



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE DE  
MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MARIANA ANELLE CRUZ SÁNCHEZ**

**DIRECTORA: DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ**

**REVISORA: DRA. CLAUDIA IVETTE NAVARRO CORONA**

**CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi madre por enseñarme a ser una mujer fuerte, valiente, por siempre confiar en mí y darme tanto amor.*

*A Janeth por ser mi cómplice, mi aliada, mi amiga y la mejor hermana que pude tener.*

*A Fabiola por su apoyo, sus aprendizajes y caminar conmigo.*

*A mi abuela por motivarme a llegar hasta aquí.*

*A Ernesto, por ser mi motor.*

*A Georgina, por su amor, su complicidad, su confianza y construir conmigo.*

*A mi directora Tania y lectora Claudia, por su paciencia, confianza y por compartir conmigo sus enseñanzas.*

*A las lesbianas, por su fuerza, su resistencia.*

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
 <b>CAPÍTULO 1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES</b>	
<b>LESBIANAS Y BISEXUALES.....</b>	<b>10</b>
1.1. Ser mujer a través de la historia. Discursos religiosos y médicos .....	14
1.2. La heterosexualidad como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres .....	21
1.3. Identidades lésbicas y bisexuales .....	24
 <b>CAPÍTULO 2. VIOLENCIA Y CIUDADANÍA SEXUAL: NEGACIÓN DE LA</b>	
<b>EXISTENCIA Y EL EMBARAZO EN MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES .....</b>	<b>31</b>
2.1. Ciudadanía sexual .....	31
2.2. Violencia y negación de la existencia .....	40
2.3. Lesbofobia y bifobia .....	43
 <b>CAPÍTULO 3. PANORAMA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN MUJERES</b>	
<b>LESBIANAS Y BISEXUALES.....</b>	<b>50</b>
3.1. Las mujeres y su salud en México. Panorama general .....	50
3.2. Embarazo adolescente .....	54
3.3. Causas del embarazo adolescente.....	62
 <b>CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....</b>	
<b>73</b>	
4.1 Posicionamiento epistémico-metodológico.....	73
4.2 Método .....	74
 <b>CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	
<b>87</b>	
5.1 Percepción del embarazo en lesbianas y mujeres bisexuales. ....	87

5.2. Factores que inciden en el embarazo: interiorizados y socioculturales .	88
5.3. Estereotipos y cánones que se relacionan con el embarazo. ....	97
5.4. Consecuencias del embarazo en la adolescencia. ....	99
<b>CAPÍTULO 6. DISUSIÓN FINAL .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>113</b>

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública a nivel nacional; México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)<sup>1</sup>, 2016).

El gobierno mexicano, a partir de 2016, implementó La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, a través de la cual diversas instituciones, nacionales y locales (Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Consejo Nacional de Población, Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Gobernación, entre otras), han buscado implementar una serie de acciones que favorezcan el cumplimiento de dos metas principales: disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030. El embarazo en las adolescentes pone en riesgo su vida e integridad, constituye un obstáculo para su crecimiento personal, social y profesional, limitando el libre desarrollo de sus competencias y habilidades (ENAPEA, 2016).

Sin embargo, esta estrategia, así como las políticas de prevención, no consideran a la población que pertenece a la diversidad sexual. La mayoría de éstas parten de una visión heterosexual, asumiendo que las mujeres ejercen su sexualidad relacionándose sexual y afectivamente sólo con hombres, lo cual deja de lado el valor de la adolescencia como una etapa de exploración sexual, en donde los y las adolescentes pueden relacionarse sexualmente con hombres y mujeres, bajo diversas circunstancias, independientemente de su identidad u orientación sexual (Schantz, 2015).

---

<sup>1</sup> Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente (ENAPEA), es la estrategia realizada por el gobierno mexicano desde 2014, que, mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales, se busca enfrentar la problemática de embarazo en adolescentes en México. La cual, es coordinada por CONAPO y el INMUJERES.

En este sentido, las mujeres lesbianas y bisexuales han sido invisibilizadas, lo cual se ha traducido en una falta de servicios que atiendan sus necesidades, falta de investigación e información y, en consecuencia, la ausencia de políticas públicas encaminadas en la mejora de su integridad física y emocional, así como la falta de ambientes pertinentes para su pleno desarrollo, resultando en condiciones de vulnerabilidad (Valencia y Romero, 2017).

El presente trabajo busca conocer los factores que están asociados con el embarazo adolescente en mujeres lesbianas y bisexuales, analizados a partir de un enfoque feminista y de derechos humanos. En el capítulo uno, se abordará lo que Gayle Rubín (1996) denomina el sistema sexo-género: *“conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana”* (p. 37). Se explicará cómo es que la categoría de género se ha ido transformando a lo largo de la historia, y cómo ha colocado a las mujeres en una posición de desigualdad, ejerciendo un control sistemático sobre su sexualidad. Asimismo, se analizará cómo es que la organización social del sexo no sólo se basa en el género, sino también en la heterosexualidad obligatoria, es decir, la heterosexualidad no como una orientación sexual, sino como una práctica social legitimada, que establece un modelo hegemónico reproductor de relaciones de género desiguales, el cual niega a las mujeres su sexualidad, y les otorga a los hombres el poder de imponer la suya, y de controlar la crianza y reproducción de las hijas e hijos, de ejercer violencia, de imponer la educación, entre otras cosas (Rich, 1980).

Es importante identificar cómo la categoría de género tiene implicaciones en los roles sociales y la forma en que se construye a las mujeres y, en específico, a las mujeres lesbianas y bisexuales, ya que no sólo existe una desvalorización de las mujeres frente a los hombres, sino también de las mujeres lesbianas y bisexuales frente a las personas heterosexuales, lo cual se traduce en un doble proceso de discriminación, uno por ser mujer y otro porque su orientación sexual no se ajusta a la norma socialmente establecida (Valencia y Romero, 2017).

Así, el término “mujer” sólo tiene sentido en el pensamiento heterosexual como la mujer que vive de acuerdo con el sistema patriarcal, bajo ese orden simbólico y sus mandatos. Las lesbianas, al estar fuera de la lógica heterosexual, son consideradas *mujeres en cuerpos de lesbianas*. Por lo tanto, la construcción de esa identidad, su lógica de pensamiento es diferente a la lógica heterosexual (Ortega Graciano, 2002). Es decir, las lesbianas no son mujeres, porque no cumplen con el mandato social que significa ser mujer.

La palabra “lesbiana” refiere a un lesbianismo político que se plantea como una crítica en actos y un cuestionamiento teórico al sistema heterosexual de organización social. Adriana Fuentes (2015) plantea que pensar que sólo el objeto de deseos es lo que definirá una identidad es un reduccionismo que deja de lado muchas otras aristas y más aún cuando se cree que es directamente proporcional al género asignado. Según el análisis lésbico-feminista, dicho sistema heterosexual descansa sobre una estricta visión de la humanidad dividida en dos sexos que sirven de base para construir dos géneros rigurosamente opuestos y forzados a mantener relaciones desiguales de “complementariedad”. Esta “complementariedad” no es otra cosa que la justificación de una división sexual del trabajo rígida, que se basa en una despiadada explotación de las mujeres en lo doméstico, laboral, reproductivo, sexual y psicoemocional. En este sentido, al problematizar y criticar el sistema heterosexual, el lesbianismo en su dimensión política cuestiona profundamente el sistema dominante, representa una ruptura epistemológica fundamental e invita a una revolución cultural y social de gran alcance (Falquet, 2004).

En el capítulo dos, se hará un reconocimiento de cómo las relaciones sociales son también relaciones de poder, que conllevan subordinaciones y jerarquizaciones construidas socialmente, en las que las mujeres, en este caso las lesbianas y bisexuales, están posicionadas en una jerarquía menor. La heterosexualidad obligatoria sustenta un sistema jerárquico de valor sexual, es decir, existen sexualidades “buenas” y sexualidades “malas”, las buenas son las aceptadas, las reconocidas, las “normales”, es decir los heterosexuales, casados y monógamos; y las malas, son aquellas

patologizadas, las “anormales”, pecaminosas, por ejemplo, gays, lesbianas, transexuales, trabajadoras sexuales, etc. (Rubín, 1989).

Es esta jerarquización de la sexualidad la que justifica la violencia y la negación u obstaculización de los derechos hacia las minorías sexuales. En ese sentido, la lesbofobia y bifobia han sido elementos clave para obstaculizar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de lesbianas y mujeres bisexuales. De acuerdo con el informe *La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes* realizado por la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA) en 2007, la discriminación y la violencia hacia las mujeres que se consideran diferentes tiene lugar también en ambientes protegidos tales como la familia y el círculo de amistades. Las lesbianas son blanco específico de violaciones sexuales, a veces, incluso organizadas por sus propias familias a fin de “corregir” su orientación sexual o para castigarlas. A las mujeres se las obliga a menudo a casarse para ocultar su verdadera identidad sexual<sup>2</sup> o, lo que es peor, se considera que no tienen derecho a decidir sobre su sexualidad. En muchas partes del mundo, es todavía frecuente el matrimonio a la fuerza, a menudo con consecuencias trágicas para la salud de las mujeres.

Ejemplo de esto, es la violencia que viven lesbianas y mujeres bisexuales, en su mayoría adolescentes, con los ECOSIG<sup>3</sup>, en donde se les lleva muchas veces a la fuerza, para ser sometidas a toda clase de prácticas (de tortura física, sexual, emocional), con el objetivo de corregir o bien castigar su orientación sexual (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Consejo para Prevenir y Eliminar la Dsicriminación (COPRED), Universidad Nacional Autonoma de Méxco (UNAM) y YAAJ, 2019).

Es verdad que existe un marco de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, que respaldan el ejercicio pleno de la sexualidad de las personas, sin embargo, detrás de este, se ha asumido una visión normativa de las mujeres, es decir, se parte de la idea

---

<sup>2</sup> Se refiere a cómo se conjuga el sexo, género y deseo de las personas (Serret y Méndez, 2011).

<sup>3</sup> Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual o Identidad de Género

que son heterosexuales, lo cual, excluye a lesbianas y mujeres bisexuales; por tanto, esto está lejos de ser una realidad, pues a causa de la lesbofobia y bifobia, no se les ha permitido vivir una ciudadanía sexual plena e integral. Tal como Butler (2002) menciona, hay vidas que son consideradas menos importantes que otras. Los marcos jurídicos, según su discurso, no son limitativos a ningún tipo de mujer, pero, pareciera que en la práctica y al momento de la interpretación, los servidores y servidoras públicas dan por hecho que todas las mujeres son heterosexuales, y bajo esa primicia ofrecen los servicios y atención omitiendo un sinfín de acotaciones, que deberían responder a las necesidades específicas de la población de lesbianas y mujeres bisexuales.

En el capítulo tres se contextualizará sobre el panorama del embarazo adolescente en México, y la relación entre la salud sexual y reproductiva, y la calidad de vida de las mujeres. Además, se mencionarán las causas documentadas sobre el embarazo en adolescentes y los (pocos) documentados en mujeres bisexuales y lesbianas, para así contextualizar cómo es que este fenómeno no es exclusivo de las mujeres heterosexuales.

En el capítulo cuatro se expondrá una descripción de la estructura y desarrollo del presente proyecto de investigación. Desde el planteamiento del problema hasta las técnicas de análisis de los resultados, abriendo paso al siguiente capítulo, el cinco. En él, se ahondará el análisis de resultados, abordaremos las experiencias de las mujeres bisexuales y lesbianas que participaron en los grupos de discusión, desde una mirada feminista interseccional. En un primer momento se analizó la percepción que tienen las participantes de los grupos focales sobre el embarazo adolescente en lesbianas y mujeres bisexuales, y los factores asociados interiorizados y socioculturales que ellas desde su experiencia identifican, para después dar cuenta de los estereotipos y cánones encontrados en los grupos que se relacionan con el embarazo y las consecuencias que tienen en sus vidas.

En el capítulo sexto se desarrollará la discusión final, en la que expongo una serie de reflexiones derivadas del proceso de investigación y de los resultados obtenidos.

## CAPÍTULO 1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES

### LESBIANAS Y BISEXUALES

Este capítulo busca hacer un recuento de cómo se ha construido el sistema sexo-género en nuestra sociedad y se ha convertido en un mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres. Además, se abordará el proceso por el cual este sistema está involucrado en la construcción identitaria de ser lesbiana o mujer bisexual y cómo es que la orientación sexual y la heterosexualidad funcionan como otro tipo de mecanismo de control de la sexualidad.

El sistema sexo-género es “un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (Rubín, 1996, pp. 44), es decir, lo que define la sexualidad es la producción social y cultural de los roles de género, como consecuencia de un proceso de atribución de significados sociales: un dispositivo social que asegura la subordinación de las mujeres a los hombres. Se tiene como punto de partida el sexo como un dato natural del centro interpretativo de las relaciones sociales para sustituirlo por el género como relación social de dominación (Rubín, 1996). Además se aborda cómo es que este sistema se convierte en un mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres.

Bajo la lógica patriarcal<sup>4</sup>, ser mujer tiene muchas implicaciones, como señalaba Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo* (2005): “no se nace mujer, se llega a serlo”. Y es que basta con nacer bajo una condición sexual particular, para que de forma automática se asuman y demanden un sinnúmero de reglas y deber-ser, con los que tiene que cumplir la persona recién nacida, así como las características y actividades que le irán definiendo. Por ejemplo, la forma en cómo se le vestirá será principalmente con colores rosas y tonos pastel, usará vestidos, faldas, diademas y todas aquellas cosas que se

---

<sup>4</sup> Sistema que justifica la dominación de los hombres sobre las mujeres, basándose en una supuesta inferioridad biológica, significa una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue el orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política económica (Facio y Fries, 2005, pp. 280).

atribuyen a lo femenino. Como medios de entretenimiento, tendrá muñecas, cocinitas, platos, vajillas, etc. Y así, conforme se va creciendo, vamos aprendiendo qué significa ser mujer en esta sociedad. Como lo dicen Sue Cartledge y Joanna Ryan la construcción social de la sexualidad representa “las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos” (en Weeks, 1998, p. 28).

Pero estas formas de cómo se nos enseña a ser mujer, lo que significa serlo, no siempre han sido de la misma manera. Partamos de la categoría de género (ser hombre o mujer): es una construcción social determinada por el contexto y el tiempo (Butler, 1990). Es decir, no es lo mismo ser mujer en el 2021 que haber sido mujer en 1940; tampoco es lo mismo ser mujer en la Ciudad de México que serlo en una comunidad indígena de Oaxaca. Lo que se enseña a las niñas variará según las condiciones y creencias particulares de cada contexto.

Institucionalmente, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2016), define el género como el conjunto de ideas, creencias y representaciones sociales, de la diferencia sexual entre hombres y mujeres. Además, alude a las formas históricas y socioculturales en que ambos géneros construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad.

La noción de género enfatiza que lo que conocemos como hombres y mujeres no son realidades naturales, sino culturalmente construidas (Serret y Méndez, 2011). Es decir, no son comportamientos innatos, sino constructos que nos enseñan. Son construcciones que cada cultura elabora a partir de la diferencia sexual (que se refiere a características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas), a partir de las cuales las personas son clasificadas como machos o hembras de la especie humana al nacer), adscribiendo conductas, papeles y atributos a las personas en función de sus características corporales (Alfarache Lorenzo, 2003).

Marta Lamas (1986), antropóloga feminista, propone que el género es una norma y prescripción que dicta la sociedad y la cultura sobre lo femenino y masculino. Esta clasificación cultural define no sólo la división del trabajo (donde lo femenino se le asigna al espacio doméstico y los cuidados, y a lo masculino se le asocia al espacio público), las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. Marcela Lagarde (2011), por su parte, plantea dos categorías para abordar la opresión de las mujeres a través del género,

a) la condición histórica de la mujer , que es entendida como una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico ... está constituida por el conjunto de relaciones de producción, reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia...; y b) la situación de las mujeres: conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas... expresa la existencia concreta de las mujeres, a partir de sus condiciones reales de vida: desde la formación social en que nacen, clase, tipo de trabajo, su definición en relación a la maternidad, a la conyugal, etnia, lengua, religión (p. 77-78).

Por tanto, las mujeres compartimos respecto al género una condición de opresión, pero esta difiere en niveles o grados, a partir de nuestra situación de vida. Pero ¿qué significa ser mujer? ¿Cómo se establecen esos significados? ¿Siempre han sido igual esos significados? ¿En qué momento a los seres sexuados y apalabrados como mujeres nos atribuyeron actividades como la crianza, el trabajo del hogar, la debilidad, la imposibilidad de decidir sobre nuestro cuerpo y sexualidad? pero, sobre todo, ¿en qué momento se nos posiciona en un lugar inferior al de los hombres? Se dice que para los oprimidos siempre hay un antes y un después, ya sea basándose en un acontecimiento histórico o en un desarrollo económico, pero ¿en qué momento a las mujeres se les colocó en una posición de inferioridad y opresión? Mujeres siempre hemos existido, si bien, no

nombrado o categorizado como “mujer”, al menos, individuos con pene e individuos con vulva siempre han compartido espacio en la historia. Y en cualquier momento de la historia donde nos posicionemos, las encontramos en un estado de subordinación del hombre, “la mujer siempre ha sido, si no la esclava del hombre, al menos si su vasalla, los dos sexos nunca han compartido el mundo en pie de igualdad” (Beauvoir, 2005, p.55).

Es importante recalcar que la sexualidad y el género son aspectos que la sociedad produce de manera compleja. Es resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. En ese sentido, la sexualidad no es un hecho dado, también constituye un producto de construcción, negociación, lucha y acción humana (Weeks, 1998).

Durante mucho tiempo, esta subordinación se justificó a partir de considerar que biológicamente las mujeres eran seres inferiores a los hombres en diversos aspectos, desde la estructura anatómica hasta la capacidad racional e intelectual (Weeks, 1998). Sin embargo, desde otras disciplinas y abordajes en torno al tema del cuerpo y la sexualidad, se hace evidente que no se puede reducir la conducta sexual humana al funcionamiento de ADN o a los cromosomas. Es mejor ver a la biología como una serie de potenciales que se transforman y que adquieren significados sólo en relaciones sociales.

Cada cultura establecerá según Plummer (citado en Weeks, 1998) “restricciones de quién” y “restricciones de cómo”. Las primeras tienen que ver con las parejas, su género, edad, parentesco, color de piel, clase social, y limitan a quién podemos aceptar como pareja. Las segundas tienen que ver con los órganos que usamos, los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito: qué podemos tocar, cuándo podemos tocar, con qué frecuencia, y así sucesivamente.

Analizar el sistema sexo-género permite abordar cómo es que se ha dado esta construcción social del ser mujer y su sexualidad, desde la historicidad de ambas y el

contexto en donde se posicionaron. Aunque, como menciona Poulain de la Barre, en el siglo XVIII, “todo lo que han escrito los hombres sobre las mujeres es digno de sospecha, porque son a un tiempo juez y parte” (citado en Beauvoir, 2005, p. 56). Por ello, es importante poner en la mesa, si bien los textos seleccionados para este trabajo son, en su mayoría, de autoría de una mujer, mucha de la información que se tiene sobre la vivencia de las mujeres a lo largo de la historia, ha sido escrita y abordada desde la mirada de los hombres.

### **1.1. Ser mujer a través de la historia. Discursos religiosos y médicos**

La división sexual del trabajo y la forma en cómo se ha vivido la sexualidad, se encuentra desde antes de la época de la agricultura; por ejemplo, se sabe que las mujeres realizaban trabajos duros, se cree que eran ellas quienes acarreaban la carga (probablemente porque en las caravanas los hombres conservaban las manos libres con el fin de defenderse de animales o personas que los agredieran); eran robustas y bastante resistentes para participar en las expediciones de guerra o búsqueda de supervivencia (Beauvoir, 2005).

En *El segundo sexo*, Beauvoir realiza un recuento histórico del género, en el cual menciona que en los relatos de Heródoto sobre las tradiciones de las amazonas de Dahomey y muchos otros testimonios antiguos o modernos, se sugiere que las mujeres pudieron tomar parte en guerras o en sangrientas expediciones de castigo, tenían el mismo valor y crueldad que los varones. A pesar de todo, es probable que los hombres tuvieran el privilegio de la fuerza física y para la época, esta superioridad debía tener enorme importancia. Por mucho que las mujeres fueran robustas o fuertes, la capacidad reproductiva se volvía un obstáculo; se relata que las amazonas mutilaban sus senos, lo que significaba que al menos durante el periodo de su vida guerrera, rechazaban la maternidad. Para las otras mujeres, el embarazo, el parto, la menstruación disminuían sus capacidades de trabajo y las condenaban a largos periodos de impotencia; para defenderse de los enemigos y garantizar su subsistencia y la de sus progenitores, necesitaban la protección de los guerreros y el producto de la pesca y la caza a la que se dedicaban los varones; y como no había formas de control natal, las maternidades

reiteradas debían absorber la mayor parte de sus fuerzas y de su tiempo. En esta época, ni la maternidad ni los niños y niñas tenían un peso importante; los infanticidios siempre fueron numerosos entre los pueblos nómadas y si los recién nacidos no eran masacrados, morían por la falta de higiene.

Cuando los nómadas se fijaron a la tierra y se convirtieron en agricultores, la maternidad pasó a ser una función sagrada. Nace la figura de la madre, esta es inevitablemente necesaria para el nacimiento de hijas e hijos; ella es quien conserva y alimenta al infante. La maternidad destina a la mujer a una existencia sedentaria; es natural, mientras que el hombre caza, pesca, guerrea, ella permanece en el hogar (Beauvoir, 2005).

