductas, actitudes, prácticas, sentimientos, etc., con claras repercusiones sociales.

Esta lógica de género está imbricada en el lenguaje y en los procesos de significación y de ella se desprende la normatividad jurídica y simbólica sobre el uso sexual y reproductivo del cuerpo (Lamas, 1996). Por lo tanto, es necesario tener presente que las identidades genéricas son permeadas y estructuradas por otras identidades (como son las de clase, raza, etc.), no son construidas en un vacío social y son influenciadas por distintas instancias sociales que van desde las consideraciones legales y culturales, hasta las representaciones y mensajes ejercidos por los medios de comunicación (Paechter, 2003). Es preciso tener presente que la identidad de género es un proceso generado activamente, modificado y mantenido por actores inmersos en redes de relaciones de poder social e históricamente definidas (Sabo, 2000).

Respecto al género, se parte aquí del planteamiento de Scott (1996), quien lo define en dos partes (y varias subpartes) que si bien están interrelacionadas son analíticamente distintas, definiéndose el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y a la vez como una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996:289). Desde esta perspectiva, la categoría de género atañe tanto a los sujetos individuales como a las organizaciones sociales y a la naturaleza de las interrelaciones. De tal forma, como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en la diferenciación entre los sexos, el género comprende cuatro elementos interrelacionados (que no necesariamente operan simultáneamente): símbolos culturales, conceptos normativos, nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, la identidad subjetiva historizada.⁸⁹ La categoría de género (en tanto categoría relacional) resulta indispensable en el análisis y comprensión de los fenómenos sociales, especialmente con aquellos referidos a la salud y a la sexualidad, en tanto es a partir de las identidades de género que se desprenden los roles de género⁹⁰ (estructurados en el proceso de socialización).

Para los fines de este trabajo, resulta central incluir la dimensión del poder en el análisis de la salud y la sexualidad, en tanto el poder es un elemento de las relacio-

⁸⁹ Se considera que esta es una parte débil en la propuesta de Scott, dado que confunde “la construcción cultural de la identidad de género con la estructuración psíquica de la identidad sexual” (Lamas, 1996:350).

⁹⁰ Por roles de género entendemos “a la expresión de masculinidad o feminidad de un individuo, acorde con las reglas establecidas por la sociedad” (Cerruti, 1993: 126).

⁹¹ “Las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respecto de otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales) sino que son inmanentes, constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen, y reciprocamente son las condiciones internas de tales diferencias” (Foucault, 1978a:114).

nes sociales.⁹¹ Retomando a Scott (1996), el género es también una forma primaria de relación significativa de poder,⁹² por lo que esta dimensión analítica es fundamental ya que ubica al género en el centro de la percepción y organización concreta de la vida social, formando referencias que establecen distribuciones de poder –es decir, “control o acceso diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos” (Bourdieu, 1980)– que generan desigualdades concretas entre los sujetos sociales. “El género está implicado entonces en la concepción y construcción del poder” (Millán, 1999:25) y en donde el poder debe de ser entendido no como un poder centralizado y solamente represivo sino como redes de acciones y resistencias. El género, al concebirse como forma primaria de diferenciación significativa, cumple una función legitimadora de las oposiciones binarias: el género legitima y construye las relaciones sociales.⁹³ Finalmente, se puede afirmar que el poder⁹⁴ (las relaciones de poder) está presente en todas las relaciones sociales y en la reproducción de los sujetos sociales, y constituye uno de los elementos fundamentales en las relaciones de género (Millán, 1999), por lo que en un estudio en el que el género es propuesto como enfoque y categoría analítica fundamental, es importante la inclusión del poder.

Al respecto, se ha planteado que las relaciones de poder constituyen otra dimensión analítica que posibilita la vinculación de la categoría de género con la salud y la sexualidad (Szasz, 1999). Entre las diversas manifestaciones de relaciones de poder entre hombres y mujeres y que se relacionan con la sexualidad y la salud podemos mencionar las distintas jerarquías en la valoración de los miembros del hogar y las negociaciones en torno a la actividad sexual y la procreación. En este marco, las relaciones sexuales y las negociaciones en torno a ellas expresan intercambios en ocasiones desiguales, basados en accesos diferenciales a recursos (tanto materiales como simbólicos), en normatividades divergentes de moral sexual para cada género, en una percepción de necesidades eróticas diferentes, y en los diferentes atributos que definen las identidades de hombres y mujeres (Szasz, 1999). El género se vincula estrechamente con patrones muy diferenciados de normatividad sobre el comportamiento y las actitudes ante la salud y la sexualidad, que en mayor o menor medida se han constituido como uno de los principales obstáculos en la formación de una cultura sexual preventiva que posibilite el ejercicio de la sexualidad en un marco donde los riesgos atribuibles a des-

⁹² Ver (García, 2002).

⁹³ En particular dentro de las estructuras de subordinación y dominación referidas a la sexualidad, se considera que los tres ejes particularmente importantes en el discurso de occidente son: clase, género y raza (Weeks, 1998).

⁹⁴ El poder de clase y el poder genérico se articulan con otros poderes para producir distintas formas de opresión y dominación (Lagarde, 1997).

igualdades sociales (de clase, de género, etc.) puedan ser reducidos.

Diseño metodológico

Como ya se mencionó con anterioridad, este estudio se plantea como una investigación sociológico-interpretativa de carácter cualitativo, en tanto pretende captar y reconstruir los significados que los actores sociales atribuyen a la salud y a la sexualidad, ya que es en la dimensión subjetiva de los individuos donde se encuentran muchas de las explicaciones de sus comportamientos. En esta investigación, se asume que los actores sociales poseen la capacidad de interpretar y definir su situación y que actúan en consecuencia, con base en el sentido y significado que le atribuyen a sus circunstancias (Weber, 1981:5). Por lo tanto, se parte de la premisa de que los comportamientos y prácticas en materia de salud y sexualidad de los jóvenes “son resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en la realidad en un determinado contexto, social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta” (Lerner, 1999:13). Los significados que los jóvenes dan a la salud y a la sexualidad requieren ser estudiados y comprendidos (en términos sociológicos),⁹⁵ con la finalidad de obtener información que permita sugerir nuevas políticas de intervención así como profundizar los conocimientos sobre esta temática.

Se parte aquí de considerar que los condicionantes e identidades de género y las relaciones de poder que dominan en contextos específicos estructuran y moldean los significados que los jóvenes atribuyen a sus experiencias en torno a la salud y la sexualidad.

La recolección de la información

El trabajo de campo se organizó en dos fases: una fase cuantitativa basada en un cuestionario autoaplicado (Anexo 1) y una fase cualitativa basada en entrevistas en profundidad individuales y grupales (anexos 2 y 3, respectivamente) que indagaron sobre nociones, preocupaciones y experiencias sobre salud y sexualidad.

El trabajo de campo transcurrió entre junio y diciembre del 2002, iniciando con la aplicación de un cuestionario en las unidades seleccionadas. Se aplicaron 187

⁹⁵ La sociología comprensiva plantea comprender (verstehen) mediante interpretación la acción social, entendiendo por acción social toda conducta humana a la cual el sujeto o sujetos de la acción le atribuyen un sentido subjetivo. La acción social “es una acción en donde el sentido mentado por un sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo” (Weber, 1981:5).

cuestionarios en dos escuelas públicas (nivel medio y medio superior) ubicadas en el barrio de Alta Vista de la ciudad de Cuernavaca. El cuestionario evaluó actitudes sobre la sexualidad, conductas relativas al consumo de alcohol y drogas, actitudes y conocimientos acerca de SIDA, ITS, embarazo, aborto y virginidad, al tiempo que proporcionó información sobre variables sociodemográficas. La información obtenida durante la primera fase cuantitativa del estudio permitió la posterior caracterización de la población de estudio y fue la base para seleccionar a los / las participantes en el estudio a profundidad (cualitativo).

Técnicas de recolección de información para la fase cualitativa

En términos metodológicos, esta investigación se basó en 20⁹⁶ entrevistas individuales en profundidad cuya duración promedio fue de 1 hora 30 minutos para el caso de estudiantes y de 30 minutos para el caso de los informantes clave. Las entrevistas fueron realizadas a partir de la guía de entrevista previamente elaborada (inicialmente a partir de la revisión de la literatura) para la obtención de información sobre prácticas, valores y significados acerca de la sexualidad, así como ideas y creencias en torno a la salud (Anexo 2). Es preciso mencionar que esta guía sufrió distintas modificaciones a lo largo del proceso de investigación debido a las categorías e información que emergieron durante el trabajo de campo. El uso de entrevistas individuales tuvo como objetivo explorar a profundidad los significados, creencias y valoraciones en torno a la sexualidad y la salud, al tiempo que se exploraron las necesidades relacionadas con la información y uso de servicios de salud que este sector poblacional está requiriendo. La aplicación de entrevistas en profundidad pretendió (mediante la recolección de saberes privados) la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo referencial de los participantes (Alonso, 1999).

A partir de la información obtenida durante las dos primeras fases del estudio (mediante la aplicación del cuestionario y de las entrevistas) se identificaron algunos sujetos para realizar dos entrevistas grupales a partir de una guía de discusión previamente elaborada (Anexo 3). La duración de las entrevistas grupales fue en promedio de una hora y media. Se realizó una primera entrevista grupal con mujeres (cuatro participantes) y una segunda con varones (tres participantes). Se buscó complementar la información obtenida por medio de las entrevistas individuales con la obtenida mediante las entrevistas grupales, ya que a través de esta técnica se producen discursos particulares y controlados que remiten a otros discursos generales y sociales (Alonso, 1999); que reflejan las normatividades preva-

⁹⁶ Diecisiete de estas entrevistas se realizaron con estudiantes y tres con informantes clave. Hubo dos participantes a los que se les entrevistó dos veces de manera excepcional (un varón y una mujer).

lecientes en determinados contextos.