En el libro *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (2016), Ana María Fernández realiza un recorrido histórico que da cuenta de cómo desde el mundo egipcio, hasta la modernidad (pasando por la antigua Grecia, Platón, Aristóteles y Galeno) la pregunta acerca del ser humano, del cuerpo y de la sexualidad, se realizó pensada en función de los hombres. Por ejemplo, en la época del antiguo Egipto, se creía según los papiros Kahum y Ebers que los comportamientos característicos de las mujeres tenían su origen en una mala posición de la matriz, es decir cualquier padecimiento médico, como el no querer levantarse de la cama, dolor bucal, dolores musculares, molestias en los ojos, etc., se atribuía a la matriz, proponiendo una serie de medios “técnicas” para que el útero volviera a su lugar y obtener así la recuperación de la salud.

Los griegos, por su parte, infravaloraban a las mujeres, por ejemplo, no tocaban el cuerpo de sus “enfermas”, ellas describían sus síntomas y los médicos interpretaban el malestar en virtud de la representación que tenían del cuerpo femenino. En algunas oportunidades eran tocadas por otra mujer, las parteras, que transmitían sus impresiones al médico. Sólo a partir del siglo XVII y más plenamente en el siglo XIX, las mujeres y niñas se transformaron en pacientes de los médicos. Hasta entonces eran asistidos por las “viejas” o comadronas. A este cambio se le ha denominado medicalización del cuerpo femenino y forma parte del afianzamiento del poder médico (Fernández, 2016).

La medicina también ha jugado un papel elemental en el conjunto de los dispositivos estratégicos a través de los cuales la sociedad produce hombres y mujeres; siendo hombres quienes han enunciado estos discursos, se vuelven más o menos relevantes, según la significación que determinados momentos históricos otorguen a los cuerpos de las mujeres (Fernández, 2016).

La menstruación y la regularidad de las relaciones sexuales se consideraban como condición de “equilibrio femenino”. Hipócrates planteó la idea de los úteros migradores, donde serán las relaciones sexuales frecuentes, pero no en exceso, las que asegurarán al útero su tranquilidad. Es a partir de ese momento donde se empieza a regular, normatizar, controlar, la sexualidad de las mujeres desde los discursos médicos. Las mujeres son frecuentemente atormentadas por las enfermedades originadas en la matriz. Una mujer cuya matriz no esté tranquila se expone a toda suerte de enfermedades; por lo que consideraba muy recomendable el matrimonio y el embarazo para las jovencitas, como medida de sanación (Fernández, 2016). Discursos que, hoy en día seguimos escuchando, en donde, no es novedad que a las mujeres se les sugiera tener relaciones sexuales o hijos e hijas para “curar” o “aliviar” cólicos menstruales, quistes, miomas e incluso, la orientación sexual.

Platón, por ejemplo, agradecía a los dioses, primero que le hubieran creado libre y no esclavo y, segundo, hombre y no mujer (Beauvoir, 2005, p. 56). Para él, la matriz es un ser viviente poseído por el deseo de hacer hijas e hijos; introduce una nueva geografía del cuerpo: lo alto como superior con respecto a lo bajo. Y como tal, mujeres se definen por su matriz, que está ahí abajo, por lo que necesariamente son inferiores (Fernández, 2016). También decía que las mujeres eran hombres castigados, narra que en el origen, Dios creó un ser humano varón, pero aquellos machos que fueron cobardes y vivieron mal, en un segundo nacimiento, fueron trasmutados en mujeres. Y es en este momento, donde se construye la representación de la mujer como hombre castigado, defectuoso, en falta, fallado, y su anatomía como un destino divino e inapelable frente a la procreación (Fernández, 2016).

“La hembra es hembra en virtud de una determinada carencia de cualidades... tenemos que considerar el carácter de la mujer como naturalmente defectuoso” decía Aristóteles (citado en Beauvoir, 2005, p. 50). También afirmaba que el útero es un órgano esencial de la mujer, que el placer de la mujer no importa, sólo la fecundidad, ya que ella será un recipiente del semen masculino (Fernández, 2016). Imaginaba que el feto se produce por el encuentro del espermatozoides y el flujo menstrual: en esta simbiosis, la mujer aporta una materia pasiva; el principio masculino es la fuerza, la actividad, el movimiento, la vida.

Galeno (citado en Fernández, 2016), por su parte, decía que los hombres son secos y calientes mientras que las mujeres son frías y húmedas. Este atributo de calidez del cuerpo y la sangre, le darán el acceso al coraje y a la inteligencia a los hombres, mientras que la frialdad propia de las mujeres les asigna un lugar de imperfección con respecto al hombre, y, por ende, de inferioridad. Su inferioridad es algo que ha requerido el creador, quien la ha hecho “imperfecta” a propósito y mutilada, es decir, sin pene, pues a la falta de calor en el cuerpo, este no descendió. También decía que los senos son dos glándulas que existen en la mujer para dar calor y protección al corazón; estos son necesarios debido a su frialdad.

En la Edad Media, los discursos médicos están asociados a los discursos religiosos; se creía que las mujeres eran débiles y frágiles, y por esto, se les atribuía una relación con el diablo, puesto que era más fácil que esté las poseiera. Esto generaba, que las mujeres fueran producto de desconfianza y persecución, pues, se creía que ellas alejaban a los hombres del camino de Dios. Gracias a esta idea y al discurso “médico”, surgieron una serie de textos donde se indicaba cómo prevenir el contacto con el diablo, pues, se aseguraba que las mujeres podían contagiar con la mirada, el aliento, o incluso, con el roce de la mano. Una mujer podía caer bajo sospecha de bruja, por tener una marca en el cuerpo, o por el hecho de que apasionara intensamente a un hombre o que se apasionara por él. El deseo sexual era considerado como algo demoníaco. Esto dio pie a un sinnúmero de asesinatos de mujeres, que perduró durante cuatro siglos por Europa y sus colonias, por considerarlas brujas (Fernández, 2016).

Lilit, se dice, fue la primera mujer de Adán, creada por Dios al mismo tiempo que Adán, y ambos, formados de la madre tierra, se encuentran en el olvido. Según el mito bíblico, en función de su igualdad de origen, Lilit se negó a reconocer el dominio de Adán, resistiéndose a servirlo. Esta rebeldía le costó la expulsión del paraíso y Dios la transformó en una diablesa nocturna, quien visita a los hombres que duermen solos, y es causante de sus pulsiones nocturnas. Esto refuerza la idea de que una mujer que disfrutara de su placer y desobedeciera al hombre, era considerada como mala (Cohen, 1990).

Es hasta 1650 que la mujer se valoriza y comienza un largo proceso histórico de veneración de la maternidad, esto gracias a que Harvey (citado en Fernández, 2016) descubre que todo embrión se desarrolla en un huevo. Esta nueva explicación de la concepción deja establecido que la mujer produce un huevo que será fecundado por el semen masculino. Por lo tanto, se demuestra que ambos sexos son indispensables, y actúan de forma complementaria, sin embargo, no de manera igualitaria.

En la Edad Media, la Virgen María fue venerada fundamentalmente por ser virgen, dado que esto significaba castidad y pureza, por lo tanto, el culto a la virgen María es equivalente al rechazo de la sexualidad femenina. Pero para los cristianos del siglo XVII, ya con clara influencia de los discursos médicos, el culto mariano es la veneración de la maternidad, por lo que toda mujer adquiere valor como persona cuando es madre (Fernández, 2016).

En Inglaterra, la pena de muerte por sodomía permaneció dentro del derecho escrito hasta 1861. Las restricciones a la autonomía sexual de la mujer eran severas y la distinción entre las mujeres respetables y las incorregibles (la virgen y la puta, María y Magdalena) alcanzó su apogeo durante esta época (Weeks, 1998).

Con los discursos médicos sobre el cuerpo de las mujeres, el instinto sexual fue visto como un instinto biológico, al cual se le buscaron todas las formas de anomalías que pudieran afectarlo, abriendo paso a una normalización y patologización de la conducta y

de los cuerpos, incluso, se buscaron tecnologías correctivas para dichas anomalías. Esto fue lo que Foucault llamó “psiquiatrización del placer perverso” (Foucault, 2011).

Debido a esto, la histeria se convirtió en la enfermedad de las mujeres, exigía una medicalización minuciosa sobre su cuerpo y sexo, llevándose a cabo en nombre de la responsabilidad que a ellas les correspondería respecto de la salud de sus hijas e hijos, la solidez de la institución familiar y de la salud de la sociedad (Foucault, 2011).

El control sobre sus cuerpos se hace a través del “dispositivo de la sexualidad”, en el que se incluyen cuatro conjuntos estratégicos: la histerización del cuerpo de la mujer: la madre-histérica; la pedagogización del sexo del niño: la guerra contra el niño masturbador<sup>5</sup>; la socialización de las conductas procreadoras: la pareja malthusiana; y, la psiquiatrización del placer perverso: el adulto perverso. Foucault propone: “el dispositivo de sexualidad no tiene como razón de ser el hecho de reproducir, sino el de proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global” (Foucault, 2011, p. 101).

La familia, ahora en lugar del amor, a través de sus dos dimensiones fundamentales con respecto al poder (el eje Marido-Mujer y el eje Padre-Hijos/as) desarrollará los elementos principales del dispositivo de la sexualidad. Cuerpo femenino, masturbación infantil, regulación de los nacimientos y especificación de los perversos, además de dar cuenta de la represión de la sexualidad por parte de la familia, marginaliza toda sexualidad que quede por fuera de esto. Más que represión del sexo, se refiere a la producción de la sexualidad, de una “aceptable” (Foucault, 2011).

La progresiva medicalización de las mujeres forma parte de un cambio de estrategia biopolítica por la cual, en el escenario del capitalismo naciente, mentalidades y

---

<sup>5</sup> La masturbación de las niñas es un tema invisible y negado también a las mujeres.

costumbres van girando desde un derroche hacia una economía de los cuerpos (Donzelot, 1979).

Tanto Maraón como Freud (citados en Beauvoir, 2005), coincidían en que la libido y el orgasmo estaban relacionados con la masculinidad; para Maraón, las mujeres que alcanzaban un orgasmo eran masculinas. En cambio, Freud asociaba la falta de desarrollo de la libido con la neurosis, incluso, cuando hubiera una alteración en este desarrollo, podía desencadenar en frigidez u homosexualidad.

Adler (citado en Beauvoir, 2005), en cambio, decía que la mujer en su complejo de inferioridad adopta la forma de rechazo vergonzoso de su feminidad: ese complejo no lo provoca la ausencia del pene, sino todo el conjunto de situación; la niña sólo envidia el falo como símbolo de los privilegios que se conceden a los niños; el lugar que ocupa el padre en la familia, el predominio universal de los varones, la educación, todo refuerza en ella la idea de la superioridad masculina. Más adelante, en las relaciones sexuales, la postura misma del coito, que coloca a la mujer debajo del hombre, es una nueva humillación. Gracias a la maternidad, puede recobrar en el hijo un equivalente del pene, pero ello supone que empiece aceptándose plenamente como mujer, es decir, que asuma su inferioridad. Está dividida contra ella misma mucho más profundamente que el hombre.

La medicalización del cuerpo de las mujeres, como podemos ver, ha estado presente a lo largo de la historia moderna. Los discursos médicos durante siglos han estado emparentados, por ejemplo, con los discursos filosóficos; hermanados unas veces y enfrentados otras, con los discursos religiosos, siempre han sido piezas clave en el conjunto de los dispositivos estratégicos a través de los cuales la sociedad produce hombres y mujeres. Y como se menciona con anterioridad, son estos discursos médicos, escritos en su mayoría por hombres, los que han ejercido poder, control y han marcado la forma de vivir la sexualidad de las mujeres. Por todo esto, vemos que la construcción del género influye en el dispositivo de control de la sexualidad.

## **1.2. La heterosexualidad como mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres**

La sexualidad ha sido regulada por una estructura patriarcal heteronormativa que establece silencios y discursos, los cuales sancionan o premian nuestra experiencia. Hemos interiorizado a partir de la heteronormatividad la idea de que existe una sexualidad normal en contraparte con una sexualidad anormal, mutuamente excluyentes, pero que necesitan a la otra parte para ser nombradas y reconocidas. Esta estructura ha fijado la heterosexualidad como lo normal, y ha colocado todo lo que se escapa de esta experiencia, de manera inmediata en lo anormal, estableciendo una jerarquía sexual (Rubín, 1986).

La heterosexualidad también se ha utilizado como un mecanismo de control, una forma de regular la sexualidad de las mujeres. La heterosexualidad exige un análisis más allá de la de orientación sexual en la que las personas se relacionan sexual, afectiva y eróticamente con personas del género opuesto; la heterosexualidad es y debe ser analizada como una institución hegemónica y, por tanto, la única naturalizada, es decir, es una práctica socialmente legítima, usada como un eje que atraviesa o condiciona la sexualidad humana y que, en lo que respecta a las mujeres, se ha utilizado como dispositivo para controlar su cuerpo, su sexualidad y su ciudadanía sexual.

Adrienne Rich en su texto *Heterosexualidad obligatoria* (1980) retoma un ensayo de Kathleen Gough (*The Origin of the Family*), en el cual se enlistan ocho características del poder masculino en todo momento de la historia y que han marcado las desigualdades entre unos y otros. Estas características son:

1. El poder de los hombres de negar a las mujeres su sexualidad, por ejemplo, a través de la clitoridectomía, los cinturones de castidad, el castigo o muerte para mujeres adúlteras o lesbianas, la restricción de la masturbación, la clausura de archivos y destrucción de documentos relacionados con la existencia lesbiana.

2. El poder de los hombres de imponer la sexualidad masculina, por medio de violaciones y de golpizas, el incesto padre-hija, la socialización de las mujeres para que sientan que el impulso sexual masculino viene a ser un derecho, la idealización del romance heterosexual en el arte, la literatura, los medios, los matrimonios arreglados, las doctrinas psicoanalíticas sobre la frigidez y el orgasmo vaginal.

3. El poder de los hombres de reclutar y explotar su trabajo para controlar su producción. Por medio de las instituciones del matrimonio y la maternidad como producción gratuita, el control masculino sobre el aborto, la natalidad y el parto, la esterilización forzada, el proxenetismo, el infanticidio femenino.

4. El poder de los hombres en controlar y robarles sus criaturas. Por medio del derecho del padre y del secuestro legal, el infanticidio sistemático, la confiscación de los hijos e hijas de madres lesbianas por los tribunales.

5. El poder de los hombres de encerrarlas físicamente e impedir sus movimientos. Por medio de la violación como terrorismo, manteniendo a las mujeres fuera de la calle, con los códigos femeninos de vestimenta, el acoso sexual en las calles, la dependencia económica forzada de las esposas.

6. El poder de los hombres de usarlas como objetos y transacciones masculinas. El uso de las mujeres como regalos, el precio de la novia, el proxenetismo, matrimonios arreglados, el uso de la mujer como entretenimiento para facilitar los tratos masculinos.

7. El poder de los hombres de anquilosar su creatividad. La caza de brujas como campañas contra las parteras y las curanderas y como masacre contra las mujeres independientes, la definición de las actividades masculinas como más valiosas que las femeninas dentro de cualquier cultura; la restricción de los deseos de realización propia a los del matrimonio y la maternidad; la explotación sexual de las mujeres por artistas y profesores hombres, la interrupción de las aspiraciones creativas de las mujeres.

8. El poder de los hombres de marginarlas de grandes áreas del conocimiento y de los logros culturales de la sociedad. Por medio de la no educación de las mujeres; el “Gran Silencio” con respecto a las mujeres y particularmente la existencia lesbiana en la historia y la cultura; el rol sexual estereotipado que aparta a las mujeres de la ciencia, la tecnología y otras ocupaciones tradicionalmente masculinas; los nexos sociales/profesionales masculinos que excluyen a las mujeres; la discriminación contra las mujeres en las profesiones.

La heterosexualidad además de instalarse como obligatoria es reproductiva:

Siendo la penetración vaginal con un pene su acto consumatorio y como institución reguladora de las identidades sexuales y de las formas de intercambio sexual, prescribe sin duda el orden de los cuerpos de una red de significados que los diferencia ... La heterosexualidad se ha encarnado en los cuerpos mediante la repetición de una actuación segregada y yuxtapuesta que, valida la supuesta naturalidad de tales diferencias, basada en el discurso de la reproducción biológica (Amachástegui y Rivas, 2004, p. 566-567).

Lagarde (2011) nombra “madresposa” a uno de los cautiverios<sup>6</sup>, “construido en torno a dos definiciones esenciales, positivas, de las mujeres: su sexualidad procreadora, y su relación de dependencia vital de los otros por medio de la maternidad, la filialidad y la conyugalidad” (p. 38). Dicha conyugalidad “expresa la sexualidad erótica de las mujeres y el nexo erótico con los otros... el erotismo subyace en la procreación y, negado, queda a su servicio hasta desvanecerse” (p. 39).

---

<sup>6</sup> En su libro “Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas”, Marcela Lagarde utiliza la categoría de análisis “cautiverio” como: “la categoría antropológica que sintetiza el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de la libertad... las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía, independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y la capacidad de decidir” (p. 152).

Al erotismo femenino no relacionado a la “madresposa”, se le categorizará como “puta”, las cuales, para Lagarde, “se especializan social y culturalmente en la sexualidad prohibida, negada, tabuada, son mujeres del mal” (p. 39). El deseo de las mujeres está establecido sobre la heterosexualidad, está ligado a una sexualidad, la cual es meramente reproductiva (Lagarde, 2011). Por tanto, el deseo de las mujeres, como hemos visto, ha sido regulado social, y culturalmente a lo largo de la historia.

### **1.3. Identidades lésbicas y bisexuales**

El análisis de la categoría de los géneros permite entender cómo es que se ejerce la sexualidad entre hombres y mujeres. Sin embargo, dentro del ser mujer, existen vivencias distintas a partir de las interseccionalidades<sup>7</sup>, en este caso, la orientación sexual.

En muchas culturas y épocas han existido mujeres que se relacionan sexual, amorosa y/o afectivamente con otras mujeres. Sin embargo, cada sociedad construye e interpreta estas prácticas sexuales y amorosas entre mujeres de forma diferente, y su visibilidad y legitimidad varían enormemente según la concepción que cada sociedad tiene de lo que es ser mujer u hombre (Falquet, 2004).

Se encuentran datos históricos, aunque un tanto escasos, como los versos de Safo (poeta griega que compuso poemas en los cuales expresaba su atracción sexual hacia otras mujeres, aunque algunos escritos también la describen como una persona que también mantuvo relaciones con hombres) en la isla de Lesbos; y la historia de las amazonas, mujeres que vivían en comunidad y tan solo se dejaban poseer sexualmente por hombres en la época reproductiva (Rivas Martín, 2012).

---

<sup>7</sup> La interseccionalidad, enfoque desarrollado desde la teoría feminista, permite reconocer la complejidad de los procesos formales e informales que generan las desigualdades sociales. Revela que las desigualdades son producidas por las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, discapacidad, situación económica, etc., que se constituyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio (La Barbera, 2016; Viveros Vigoya, 2016).

Es claro que antes del siglo XVIII ya existía la homosexualidad, interpretada en su sentido más amplio como la participación en actividades eróticas entre personas del mismo género, pero no así “los homosexuales” (Weeks, 1998). Bonnet (1995, citado en Falquet, 2004) menciona que el término “tribadismo” para nombrar las relaciones sexuales entre mujeres apareció a comienzos del siglo XVII.

A mediados del siglo XIX, el homosexual (el término “homosexualidad” se inventó alrededor de 1860) se consideraba cada vez más como un tipo específico de persona, caracterizado por sentimientos, una latencia y un trastorno psicosexual (Weeks, 1998). Con ayuda de la medicina y sobre todo de la psiquiatría naciente (seguida por el psicoanálisis) empiezan a interesarse por lo que llamaron el “tercer sexo”, interviniendo fuertemente en su categorización como “invertidas-os” y su patologización, en busca de una cura. Freud (citado en Falquet, 2004), por ejemplo, interpreta la homosexualidad femenina como una simple simetría de la homosexualidad masculina y una prueba de “inmadurez” en el desarrollo psicosexual de las mujeres.

Quienes han escrito sobre la historia del lesbianismo han señalado que el desarrollo de una identidad lesbiana sexualizada a fines del siglo XIX y principios del XX fue una imposición por parte de los sexólogos, concebida precisamente para dividir a las mujeres con el fin de romper los vínculos emotivos y afectivos que unen a todas las mujeres en contra de los hombres. Los sexólogos no inventaron al homosexual o a la lesbiana, sino que intentaron traducir a su propio lenguaje patologizador, los cambios sociales y psicológicos que estaban ocurriendo frente a sus ojos (Weeks, 1998).

Dentro de la historia notamos cómo las mujeres que elegimos relacionarnos con otras mujeres como amantes, compañeras de vida, familia, han sido aplastadas, invalidadas, obligadas a ocultarse y disfrazarse. Porque en el prejuicio de la heterosexualidad obligatoria, la experiencia lesbiana es percibida en una escala que va desde lo desviado hasta lo abominable (Rich, 1980).