Se buscó también reconstruir el contexto demográfico, socioeconómico y cultural, respecto al cual se analizó la información recolectada por medio de las entrevistas. Para estos efectos, se utilizaron las fuentes de información secundaria que resultaron pertinentes (ENAJUV, 2000 y ENSA, 2000). Con este mismo objeto, se realizaron tres entrevistas en profundidad a informantes claves, quienes fueron seleccionados a partir de las referencias explícitas que se hizo de ellos (un médico escolar y dos profesores) durante las entrevistas individuales, y por considerar que son parte del contexto en donde tiene lugar la construcción de significados de salud y sexualidad de estos/as jóvenes.

Selección de los y las participantes en el estudio

Es importante recalcar que, dada la naturaleza de esta investigación, se seleccionó a los participantes en el estudio mediante muestreo intencional no probabilístico (enfocado a la comprensión de significados).⁹⁷ A partir de una muestra general de 187 cuestionarios se seleccionaron 15 participantes para el trabajo en profundidad (ocho hombres y siete mujeres).

Se buscó que el grupo de informantes fuera lo más heterogéneo posible (con base en la información obtenida mediante la aplicación de los cuestionarios), de tal modo que los sujetos involucrados contaban con características diferentes (según edad, condición social, iniciación sexual, condición de actividad, etc.).

Para efectos de este estudio, el universo estuvo integrado por jóvenes de ambos sexos comprendidos entre 14 y 19 años de edad, que cursaban estudios de secundaria o bachillerato técnico en alguna de las dos unidades de estudio (ambas escuelas públicas).

La decisión de trabajar con este universo se debe a que se considera que los estudiantes de ambas escuelas representan un amplio segmento social típico de Cuernavaca, por lo que los resultados obtenidos en esta investigación con este universo de estudio puede aportar conocimiento oportuno y relevante.

Perfil de los participantes en el estudio en profundidad

Esta investigación se basó en 20 entrevistas (individuales) y dos entrevistas grupales.

⁹⁷ Este tipo de muestreo no especifica de antemano el número de casos a seleccionar, por lo que fue posible seleccionar casos de muestreo no previstos inicialmente, así como interrumpir la selección cuando se consideró que se alcanzó la saturación teórica (Olabuénaga, 1999).

En las entrevistas en profundidad se contó con dos tipos de informantes:

- I. Estudiantes de las escuelas públicas (participantes en las entrevistas tanto individuales como grupales)
- II. Informantes clave

Los estudiantes

Se realizaron un total de 17 entrevistas a 15 estudiantes seleccionados por medio de un muestreo teórico, en el cual se buscaba la máxima diversidad posible en las variables que se consideraron como cruciales en la conformación de los significados de la salud y la sexualidad. Los primeros criterios utilizados para seleccionar a los participantes fueron: el sexo y la edad (que fueron divididos en menores de 17 años y de 17 a 19 años). A su vez, un criterio de selección importante fue el estatus sexual (sexualmente iniciado/a o no iniciado/a).

Además de estos tres criterios iniciales de selección, se tomaron en cuenta variables sociodemográficas y socioeconómicas que se consideró estaban jugando un papel importante en la construcción de los significados de la salud y la sexualidad de la población en estudio. Entre estas variables podemos mencionar:

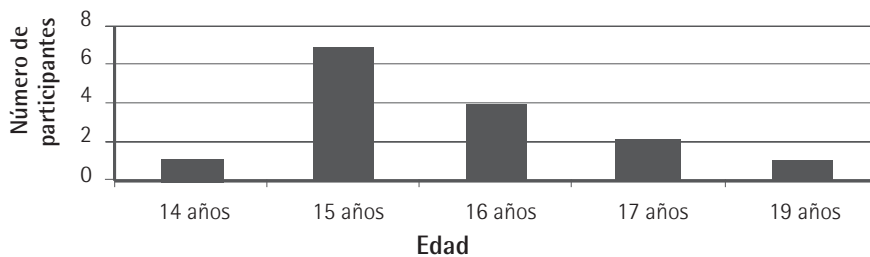
- Edad de la “iniciación sexual”
- Condición de actividad
- Escolaridad de los padres
- Tipo de familia (nuclear o ampliada)
- Presencia de alguna enfermedad crónica en el encuestado/a
- Presencia de algún familiar cercano que padeciera una enfermedad crónica
- Condiciones objetivas de vida
- Estado civil.

La combinación de las variables anteriores, tanto demográficas como socioeconómicas, junto con la información aportada por las respuestas abiertas, permitieron seleccionar a los participantes en el estudio en profundidad. Aunque se consideraron algunas variables como muy importantes o prioritarias al inicio de la investigación (como son estado civil, experiencia de aborto, padecimiento de enfermedades crónicas o accidentes sufridos en el último año), al no encontrarse dentro de la muestra éstas fueron substituidas por otras que surgieron durante el trabajo de campo.

Población de estudio: primera fase cualitativa

Siete de los participantes fueron mujeres y ocho fueron hombres. La edad media de los entrevistados fue de 15.72 y los y las participantes se distribuyeron de la

Gráfica 1
Distribución por edad



Fuente: Población de estudio.

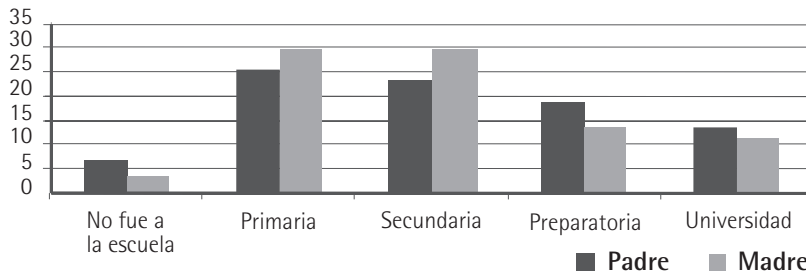
siguiente manera:

Todos eran residentes urbanos y cuatro eran laboralmente activos /as al momento de la encuesta. Para el momento de la entrevista eran siete los /las activas laboralmente.

Tres de los participantes pertenecían a nivel secundaria (dos hombres y una mujer) y 12 eran estudiantes de educación media superior técnica (seis mujeres y seis hombres). Durante la encuesta, cuatro de estos estudiantes (dos mujeres y dos hombres) afirmaron haber tenido relaciones sexuales, siendo la edad media de la primera relación sexual 14.5 años.

En cuanto a variables relacionadas con la familia de origen, la escolaridad de los padres se distribuyó como sigue:

Gráfica 2
Distribución porcentual de la escolaridad de los padres de estudiantes



Fuente: Población de estudio

Diez de los/las participantes pertenecía a familias extensas. Cuatro de los participantes eran hijos de padres que estaban separados o divorciados. Dos de ellos (un hombre y una mujer) señalaron habitar sólo con la madre debido a que sus padres migraron a trabajar a Estados Unidos. Tres de ellos pertenecían a hogares reconstruidos (segunda unión de la madre o el padre).

Respecto a las características de las viviendas, éstas contaban en promedio con seis cuartos y siete de las /los participantes contaba con por lo menos un baño adentro de la vivienda. Todos declararon habitar en casas cuyo piso no era de tierra, lo cual nos habla de un contexto socioeconómico de muy baja marginación, si se toma en cuenta que esta variable es considerada uno de los indicadores demográficos de marginación por excelencia.

La entrevista grupal con las mujeres contó con cuatro participantes. Tres de ellas realizaban estudios de bachillerato técnico y una de ellas de secundaria. La edad promedio fue de 16 años. Dos de ellas reportaron ser iniciadas sexualmente. Tres de ellas reportaron ser católicas y solamente una reportó ser laboralmente activa al momento de la entrevista grupal.

Por su parte, la entrevista grupal de varones estuvo integrada por tres participantes, todos estudiantes de bachillerato técnico. La edad promedio fue de 17.3 años. Uno de ellos reportó ser iniciado sexualmente. Dos de ellos reportaron ser católicos.

Análisis de la información

Para efectos del procesamiento y la codificación de la información se usaron programas de cómputo especializados. La información cuantitativa fue analizada con el apoyo de SPSS. En el caso de la información arrojada por las técnicas cualitativas, ésta se transcribió literalmente y se formateó dentro del *software Atlas-ti*, para proceder al análisis interpretativo. La información se analizó cuantitativamente, privilegiándose el método propuesto por la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), por lo que se dio un tratamiento sistemático a la información aportada a lo largo del proceso de investigación adoptándose códigos y categorías que resultaron pertinentes a la información generada durante el trabajo de campo. Después de transcribir se procedió a la codificación y segmentación por grandes temas de las entrevistas que en nuestro caso fueron: 1) proceso salud-enfermedad, 2) identidades (sociales pero principalmente de género) y 3) sexualidad. Para este proceso de sistematización fue de gran ayuda un diario analítico de notas en el cual (durante todo el proceso de investigación) se anotaban todas las ideas, hipótesis, preguntas, posibles referencias, etc., que pudieran ayudar a la interpretación

de los testimonios obtenidos en el trabajo de campo. Posteriormente, a partir de la comparación continua de patrones y variaciones en los datos, se realizó una codificación en fino mucho más detallada que la originada en las primeras lecturas y análisis, lo que posibilitó y facilitó la inclusión de categorías y conceptos emergentes, permitiendo tener una lectura más integral del fenómeno en estudio.

Aspectos éticos

Con el propósito de cuidar rigurosamente todos los aspectos éticos de esta investigación se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio (durante la realización de las entrevistas individuales y grupales). Todos los participantes (en ambas fases) fueron informados sobre la naturaleza del estudio, aclarándoseles que se trataba de un proyecto de investigación de tesis de maestría.

Se les informó que el estudio estaba encaminado a profundizar en torno a los significados de la salud y la sexualidad en jóvenes, así como a identificar las necesidades de información y de servicios de salud que están requiriendo. En ambas fases del estudio (cualitativa y cuantitativa) se garantizó que la información proporcionada sería absolutamente confidencial y usada para fines estrictamente de investigación. En la fase de análisis y difusión de resultados, toda posible identificación de los entrevistados fue anulada por completo.