Y es que a las mujeres se nos ha enseñado que somos propiedad emocional y sexual de los hombres y que la autonomía de las mujeres amenaza a la familia, la religión y al estado mismo. Las instituciones con las que tradicionalmente se ha controlado a las mujeres —la maternidad patriarcal, la explotación económica, la familia nuclear y la heterosexualidad obligatoria— están siendo fortalecidas con legislaciones, declaraciones religiosas, imágenes mediáticas y esfuerzos de censura (Rich, 1980). La ideología del romance heterosexual nos es impuesta desde la infancia, con los cuentos de hadas, televisión, cine, propaganda, música, etc., como si la heterosexualidad fuese la única forma de relacionarse afectiva y sexualmente.

El término “mujer” sólo tiene sentido en el pensamiento heterosexual, es mujer la que vive de acuerdo con el sistema patriarcal y su orden simbólico. Las lesbianas, al estar fuera de la lógica heterosexual, son mujeres en cuerpos de lesbianas. La construcción de esta identidad, su lógica de pensamiento es diferente a la lógica heterosexual (Ortega Graciano, 2002). De ahí, la célebre frase de Monique Wittig (1978): “Una lesbiana debe ser cualquier otra cosa, una no-mujer... lesbiana es el único concepto que conozco que está más allá de las categorías de sexo (mujer y hombre), pues el sujeto designado (lesbiana) no es una mujer ni económicamente, ni políticamente, ni ideológicamente” (pp. 36-43).

Ser lesbiana en Latinoamérica tiene muchos significados, más allá del que utiliza la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos “lesbiana: mujer que se siente emocional, sexual y románticamente atraída a otras mujeres”, o cualquier otra institución (Copred, 2018, CNDH, 2018). Nombrarse lesbiana implica la conciencia de la discriminación histórica del ser lesbiana; en la medida en que esta palabra tiene connotaciones negativas en la sociedad, la mayoría de las mujeres que aman a otras mujeres y que tienen relaciones sexo-afectivas con ellas no desean denominarse con esta palabra, prefieren usar “gay” u “homosexual” (Sardà, Posa Guinea, Villalba Morales, s.f.).

Como afirma Alfarache (2003): "el nombre es una marca identitaria que posiciona a las mujeres en el mundo y ante los otros, desde la cual las mujeres definen tanto su autopercepción como sus relaciones con las y los demás" (p. 242). Para Adrienne Rich (1980), el proceso de nombrarse implica pensarse en el contexto de una sociedad cuya norma es la heterosexualidad obligatoria para mujeres y hombres y las consecuencias que trae consigo transgredirla, "la existencia lesbiana comprende tanto la ruptura de un tabú como el rechazo hacia un modo de vida obligatorio... [Es un] ataque directo o indirecto a los derechos masculinos de acceso a las mujeres" (p. 24).

En algunos espacios, el término "gay" u "homosexual", se utiliza como sinónimo de "lesbiana", pero es importante recalcar que, en este trabajo, se utilizará la palabra lesbiana. Lo anterior en virtud de que la opresión patriarcal coloca a las mujeres en una posición social estructuralmente muy diferente a la de los hombres en casi todas las culturas que se conocen. Para vivir su cuerpo, ejercer su sexualidad, y simplemente, vivir, las mujeres están ubicadas en condiciones bastante menos ventajosas que los hombres, aunque fuesen ellos homosexuales. Usar el término de lesbiana, por tanto, permite evitar la confusión entre prácticas que, si bien son todas homosexuales, no tienen en absoluto el mismo significado, las mismas condiciones de posibilidad y, sobre todo, el mismo alcance político según el género de quienes las llevan a cabo (Falquet, 2004). Y es que la visión andrócentrica, además de impedir que se tomen en cuenta las diferencias que desde el género regulan a hombres y mujeres, genera que se asuma implícitamente que el lesbianismo es un reflejo de la homosexualidad masculina (Alfarache, 2003).

Lo anterior se suma a que históricamente las lesbianas hemos sido privadas de una existencia política por la inclusión como versiones femeninas de la homosexualidad masculina. Igualar la existencia lesbiana con la homosexualidad masculina porque ambas son estigmatizadas es negar y borrar una vez más la realidad femenina (Rich, 1980).

La palabra lesbiana refiere a un lesbianismo político, que se plantea como una crítica en actos y un cuestionamiento teórico al sistema heterosexual de organización social. Según el análisis lésbico-feminista, dicho sistema heterosexual descansa sobre la estricta

visión de la humanidad en dos sexos que sirven de base para construir dos géneros rigurosamente opuestos y forzados a mantener relaciones desiguales de “complementariedad”, la cual, no es otra cosa que la justificación de una división sexual del trabajo rígida, que se basa en una despiadada explotación de las mujeres, en lo doméstico, laboral, reproductivo, sexual y psicoemocional. En este sentido, al problematizar y criticar el sistema heterosexual, el lesbianismo, en su dimensión política, cuestiona profundamente el sistema dominante, representa una ruptura epistemológica fundamental e invita a una revolución cultural y social de gran alcance (Falquet, 2004).

Para Adriana Fuetes (2015), el lesbianismo es:

El lesbianismo es algo político... es una postura política, es una actitud política porque la lesbiana se comporta de una manera que no le sirve al sistema, al sistema patriarcal. O sea, el comportamiento de la lesbiana es un comportamiento que va en contra de lo que debe ser una mujer en este sistema patriarcal; sea intuitivo, sea consciente, inconsciente, sea natural; pero la lesbiana no está respondiendo a lo que debe ser una mujer (Fuentes, 2015, pp. 319-320).

Históricamente, las representaciones dentro del imaginario social de las lesbianas, que se permiten mostrar al exterior en nuestra cultura son fundamentalmente de dos tipos: se ha convertido a la lesbiana en un monstruo, o bien se ha hecho de ella un objeto sexual fácilmente manejable por un hombre o un objeto fálico (es el tipo de lesbiana que reflejan las revistas y películas pornográficas) y, por tanto, no amenazadora, incluso deseable. La primera es la más cotidiana, es decir, la lesbiana es una no-mujer, es masculina, en ella se busca señalar o poner de manifiesto todo aquello en lo que se aparta de lo que la sociedad prescribe como nivel de feminidad adecuado (Gimeno, 2008).

Gimeno (2008) menciona que son los sexólogos del siglo XIX los que empiezan a describir a las lesbianas masculinas y quienes hacen esta conexión entre la masculinidad y el lesbianismo; incluso Freud enfatizaba que las verdaderas lesbianas eran masculinas.

La bisexualidad, en cambio, es una identidad que si bien al igual que la homosexualidad ha estado presente en diversas culturas y épocas históricas ha sido menos visible. Galán y Sánchez (citados en Navarro Corona, 2016, p.49) señalan que la bisexualidad se convierte en una sexualidad aún más abyecta que la propia homosexualidad, reforzándose con ello la jerarquía entre las sexualidades, a las personas bisexuales se les suele colocar en un lugar lejano a la respetabilidad, sancionándoseles socialmente al calificarlas como indecisas, inestables, promiscuas, lesbianas en el clóset, entre otros.

Diego Herranz (2012) señala que la bisexualidad es la práctica social que se libera de las ataduras del heteropatriarcado en cuanto gustos o prácticas sexuales, puesto que se siente atracción hacia uno u otro sexo indistintamente y sus prácticas de saber/placer están más cerca de la pansexualidad<sup>8</sup> que de las normas hetero-homo establecidas por ese sistema social. Y es que es esta orientación busca romper con el binarismo heterosexual-homosexual.

Sin embargo, las mujeres bisexuales también enfrentan una serie de prejuicios, violencia, discriminación e invisibilización de su identidad. Por ejemplo, se les considera como confundidas, porque según es sistema binario, no se definen y no saben lo que quieren; impostoras, porque se cree que en realidad son lesbianas que no se atreven a asumirse como tal, o que no quieren perder los privilegios sociales de la heterosexualidad; hipersexualizadas, se tiene el prejuicio que su deseo sexual es tan intenso que no importa con quien se relacione sexualmente; incluso que la bisexualidad es solo una etapa de transición, entre ser heterosexual y pasar a ser homosexual; entre otras.

La idea de que la sexualidad tiene que ser binaria, excluyente y por supuesto jerárquica como todos los sistemas binarios de Occidente (hombre-mujer, blanco-negro, día-noche, etc.) (Arnes, et al. 2019), impide reconocer las personas bisexuales existen, lo cual, al

---

<sup>8</sup> Hace alusión a la capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género, orientación o roles sexuales, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella (CONAPRED, 2016, p. 28).

igual que con las lesbianas, genera que exista una invisibilidad no sólo de la identidad, si no también, de las necesidades y vivencias específicas que tienen las mujeres que se relacionan erótica, sexual y/o emocionalmente con mujeres y hombres.

Finalmente, observamos que estos elementos sexo-género, sexualidad e identidad lésbica o bisexual en la medida de cómo fueron surgiendo y adquiriendo significado, han sido ejes de opresión que regulan la experiencia sexual y la vida de las mujeres, y punto fundamental que debe ser revisado para el ejercicio de una ciudadanía sexual, es decir, para la autonomía de los cuerpos y la sexualidad como una garantía de acceso a todos los derechos humanos.

## **CAPÍTULO 2. VIOLENCIA Y CIUDADANÍA SEXUAL: NEGACIÓN DE LA EXISTENCIA Y EL EMBARAZO EN MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES**

### **2.1. Ciudadanía sexual**

Hoy en día en México, gracias a la lucha de diversos movimientos sociales, existe todo un marco jurídico que regula el ejercicio de la sexualidad, incluida la ciudadanía sexual. Por ciudadanía vamos a entender “un conjunto de prácticas (culturales, simbólicas y económicas), y con una serie de derechos y deberes (civiles y sociales) que definen la pertenencia de un individuo a un cuerpo político... no es entonces un concepto puramente sociológico ni tampoco un concepto puramente legal, sino una relación entre ellos” (Isin y Wood, 1999, p.4, citado Navarro Corona 2016).

En la Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, la definen como:

El ejercicio político del cuerpo; a la toma de decisiones autónomas sobre nuestros cuerpos y nuestra sexualidad como garantía de acceso a todos nuestros derechos humanos. Dado que la estructura de la sociedad está marcada por las desigualdades de poder, hablar de ciudadanía sexual es plantear la eliminación de dichas asimetrías y lograr el reconocimiento de todas las personas como sujetas de derechos, ciudadanas autónomas en la toma de decisiones personales y políticas que impactan su proyecto de vida (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2016, p.17).

La sexualidad se ha estudiado mucho, pero son pocos los estudios que se han realizado para explorar la vivencia de la sexualidad como un derecho (Navarro Corona 2016). Pero algo que sí se puede ver en diversas investigaciones es que la apropiación de los derechos sexuales es ciertamente diferente para las mujeres y los hombres, es decir, las construcciones de género son poderosas en el proceso de apropiación de la sexualidad y el cuerpo (Amachástegui y Rivas, 2004).

Para las mujeres la forma en cómo se apropiarán y ejercerán los derechos sexuales y reproductivos, estará obstaculizada por la falta de autonomía. Y es importante diferenciar entre independencia y autonomía. Podemos ser más o menos independientes, pero eso no significa ser autónomas. A las mujeres, por género, no sólo se nos limita la independencia, sino que se nos anula la potencialidad de la autonomía. Y es que la autonomía es un pacto social, que tiene que ser reconocido y apoyado socialmente (Lagarde, 1999). Es decir, a las mujeres no se nos ha permitido la autonomía sexual, y al no poder decidir sobre nuestro propio cuerpo, difícilmente podremos ejercer libremente los derechos sexuales y reproductivos.

La agenda de los Derechos Sexuales y Reproductivos ha ido avanzando poco a poco, tenemos un marco jurídico (internacional, nacional y local) que coadyuva a su reconocimiento (ver Tabla 1), sin embargo, es importante recalcar que este avance ha sido mayoritariamente para el reconocimiento de los derechos reproductivos, en el que el Estado sigue remarcando que la sexualidad se piensa meramente con fines reproductivos.

Tabla 1.

*Marco Jurídico Internacional, Nacional y Local de los Derechos Sexuales y Reproductivos*

Marco Jurídico Internacional	
La Declaración Universal de los Derechos Humanos	En su artículo 7 se reconoce la igualdad de las personas ante la ley y en el 25, se reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la

---

alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

---

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijing

Su plataforma de acción señala que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir libremente sobre ello, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia (Naciones Unidas, 1996).

---

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Es un tratado internacional, firmado por México, que reconoce expresamente la discriminación de la mujer por el hecho de serlo (Sistema de Naciones Unidas de Panamá, 2010).

---

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la

Convención, firmada por México, que reconoce e identifica la violencia que

---

---

Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará”

sufren las mujeres y cómo es que el abuso y el maltrato contra ellas es el resultado de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres (Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), 2013).

---

Principios de Yogyakarta

Reconocen la importancia de tomar en cuenta la orientación sexual y la identidad de género en la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos. Además, impulsan a los Estados a desarrollar políticas públicas que incluyan esta perspectiva, así como a aprobar leyes que reconozcan la discriminación y eliminen leyes que criminalicen a estas poblaciones.

---

Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo

El Consenso de Montevideo incluye más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994. Dentro de esos 8 temas, encontramos: Derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; Acceso universal a los servicios de salud sexual

---

---

	y reproductiva; y la Igualdad de género (Naciones Unidas, Cepal, 2013).
--	---

---

Declaración sobre Orientación Sexual e Identidad de Género de las Naciones Unidas	Condena la violencia, el acoso, la discriminación, la exclusión, la estigmatización y el prejuicio basado en la orientación sexual y la identidad de género (Naciones Unidas, 2018).
---	--

---

Objetivos del Desarrollo Sostenible	Los Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático, entre otras cosas. En estos objetivos encontramos el 3º, que hace referencia al acceso a la salud y el bienestar, 5º, igualdad de género y 10º, la reducción de las desigualdades (PNUD, 2015).
-------------------------------------	--

---

Marco Jurídico Nacional	
-------------------------	--

---

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	En el artículo 1º se establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos y se prohíbe la discriminación por distintas razones, entre ellas, género, sexo, preferencia
---	--

---

---

	sexual, o cualquier otra. Y en su artículo 4° se establece la igualdad ante la ley entre hombres y mujeres, el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de hijos e hijas y reconoce el derecho a la protección de la salud.
Ley General de Salud	Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona.
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	Tiene por objeto regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, proponer los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la Nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo.
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	Tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, la Ciudad de México y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y

---

---

	modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezcan su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	Tiene como objeto prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona dentro del país.
La Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos	Identifica 14 derechos contemplados en la normatividad, que garantizan que las personas puedan vivir y disfrutar su sexualidad plenamente y, por lo tanto, tengan una mejor calidad de vida, dentro de estos me gustaría recalcar: 4°, derecho a decidir de manera autónoma con quién o quiénes relacionarse afectiva, erótica y socialmente; 7°, decidir de manera libre e informada sobre tu vida reproductiva; 9°, derecho a vivir libre de todo tipo de discriminación; 10°, la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad para tomar decisiones libres sobre tu vida; 12°, contar con servicios de salud sexual y reproductiva que sean amigables para adolescentes y jóvenes; y 13°, derecho

---

	a la identidad sexual (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016).
NOM 005-SSA2. Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar	Entre otras cosas, establece que durante las consejerías, a las personas se les debe hablar sobre los factores reproductivos a los cuales pueden exponerse a lo largo de su vida (Secretaría de Salud, 1993).
NOM 039-SSA2. Norma Oficial Mexicana Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual	Establece que el prestador del servicio, en el apartado de consejería, tiene que dar a conocer las vías y mecanismos de transmisión de ITS, así como sus medidas de prevención (Secretaría de Salud, 2014).
NOM 046-SSA2. Norma Oficial Mexicana. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención	Si bien es una norma que aborda la violencia hacia las mujeres, esta no es limitativa a lesbianas y mujeres bisexuales (Secretaría de Salud, 2009).
Marco Jurídico Local	
Constitución Política de la Ciudad de México	En donde en el artículo 6 reconoce el derecho a la identidad, derechos sexuales y reproductivos y en el artículo

---

11, los derechos de los jóvenes LGBTTTI.

---

Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación	Busca establecer los principios y criterios que orienten las políticas públicas para reconocer, promover y proteger el derecho a la igualdad y a la no discriminación, así como instaurar la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, eliminar y sancionar la discriminación.
--	--

---

Tabla que sintetiza y explica los documentos legales que respaldan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Autoría propia.

---

Cabe mencionar que los marcos jurídicos en materia de Derechos Humanos no son limitativos a ningún tipo de mujer, persona, orientación sexual, etc., sin embargo, en la práctica y al momento de su interpretación y traducción en la implementación de políticas públicas, reducen su acceso sólo a ciertas poblaciones, con características específicas.

En el caso de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres no somos vistas como sujetos de sexualidad, si acaso nuestra existencia sexual se concreta en relación con la reproducción y la maternidad, o como objetos de placer de los otros (hombres). Por tanto, la sexualidad entre mujeres, es decir, lésbica o bisexual, quedará fuera de la prevención, acceso y garantía de sus derechos.

Interpretar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y, en general, de los Derechos Humanos, bajo una lógica heterosexual, obstaculiza el acceso pleno de todas

las personas. En el caso de esta investigación, las lesbianas y mujeres bisexuales no están contempladas en los programas, normas, leyes de prevención de embarazo, puesto que, el embarazo sólo se concibe bajo ciertas normas de ejercicio de la sexualidad, es decir, se embarazan las mujeres que se relacionan sexualmente (por decisión) con hombres, las que se autonombran como heterosexuales, perdiendo de vista la diversidad de vivencias que tienen las mujeres al ejercer su sexualidad.

De nada nos sirve un marco jurídico internacional, nacional y local tan amplio, si las personas encargadas de su interpretación son incapaces de reconocer y visibilizar las múltiples formas de vivir la sexualidad y la variedad de circunstancias que pueden llevar a una mujer a estar embarazada.

## **2.2. Violencia y negación de la existencia**

La comprensión e incomprensión de ciertos grupos derivan de la jerarquización sexual, e inciden en el acceso a los derechos, las violencias aparecen y se ejercen como obstáculos recurrentes en la vida de las mujeres, por lo que no hay un ejercicio de una ciudadanía sexual (Navarro Corona, 2016).

En medida en que las sociedades occidentales modernas evalúan los actos sexuales, según un sistema jerárquico de valor sexual, las personas pueden acceder o no a los Derechos. En la cima de la pirámide erótica están los heterosexuales reproductores casados. Justo debajo están los heterosexuales monógamos no casados y agrupados en parejas, seguidos de la mayor parte de los demás heterosexuales. El autoerotismo flota ambiguamente. Las parejas estables de lesbianas y gays están en el borde de la respetabilidad, pero los homosexuales y lesbianas promiscuos revolotean justo por encima de los grupos situados en el fondo mismo de la pirámide. Las castas sexuales más despreciadas incluyen normalmente a los transexuales, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabajadores y trabajadoras sexuales y quienes trabajan como modelos en la pornografía y la más baja de todas, aquellos cuyo erotismo transgrede las fronteras generacionales (Rubín, 1989).

Las personas cuya conducta figura en lo alto de esa jerarquía se ven recompensados con el reconocimiento de salud mental, respetabilidad, legalidad, movilidad física y social, apoyo institucional y beneficios materiales. A medida que descendemos en la escala de conductas sexuales, quienes las practican se ven sujetos a la presunción de enfermedad mental, a la ausencia de respetabilidad, criminalidad, restricciones a su movilidad física y social, pérdida del apoyo institucional y sanciones económicas (Rubín, 1989).

Dicho de otro modo, existen sexualidades “buenas” y “malas”, las buenas son las aceptadas, las reconocidas, las “normales”, es decir, los heterosexuales, casados, monógamos; y las malas son aquellas patologizadas, las “anormales”, pecaminosas, por ejemplo, travestis, transexuales, fetichistas, sadomasoquistas, trabajadoras sexuales, etc. Como vemos en la Figura 1, Rubín (1989) nos explica que existe una necesidad de trazar y mantener una frontera imaginaria entre el sexo bueno y el malo. Y son los discursos médicos, psiquiátricos, religiosos, populares y/o políticos los que delimitan y clasifican a través de una “frontera”, la sexualidad segura, saludable, madura, santa, legal, de la sexualidad peligrosa, psicopatológica, políticamente condenable u obra del diablo. La discusión, por tanto, gira alrededor de dónde trazar la línea divisoria y determinar a qué otras actividades se les podría permitir cruzar la frontera de la aceptabilidad.

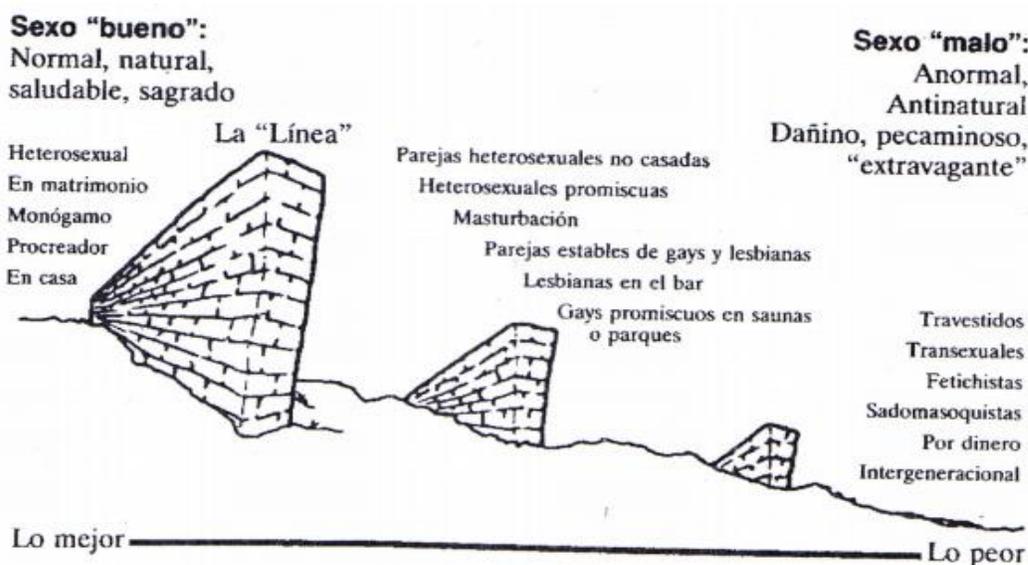


Figura 1: La figura ilustra como Gayle define la jerarquía sexual. Fuente: Rubín (1989, p. 20).