Introducción

*Toda realidad se construye de manera subjetiva
con materiales y límites que son objetivos*

Luis Enrique Alonso

“La realidad se reconstruye, no se recoge” (Alonso, 1999). Asumo esta postura y coincido con Lagarde (1997) cuando afirma que “el sexo es importante pero sobre todo lo es el género porque en la investigación se involucra y se proyecta el investigador, tanto en el contacto cara a cara con las personas, como teórica, ideológica, emocional e intelectualmente, y esto define el verdadero problema” (Lagarde, 1997). Esto quiere decir que, además de haber llevado a cabo un análisis sistemático, el posicionamiento teórico y ético que decidí tomar a lo largo de esta investigación me acompañó a lo largo de la misma y le dio peso y visibilidad a determinadas áreas y aspectos del objeto de estudio elegido (y por supuesto invisibilidad a otras tantas).

Se dice que es desde la molestia desde donde uno comienza a cuestionarse acerca de la realidad que nos circunda (o mejor dicho de la forma particular en que conocemos y leemos el mundo), pero creo que en mi caso (a partir de cómo se fue desarrollando la presente investigación) es desde el asombro desde donde pude (y quise) ubicarme en esta búsqueda de respuestas que representa toda investigación (o ¿o será una búsqueda de más y/o diferentes preguntas?). Lo he hecho desde el asombro porque me parece que éste permite matizar la lectura y el análisis de los datos y mis propias reflexiones de una manera más enriquecedora e incluyente (no por esto menos conflictiva). Al mismo tiempo, da cabida a una amplia gama de escenarios y lecturas que facilitan (en mi opinión) una mayor receptividad que el enojo.

La presente investigación analiza las experiencias e ideas en torno a la salud y la sexualidad de jóvenes estudiantes de escuelas públicas en Cuernavaca. Este trabajo surgió del asombro que me causaron para empezar ciertas cifras y estadísticas

que sugieren contradicciones entre la supuesta apertura y volúmenes de información en materia de sexualidad y salud sexual que parecieran anunciar la entrada “a una nueva época”, en la que la sexualidad parece haber dejado ser tema tabú y la equidad de género parece vislumbrarse (por lo menos en el discurso) a la vuelta de la esquina.

Sin embargo, al comenzar a leer respecto a los temas de inicial interés se fue haciendo visible que, pese a las aparentes mareas de información, las diversas campañas, clases de educación sexual y el continuo uso (y abuso) de los discursos de equidad de género, las estadísticas e investigaciones en torno a diversos aspectos de la sexualidad y la salud parecen no reflejar grandes cambios. Al mismo tiempo, el acercarme a ciertos estudios basados en métodos cualitativos me permitió acceder a otra lectura del problema desde los testimonios (grupales y /o individuales) de los actores sociales. Es así que la rápida feminización del SIDA/ VIH, y de otras ITS, su extensión a grupos como son las mujeres unidas y casadas y los jóvenes¹, así como la información aportada por los testimonios de jóvenes respecto a la sexualidad, atrajeron mi atención. Particularmente interesante me resultó que ambos grupos pueden ser considerados como minoritarios (los jóvenes y las mujeres) lo cual al tiempo que acrecienta su vulnerabilidad en distintas esferas y aspectos de la vida social también incrementó mi interés, mucho más cuando esta vulnerabilidad se refleja en dos aspectos fundamentales de la vida humana: la salud y la sexualidad. Es decir, que el hecho de pertenecer a minorías los /las vuelve más vulnerables ya que experimentar situaciones de discriminación social puede ser un desencadenante no sólo de enfermedades y de diversos riesgos a la salud, sino de situaciones desfavorables en las que se tiende a producir y reproducir en las prácticas cotidianas esta vulnerabilidad.

La combinación vulnerabilidad-salud-sexualidad me aportó una serie de cuestionamientos que culminaron en este trabajo. Inicialmente, el término minoría propuesto por Coimbra (1999) me resultó útil para dimensionar el problema, ya que éste la define a partir de la sustracción del ejercicio de su plena ciudadanía y por una posición de subordinación política.

Esta tesis presenta el análisis de los testimonios de varones y mujeres jóvenes dentro del contexto sociocultural de México en general y Morelos, en particular. El trabajo está integrado por cuatro capítulos. En el primero se presenta el marco teórico y la revisión de literatura sobre salud y sexualidad, así como una revisión histórica en torno a la plasticidad de los conceptos de juventud y adolescencia. También se incluye el diseño metodológico del estudio. En el segundo capítulo se presenta el marco general de análisis de esta tesis, constituido por una breve des-

¹ A lo largo de esta tesis se justificará el uso del término “jóvenes” en lugar de “adolescentes”.

cripción sociodemográfica de los jóvenes en el país, en Morelos y en los/las participantes en esta investigación. También se incluyen como parte del contexto algunos datos sobre la información aportada por las clases de educación sexual en las escuelas. En el capítulo tercero se presenta el análisis de los testimonios de las mujeres que participaron en el estudio. En el cuarto capítulo se analizan los testimonios aportados por los participantes varones, intentándose mantener un diálogo continuo con el capítulo tres. Finalmente, en el último apartado se presentan las conclusiones del estudio. Se incluye también la bibliografía consultada y los anexos en donde se presentan los instrumentos de recolección y análisis de la información utilizados en el proceso de investigación.