Incluso Foucault (2011) expresa que el poder sobre la vida, el “hacer vivir” o “arrojar a la muerte”, se basa en esta jerarquización, lo cual permite al Estado controlar los nacimientos, la mortalidad, esperanza de vida, nivel de salud, además de los factores de segregación y jerarquización social. Salvaguardando los cuerpos que favorecerán al sistema, es decir a los hombres y su capacidad reproductiva a costa de las mujeres.

Cabe mencionar que las mujeres no somos vistas como un sujeto de sexualidad, lo único que se relaciona a ello es nuestra capacidad reproductiva y la maternidad amparando la reputación y validez, en contraparte, existe otro tipo de mujer, a la que se ha otorgado cualidades de seducción y erotismo, que aparentemente las coloca como sujetos de sexualidad, pero que ciertamente son vividas como objetos desechables de placer para los hombres. Esto nos lleva a que la jerarquización de la sexualidad, además de establecer la heteronormatividad, posiciona a hombres y mujeres en lugares y lecturas distintas. Coloca a lesbianas y mujeres bisexuales en una posición jerárquica más baja, ya que rompen con la norma establecida tanto por la condición de género, como por la heteronormatividad (Navarro Corona Claudia, 2016).

Para Claudia Navarro Corona (2016), doctora de la Facultad de Psicología de la UNAM, la etnia, el color de piel, la edad, la ubicación geográfica, la religión, la posición económica, la escolaridad, son ejes de opresión o privilegio que complejizan lo que se entiende como una sexualidad buena y mala; siendo estos, ejes de opresión y privilegio que inciden en la experiencia sexual, el acceso a los significados, así como a condiciones materiales y a derechos. Por lo tanto, al hablar de la ciudadanía sexual, es indispensable que se tome en cuenta el cruce entre la condición de género-heteronormativa y esos marcadores sociales.

Esta polaridad existente entre la sexualidad buena y la mala incide en el reconocimiento y el acceso de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. No es de sorprenderse, incluso cuando se trata de generar leyes o políticas públicas, que esté basado en esta jerarquía que justifica cuál debe ser la población atendida.

Sumado a ello, Butler en su libro *Cuerpos que importan* (2002), expresa que, en este sistema, hay cuerpos que son importantes y otros que no lo son, basando esta importancia en la producción del sistema capitalista, y colocando a las mujeres en una posición de no importancia, ya que su producción es invisible, siendo los cuerpos masculinos, principalmente los heterosexuales, los que importan. Sumado a esta jerarquía y la importancia de los cuerpos, vemos también que vivimos en una sociedad con pensamiento heterosexual, es decir, que todo se piensa y se dice a partir de esto, y son discursos, según Monique Wittig, que:

“Nos oprimen muy en particular a las lesbianas, mujeres y a los hombres homosexuales, ya que da por sentado que lo que funda la sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad. Estos discursos hablan de nosotras y pretenden decir la verdad en un espacio apolítico, como si todo ello pudiera escapar de lo político en este momento de la historia, y como si en aquello que nos concierne pudiera haber signos políticamente insignificantes. Estos discursos de heterosexualidad nos oprimen en la medida en que nos niegan toda posibilidad de hablar si no es en sus propios términos y todo aquello que los pone en cuestión es enseguida considerado como primario” (p. 49).

### **2.3. Lesbofobia y bifobia**

Si bien los derechos sexuales y reproductivos se han posicionado paulatinamente para su reconocimiento, Amachástegui y Rivas (2004) expresan que la homofobia y el sexismo no han permitido que se reconozcan ampliamente los derechos de lesbianas y mujeres bisexuales.

La lesbofobia y bifobia han sido elementos clave para obstaculizar el reconocimiento de derechos sexuales y los derechos reproductivos de este sector social. Cabe mencionar que este trabajo está posicionado desde estas dos palabras y no desde el término homofobia, como muchas veces se hace para englobar la violencia y discriminación que viven las personas LGBT. Es importante que se nombre desde este

lugar porque, como se destacó anteriormente, las lesbianas y mujeres bisexuales han sido sistemáticamente invisibilizadas, lo que no se nombra, no existe. Continuar con esta invisibilización es cometer un acto de lesbofobia y bifobia, que niega e ignora la realidad de miles de lesbianas y bisexuales.

Para el Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación (CONAPRED, 2016, p.13) la bifobia es:

Rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios y estigmas hacia las personas bisexuales o que parecen serlo. Puede derivar en otras formas de violencia como los crímenes de odio por bifobia, aun cuando cabe aclarar que ese hecho delictivo todavía no se encuentra legalmente tipificado. Supone, además, que todas las personas deben limitar su atracción afectiva y sexual a las mujeres o a los hombres exclusivamente, esto es, a uno solo de los géneros, y si no lo hacen así se les considera “en transición”, como inestables o indecisas.

Y la lesbofobia es definida como:

Rechazo, discriminación, invisibilización, burlas y otras formas de violencia basadas en prejuicios, estereotipos y estigmas hacia las mujeres lesbianas o que son percibidas como tales, hacia sus identidades sexuales o hacia las prácticas sociales identificadas como lésbicas. Puede derivar en otras formas de violencia como el crimen de odio por su orientación sexual. A los homicidios de mujeres lesbianas por su orientación sexual se les denomina lesbofemicidios, aun cuando no exista su tipificación jurídica. Se diferencia de la homofobia, pues las formas de violencia y opresión son muy específicas en función del componente de género, como en los casos de las “violaciones correctivas” a las mujeres lesbianas, generalmente practicadas por familiares y amistades de sus familias (CONAPRED, 2016, p.25).

No podemos seguir nombrando la violencia y discriminación que viven lesbianas y mujeres bisexuales como si fuera la misma que vive un hombre gay; las lesbianas enfrentan una doble discriminación: primero por su condición de mujeres frente a un modelo social patriarcal, y segundo, por mantener una orientación sexual no convencional cuyo fin último no es necesariamente la reproducción (Platero, 2002). Es decir, la construcción del estigma se da en la intersección de dos ejes: el género y la sexualidad (Alfarache Lorenzo, 2010).

Las lesbianas sufren toda la gama de abusos, en muchos países, la homosexualidad sigue siendo ilegal, la criminalización de los actos homosexuales no sólo significa que las lesbianas corren un riesgo constante de ser procesadas, sino también que sus derechos legales se ven indirectamente afectados. Por ejemplo: en Irán, el lesbianismo puede castigarse con la pena de muerte. Cualquier mujer declarada culpable cuatro veces de Mosahegeh (lesbianismo) puede ser condenada a una de las penas siguientes: ser partida por la mitad longitudinalmente, ser despeñada por un acantilado, o ser lapidada hasta la muerte. Una pena más leve es recibir 100 latigazos (Platero, 2002).

De acuerdo con la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA) en 2007, la discriminación y la violencia hacia las mujeres que se considera que son diferentes tienen lugar también en ambientes protegidos tales como la familia y el círculo de amistades. Las lesbianas son blanco específico de violaciones sexuales, a veces incluso organizadas por sus propias familias con el fin de “corregir” su orientación sexual o como una manera de castigarlas. A las mujeres se las obliga a menudo a casarse para ocultar su verdadera identidad sexual, o, peor aún, se considera que no tienen derecho a decidir sobre su sexualidad. En muchas partes del mundo, es todavía frecuente el matrimonio a la fuerza, a menudo con consecuencias trágicas para la salud de las mujeres.

Cabe recalcar que el núcleo de la lesbofobia es el sexismo, en el que se articulan el machismo, la misoginia y la homofobia; articulación que posiciona a las lesbianas fuera del espacio de los derechos ciudadanos fundamentales. Sexismo que está basado en el

androcentrismo<sup>9</sup>, y que además deviene de la consideración de la heterosexualidad como natural, superior y positiva (Alfarache, 2010).

Es importante incluso señalar, que esta lesbofobia y bifobia, no sólo es ejercida por personas heterosexuales, sino también por lesbianas y bisexuales, lo cual se ha denominado como lesbofobia y bifobia interiorizada o autodiscriminación, como lo nombra Espolea (s.f.)<sup>10</sup> en su documento *Intervención: lesbianas, derechos humanos y acceso a la salud*; es un mecanismo de auto-conservación que obliga a lesbianas a esconderse por el temor a ser estigmatizadas, y puede presentarse al no reconocerse como lesbianas o hacerlo de manera parcial en la mayor parte de los espacios sociales, sentir rechazo hacia la orientación sexual, permitir que se les trate a priori como heterosexuales en los servicios de salud, entre otros.

En el documento “La construcción cultural de la lesbofobia”, Alfarache Lorenzo (2010, p. 128 y 129), describe que la lesbofobia se construye a partir de:

a. Es un sistema dual, jerárquico y excluyente que implica:

- El establecimiento y reconocimiento positivo de únicamente dos géneros que se corresponden estrictamente con los dos sexos reconocidos.
- La separación rígida entre los hombres/lo masculino y las mujeres/lo femenino.
- La jerarquización de los dos géneros reconocidos que implica la supremacía de los hombres sobre las mujeres.
- Un erotismo construido para cada género que, normado rígidamente, establece lo permitido y lo prohibido para cada uno de ellos.

---

<sup>9</sup> Este “permite considerar valorativamente y apoyar socialmente que los hombres y lo masculino son superiores, mejores, más adecuados, más capaces y útiles que las mujeres” (Lagarde, 1996, p.17).

<sup>10</sup> Organización mexicana que busca empoderar a jóvenes en iniciativas que les permitan actuar como agentes de cambio y promover el respeto a los derechos humanos.

- La complementariedad que, planteada entre lo masculino y lo femenino, es, de hecho, la complementariedad de lo femenino a lo masculino a fines de la reproducción social.
- b. La jerarquización de las sexualidades, que conlleva:
- La distinción entre heterosexualidad y homosexualidad como prácticas sexuales excluyentes.
  - Acorde con la relación directa establecida entre dos sexos y dos géneros, se reconoce como positivo únicamente el deseo heterosexual; se establece que la heterosexualidad es la norma positiva, valorada y el resto de los comportamientos, formas de ser y existir son “desviaciones” a esa norma y las personas y grupos como “minorías”.

En ese mismo documento, Ángela Alfarache (2010) menciona que la lesbofobia está conformada por 4 elementos:

1. La no aceptación de lo diferente y su construcción como desigual, es decir, las lesbianas son diferentes y desiguales, tanto en términos de género (comparación con hombres y lo masculino) como en términos de sexualidad (la primicia de la heterosexualidad);

2. La deshumanización de las lesbianas como personas estigmatizadas, es decir, la desfeminización de las lesbianas. Ya que, al no cumplir con los dos mandatos claves para ser reconocidas como mujeres, la heterosexualidad y la maternidad, son consideradas menos mujeres; incluso si algunas mujeres deciden ejercer su maternidad, esta será considerada como aberrante, primero porque se considera que el lesbianismo de las madres influirá en las elección erótico-afectiva de las y los hijos, es decir, crecerán con una confusión identitaria; y, en segundo

lugar, porque se supone que niñas y niños sufrirán estigma social del lesbianismo de sus madres y el estigma de ser hija o hijo de lesbianas.

3. La exclusión. La marca del estigma implica la expulsión, separación de quienes lo portan. Las lesbianas pueden ser excluidas en todas las áreas de la vida social (escuela, trabajo, sistemas de salud, legislación, medios de comunicación, etc.).

4. La violencia, que, al estar atiborrada de machismo, la misoginia y la lesbofobia ponen en peligro la vida de las lesbianas, por ejemplo, en la Encuesta de Discriminación que realizó COPRED en 2017, las lesbianas ocupan el 10° lugar en una lista de 41 grupos en situación de discriminación y en el informe de Letra S sobre crímenes de odio en México entre 2013 y 2017, se reporta que fueron 3 mujeres lesbianas las asesinadas.<sup>11</sup>

Un ejemplo claro de cómo viven la lesbofobia y bifobia las mujeres en México, es a través de los ECOSIG<sup>12</sup>, las antes mal llamadas terapias de conversión o reparativas; son prácticas religiosas, médicas, psicológicas, y/o psiquiátricas, que tienen como finalidad, cambiar la orientación sexual de una persona que no es heterosexual. Actualmente, la homosexualidad ya no es considerada una enfermedad o trastorno mental para las organizaciones mundiales de salud, por lo tanto, no es algo que tenga cura porque no es un padecimiento. Aun así, existen testimonios de personas que creen firmemente en la posibilidad de tener el tratamiento idóneo para “corregir” un comportamiento no heterosexual.

En el documento realizado por UNODC, COPRED, UNAM y YAAJ (2019), *Nada que curar*, en conjunto con diversos especialistas en salud mental y defensoría de Derechos

---

<sup>11</sup> Número que deja a la reflexión, ya que, como he venido abordando durante el trabajo, la invisibilización de las lesbianas y mujeres bisexuales es grande, y en el caso de asesinatos, la revelación de la orientación sexual de la víctima queda en manos de las familias.

<sup>12</sup> Esfuerzos para corregir la orientación sexual o identidad de género

Humanos de la población LGBTI, mencionan que cuando una persona LGBTI sale del clóset, puede ser obligada o presionada a acudir a servicios de salud mental o espiritual para “corregir” su orientación o identidad. Para los y las menores de edad, esta situación tiene mayor impacto, sobre todo, porque ellos y ellas, son en su mayoría dependientes legales de sus familias. Asimismo, se ha descubierto que las personas jóvenes y adolescentes salen del clóset cada vez más a temprana edad (13.4 años pueden ya identificarse como gays o lesbianas), y son las familias (madres, padres, hermanos, etc.) quienes juegan un primer filtro para que la o el adolescente llegue o no a un ECOSIG<sup>13</sup>.

En *Nada que curar*, además de sustentar que las ECOSIG son graves violaciones a Derechos Humanos, también identifican que estos pueden presentarse de diversas formas, por ejemplo: coerción y falta de consentimiento, es decir, asisten a estos lugares presionados u obligados; privación ilegal de la libertad, por las características de estos lugares una vez que se ingresa al procedimiento, la persona ya no tiene decisión sobre seguir o quedarse; con violencia verbal y amenazas, uso forzado de medicamentos; violaciones sexuales, las cuales, tienen un impacto diferente acorde al género. A los hombres se les suele llevar a tener relaciones sexuales con una trabajadora sexual, y a las mujeres, cuando se sospecha que son lesbianas, se les obliga a estar con hombres que las violan para “corregir” su orientación; también están las terapias de aversión, electroshocks y exorcismos.

Finalmente, es importante señalar que los ECOSIG pueden ser ejercidos por padres, madres, tíos, sacerdotes, médicos y médicas, profesionales de la salud mental, etc., es decir, por cualquier persona que someta a alguna práctica a otra persona, con el fin de “curar” o “corregir” su orientación sexual o identidad de género. Si la persona que ejerce los ECOSIG es además un servidor o servidora pública, su acto podría ser considerado también como tortura.

---

<sup>13</sup> Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género

### **CAPÍTULO 3. PANORAMA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES**

La sexualidad en nuestra sociedad siempre se ha planteado, no sólo desde un enfoque andro y adultocentrista, sino también, heterosexual. Por ello, cuando se trata de algún tema sobre salud sexual y reproductiva, se deja fuera a las poblaciones no heterosexuales. El embarazo adolescente no es la excepción; cuando se pone en la mesa este problema de salud pública, nos remonta a pensar que se trata de mujeres adolescentes heterosexuales, es decir, que se relacionan sexualmente con hombres, partiendo incluso del prejuicio de que ella se embarazó porque fue irresponsable y no se cuidó, o peor aún, que fue a través de una práctica sexual consensuada. Esto hace que se pierda de vista toda la gama de posibilidades y factores socioculturales que están girando en torno a la situación.

A continuación, describo un panorama general acerca de la situación actual del embarazo adolescente en México, tanto con cifras, como con causales documentadas, para así señalar aquellas situaciones en que las lesbianas y mujeres bisexuales, enfrentan el riesgo de un embarazo no deseado.

#### **3.1. Las mujeres y su salud en México. Panorama general**

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015<sup>14</sup> (INEGI, 2017), en México hay 61.4 millones de mujeres, que representan más de la mitad de la población nacional (51.4%); en términos proporcionales, la relación por sexo es de 94.4 hombres por cada 100 mujeres. Los estados que cuentan con una mayor presencia relativa de mujeres son la Ciudad de México, con una relación de 90.3 hombres por cada 100 mujeres, Oaxaca de 90.8 y Puebla, con una relación de 91.3. En tanto los estados de Baja California Sur (101.8%) Quintana Roo (100.2%) y Baja California (99.1%), son las entidades donde la

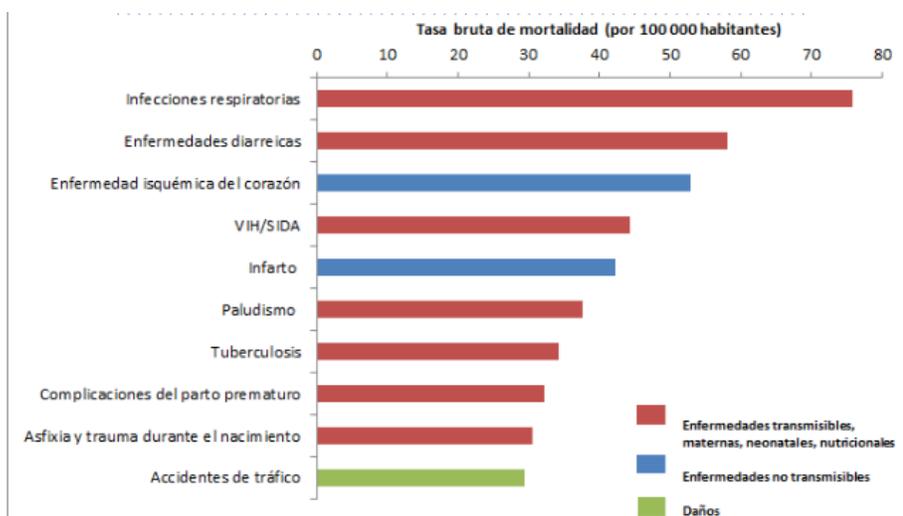
---

<sup>14</sup> Encuesta que realiza el INEGI a nivel nacional para actualizar la información sobre el volumen, composición y distribución de la población residente en el territorio nacional, y renueva diversos indicadores socioeconómicos y culturales, así como las condiciones prevalecientes en sus viviendas.

presencia relativa de mujeres y hombres es casi igual dentro de su estructura poblacional. En el año 2018, según el tabulador online de INEGI sobre las defunciones generales registradas por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida, periodo y sexo, de las 722 611 defunciones registradas, 43.5% fueron mujeres, mientras que el 56.47% eran hombres.

En el informe realizado por INEGI (2018) “Características de las defunciones registradas en México durante 2017” la mayoría de las defunciones de mujeres registradas durante 2017 se concentró en edades adultas de 65 y más años: 198 691; 79 875 mujeres entre los 35 y 64 años; 7 617 mujeres jóvenes de entre 25 y 34 años; 5 700 adolescentes y jóvenes de 25 y 24 años y 16 061 en población infantil entre 0 y 14 años. Teniendo como principales causas de muerte, en primer lugar, enfermedades del corazón: 75 256 hombres y 66 337 mujeres, seguido de la diabetes mellitus: 54 216 mujeres y 52 309 hombres; y los tumores malignos, la tercera principal causa de muerte: 43 053 en mujeres y 41 088 en hombres.

Como se observa en la figura 2, a nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) en su documento “Las 10 principales causas de defunción”, aproximadamente la mitad de las muertes registradas en 2016 en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades del grupo I, que abarcan las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales, es decir, a temas de salud sexual y salud reproductiva.



*Figura 2: 10 principales causas de muerte en los países de ingreso bajo en 2016. Fuente: OMS (2018).*

En México, durante 2018, la Secretaría de Salud reportó en el documento “Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad” dentro de su anuario de morbilidad, que dentro de las principales 20 causas de enfermedad en las mujeres se encuentra la vulvovaginitis (659 569) y la candidiasis urogenital (168 448).

Hasta noviembre de 2019, CENSIDA (2019) reportó en su documento “Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 11 de noviembre del 2019” que se tenían registrados 8,757 casos de personas notificadas que continúan como seropositivos a VIH, de los cuales, 2517 casos eran jóvenes (entre 15 y 24 años) y de estos 363 eran mujeres, siendo la vía sexual la principal causa de transmisión. Con respecto a otras Infecciones de Transmisión Sexual, en 2018 la Secretaría de Salud (2018), en su reporte “Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad”, dentro del anuario de morbilidad, registró 2 223 casos de mujeres con sífilis, 1 793 con gonorrea, y 2 998 con herpes genital.