Antecedentes

Salud y sexualidad de los jóvenes en Morelos

Desde fines de los 90, las estadísticas sobre VIH /SIDA² evidenciaron que un porcentaje significativo de los nuevos casos ocurrían en personas que habían sido infectadas durante la adolescencia (Cáceres, 2000:10). Esta información contribuyó a resaltar la importancia de los esfuerzos para entender la sexualidad de los adolescentes y se hizo evidente la necesidad de realizar investigaciones que permitieran aportar conocimientos nuevos acerca de la dinámica y lógica de las prácticas sexuales entre grupos poblacionales jóvenes.³

Dentro de la discusión actual, se destaca el reconocimiento de la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos, por lo que se plantea que es indispensable incluir el término sexualidad para contextualizar los problemas de salud que van más allá de la esfera reproductiva, y que se vinculan con la sexualidad y el ejercicio de la misma (Salles y Tuirán, 1998; Langer, 1999). Esta necesidad se hace más patente entre adolescentes ya que son un grupo poblacional heterogéneo y en rápido crecimiento que tiene necesidades reproductivas y sexuales especiales, que no suelen estar ligadas generalmente con la procreación y que requieren de una atención específica e inmediata (Langer, 1999:136).

En Morelos, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)⁴ presentan una tendencia ascendente. En 1998, la entidad registró el tercer nivel más alto de incidencia de

² Para 1997, esta enfermedad se ubicó como la decimoquinta causa de muerte a nivel nacional, la tercera entre hombres de 25-34 años, y la sexta causa entre las mujeres del mismo grupo de edad (CONAPO, 1999).

³ A esto se agrega que en fechas recientes, a nivel mundial se considera que los dos grupos demográficos más vulnerables (a partir de las cifras de la epidemiología) son los jóvenes y las mujeres (Kornblit, 1999).

⁴ Las Infecciones de Transmisión Sexual ocasionan secuelas graves no sólo en materia de salud reproductiva, ya que éstas mantienen una estrecha relación con la incidencia de VIH /SIDA (CONAPO, 1999).

tricomoniasis y la mayor tasa de candidiasis urogenital de todo el país, y aunque la gonorrea, la sífilis y el herpes han tenido un comportamiento muy irregular en el estado, éstas continúan teniendo proporciones significativas en la entidad. En el caso de la gonorrea, la tasa de incidencia fue de 41.3 casos por cien mil habitantes (165 por ciento mayor al promedio nacional), mientras que la sífilis tuvo una tasa de 3.2 casos por cien mil habitantes (1.5 puntos menos que el promedio nacional); el herpes genital se ubicó en 11.6 casos por 100 mil habitantes (132 por ciento mayor que el promedio nacional) (CONAPO, 1999).

En 1998 las seis principales causas de mortalidad en el grupo comprendido entre los 15 y los 24 años, en Morelos (según el orden de importancia) fueron: accidentes, agresiones, tumores malignos, lesiones autoinfligidas intencionalmente, enfermedades del corazón y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (INEGI, 2000). En el Cuadro 1 se podrá observar que, de las seis principales causas de muerte para este grupo poblacional, cuatro se encuentran relacionadas con comportamientos y prácticas de alto riesgo (que representan el 85.3 por ciento de las defunciones por las causas antes mencionadas), lo que podría estar siendo el reflejo de un contexto que favorece la existencia y aumento de los mismos.

Cuadro 1
Principales causas de mortalidad en personas
de 15 a 24 años, Morelos, 1998

Causa	Defunciones	Porcentaje
Accidentes	86	30.7
Agresiones	67	24
Tumores malignos	21	7.5
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	16	5.7
Enfermedades del corazón	9	3.2
VIH	6	2.2
Total	205	73.2

Fuente: INEGI (2000) Estadísticas Vitales, Morelos.

Para 1990, la tasa de mortalidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Morelos fue de 3.1 por cien mil habitantes, mientras que para 1997 ésta

ascendió a 6.1 muertes por cien mil habitantes, ocupando para ese año el decimoquinto lugar dentro de las 20 principales causas de muerte en la entidad (CONAPO, 1999). En cuanto a la incidencia acumulada de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la entidad, para 1990 era de 14.8 casos por cien mil habitantes; mientras que para 1998 la incidencia se incrementó a 58.8 casos por cien mil habitantes, ubicando al estado de Morelos en el cuarto lugar a nivel nacional en incidencia acumulada de casos de SIDA, siendo su principal vía de transmisión, la sexual (80.1 por ciento de los casos).⁵ En Morelos, durante el período 1989 -1997 el 29 por ciento de las defunciones por SIDA ocurrieron en personas comprendidas entre los 15 y los 29 años (Cuadro 2). El elevado porcentaje de defunciones comprendidas en estos grupos de edad es un indicador de que una proporción importante de los casos que fallecieron por esta causa adquirieron el virus a edades tempranas (CONAPO, 1999).

Cuadro 2
Morelos: distribución de las defunciones por SIDA según sexo (1989-1997)

Grupo edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
15 - 19	4	.8	2	1.8	6	1
20 -24	41	8.6	16	14	57	9.7
25 -29	94	19.8	15	13.2	109	18.5
Total	475	29.2	114	29	589	29.2

Fuente: CONAPO (1999) Estimaciones hechas a partir de las bases de datos de defunciones.

Sobresale aquí, que para 1998 en Morelos, la razón hombre /mujer de casos de SIDA es de tres a uno (tres hombres por cada mujer infectada), cifra que está muy por debajo de la nacional⁶ (6.5), lo cual nos muestra la rápida expansión de esta enfermedad en este grupo poblacional. Esto podría estar respondiendo a un contexto social y cultural que limita o excluye a la mujer de la toma de decisiones

⁵ Pese al subregistro, se considera que en México, la transmisión sexual es la principal vía de contagio del SIDA (CONAPO, 1999).

⁶ Al inicio de la epidemia en los 80, la razón hombre/ mujer a nivel nacional era de 25 hombres por cada mujer y para finales de 1998 ésta se redujo a 6.5.

sobre su sexualidad y a una posición de las mujeres en la pareja que no les permite negociar los términos bajo los cuales se dan los encuentros sexuales (Langer *et al.*, 1998).⁷

Asimismo, en México el embarazo adolescente sigue teniendo proporciones significativas. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 97), los nacimientos en mujeres de 15 a 19 años constituyen el 14 por ciento de total de nacimientos (Menkes y Sánchez, 2000). El tema se ha abordado como si fuera una problemática meramente femenina, ya que su estudio se ha centrado en adolescentes mujeres, provocando una carencia de conocimientos respecto al papel que juegan los varones en el desarrollo y desenlace de los mismos.

Una buena parte de los estudios existentes en materia de salud, entre la población joven adolescente, se ha centrado en la medición de la magnitud y la incidencia de la problemática que la presencia de las ITS, SIDA y el riesgo de embarazo adolescente, plantean (Hidalgo *et al.*, 2000). Estos estudios, directa o indirectamente responden más a la necesidad de controlar y cuestionar el ejercicio de la sexualidad, en este grupo “que al deseo de conocer la dinámica real del fenómeno, para coadyuvar al bienestar de los propios adolescentes” (Tuñón y Eroza, 2001:217).

En cuanto a los estudios de sexualidad, podría decirse que su planteamiento desde la perspectiva de las ciencias sociales está en sus inicios (Szasz, 1998). Los primeros estudios del tema han sido abordados cuantitativamente, que si bien han aportado conocimiento básico y útil respecto a la magnitud, tendencia y relaciones causales del fenómeno, “mostraron sin embargo una fuerte tendencia a clasificar a los individuos según criterios normativos y a confundir las prácticas sexuales de la población, con los significados que la sexualidad adquiere para los sujetos” (Tuñón y Eroza, 2001:217).

Debido a lo antes mencionado, se ha hecho patente la necesidad de realizar estudios sobre sexualidad⁸ en el marco específico de los valores culturales, condicionantes de género y relaciones de poder, en el que se dan los intercambios de la actividad sexual. Esto podría constituir una herramienta analítica que ayudaría a explicar y comprender no sólo el comportamiento reproductivo y las problemáticas en torno a éste, sino la salud y la sexualidad.

⁷ Esta situación aumenta el riesgo de contagio entre este grupo considerado como más vulnerable que el masculino, debido a que en el plano biológico la probabilidad de que por cada relación heterosexual un hombre transmita una infección a una mujer es dos veces más alta que en el caso opuesto (Langer *et al.*, 1998).

⁸ En este sentido, Lamas señala que más que una historia de la sexualidad, existen historias locales con significados contextualizados (Lamas, 1998).

Planteamiento y justificación del problema

Tradicionalmente la juventud y la adolescencia han sido vistas como el período de la vida en el cual la morbilidad y la mortalidad tienden a ser bajas (lo que se ha visto reflejado en algunas ocasiones en la insuficiencia de servicios de salud pública dirigidos específicamente a este grupo). Sin embargo, es en este período donde se intensifican los comportamientos y prácticas de alto riesgo (consumo de drogas, tabaco, alcohol, delincuencia, accidentes automovilísticos, conductas sexuales poco seguras, suicidio, etc.) que repercutirán en etapas posteriores del ciclo vital. Estos comportamientos de alto riesgo, en opinión de algunos estudiosos, van en incremento y tenderán en un mediano plazo a caracterizar a la adolescencia como el período de la vida de más alto riesgo en materia de morbi-mortalidad (ONU, 1998). Adicionalmente, es precisamente durante este período vital en el que tiene lugar el aprendizaje e internalización de actitudes y valores acerca de los comportamientos “correctos” y, al ser un período de formación, se constituye en uno de los períodos vitales en donde los sujetos son más receptivos ante la información que pueda brindárseles.