En relación con el Virus del Papiloma Humano (VPH), en 2017 el anuario de morbilidad de la Secretaría de Salud (2017) reportó 27,610 nuevos casos, de estos 95.9% fueron mujeres (26,491). En este mismo año la tasa de incidencia de casos nuevos de VPH es de 1.86 por cada 100 mil hombres y la femenina es de 41.86 por cada 100 mil mujeres. El grupo de edad con mayor afectación de nuevos casos de Virus del Papiloma Humano fue el de 25 a 44 años, a razón de casi 25 mujeres por cada hombre. Para 2018, en el anuario de morbilidad de la Secretaría de Salud (2018) se registraron 21 883 casos, de los cuales 2 458 estaban entre los 15 y 24 años.

En el informe de “Información Estadística. Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino” realizado por la Secretaría de Salud (2015) se menciona que el cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres.

En México, también a partir del año 2006, el cáncer de mama desplazó al cérvico uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres (Secretaría de Salud, 2015). De las 6 854 defunciones registradas por cáncer de mama en 2017, tres grupos de edad concentran el mayor número de muertes, el de 65 y más años con 2 410 casos (35.2%), el de 55 a 64 años con 1 753 casos (25.6%) y el de 45 a 54 con 1 638 casos (23.9%) (INEGI, 2018).

Cabe resaltar que en todos estos datos no se hace una desagregación por orientación sexual. Estos datos parecen sugerir que todas las mujeres son iguales y se encuentran en los mismos contextos socioculturales, que la única diferencia radica en la cuestión etaria, dejando de lado todas las interseccionalidades que existen y que giran en torno a la vida de las mujeres, como lo son la orientación sexual.

Sin embargo, en el caso de las mujeres lesbianas la incidencia del cáncer de mama, es dos veces más frecuente que en mujeres heterosexuales, Espolea (s.f.) destaca 3 factores principales que incrementan el riesgo: 1) consumo más permisivo de alcohol, tabaco y/o drogas 2) mayor masa corporal que deriva en problemas cardiovasculares 3) No embarazo o embarazo tardío, lo que inhibe la liberación de hormonas cuyo efecto se considera preventivo frente al cáncer.

En cuanto al cáncer cervicouterino, la incidencia es también mayor con respecto a las mujeres heterosexuales. Inspira cambio, A.C.<sup>15</sup> (2015) en el “Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers de México 2015” menciona que los factores que aquí intervienen son: 1) presencia del VPH, transmisible de mujer a mujer por la vía sexual y 2) la no realización

---

<sup>15</sup> Informe realizado por Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Inspira Cambio A.C., Programa Compañeros A.C. y Reacciona México RMX en 2015, describe la situación actual de las personas LGBTIQ de la República Mexicana, en torno a las temáticas de salud, violencia y discriminación, legislación, educación, participación política y empleo.

de exámenes ginecológicos de rutina, lo que retrasa muchas veces el diagnóstico oportuno.

En una investigación realizada por el Clóset de Sor Juana A.C.<sup>16</sup>(2018), sobre las determinantes sociales que impactan el ejercicio del derecho a la salud de lesbianas y bisexuales, el 48% mencionó nunca acudir a servicios ginecológicos y el 56% nunca haberse realizado un Papanicolaou. En el mismo estudio revelan que el 57.3% ha padecido alguna infección vaginal y el 5.56% VPH.

Cuando se trata de VIH/SIDA, las lesbianas se encuentran en una doble situación de riesgo en tanto que no constituyen una categoría reconocida digna de esfuerzos de prevención. Así, mientras la casi totalidad de las campañas de prevención dirigidas a mujeres se dirige a las heterosexuales, constatamos que los pocos esfuerzos de segmentación se realizan sólo entre usuarias de drogas inyectables y trabajadoras sexuales. Así, las lesbianas que fueron o son usuarias de drogas, que estuvieron o están casadas, que se han practicado inseminación artificial con espermatozoides no controlados o que tienen relaciones sexuales con varones, especialmente aquellas que las tienen con hombres homosexuales o bisexuales, jamás son registradas como una categoría especial frente al riesgo de adquirir VIH (Espolea, s.f.)

### **3.2. Embarazo adolescente**

El embarazo adolescente se ha vuelto un problema de salud pública, no sólo en México sino a nivel mundial, es un tema prioritario porque afecta la salud de las y los adolescentes y jóvenes y la de sus hijas e hijos. Según datos de la UNICEF (2014), América Latina y el Caribe es considerada la región con la mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo, solamente siendo superada por África Subsahariana. Un tercio de los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años, siendo casi el 20% de ellas

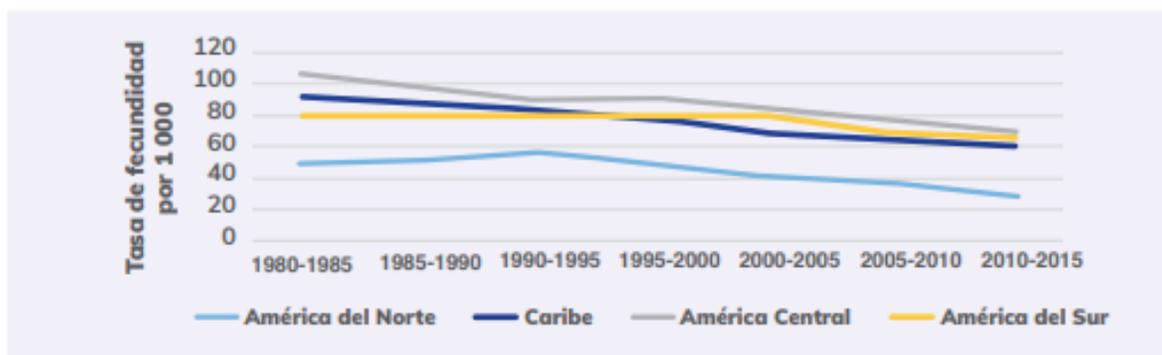
---

<sup>16</sup> Es una asociación civil lésbico feminista dedicada a la defensa y promoción de los derechos humanos de las mujeres lesbianas, bisexuales y trans en la Ciudad de México.

menores de 15 años. A su vez, las proyecciones para décadas posteriores al año 2020 señalan que América Latina y el Caribe alcanzarían las mayores tasas de fertilidad juvenil en todo el mundo.

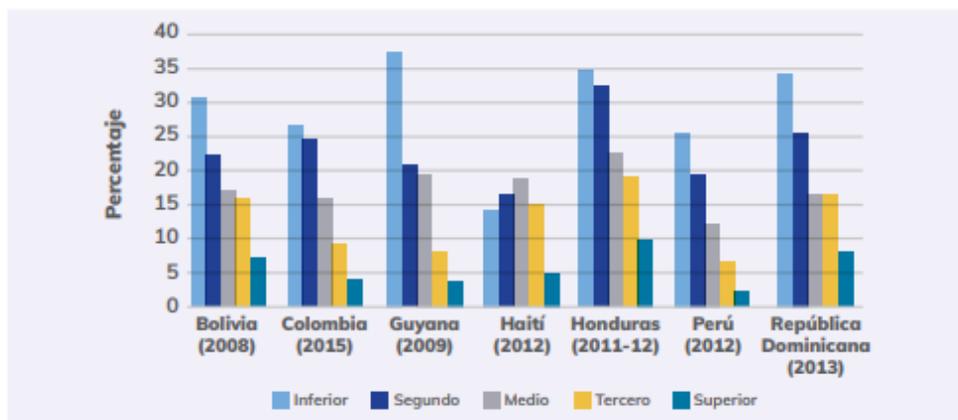
Según un informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el 2018, la región de América Latina y el Caribe (ALC) tenía la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, de 66,5 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015, frente a un tasa mundial de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en ese grupo etario. Es decir, el 15% de todos los embarazos registrados en América Latina y el Caribe se producen en menores de 20 años.

Los datos de la figura 3 ponen de manifiesto importantes niveles de desigualdad entre las distintas subregiones y países de la Región.

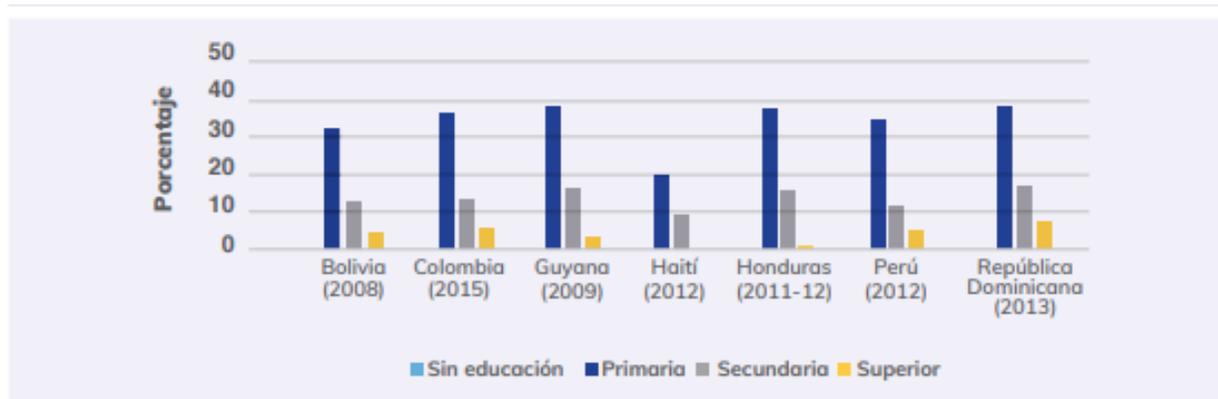


*Figura 3.* Evolución temporal de las tasas de fecundidad en adolescentes en Región de las Américas, por subregión, 1980-2015. Fuente: OPS, OMS, UNFPA y UNICEF (2018, p. 22).

Según datos de este mismo informe, la tasa de fecundidad en adolescentes implica cuatro variables importantes: el nivel de riqueza del país, nivel educativo del o la adolescente, si pertenece a una zona rural o urbana, así como si es de origen indígena (Figuras 4, 5 y 6).



*Figura 4.* Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han empezado un proceso reproductivo, por quintil de riqueza, en países escogidos de América Latina y el Caribe, 2008-2015  
Fuente: OPS, OMS, UNFPA y UNICEF (2018, p. 23)



*Figura 5.* Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han empezado el proceso reproductivo, por nivel educativo, en países escogidos de América Latina y el Caribe, 2008-2015. Fuente: OPS, OMS, UNFPA y UNICEF (2018, p. 22).

País (año del censo)	Grupo de edad (años)	PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES					
		Indígenas			No indígenas		
		Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Brasil (2010)	15-17	10,6	22,9	<b>18,7</b>	6,4	8,6	<b>6,8</b>
	18-19	26,8	46,9	<b>39,4</b>	18,2	26,6	<b>19,5</b>
	15-19	17,0	31,6	<b>26,4</b>	11,1	15,2	<b>11,8</b>
Costa Rica (2011)	15-17	8,5	20,3	<b>17,0</b>	5,3	6,7	<b>5,7</b>
	18-19	23,6	42,1	<b>36,1</b>	17,0	22,2	<b>18,4</b>
	15-19	15,2	28,7	<b>24,7</b>	10,0	12,6	<b>10,8</b>
Ecuador (2010)	15-17	9,0	9,6	<b>9,5</b>	8,3	11,9	<b>9,6</b>
	18-19	28,9	34,2	<b>32,9</b>	25,2	34,1	<b>28,1</b>
	15-19	17,4	18,5	<b>18,3</b>	15,0	20,3	<b>16,8</b>
México (2010)	15-17	6,3	7,4	<b>6,9</b>	5,7	7,1	<b>6,0</b>
	18-19	23,4	27,4	<b>25,3</b>	20,6	25,8	<b>21,6</b>
	15-19	13,2	14,8	<b>14,0</b>	11,6	14,2	<b>12,2</b>
Panamá (2010)	15-17	16,9	20,5	<b>19,6</b>	5,7	8,9	<b>6,7</b>
	18-19	38,8	54,2	<b>49,7</b>	19,1	28,6	<b>21,7</b>
	15-19	26,0	32,4	<b>30,7</b>	11,3	16,2	<b>12,7</b>
Uruguay (2010)	15-17	6,0	4,1	<b>6,0</b>	4,6	4,9	<b>4,6</b>
	18-19	20,2	25,8	<b>20,4</b>	16,9	21,9	<b>17,1</b>
	15-19	11,6	12,5	<b>11,6</b>	9,3	11,3	<b>9,4</b>

*Figura 6.* Porcentaje de madres adolescentes por grupo etario, tipo de residencia (rural o urbana) y origen (indígena o no) en algunos países seleccionados en América Latina y el Caribe, 2010-2011. Fuente: OPS, OMS, UNFPA y UNICEF (2018, p. 24).

Según la OMS (2014), alrededor de 16 millones de niñas y adolescentes de entre 15 y 19 años tienen un hijo o hija, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurre en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión.

Para el Banco Mundial<sup>17</sup>, América Latina y el Caribe presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe son la única región donde los partos de mujeres menores de 15 años aumentaron han ido en aumento (UNICEF 2013). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) agrega que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial (UNICEF 2011).

Al interior de la región, Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010, con más de 100 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años, mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada mil mujeres en el mismo rango etario (Azevedo, Favara, Haddock, 2012). Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)<sup>18</sup> 2018, México se encuentra en una posición intermedia en relación con estos países, con 70.6 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.

En México, según la ENADID de 2018, se estima que el 18.2 % de la población total se encuentra entre los 10 y los 19 años, la cual tiene una tasa de fecundidad (el grupo de 15 a 19) del 70.6. El mismo disminuyó desde el 2014, cuando se encontraba en el 77.0 (figura 7). Su pertenencia a una zona rural o urbana también es un dato importante, ya

---

<sup>17</sup> Azevedo, Favara, Haddock, (2012) *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>

<sup>18</sup> La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica es una encuesta realizada por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, tiene por objetivo proporcionar información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional), aunados a temas relacionados como preferencias reproductivas, sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, nupcialidad y salud materno infantil, entre otros temas referidos a la población, los hogares y las viviendas.

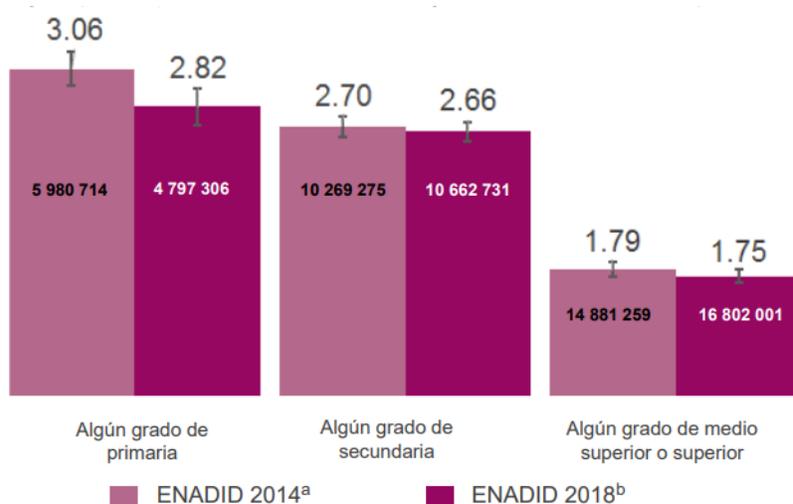
que la tasa global de fecundidad en las localidades rurales es de 2.51 hijas/os por mujer, mientras que en las localidades urbanas es de 1.94 hijas/os por cada mujer.

Grupo quinquenales	2009 <sup>a</sup>	2014 <sup>b</sup>	2018 <sup>c</sup>
15 a 19	69.2	77.0	70.6
20 a 24	129.4	126.0	118.2
25 a 29	116.4	113.1	108.8
30 a 34	83.6	77.2	72.4
35 a 39	41.2	38.1	34.4
40 a 44	9.8	10.0	9.0
45 a 49	1.1	0.6	0.6

*Figura 7.* Tasas específicas de fecundidad, 2009, 2014 y 2018. Hijos por cada 1 000 mujeres.

Fuente: ENADID (2018).

Como se puede observar en la Figura 8, la tasa global de fecundidad en las mujeres con algún grado de primaria es de 2.82 hijas o hijos por mujer, mientras que en las mujeres con algún grado de medio superior y superior es de 1.75 hijas/os por mujer.



*Figura 8.* Tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad, 2014 y 2018. Hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva. Fuente: ENADID (2018).

A nivel nacional, la edad mediana al inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años; el 59.4% reportó no haber utilizado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, mencionando como principal razón el que no tenían planeado tener relaciones sexuales (28.4%) (ENADID 2018).

En la consulta de Tendencias Juveniles realizada por el Instituto de la Juventud, CDMX (INJUVE) del 2013, el 28.1% de la juventud encuestada había iniciado su vida sexual entre los 12 y 19 años, y el 18.28% de las personas jóvenes que respondieron la encuesta han vivido un embarazo no planificado.

El embarazo adolescente, además de ser considerado como un problema de salud pública, según la ENAPEA<sup>19</sup> (2016), también se retoma como un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; asimismo, es un problema económico porque posibilita la mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano sustentable y es también un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Reducir el embarazo en adolescentes es una de las principales metas de la ENAPEA. Para ello, se plantea disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030, es decir, alcanzar una tasa de 32.9% nacimientos en el grupo de edad referida.

En las pocas investigaciones que existen sobre embarazo adolescente en lesbianas y mujeres bisexuales, se encontró un estudio realizado por Linda Bearinger, Robert Blum, Michael Resnick y Elizabeth Saewyc, "Sexual Intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Women: Does Sexual Orientation Make a Difference?" (1999), el cual arrojó los siguientes datos: de una muestra de 3,816 jóvenes, se identificaron a 182 personas bisexuales y lesbianas, otras 1,753 personas se identificaron en duda y 1,881 se

---

<sup>19</sup> Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo

identificaron como heterosexuales. El análisis de los datos arrojó que las adolescentes lesbianas y bisexuales están en un alto riesgo de embarazos no deseados y repetidos, así como el término del embarazo de forma adversa (aborto espontáneo, bebés muertos, etc.) y prácticas pobres de anticoncepción. La mayoría de las lesbianas adultas ha tenido prácticas sexuales heterosexuales en algún momento de su vida y por lo menos el 30% de ellas ha estado embarazada. En general, las adolescentes lesbianas y bisexuales reportaron casi la misma cantidad de actividad sexual (33%) que sus contrapartes heterosexuales (29%) pero tuvieron una prevalencia de 22% de embarazos contra 12% del grupo de heterosexuales. Se reportó que el grupo de lesbianas y bisexuales tuvo 12% de embarazos, mientras que el grupo de heterosexuales tuvo 5-6% de embarazos.

En el mismo estudio, también se reporta que tenían más probabilidades de informar antecedentes de abuso físico (19%) que las adolescentes heterosexuales e inseguras de su orientación sexual (11-12%), la diferencia es estadísticamente significativa. También fueron significativamente más propensos que los otros grupos a decir que habían sido abusados sexualmente (22% frente a 13-15%).

Un estudio publicado en 2016 que consistía en una revisión sistemática de trabajos publicados del 1 de enero de 2000 al 23 de junio de 2015, examinaba la asociación entre la identidad o el comportamiento de las mujeres lesbianas y bisexuales y su probabilidad de quedar embarazadas, ya fuera intencional o accidentalmente, o ser madres en comparación con las mujeres heterosexuales. Se reveló que la orientación sexual lésbica o bisexual no equivale a un deseo ni a un rechazo de la fertilidad y la maternidad. La mayoría de los estudios mostraron tasas más bajas de embarazos en mujeres lesbianas y bisexuales, aunque las tasas fueron más altas en adolescentes en comparación con las mujeres adolescentes heterosexuales (Hodson, Meads & Bewley, 2016).

Del mismo modo, otro estudio realizado en Estados Unidos, buscó examinar si la orientación sexual está asociada con las disparidades en el embarazo adolescente y el uso de anticoncepción hormonal entre mujeres adolescentes. Dentro de sus resultados obtuvo que los grupos de minorías sexuales (bisexuales, heterosexuales con parejas del

mismo sexo, homosexuales) en ambas cohortes tenían un mayor riesgo de embarazo adolescente, excepto las lesbianas, con riesgos relativos de hasta cinco veces (Charlton, Corliss, Missmer, Rosario, Spiegelman & Austin, 2013).

Es evidente que lesbianas y mujeres bisexuales no son consideradas como un grupo vulnerable a vivir un embarazo durante la adolescencia, es importante hacer un análisis más integral, que permita dar cuenta de las causas y factores que puedan llevarlas a esta situación.

### **3.3. Causas del embarazo adolescente**

La Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo (ENAPEA, 2016) coincide con las organizaciones internacionales (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas) que las principales brechas en la fecundidad adolescente se dan según el grado de escolaridad, condición de habla de lengua indígena y tamaño de la localidad de residencia. De acuerdo con lo anterior, existe mayor probabilidad de que una adolescente se embarace cuando su nivel académico es bajo (tener estudios de primaria completa o una menor escolaridad), pertenece a un grupo indígena y vive en una zona rural.

En el informe titulado “Los derechos de la infancia y la adolescencia” realizado por UNICEF México en 2018, se subraya que el embarazo adolescente no obedece a un solo tipo de comportamiento, ya que influyen factores como las relaciones asimétricas de género, las condiciones de desigualdad social y económica y la pertenencia étnica y ubicación geográfica, que ponen en una condición de especial desventaja a niñas y adolescentes. Se estima que una de cada dos adolescentes de entre 12 y 19 años que inicia su vida sexual, se embaraza por causas relacionadas con la violencia sexual, nupcialidad temprana, omisión del uso o uso incorrecto de anticonceptivos o falta de educación integral en sexualidad.