Por su parte, Szasz (1999) afirma que una de las esferas del comportamiento que puede afectar la salud, y que expresa las relaciones de poder existentes entre los hombres y las mujeres, es la que se refiere a la sexualidad y a la reproducción. Aunado a lo anterior, la literatura médica a nivel nacional ha destacado, como uno de los factores de riesgo, que casi la mitad de los/las jóvenes mexicanos(as) menores de 20 años ya han iniciado relaciones sexuales coitales (Hidalgo *et al.*, 2000). Estas tendencias sugieren la necesidad de realizar estudios que incluyan a jóvenes de ambos sexos y consideren el desarrollo de un enfoque de la salud/sexualidad más amplio, que integre, como un componente medular, el enfoque de género, el cual posibilite el análisis de los efectos que las desigualdades y las identidades de género tienen sobre la salud en situaciones, grupos y contextos específicos y que coloque al centro del análisis la experiencia, para entender y profundizar en el estudio de la sexualidad y la salud (Gammeltot, 2002). Esto hace patente la necesidad de incluir en el presente estudio la perspectiva de género⁹ en tanto ésta puede contribuir no sólo a aportar conocimientos nuevos sobre la dinámica y las prácticas sexuales de los jóvenes (Tuñón y Eroza, 2001:218); sino a comprender cómo operan los estereotipos y roles genéricos que estructuran una configuración de riesgos para la salud y una vivencia de la sexualidad diferenciada, lo cual ayudaría a tener una visión más completa e integral del fenómeno en estudio.

⁹ En cuanto al alcance metodológico, la perspectiva de género posibilita rescatar la presencia real y actuante de las relaciones de género en los diversos espacios, campos y ámbitos de lo social y que, de modo similar a la aportación de las especificidades de etnia, clase social y grupo etario, contribuye a lograr una comprensión más íntegra y compleja de la realidad (Tuñón y Eroza, 2001).

Ante este escenario, es notoria la existencia de insuficiencias y vacíos en el conocimiento de dimensiones que son fundamentales para la mejor comprensión de las problemáticas y necesidades de salud e información de este grupo poblacional. Esto ha sido ocasionado por la omisión (en la mayor parte de estudios) de las cuestiones subjetivas, simbólicas y valorativas que dan sentido y significado a los comportamientos y acciones de los individuos.

Constituye una prioridad central en este campo el desarrollo de investigaciones que permitan obtener un mayor conocimiento sobre los significados de la salud y la sexualidad en jóvenes de ambos sexos en contextos socioeconómicos y culturales específicos. Este tipo de conocimiento permitirá proveer a quienes formulan políticas y a los que toman decisiones, de elementos adecuados de gran utilidad para desarrollar intervenciones educativas y sanitarias encaminadas a mejorar la situación de este grupo poblacional.

La presente investigación pretende analizar las experiencias relacionadas con la salud y la sexualidad de una muestra de jóvenes estudiantes de escuelas públicas en Cuernavaca. Por lo tanto, se plantea como la pregunta central de este trabajo: ¿cuáles son los significados de la salud y la sexualidad en jóvenes estudiantes de dos planteles de educación pública en Cuernavaca?

Objetivos

Objetivo general

- Comprender¹⁰ los significados de la salud y la sexualidad de jóvenes estudiantes de 14 a 19 años, en dos planteles educativos de la ciudad de Cuernavaca y explorar de qué manera éstos configuran las prácticas¹¹ y actitudes en materia de salud y sexualidad de la población en estudio.

Objetivos específicos

- Explorar los significados de la salud y la sexualidad en jóvenes de residencia urbana.

¹⁰ La perspectiva teórica general, en la que se adscribe este trabajo, corresponde a la ciencia social interpretativa cuyo objetivo principal es "comprender", mediante interpretación, la manera en que los individuos atribuyen sentido a sus experiencias (Castro, 2000).

¹¹ En el entendido de que las prácticas no pueden ser estudiadas al margen de los sentidos que llevan consigo, o lo que a veces se denomina "los contextos de sentido socialmente compartidos" (Lindón, 2000).

- Caracterizar las prácticas y actitudes en materia de salud y sexualidad de la población en estudio y sus diferencias según edad, y sexo.¹²
- Explorar y analizar el papel de los condicionantes de género en la construcción de estos significados y en la configuración de los riesgos de salud de la población de estudio (las diferencias en los significados y prácticas de la salud y la sexualidad atribuibles a la condición de género).
- Identificar las necesidades de información en torno a la salud y la sexualidad de los jóvenes, así como aportar datos sobre las necesidades (desde la perspectiva de los jóvenes) de salud reproductiva en contextos específicos.

¹² Al igual que otras prácticas sociales, los comportamientos relacionados con la salud y la sexualidad pueden ser conceptualizados como conductas socialmente estructuradas dotadas de significados (socialmente construidos) "que determinan - no siempre de manera objetiva, instrumental o racional- la viabilidad o inviabilidad de las conductas posibles" (Salles y Tuirán, 1998:120).