De acuerdo con la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo (2016) casi tres cuartas partes de las niñas de 10 a 14 años que tienen un hijo o hija, están casadas o viven en pareja, lo cual entraña riesgos psicológicos y sociales. Asimismo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años casadas o unidas (16%) es casi tres veces mayor que la proporción de hombres de esta edad (6.2%) que reportan vivir en matrimonio o unión. En suma, el matrimonio u otro tipo de unión, así como el embarazo y el parto a edades muy tempranas, con grandes diferenciales de edades respecto de la pareja, aumentan la vulnerabilidad de las adolescentes, al propiciar el desequilibrio de poder al interior de la pareja, además de que las pone en un riesgo continuo de abuso y violencia sexual basado en la construcción social de un enfoque de género no equitativo ni de igualdad.

En respuestas a la ENADID 2018, el 59.4% de las mujeres entre los 15 a 19 años, reportaron no haber utilizado, ellas o su pareja, algún método de protección en su primera relación sexual. En 2018, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos es de 53.4% de las mujeres en edad fértil. En la encuesta de Tendencias Juveniles que realizó el Instituto de la Juventud de la Ciudad de México en 2013, se mencionó que los principales métodos que utilizan son el condón con un 30.1% y la pastilla de emergencia con 15.2%.

La principal fuente de obtención de anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son las farmacias (46.1%), la Secretaría de Salud (SS) (29.6%), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (13.7%), consultorio o clínicas privadas (4.8%), otras instituciones del gobierno (3.4%), IMSS Prospera (antes IMSS Oportunidades) (1%), otro lugar (0.8%), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (0.4%). Sin embargo, los adolescentes también reportan no haber usado métodos porque les daba vergüenza solicitarlos, es decir, porque perciben desaprobación social en general, del personal de las farmacias o de los servicios clínicos donde podrían conseguirlos (ENAPEA, 2016). Es importante resaltar que la “vergüenza” que nombran decir los y las adolescentes, no es un asunto personal, sino que tiene más que ver con

cómo las personas adultas se han encargado de negarles su sexualidad e incluso, hacerlos sentir culpables por ejercerla.

En la Encuesta Nacional de Valores en la Juventud<sup>20</sup> (ENVAJ, 2012), se preguntó a las y los adolescentes las razones por las que no habían utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La primera razón fue que no esperaban tener relaciones (49%); que su pareja no quiso (11.2% en total, 14% entre mujeres), dato que permite visibilizar que la violencia dentro de las parejas está presente, incluso, cuando se trata de negociar el uso del condón; que el entrevistado no había querido usar el método (9.3%); que no conocía los métodos (9.3%); el deseo de un embarazo (7%); la vergüenza de conseguir los métodos (5.9%); y que no se sentía igual (3.7%).

El 66% de los y las jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo y 32.4% no lo hacen. A medida que se incrementa el nivel de escolaridad también asciende el uso de estos métodos. Entre los motivos para no hacer uso de estos métodos el 46.1% los hombres mencionan que “*no les gusta usarlos*”, en contraste con el 32.8% de las mujeres. “*No están de acuerdo en usarlos*” el 21.1% de los hombres porcentaje que desciende al 13.6% en el caso de las mujeres. El 14.2% de las jóvenes dijo que “*su pareja no estaba de acuerdo con usarlos*” proporción que disminuye a 9.8% en el caso de los varones (ENVAJ, 2012).

Estos datos reflejan cómo la violencia en las relaciones de pareja y la negación de la sexualidad de los y las adolescentes por parte de las personas adultas, ya sea personal de salud, docentes, etc., son las principales razones que impiden el uso de métodos anticonceptivos y, por tanto, colocan en una situación de vulnerabilidad a los y las adolescentes a tener un embarazo adolescente. Si bien las encuestas nos arrojan que a mayor nivel educativo menor probabilidad de embarazo, es importante cuestionar que la

---

<sup>20</sup> Encuesta realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud en 2012 que muestra la formación y prácticas culturales que tienen las y los jóvenes mexicanos en la actualidad. Se realizó a la población joven de México conformada por residentes de las viviendas del país que al momento del levantamiento de la encuesta tengan entre 12 y 29 años.

Secretaría de Educación Pública no tiene dentro de sus Programas Escolares, materias sobre educación integral en sexualidad, por tanto, el que los y las adolescentes estén en un nivel académico superior, tampoco garantiza que la información que tienen sobre sexualidad sea la correcta. Por tanto, estos datos también nos reflejan la necesaria implementación de una educación integral en sexualidad, basada en una perspectiva de género y derechos humanos mucho más eficiente, que permita a los y las adolescentes obtener las herramientas necesarias para ejercer de manera segura y libre su sexualidad.

La ENAPEA menciona dos factores que también están presentes en el embarazo adolescente, primero, que algunos datos parecen estar vinculados con la coerción, engaño o abuso. El registro de nacimientos de la Secretaría de Salud muestra que en 60% de los registros de madres adolescentes, el padre es un hombre de 20 o más años, lo cual nos lleva a cuestionar si las relaciones que dieron por resultado un embarazo fueron consentidas o no. Incluso, se reporta que el 1.6% de las mujeres encuestadas dijeron que iniciaron su vida sexual en contra de su voluntad (ENVAJ, 2012). Y en segundo lugar, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, que pueden reducir la probabilidad de que las y los adolescentes tomen las medidas de protección adecuadas.

En México no hay datos que visibilicen y mucho menos que especifiquen por qué mujeres lesbianas y bisexuales pueden quedar embarazadas durante la adolescencia. Sin embargo, los pocos estudios (Hudson, Meads & Bewley, 2016; Schantz, 2015; Saewyc, Poon, Homma & Skay, 2009) que existen señalan que las adolescentes lesbianas y bisexuales también tienen conductas de riesgo que las exponen a un embarazo adolescente:

- Hay más probabilidad de haber comenzado a tener relaciones sexuales a una edad temprana.
  
- Tienen más probabilidad de tener múltiples parejas.

- Mayor probabilidad de tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias.
  
- Viven altos niveles de violencia, discriminación y acoso. Esto puede llevar a que las mujeres se mantengan en el closet por miedo al rechazo y el estigma, incluso a tener comportamientos heterosexuales para así, favorecer el “camuflaje”
  
- Poseen mayor probabilidad de vivir violencia en las relaciones de pareja.
  
- Alcanzan mayor probabilidad de vivir abuso sexual y/o violaciones.
  
- Tienen mayor probabilidad de tener malas relaciones familiares e incluso ser corridos de sus hogares.

También existen otros datos que nos permiten hacer un análisis comparativo con las causas de embarazo adolescente en mujeres heterosexuales. Por ejemplo, en el Diagnóstico Situacional de Personas LGBTIQ en México<sup>21</sup> del 2015, en el apartado de prácticas sexuales, el 21.70% de las lesbianas y el 42.52% de mujeres bisexuales mencionan haber usado condón en su primera relación sexual. En la pregunta de si usan algún tipo de protección en sus prácticas sexuales el 79.71% de lesbianas y el 81.28% de mujeres bisexuales, dijo que no utiliza ninguna protección. El 39.82% de las mujeres lesbianas y el 71.21% de las mujeres bisexuales respondieron haber tenido relaciones sexuales (anales o vaginales) con un hombre alguna vez en la vida.

Respecto a si están afiliadas a algún servicio de salud, en este mismo diagnóstico se menciona que solo el 68.01% de las lesbianas y el 66.92% de las mujeres bisexuales están afiliadas a algún servicio de salud. El 33.70% de mujeres bisexuales y el 27.24%

---

<sup>21</sup> Informe realizado por Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Inspira Cambio A.C., Programa Compañeros A.C. y Reacciona México RMX en 2015, describe la situación actual de las personas LGBTIQ de la República Mexicana, en torno a las temáticas de salud, violencia y discriminación legislación, educación, participación política y empleo.

de lesbianas han tenido alguna dificultad para acceder a servicios de salud. El estudio del Clóset de Sor Juana (2017) *Derecho a la salud de lesbianas y bisexuales*, indica que el 52.07% de las encuestadas dijo haber recibido alguna vez información insuficiente sobre salud sexual y reproductiva en los servicios de salud y el 47.56% dijo haber recibido alguna vez información errónea; sumado a ello el 24.39% ocultó alguna vez su orientación sexual en un servicio de salud, situación común en la vida de las lesbianas, debido a que se asume la heterosexualidad de las pacientes en los servicios de salud.

En el libro *Derecho a la salud, derecho de todas: aproximaciones multidisciplinares*<sup>22</sup>, se menciona que, tanto lesbianas como mujeres bisexuales, sostienen o han sostenido relaciones sexuales tanto con hombres, como mujeres<sup>23</sup> (lesbianas: 61 se relacionaron con hombres y 106 con mujeres; bisexuales 44 con hombres y 7 con mujeres). La edad de inicio sexual en promedio en el caso de las lesbianas es de 16.8 años con hombres y 18.7 con mujeres; y en el caso de las mujeres bisexuales es 17.2 con hombres y 18.9 con mujeres. Cuando se preguntó los motivos por los cuáles han tenido relaciones sexuales con hombres, las respuestas con mayor frecuencia fueron: por presión (lesbianas 22, bisexuales 2), por placer (lesbianas 25, bisexuales 42), por complacer (lesbianas 12, bisexuales 5), por obligación (lesbianas 10, bisexuales 1) y por culpa (lesbianas 10 y bisexuales 1) (Rocha Sánchez, 2018).

Otro factor de riesgo que mencionaba la ENAPEA era el consumo de sustancias y alcohol y las prácticas sexuales que se pueden tener bajo los efectos de estos. El *Diagnóstico Situacional* menciona que 73.46% de lesbianas y 73.46% de mujeres bisexuales mencionó haber consumido alcohol en los últimos 30 días. El nivel de consumo excesivo de tabaco en lesbianas es del 9.95% y en bisexuales es del 9.27%. 51.70% de lesbianas y 55.95% de mujeres bisexuales dijeron haber consumido alguna

---

<sup>22</sup> Libro realizado en 2018 por el Clóset de Sor Juana A.C., organización lésbica feminista de la Ciudad de México, aborda una investigación sobre las determinantes sociales que impactan el ejercicio del derecho a la salud de lesbianas y mujeres bisexuales.

<sup>23</sup> La muestra fue de 180 mujeres, 60.6 % lesbianas, 30% bisexuales, 3.9% pansexuales, 1.7% mujeres homoflexibles, 1.7% mujeres trans, 1.1% mujeres queer, y menos del 1% mujeres heterosexuales y género fluido. El rango de edad fue entre 16 y 66 años, teniendo de promedio de edad 27 años.

droga en algún momento de su vida, siendo la marihuana y la cocaína las más representativas. El 5.06% de mujeres bisexuales consumen regularmente algún tipo de sustancia, seguido por el 2.77% de las lesbianas que lo hacen.

Por otra parte, en el país, la base de la educación establece sus fundamentos en principios binarios conservadores que asignan estrictamente un rol de funciones a desempeñar para hombres y mujeres de acuerdo con el género. Esto repercute en actitudes de intolerancia y marginación hacia personas cuyas características no corresponden a los estereotipos de género socialmente establecidos. En la sociedad mexicana, cualquier cosa que viole los estereotipos sexuales tradicionales es atacada y sancionada severamente, en eso consiste el verdadero fundamento de la lesbofobia, homofobia, bifobia y transfobia. Por lo tanto, no sorprende que, en *la Encuesta Nacional sobre Discriminación y Juventudes*, realizada por YAAJ<sup>24</sup> (2016), el 61.4% de los y las encuestadas reportaran haber sido víctimas de violencia o discriminación por su orientación sexual y/o identidad de género. La violencia escolar se encuentra en el segundo lugar en el que las personas reportan sufrir violencia, siendo este un espacio reconocido como violento, donde los compañeros y compañeras son quienes principalmente hace *bullying* ligado a la orientación sexual y/o identidad de género.

Con respecto a la violencia como factor de riesgo, las lesbianas son blanco específico de violaciones sexuales, a veces incluso organizadas por sus propias familias a fin de corregir su orientación sexual o para castigarlas. A las mujeres se les obliga a menudo a casarse para ocultar su verdadera identidad sexual, o, peor aún, se considera que no tienen derecho a decidir sobre su sexualidad. En muchas partes del mundo, es frecuente el matrimonio forzado, a menudo con consecuencias trágicas para la salud de las mujeres (ILGA, 2007). En el Diagnóstico Situacional de personas LGBTIQ de México 2015, el 6.76% dijeron que su primera relación sexual fue por abuso sexual.

---

<sup>24</sup> Organización encargada de promover, proteger y garantizar los Derechos Humanos de la población LGBTI en México.

De manera general, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) han dejado en claro que los principales obstáculos que existen para que las personas LGBTI tengan un acceso pleno a la salud, son:

- La comprensión inadecuada de los problemas de salud de las personas LGBTI.
- La negación de la atención.
- La atención inadecuada o inferior al promedio, bajo la cual existe un trato irrespetuoso y poco sensible a las necesidades de la población.
- La restricción para incluir a personas importantes en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo y toma de decisiones.
- Las suposiciones inadecuadas respecto a las causas de enfermedad o trastornos relacionados con el comportamiento.
- La negación del tratamiento.

Sumado a estas causales, también encontramos la violencia y discriminación que viven las mujeres día con día. A nivel nacional, según *la Encuesta Nacional de Discriminación en México* (ENADIS, 2010), la violencia, maltrato, problemas de abuso y acoso son el tercer (11.4%) problema principal para las mujeres en México y la discriminación ocupa el 4° lugar (10%). El 56% dijo estar totalmente de acuerdo con que en México no se respetan los derechos de las mujeres. En *la Encuesta de Discriminación de la Ciudad de México* (EDIS 2017), las mujeres ocupan el séptimo lugar en la lista de los grupos que sufren mayor discriminación con el 4.3%.

Cuando se trata de acceso al derecho a la salud, los servicios médicos, se sigue ejerciendo violencia hacia las pacientes. El informe desarrollado por GIRE<sup>25</sup> “*Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*” (GIRE, 2015), expone que en México se han recibido 216 quejas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto y 266 quejas por concepto de violencia obstétrica.

En la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* de 2016 (ENDIREH) se muestran que de las mujeres (2.9 millones) de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea, 33.4% sufrió algún tipo de maltrato. En tanto, el informe de *Violencia Obstétrica* realizado por GIRE (2015), reportó que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos recibió:

- 119 quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto.
  
- 9 recomendaciones emitidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto.
  
- 1 queja recibida por violencia obstétrica.
  
- 10 recomendaciones cumplidas por violencia obstétrica.

En cuanto a las Comisiones locales se recibieron:

- 299 quejas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto.

---

<sup>25</sup> Organización civil que trabaja a favor de los derechos reproductivos, dentro de sus ejes de trabajo se encuentran anticoncepción, aborto, violencia obstétrica y muerte materna.

- 89 recomendaciones emitidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto.
- 132 quejas recibidas por violencia obstétrica.
- 14 recomendaciones por violencia obstétrica.

Cuando analizamos la situación de las mujeres lesbianas y bisexuales en materia de discriminación en México, encontramos que en la *Encuesta sobre Discriminación* (EDIS) que realizó COPRED en el 2017 en México, las lesbianas aparecen en el 10° lugar de los grupos más discriminados en México. En la encuesta aplicada en 2013 (EDIS, 2013), se mencionaba que el 88.9% de las personas encuestadas dijo que se les discrimina a las lesbianas y de esa respuesta, 50.7% dijo que se les discrimina mucho. El 2.9% de las personas encuestadas las consideró el grupo más discriminado en la Ciudad de México; 42.8% mencionó las agresiones como expresiones de discriminación hacia este grupo.

El *Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México* de 2015 reportó que el 67.76% de las lesbianas encuestadas habían sufrido discriminación por su orientación sexual. El 44.24% de las lesbianas y bisexuales encuestadas dijeron que la principal forma de violencia que experimentan es la invisibilización de su orientación sexual.

Es precisamente este tipo de discriminación la que provoca que, al analizar y buscar información, no existan datos con respecto a las mujeres lesbianas y bisexuales adolescentes, el ejercicio de su sexualidad y las causas que pueden llevarlas a vivir un embarazo durante esta etapa de su vida, lo cual las coloca en una posición doblemente vulnerable, puesto que al asumir la heterosexualidad en temas de salud sexual y reproductiva, se obstaculiza el acceso a información y otras herramientas necesarias para prevenir, no sólo un embarazo, sino también una infección de transmisión sexual.

Una vez planteado el panorama anterior en torno a la salud, y en particular a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, podemos divisar que: las mujeres bisexuales y lesbianas sí están en riesgo de vivir un embarazo durante la adolescencia, con frecuencia, derivado o resultado de factores estructurales como la necesidad de aparentar una identidad heterosexual, por el ejercicio de la violencia simbólica, cultural, estructural, institucional y directa en contra de las mujeres. Su vulnerabilidad es distinta y a veces mayor porque se trata de mujeres que, por su orientación sexual, van en contra de la heteronormatividad.

Además, es claro que hay diferencias importantes en materia de acceso a la salud, de un ejercicio libre de la sexualidad, etc., por cuestiones como la edad, el nivel educativo, su condición étnica, nivel económico y demás factores, reiterando que hay mujeres cuyas condiciones las posicionan en mayor grado de vulnerabilidad, en cuanto a la exposición a violencia durante el noviazgo/relación de pareja adolescente, la falta y negación de información, de espacios accesibles, y más. Factores todos que nuevamente desdibujan la presencia de mujeres lesbianas y bisexuales.

Por tanto, es indispensable conocer y comprender cuáles son los factores que están ligados de manera directa e indirecta a estos embarazos de acuerdo con la experiencia de mujeres lesbianas y bisexuales.

## CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Posicionamiento epistémico-metodológico

La presente investigación retoma la epistemología feminista. Parte del cuestionamiento de cómo es que el género influye en las concepciones del conocimiento, además de que se considera un ordenador social y una categoría significativa que interactúa con otras como clase, etnia, edad o preferencia sexual, con relaciones estructurales entre individuos, entre grupos y entre la sociedad como un todo (Blázquez, 2012); consideramos que “el sujeto del conocimiento es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón están constituidos por su contexto histórico concreto y son especialmente relevantes para la epistemología” (Guzmán, M. & Pérez, A., 2005, p.2). En este sentido, me enfocaré en las mujeres como personas de conocimiento cuyo cuerpo, emociones, orientaciones y prácticas sexuales están constituidas por un contexto histórico concreto.

También haré uso de la interseccionalidad como herramienta crítica para analizar de qué manera en las experiencias compartidas por las participantes se hacen evidente las múltiples discriminaciones que se entrecruzan de tal forma que en lo cotidiano producen subordinación y marginación de las mujeres, en distintos niveles de la vida pública y privada (Golubov, 2017). De acuerdo con la teoría de la interseccionalidad, se examina cómo varias categorías biológicas, sociales y culturales como el género, la etnia, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad, la nacionalidad y otros ejes de identidad interaccionan en múltiples y a menudo simultáneos niveles. La teoría propone que debemos pensar en cada elemento o rasgo de una persona como unido de manera inextricable con todos los demás elementos, para poder comprender de forma completa la propia identidad. Este marco puede usarse para comprender cómo ocurre la injusticia sistemática y la desigualdad social desde una base multidimensional (Crenshaw, 1989).

Es importante no perder de vista que, al estudiar el embarazo adolescente, se debe partir del análisis de lo que significa ser mujer, por lo que esta investigación está centrada en cruzar dicha problemática con las mujeres que además se asumen como lesbianas y bisexuales, siendo su identidad un factor más que puede colocarlas en situación de vulnerabilidad, desigualdad y violencia. Asimismo, se ofrece una mirada no heterosexual al tema del embarazo, partiendo de la idea de que las mujeres pueden vivir su placer y sexualidad de diversas formas, identificarse social y políticamente de múltiples maneras, aunque esto no las exime de pasar por una situación de embarazo no deseado.

## **4.2 Método**

### ***Planteamiento del problema***

Según datos de la UNICEF (2016), México ocupa el primer sitio en embarazos adolescentes entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con 64 por cada mil adolescentes. Sin embargo, no existen datos donde se especifique la orientación sexual de las adolescentes.

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres que tienen embarazos a una edad mayor; asimismo, hay una mayor prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre las mujeres de 10 a 14 años, el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Además, en las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años (ENAPEA, 2016).

Existe consenso en argumentar que cuando el embarazo se presenta en una adolescente con desventaja socioeconómica aumentan en ella hasta en un 50% la probabilidad de muerte, discapacidad fetal, perinatal y maternal (Carvajal Barrona, Valencia Oliveros y Rodríguez Amaya, 2017). Además de las consecuencias físicas, desde el punto de vista psicosocial, las adolescentes embarazadas solteras se enfrentan

a situaciones como el rechazo de sus familias, el final de su educación y la amenaza de violencia, entre otros (UNFPA, 2015). También, el embarazo adolescente afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a actividades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y desarrollo humano. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una infección de transmisión sexual (ENAPEA, 2016).

Un embarazo durante la adolescencia puede considerarse como desastroso, tanto en lo personal como a nivel social, independientemente del estrato social, porque:

- Con frecuencia es no planeado y/o no deseado.
- No se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el embarazo, y del hijo/hija al nacer.
  - Llama la atención social, al observar que las y los adolescentes lo ven como una forma de destino de mujeres (y hombres) ante la falta de alternativas.
  - Desencadena eventos como uniones o matrimonios prematuros, en los que la pareja puede o no estar de acuerdo.
  - Puede reproducir el círculo de pobreza de madres y padres adolescentes, o iniciarlo cuando la economía doméstica no los podrá proteger por falta de: empleo, redes sociales de apoyo, entre otros.
  - Se genera una mayor exposición a situaciones de inseguridad, desprotección y maltrato (las madres jóvenes embarazadas a veces no son aceptadas en la escuela –maltrato–; ni en su casa, lo que las lleva a veces a buscar trabajos no adecuados —maltrato, inseguridad, desprotección—; son abandonadas por su pareja –maltrato, desprotección).
  - Si se casan, tienen un mayor índice de riesgo de divorcio, con las consecuencias que implica, ya que muchos varones se niegan a dar pensión alimentaria. Para contextualizar, se ha observado que el divorcio

y/o la separación son cuatro veces más altos entre parejas casadas durante la adolescencia que entre los matrimonios consumados a edades más tardías (Gaviria y Chaske, 2013).

- Los embarazos de mujeres adolescentes se vinculan a la muerte materno-infantil y al aborto.
- La inversión en el trayecto educativo de las niñas y niños adolescentes tiene repercusiones como abandono escolar, baja calidad en sus estudios por atender otras responsabilidades, entre otras.
- Puede ser utilizado como pretexto para requerir y ofrecer trabajo a menores de edad en condiciones de explotación.

El embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes, la de ellas con mayor frecuencia: de acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron dejaron de ir a la escuela después del embarazo (Echarri, 2014). De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido; y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvo su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas que alcanzaron al menos el bachillerato (ENAPEA, 2016).

### ***Pregunta de investigación***

¿Cuáles son los factores que mujeres lesbianas y bisexuales perciben como causa del embarazo adolescente y de qué manera influyen en el ejercicio libre de su sexualidad?

### ***Objetivo general:***

Identificar factores asociados al embarazo adolescente en mujeres lesbianas y bisexuales y comprender la presencia de estos factores a partir de un enfoque de derechos humanos y feminista.

### ***Específicos:***

- Explorar los estereotipos que existen respecto a mujeres adolescentes lesbianas y bisexuales en torno al embarazo.
- Explorar la percepción de mujeres lesbianas y bisexuales sobre las causas vinculadas con el embarazo adolescente en esta población.
- Explorar las consecuencias que tiene el embarazo adolescente en la vida de las mujeres lesbianas y bisexuales en diferentes contextos (familia, escuela, amistades, pareja y servicios de salud).
- Analizar en qué medida los factores involucrados en el embarazo adolescente de mujeres lesbianas y bisexuales, están atravesados por el sistema sexo-género, la sexualidad como dispositivo y otros factores de opresión.

### ***Justificación***

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas. Sin embargo, las estrategias que se han creado para prevenir este problema, en específico la *Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes* (ENAPEA, 2016), está dirigida y enfocada en adolescentes que se asumen como heterosexuales, lo cual deja de lado al resto de la población que se identifica como no heterosexual, aunque esto no significa que sus prácticas sexuales no los pongan en riesgo de un embarazo.

Cuando se trata del acceso al derecho a la salud, la lesbofobia y la bifobia son un obstáculo relevante para el ejercicio pleno de este derecho. Por ejemplo, en el *Informe*

*Especial sobre violaciones a los DDHH por orientación o preferencia sexual y por identidad y expresión de género (2007-2008)* (CDHDF, 2008), las principales problemáticas del servicio de salud en la Ciudad de México con relación a la población LGBT tienen que ver con que no se cubren las necesidades y derechos de esta población, al no existir protocolos ni una preparación adecuada para su atención médica. En el *Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia a personas LGBTI en México*, realizado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoíris (2018), mencionan que las persona LGBTI no asisten a los servicios de salud por miedo a pasar por una situación de discriminación o maltrato.

Es importante visibilizar que las necesidades de las lesbianas y las mujeres bisexuales son completamente distintas a las de una mujer heterosexual. Dado el pensamiento heterosexual hegemónico, prevalecen discursos que según Monique Wittig (1992):

*“Nos oprimen muy en particular a las lesbianas, mujeres y a los hombres homosexuales, ya que dan por sentado que lo que funda la sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad. Estos discursos hablan de nosotras y pretenden decir la verdad en un espacio apolítico, como si todo ello pudiera escapar de lo político en este momento de la historia, y como si en aquello que nos concierne pudiera haber signos políticamente insignificantes. Estos discursos de heterosexualidad nos oprimen en la medida en que nos niegan toda posibilidad de hablar si no es en sus propios términos y todo aquello que los pone en cuestión es enseguida considerado como primario”.*

Como hacía referencia Butler (2002) en su libro *“Cuerpos que importan”*, el cuerpo de las mujeres no es importante para el sistema, esto debido a que su producción es invisible, los cuerpos que realmente importan son los que producen más, es decir, los masculinos, principalmente heterosexuales. Y esto es muy evidente cuando de políticas de atención en salud sexual se trata; primero, el acceso a este derecho es desde una perspectiva completamente heteronormada, ya que tanto las políticas públicas, como los programas de prevención están dirigidos a hombres y mujeres que se definan como

heterosexuales, dando por hecho que todas las personas tienen este tipo de prácticas sexuales. La anterior es una situación que pone en desventaja a las mujeres lesbianas y bisexuales, pues padecen doble discriminación: vulnerables a ciertos abusos sólo por el hecho de ser mujeres, sufren una mayor marginación debido a su orientación sexual (Platero, 2002).

Al identificar los factores que las mismas jóvenes lesbianas y bisexuales perciben como factores que inciden en el embarazo, se espera que la investigación abone a la generación de estrategias de prevención de embarazo bajo un enfoque más integral, con una perspectiva no heteronormada.

### ***Diseño metodológico.***

La presente investigación es de corte cualitativo, y está formulada con base en la idea de comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. Este enfoque se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que las personas perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados. También es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico (Sampieri Hernández, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014), como es el tema que aquí interesa. Bajo una mirada feminista es indispensable recuperar la voz de las mujeres y sus experiencias, por lo que resulta prioritario conocer desde ellas los que consideran que son los factores vinculados con el embarazo adolescente.

### ***Participantes***

En la investigación, un total de 27 mujeres que se autodenominan como lesbianas o bisexuales en un rango de edad de 18 a 30 años, y que viven en la Ciudad de México, participaron en tres grupos de discusión realizados en 2018. Algunas pasaron por un embarazo adolescente (que llevaron a término o no) o tuvieron una experiencia sexual con un hombre. Todas decidieron dar su opinión de manera voluntaria en cuanto a sus

experiencias en el ejercicio de su sexualidad, prácticas sexuales protegidas y no protegidas. La convocatoria para que participaran dentro de la investigación fue a través de redes sociales, por Internet, a través de un banner se les invitaba a participar en un grupo de discusión que formaba parte de una investigación sobre embarazo adolescente en lesbianas y mujeres bisexuales. Otra estrategia que se utilizó para convocar fue invitar directamente a las compañeras lesbianas y bisexuales que conocía.

Para proteger y como principio de confidencialidad de las participantes, se cambiaron los nombres reales de las mujeres lesbianas y bisexuales.

Tabla 2.

*Características de las participantes*

Seudónimo	Edad	Localidad	Alcaldía	Escolaridad	Orientación sexual	Grupo focal
Tere	29 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Preparatoria	Bisexual	Grupo 1
Rosy	22 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Licenciatura	Bisexual	Grupo 1
Fer	26 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Licenciatura	Bisexual	Grupo 1
Jaz	20 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Preparatoria	Bisexual	Grupo 1
Gaby	22 años	Ciudad de México	Iztacalco	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 1
Dany	27 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Preparatoria	Lesbiana	Grupo 1
Lucy	27 años	Ciudad de México	Benito Juárez	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 1

Gin	29 años	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Licenciatura	Bisexual	Grupo 1
Andy	26 años	Ciudad de México	Venustiano Carranza	Licenciatura	Bisexual	Grupo 1
Sandy	27 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 1
Lidia	23 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Preparatoria	Lesbiana	Grupo 1
Fany	29 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Maestría	Lesbiana	Grupo 1
Jack	27 años	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Mari	24 años	Ciudad de México	Venustiano Carranza	Preparatoria	Bisexual	Grupo 2
Mony	24 años	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Preparatoria	Lesbiana	Grupo 2
Jesy	29 años	Ciudad de México	Xochimilco	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Monse	25 años	Ciudad de México	Cuajimalpa	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Jan	28 años	Ciudad de México	Coyoacán	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Lore	29 años	Ciudad de México	Coyoacán	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Cinthia	28 años	Ciudad de México	Coyoacán	Licenciatura	Bisexual	Grupo 2
Lina	27 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 2
Ilse	25 años	Ciudad de México	Iztapalapa	Preparatoria	Bisexual	Grupo 3

Tamara	25 años	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Preparatoria	Bisexual	Grupo 3
Natalia	28 años	Ciudad de México	Iztapalapa	Preparatoria	Lesbiana	Grupo 3
Paty	26 años	Ciudad de México	Iztapalapa	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 3
Alicia	28 años	Ciudad de México	Iztapalapa	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 3
Fátima	26 años	Ciudad de México	Iztapalapa	Licenciatura	Lesbiana	Grupo 3
Viviana	26 años	Ciudad de México	Coyoacán	Licenciatura	Bisexual	Grupo 3
Vero	29 años	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Maestría	Lesbiana	Grupo 3

### ***Técnica***

Se realizaron tres grupos de discusión –no hay diferencias significativas entre estos, se realizó así para facilitar la organización con las participantes-, técnica no directiva que tiene por finalidad la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de personas que son reunidas en un espacio de tiempo limitado, a fin de debatir sobre determinado tópico propuesto por quien investiga (López, 2010).

En la literatura anglosajona se recoge esta metodología como *focus group* o grupo focal. A pesar de que se utiliza como sinónimo del grupo de discusión, difiere en un aspecto fundamental: mientras que el grupo de discusión acentúa la interacción entre los/las participantes –pues pretende que la discusión surja a partir de la interacción entre quienes integran el grupo en un ambiente abierto y relajado–, el grupo focal enfatiza la interacción de los/as participantes con el/la moderador/a –debido a que se interesa

centrar la discusión sobre el tema determinado de antemano. Es cierto que la experiencia de estudios internacionales con grupos de discusión ha revelado que son más las diferencias formales que las concretas en el desarrollo de la práctica entre estos dos términos (Flores, s.f.).

El grupo de discusión es un método de investigación dialógico, basado en la producción de discursos, consistente en reunir a un grupo de seis a diez personas y suscitar entre ellas una discusión sobre el tema de interés, que debe estar dirigida por una moderadora. La gran variedad de discursos resultantes de su aplicación serán la fuente de materia prima fiable para el análisis e interpretación de los resultados (López Francés, 2010).

Para la presente investigación, y con base tanto en el objetivo como en la revisión de la literatura, las categorías de análisis que dirigieron la de discusión fueron:

- Percepción del embarazo en lesbianas y mujeres bisexuales.
- Factores que inciden en el embarazo: interiorizados y socioculturales.
- Estereotipos y cánones que se relacionan con el embarazo.
- Consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Estos temas se desarrollaron a través de una serie de dinámicas y preguntas que se iban realizando a las participantes. Los tres grupos de discusión fueron grabados (con previa autorización de las participantes), para posteriormente hacer su transcripción y análisis. El desarrollo del grupo de discusión se llevó en tres fases:

- La primera consistió en hacer un encuadre con las participantes, en donde todas nos presentáramos, platicáramos en qué consistía la sesión y qué se haría con la información recaudada, así como la creación de acuerdos de convivencia.

- Después se dividió el grupo en tres equipos, a cada equipo se le pidió que creara un personaje adolescente (lesbiana o bisexual), y que discutieran en equipo lo siguiente:
  - Si ese personaje puede pasar por una situación de embarazo no deseado.
  - Cuáles eran las causas y/o factores que podían poner en riesgo a ese personaje, para pasar por un embarazo no deseado.
- Una vez terminado cada equipo se hablaba en plenaria de lo que habían charlado entre ellas y se realizaban otros cuestionamientos más:
  - Cuando tenían la edad de sus personajes, ¿ustedes tenían conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y/o cómo prevenir un embarazo?
  - ¿Sabías qué hacer en caso de pasar por un embarazo?
  - ¿Qué herramientas tenías para evitar un embarazo?
- Después de ello, se les pidió que nuevamente regresaran a su equipo, para continuar con la historia de su personaje, esta vez decidiendo cual sería la causal de su embarazo y discutiendo:
  - ¿Cómo reaccionarían sus círculos cercanos al saberla embarazada (familia, amigos, pareja, ella misma)?
  - ¿Cómo sería su vida a partir de esa situación, en qué cambiaría, etc.?
- Se les solicitó nuevamente, narrar sus conclusiones en plenaria y continuar con la discusión:
  - ¿Eres consciente que existen chicas lesbianas y bisexuales que tienen prácticas sexuales con hombres?
  - ¿En su contexto (tanto cuando tenían entre 15 a 20 años y el contexto actual), se habla de las prácticas sexuales que pueden tener las lesbianas y bisexuales con hombres?
  - ¿Cómo se percibe ese tema?
  - ¿Qué tanto estigma existe ante las mujeres lesbianas que tienen prácticas sexuales con hombres? ¿A qué creen que se debe?
  - ¿Existen espacios y/o fuentes donde se pueda compartir y aprender sobre temas de salud reproductiva entre mujeres lesbianas y bisexuales?
  - De haberlos, ¿qué tan útiles y amigables son?

- ¿Conoces a alguien que tenga o haya tenido prácticas sexuales con hombres?
- ¿Conoces a alguna chica lesbiana o bisexual que haya pasado por un embarazo no deseado? No importa si lo concluyó o no.
- ¿Qué reacciones hubo en sus círculos (familia, amigos, pareja, etc.)? ¿Lo supieron? ¿Por qué?
- Finalmente, se hizo el cierre, agradeciéndoles a todas las participantes sus intervenciones y el haber compartido las experiencias vividas.

### ***Análisis de la información***

Para el análisis de la información<sup>26</sup>, me posicioné desde una mirada feminista y de derechos humanos, desde la cual, se indagaron las experiencias de las participantes, en cuanto a cuatro ejes temáticos: a) Percepción del embarazo en lesbianas y mujeres bisexuales, b) Factores que inciden en el embarazo: interiorizados y socioculturales, c) Estereotipos y cánones que se relacionan con el embarazo y d) Consecuencias del embarazo en la adolescencia.

El análisis implicó distintos momentos: en primer lugar, fue necesario realizar la transcripción de los audios de los grupos de discusión. Posteriormente, se leyó con mucho cuidado y a profundidad cada una de las transcripciones realizadas de cada grupo de discusión, para conocer a detalle las experiencias que cada una de las participantes compartió y a partir de ello, identificar qué aspectos eran coincidentes o no en sus experiencias y percepciones. Esto permitió identificar las ideas más importantes y, utilizando los ejes temáticos con los que se encaminó la discusión, se comenzaron a generar las categorías de análisis más generales, para luego realizar una siguiente lectura en la que la información segmentada y categorizada se fue comparando entre

---

<sup>26</sup> El análisis de la información se realizó apoyándose del artículo El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión de Gil Flores J., García Jiménez E. y Rodríguez Gómez G. (1994).

los tre grupos, y se profundizó en la comprensión de cómo tanto el sistema sexo-género, así como otros ejes de opresión se hacían presentes en las experiencias recuperadas.

Finalmente, con la información recabada en las discusiones, se fueron concretando las conclusiones de la investigación, para después, tejer en conjunto con la bibliografía, cómo se relaciona el tema del embarazo adolescente con las lesbianas y mujeres bisexuales.

## CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 5.1 Percepción del embarazo en lesbianas y mujeres bisexuales.

Frente a la primera categoría que se relacionaba con la percepción del embarazo adolescente, las participantes muestran dos visiones sobre el tema: primero, aquellas que consideran que sí es un problema entre las adolescentes lesbianas y bisexuales, pero que debido a la invisibilización que viven, no se habla de ello:

Creo que algo que me suena de todas las historias que hemos compartido, es que todas en ese momento hemos sentido miedo, tanto miedo de decir “que pedo si estoy embarazada”, como el miedo de “¿Qué hago? (Gaby, lesbiana, 22 años).

El segundo, los círculos que las rodean (no directamente ellas) creen que no es un tema que se relacione con esta población, porque es casi imposible que ocurra siendo lesbianas, idea que está basada en los estereotipos que se han construido alrededor de lesbianas y mujeres bisexuales, incluso, para estas últimas, hay una negación de la identidad bisexuales en las mujeres, por tanto, se niega la posibilidad de que exista una fluidez sexual.

Cuando yo ya tenía una pareja, una chica, yo me desenvolvía en un grupo demasiado heterosexual, la mayoría de mis compañeros eran heterosexuales, entonces ellos me clasificaban como una lesbiana, sin embargo, yo siempre me he asumido como bisexual... entonces creo que esa parte también es importante, porque negaban que existía esa posibilidad de que yo me involucrara con un hombre (Fer, bisexual, 26 años).

Ambas posturas son sustentadas en diversos estudios (Hodson, Meads & Bewley, 2016; Schantz, 2015; Saewyc, Poon, Homma & Skay, 2009) los cuales documentan las causas y contextos en donde se presenta el embarazo adolescente en lesbianas y

mujeres bisexuales; sin embargo, como en Alfarache A. (2010), son la lesbofobia y, ahora sumamos a la bifobia, los factores que niegan la posibilidad de que estas mujeres puedan ejercer (deseada o no) una maternidad. Aquí también es importante subrayar que una mujer bisexual no se asume como lesbiana, es la bifobia quien obliga a que se nombre así para su reconocimiento.

Dentro de esta misma categoría, el testimonio:

Estaba jugando “yo nunca nunca” con unas chicas, y una chica dijo, éramos puras lesbianas: -yo nunca nunca he tenido relaciones sexuales con un hombre-, toman algunas chicas, tomo yo también, porque también las he tenido, y dice: -de todas las pensé que iban a tomar, jamás pensé que habrías tomado tú-, y está impactada; al asumir que también tiene cierta lectura y cierta posición como lesbiana, quizá o interpretación y que puedes no hacerlo y que a partir de eso hay una doble represión y ya (Sandy, lesbiana, 27 años).

La participante Sandy comentaba que la expresión de género, en este caso una expresión masculina, estigmatiza y niega mucho más la posibilidad no sólo de un embarazo adolescente, sino incluso, de la posibilidad de tener relaciones sexuales con un hombre. Es la lesbiana “masculina”, la que Beatriz Gimeno (2008) llama lesbiana monstruosa, quien está completamente alejada de todos los estándares de feminidad, es una no mujer y por ello la maternidad no es una posibilidad.

## **5.2. Factores que inciden en el embarazo: interiorizados y socioculturales**

Relacionado con los factores que inciden en el embarazo, se alude a aquellos que, desde sus vivencias, las participantes, consideran que pueden ocasionar que una adolescente lesbiana o bisexual enfrente un embarazo. Aquí fue posible delimitar dos grandes subcategorías, por una parte, los factores interiorizados, —me refiero a cómo es que las lesbianas y bisexuales interiorizan estereotipos, violencias estructurales, etc., y

cómo es que esta interiorización se refleja en el ejercicio de su sexualidad—, que vive cada mujer y por el otro, situaciones que refieren más a aspectos socioculturales.

Dentro de los factores interiorizados, primero tenemos aquellos relacionados con la construcción sociocultural del género, por ejemplo: deseo de ser madre, querer formar una familia, el amor romántico (en el caso de las bisexuales cuando se relacionan con hombre), y el que, desde su perspectiva, durante la adolescencia, la mayoría vive desde la heterosexualidad.

Entonces el amor romántico claro que es una vía para el embarazo, segurísimo, el amor romántico como esa prueba de necesidad, del amor, de la protección, entonces por lo tanto no tomar medidas (Gin, bisexual, 29 años).

Ser lesbiana no elimina la educación estereotipada y los valores que adjudican al ser mujer y mucho menos, elimina ideología de la heterosexualidad obligatoria con la que crecen mujeres y niñas, y en la cual, Adrienne Rich (1980) recalca la maternidad y el amor romántico como elementos primordiales de esta ideología.

También a esas edades somos más heterosexuales que bisexuales (Gin, bisexual, 29 años).

La falta de referentes públicos para las adolescentes, también se ve reflejada, puesto que, si estos existieran y fueran más visibilizados, no sería un común denominador el ser heterosexual.

La falta de información integral en sexualidad también es un elemento que está presente, traducido en factores interiorizados, ya que las prácticas de riesgo que se puedan tener, los mitos sobre la prevención y demás, no son más que el resultado de un problema estructural que tenemos en México. Deseo dejar establecido cómo es que este

problema estructural repercute en la vivencia de las mujeres. Las participantes mencionaban situaciones como: tener prácticas sexuales sin protección, desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y/o la pastilla de emergencia, de su cuerpo, la falla en algún método anticonceptivo, la idea de que “no pasa nada”; la participante Lina (lesbiana, 27 años) decía que hay cierta apatía en temas relacionados a la salud reproductiva: “yo soy lesbiana, no me importa y no voy a quedar embarazada, entonces no puse atención”.

Asimismo, las causas de este fenómeno se dirigen hacia el desconocimiento en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, y los mitos que giran en torno a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, lo que nos compartió Natalia (lesbiana, 28 años): “Yo creo que todos los embarazos no deseados son porque crees que no te va a pasar, seas bisexual, hetero, lo que sea, siempre crees que no va a pasar”.

Estas creencias las vemos reflejadas en encuestas realizadas en México para identificar las causas del embarazo adolescente como son: la *Encuesta Nacional de Valores en la Juventud* (2012), la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (ENADID 2018), la *encuesta de Tendencias Juveniles* (2013). Sin embargo, en dichas encuestas existe un sesgo heterosexual, ya que no toman en cuenta las otras orientaciones sexuales que pueden tener los y las adolescentes y sus implicaciones.

Incluso el acceso a la educación sexual, es distinto, dependiendo la generación de las participantes, ya que, la información a la que estaban expuestas y la postura de esta, podría marcar una diferencia, las más jóvenes, gracias al repunte del internet y las redes sociales, tendrían mayor acceso contrario a las menos jóvenes, donde incluso, cierta información y como la interiorizaban estaba más cargada de prohibicionismo y censura de la sexualidad. Por ejemplo: mientras que Gaby con 22 años, comentaba que cuando quería saber algo sobre sexualidad durante su adolescencia recurría a hacer búsquedas en YouTube, en cambio Fany, con 29 años decía, que el único acceso que tenía a este tipo de información era “el periodiquito que te decía: está embarazada, nosotros le resolvemos el problema”.

Finalmente, se puede identificar otra categoría de factores asociados, el ejercicio de la sexualidad de las mujeres, ya que, desde el criterio de las participantes, hay ciertas prácticas que pueden colocarlas en mayor riesgo de un embarazo, por ejemplo: prácticas sexuales en tríos, prácticas sexuales con mujeres trans, el deseo sexual de experimentar con un hombre, ser sexualmente activas y tener relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol o sustancias. Si bien para ellas estas prácticas son de riesgo, es importante resaltar que, al igual que los factores interiorizados, no se trata de responsabilizarlas sólo a ellas, ya que, las relaciones que llegan a tener involucran a los hombres, incluso a las mujeres trans, los cuales tienen una responsabilidad muy importante en la prevención de un embarazo y/o de infecciones de transmisión sexual. Estos factores son los mayormente mencionados en los estudios que se encontraron (Hodson, Meads & Bewley, 2016; Schantz, 2015; Saewyc, Poon, Homma & Skay, 2009) que mencionaban que lesbianas y mujeres bisexuales tienden a tener mayores conductas de riesgo, asociadas al embarazo; sin embargo, no podemos perder de vista los sesgos moralistas con los que algunos estudios suelen estar abordados, ante todo, porque sobre la población LGBT hay un fuerte prejuicio que los y las relaciona con actos de promiscuidad y prácticas de riesgo.

Ya tenía información sobre de métodos anticonceptivos, o tenía bastante claro en ese momento, pero era información que descartaba por ser lesbiana y justo entrar en este papel de “ah, jamás en la vida voy a tener relaciones sexuales con un hombre”. Cuando la realidad es que, en algún momento, yo era consciente de que podía pasar. Y aunque fue justamente en una borrachera, y sí hay partes de las que no me acuerdo, sé que fue consciente, y a esto voy, que justamente a pesar de tener la información sobre métodos anticonceptivos que podía usar, no recordaba si los había usado (Sandy, lesbiana, 27 años).

Además de los factores que se colocan en las circunstancias particulares a las que las chicas se enfrentan como falta de información, prácticas sexuales o los estereotipos interiorizados, se encuentran los factores de orden estructural, que desgloso en cuatro

elementos: derecho a la educación integral en sexualidad, violencia sexual ya sea por lesbofobia y bifobia o por la propia violencia de género que viven las mujeres, violencia estructural e identidad.

Con relación a la falta educación integral en sexualidad<sup>27</sup>, está por ejemplo la participación de Mony (lesbiana, 24 años) respecto a los métodos anticonceptivos: “Cuando tenía 18 años prácticamente conocía de nombre todos, pero no sabía el funcionamiento, sobre todos los hormonales, el DIU, no sabía cómo funcionaba”.

Este punto es interesante, porque si bien en las encuestas se les pregunta a las y los adolescentes si conocen los métodos anticonceptivos, no se toma en cuenta que no es lo mismo nombrarlos a saber, cómo se deben usar y qué es lo que hacen en el cuerpo. Fer (bisexual, 26 años) también había tenido una experiencia similar con respecto a la falta de información, pero además recalca el miedo que genera el acercarse a los servicios de salud a pedir información, dato que la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2016) considera como factor causal de un embarazo:

A pesar de que mi primera relación sexual fue a los 19 años y yo me consideraba hetero, no tenía ni idea de cómo utilizar métodos anticonceptivos, y me daba pavor ir al ginecólogo a preguntar, porque sentía que me iba a juzgar. Entonces solamente sabía que para evitar un embarazo había que utilizar condón. Entonces, francamente lo dejé como al “que dios me cuidé, por favor, con el puro condón”.

Dentro de los grupos, también se discutió la falta de perspectiva en diversidad sexual cuando reciben información en salud sexual y reproductiva por parte de sus escuelas y/o familia, ya que esta no nombra las necesidades que como lesbianas y bisexuales se

---

<sup>27</sup> En este apartado se piensa como un problema estructural.

tienen. Incluso, las políticas públicas, los programas, y las campañas sobre prevención de embarazo únicamente están dirigidas a mujeres heterosexuales.

Pues toda la información que tenía es asumiendo que somos heterosexuales ¿no? entonces es como el condón, pero es el condón de hombres, no es pensando en que las mujeres podemos utilizar condones y menos en pensar en prácticas de autocuidado entre mujeres, si no, todo es asumiendo la heterosexualidad (Jesy, bisexual, 29 años).

En algún momento de la secundaria me contaron sobre el ciclo menstrual para no quedar embarazada, o sea que no había riesgo en esos momentos, pero la verdad yo dije soy lesbiana, no me importa, no voy a quedar embarazada, entonces no puse atención (Lina, lesbiana, 27 años).

En esta sociedad, todo se rige por medio de lo que Monique Wittig (1992) describe como pensamiento heterosexual, es decir, la educación, la política pública, las leyes, y demás, se crean partiendo de la idea de que todas las personas son y se viven como heterosexuales, y por ende, las necesidades serán para todos y todas iguales, así como las formas de relacionarse en pareja, las prácticas sexuales, las relaciones afectivas, etcétera. Esto niega e invisibiliza a todas aquellas personas que no cumplan con el prototipo de la heterosexualidad. Este pensamiento heterosexual se refuerza con lo que Butler (2002) propone en *Los cuerpos que importan*; es decir, los cuerpos que considera importantes el sistema son los que producen, es decir, el de los hombres, principalmente heterosexuales; las mujeres (heterosexuales) en cambio, no son importantes, porque su forma de producción es invisible; por tanto, lesbianas y mujeres bisexuales quedarían en los últimos niveles de jerarquía de lo que se considera la importancia.

Por esto, la violencia estructural se vuelve un factor de riesgo, lo cual se traduce en las desigualdades económicas y en la negación de los servicios de salud que mencionan las participantes, elementos además nombrados en la ENAPEA (2016) y que ponen en evidencia la importancia de ver el tema del embarazo adolescente desde un análisis

interseccional, considerando todos aquellos elementos que giran en torno a las y los adolescentes.

Incluso en *el Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México*, realizados por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris<sup>28</sup> (2018), en el apartado de la Dra. Tania Rocha, se habla de la autoexclusión, refiriéndose a que las personas LGBTI suelen alejarse de las instituciones médicas debido a los prejuicios y la ignorancia que tienen del personal de salud.

Para mí no era una posibilidad, el siquiera acceder a cualquier método, primero porque vas y no te dan el servicio, de hecho, lo llegué hacer a esas edades, llegué a solicitar condones y era “tú para que los quieres”, segundo, plantear así tu orientación cero, nulo. Incluso a veces se nos olvida que, al menos en mi experiencia, en mi barrio, vengo pues, acá de ser pandillera, de juntarme con banda, de trabajar muchas horas, y entonces, aun así, aunque trabajaba, el dinero se iba a la casa y no era como algo que podía yo tomar para poderme comprar nada y menos en términos de condones ni claro, menos la pastilla del día siguiente (Gin, bisexual, 29 años).

En los servicios médicos si tú dices al doctor “soy lesbiana”, dicen “-ah, ok, ya no te hablo a ti de anticonceptivos” (Vero, lesbiana, 29 años).

La violencia, en particular la sexual, es un elemento muy marcado en las conversaciones, durante la discusión con los tres grupos focales ubican la violación ya sea como un método correctivo o sólo una violación por ser mujer como la posible causal de un embarazo. Es narrada bajo varias versiones, pero, sobre todo, solían hacer hincapié en las violaciones que se dan bajo el uso de sustancias tóxicas y alcohol, aunque estas violaciones no necesariamente suelen ser correctivas.

---

<sup>28</sup> Organización civil que trabaja a favor del reconocimiento de los derechos de la población LGBTI en México.

Las situaciones que podrían llevarla a un embarazo serían... estuviera en una violación correctiva, estas violaciones que se dan para comprobarte que no eres homosexual o bisexual en este caso. Porque estuviera bajo el uso de sustancias, alcohol o drogas, y quedara inconsciente y la violaran (Rosy, bisexual, 22 años).

Los testimonios recabados, comprueban datos de algunos de los estudios retomados en el marco referencial (ENDIREH, 2016; UNODC, COPRED, UNAM y YAAJ, 2019), con respecto a la violencia sexual, tanto en su relación con el embarazo adolescente, como con ser un “método” para corregir la orientación sexual.

Otro tipo de violencia sexual al que refieren es tener relaciones sexuales con hombres, en donde ellos, practican el *steling*<sup>29</sup>: “a veces en sus prácticas sexuales su novio ha hecho *steling*, se quita el condón sin su consentimiento cuando se viene” (Lina, lesbiana, 27 años).

Este tipo de violencia sexual está presente en las relaciones de noviazgo, incluso con la dificultad de negociar el uso del condón, ya que hay adolescentes que refieren no usar métodos anticonceptivos o condones porque su pareja no quiere, o lo que es peor, la falta de respeto a lo consensual (ENVAJ, 2012).

Finalmente, la identidad también es un factor sociocultural presente, en los grupos tiene que ver con dos situaciones importantes, la validación<sup>30</sup> de la orientación sexual y el estar en el clóset. Como se presentó en la bibliografía, la bisexualidad es una orientación, aparentemente más despreciable que la homosexualidad, incluso se suele clasificar a las personas bisexuales como indecisas, inestables, promiscuas, lesbianas de clóset, etc. (Navarro Corona, 2016). Y es este rechazo, lo que ocasiona que las

---

<sup>29</sup> Steling: acto donde el hombre, se quitan el condón durante la práctica sexual, sin el consentimiento de la pareja, incluso sin que esta, se de cuenta.

<sup>30</sup> Por validación me refiero tanto a la aceptación personal de las mujeres de tener dicha orientación sexual, como la aceptación y reconocimiento social de que sí se cumple con el estándar de tenerla.

mujeres que se identifican como bisexuales, tengan una constante presión social por validar su orientación sexual, lo que las expone a tener una práctica sexual de riesgo.

Si eres bisexual, porque no importa que te nombres bisexual, si sólo te has relacionado con mujeres, necesariamente tienes que relacionarte con un hombre, si no, no me puedo considerar bisexual (Andy, bisexual, 26 años).

Muchas de las mujeres con las que yo conviví pasaron diciendo que eso fue una etapa de su vida, y entonces eso le restó a mi concepto de bisexualidad fuerza, porque ya era de pensar que eso era una transición (Dany, lesbiana, 27 años).

Incluso, se invisibiliza la posibilidad de que exista la bisexualidad y sólo se reconoce en relación de la pareja sexo-afectiva con la que estés:

Llegan a decirte, no, si estás con una mujer eres lesbiana, si estas con un hombre eres heterosexual, o sea no eres bisexual. Y si estás soltera, ¿entonces qué eres? (Tere, bisexual, 29 años).

Yo siempre me he asumido como bisexual, entonces creo que esa parte también es importante, porque negaban que existía esa posibilidad de que yo me involucrara con una persona con pene. Y pasó que justo, con el mismo grupo, yo me involucré con un chico, y entonces fue como de, “pero pues no, tú eres lencha, cómo puede pasar eso” y yo era de “a ver, no soy lencha, yo soy bisexual”. Entonces a diferencia, a mí me encasillaban y me querían meter en una etiqueta en la que no me sentía identificada y hacían invisible esa parte de mi orientación (Fer, bisexual, 26 años).

El estar en el clóset<sup>31</sup> también se vuelve un factor de riesgo, ya que, por miedo al rechazo o a la discriminación, las mujeres suelen fingir que son heterosexuales y tener relaciones con hombres (Hodson, Meads & Bewley, 2016; Schantz, 2015; Saewyc, Poon, Homma & Skay, 2009).

### **5.3. Estereotipos y cánones que se relacionan con el embarazo.**

Otra categoría que se encontró son los estereotipos y cánones que existen dentro de los grupos de lesbianas y bisexuales, y cómo estos producen una fuerte presión hacia las mujeres. Por ejemplo, la lesbiana “Golden”<sup>32</sup>, las participantes mencionaban que a este tipo de lesbiana nunca le pondrían en duda su lesbianismo, incluso tienen cierto estatus jerárquico, pero al mismo tiempo, es a quien más se le niega la posibilidad de quedar embarazada, incluso, en caso de llegar a serlo, sería a quién más se le recriminaría.

Las Golden son las que nunca se han relacionado con un vato. Pues nada, no las critican, creo que en ningún momento son invalidadas por su orientación sexual, de acuerdo con el estereotipo han sido muy congruentes, todo el tiempo, porque no han tenido la curiosidad o el acercamiento y ya, pues todas las demás que ya nos besamos con vatos, ya no somos Golden, perdimos la estrellita (Mony, lesbiana, 24 años).

Se idealiza a la lesbiana, y entran en esto que tu decías, por ejemplo, por ser la lesbiana Golden que es la que jamás ha sido tocada por algo que represente algo fálico o un hombre. Entre menos hayas estado cerca de estar en una

---

<sup>31</sup> La expresión “estar en el clóset” se refiere a las personas LGBT que no han dicho públicamente que se identifican con una orientación o identidad de género no heterosexual.

<sup>32</sup> Lesbiana Golden se refiere a un tipo de lesbiana que nunca ha tenido ningún tipo de relación sexual o erótica con un hombre.

interacción con un vato, más lesbiana eres, y entonces eres la diosa suprema de la lesbiandad (Sandy, lesbiana, 27 años).

Las prácticas sexuales en algunos grupos también están estereotipadas desde una visión heterosexual, porque en las cosas que fueron abordadas por las informantes, vemos que aparece o se visualiza la heterosexualidad obligatoria (Rich, 1980), también se traslapa en las dinámicas dentro de las lesbianas y mujeres bisexuales. Por ejemplo, al tener relaciones sexuales, hay un juego de rol activa-pasiva, en donde, regularmente, la activa está relacionada con mujeres con una expresión de género masculina. Se supone que ellas son las que llevan el control de la práctica sexual, es decir, desde esta visión heterosexual, son aquellas que penetran a sus parejas y llevan el rol masculino. En cambio, las pasivas, se asocian con mujeres con una expresión de género femenina y se refiere a las mujeres que durante la práctica sexual son las que son “dominadas”, es decir, son penetradas y juegan un rol femenino.

Hace poco, justamente, cuando yo hablaba de sexo con alguien me decía, y a mí se me hizo súper rarísimo porque yo ya no lo pongo en mi mente, como de “¿Y tú eres activa o pasiva?” y yo “¿qué? O sea ¿cómo?” por qué no sé, tiene que ver con eso, con que, no sé si todas las personas que estamos aquí, pero al menos yo sí estuve en grupos muy radicales gays en algún momento, en las que esas cosas podrían parecer muy importantes (Dany, lesbiana, 27 años).

Incluso, en el estereotipo, pareciera que las prácticas sexuales que tengas determinarán qué tan lesbiana eres o no: “Es como si usas juguetes sexuales es que estás dudando o no eres tan lesbiana” (Paty, lesbiana, 26 años).

Parte de estas “normas” sociales narradas por las chicas, dentro de los círculoslésbicos, mencionaban que también está estigmatizado, mal visto y juzgado el tener relaciones sexuales con hombres.

Pienso sobre toda esta estigmatización que se tiene entre las mismas lesbianas... esta misma represión que entre nosotras mismas nos hacemos: cómo es posible que es lesbiana y tenga prácticas sexuales con hombres (Lucy, lesbiana, 27 años).

Por tanto, el factor de riesgo asociado a la identidad cambiará dependiendo la orientación sexual, mientras que para las bisexuales el asunto tiene que ver con validar que se pueden relacionar con ambos géneros. Para las lesbianas, el riesgo prevale en que, al no poder hablar de sus prácticas sexuales con hombres, los círculos de apoyo y acceso a la información se reducen, por miedo al rechazo e incluso a la violencia que pueden vivir, al no cumplir con el canon establecido.

#### **5.4. Consecuencias del embarazo en la adolescencia.**

Finalmente, tenemos la categoría referida a las consecuencias del embarazo que las chicas reconocen desde su experiencia, las cuales estarán englobadas en cuatro subcategorías: personales, pareja, amistades y familia. Por consecuencias personales, me refiero a cómo repercute la experiencia de tener relaciones sexuales con un hombre o llegar a tener un embarazo. Entre sus testimonios destaca el hacer mención de sentimientos de culpa, al poner en juicio el tener cierta práctica no correspondiente a su identidad y grupo de referencia, si se identifican con una orientación sexual y peor aún, cómo asumir con sus círculos cercanos de pertenencia identitaria lo que está ocurriendo.

Primero era como el shock de “no puedo creer que yo esté en esta situación” .... y el cuestionamiento de “y cómo les digo, primero, a las otras lesbianas que me pasó esto” (Sandy, lesbiana, 27 años).

Cómo voy a llegar con mi mamá y le voy a decir que sí, efectivamente llevo a una morra a mi casa, pero me embaracé, y era de wey, de por sí es un pedo que acepten, que la acepten a ella, que acepten su relación, que

accepte que entre a su casa, y luego llegar y decir “¡ah estoy embarazada!” (Andy, bisexual, 26 años).

Yo ya me construí una expectativa o un estereotipo de qué tipo de lesbiana soy, de qué tipo de lesbiana quiero ser, o a qué lesbiana sigo, o con qué lesbianas convivo, que entonces besar a un chico trans ¿qué pedo? (Dany, lesbiana, 27 años).

Esta negación a la maternidad en mujeres lesbianas y bisexuales, se deriva de la lesbofobia y bifobia a la que se pueden enfrentar, porque se considera como algo malo o aberrante (Alfarache, 2010), o que algunas lesbianas y bisexuales consideren que la maternidad solo es heterosexual, y sea la propia maternidad la que les produzca, lo que Espolea (s.f.) llamaba lesbofobia o bifobia interiorizada:

Realmente la maternidad se asocia totalmente a la heterosexualidad, no hay forma de que una persona, una mujer bisexual y una mujer lesbiana sea madre por vía natural, si no es heterosexual (Gaby, lesbiana, 22 años).

De manera que, como lo refieren las chicas, en ocasiones el embarazarse en la adolescencia implica la responsabilidad de que renuncien a su orientación, para poder ejercer una maternidad socialmente “correcta”. Y esto lo ejemplifican Mony y Sandy, cuando compartieron la historia de dos mujeres que habían conocido.

Era una chica que se relacionaba con el grupo de lesbianas con el que me juntaba en su momento, ella se asumía como bisexual, aunque se imaginaba en una relación a la larga o para construir una familia, con un hombre, porque en ese momento no se visualizaba con una mujer, por el contexto, la violencia y demás, y no le quedaba claro cómo construir una familia con una chica. Y ella a los 19 años quedó embarazada de su pareja, y para nosotros de alguna forma fue una sorpresa, no tuvimos mayor

problema, más bien fue “lo quieres tener, chido, felicidades”. Pero ella en un momento se alejó, cambió de Facebook y dijo que por ahora se iba a dedicar a su vida santa heterosexual. Y lo digo así, porque eso fue lo que hizo en su momento, o sea dejó de hablarnos, se alejó, dejó de ir a las fiestas, dejó de lado esa parte, a un lado la vida gay, porque era como un “cómo voy a mezclar esa otra parte con esto”, como que se enclosetó un poco, a pesar de que su familia lo sabía. Y ya después no estoy segura si volvió a retomar algunas de las amistades, pero hasta donde yo me quedé, se alejó por completo. Fue como “ya soy mamá, estoy con mi vato, estoy casi casada” y como que negó esa parte. No sé a qué se haya debido, también al propio prejuicio de decir “cómo yo me voy a relacionar con esas lesbianas, ahora que soy madre, ya tengo una familia heterosexual” (Sandy, lesbiana, 27 años).

Hace poco, conocí una historia fuerte. Conocí a una chica que tiene 29 años, ella es lesbiana y tiene dos hijos. Ella se fue a vivir con su novia a los 15 años. Y vivió con ella como hasta los 20 años. Después de esto se enamoró de un vato, se casó con él y tuvo a los 2 hijos. Tiene poco que se divorció, y ahora se está involucrando de nuevo con mujeres. Ella me decía que le parecía complicado porque, aunque si quería al vato, en la cuestión sexual no se sentía a gusto con él, porque no era lo que más le gustaba. Lo que me parecía muy fuerte de la historia era que ella sacaba a los niños, los llevaba a casa de sus abuelos para tener solamente encuentros casuales con mujeres, sin protección y todo. Me pareció muy triste. Y yo le dije “oye y no has pensado en volver a establecer una relación, tener una novia y así” y me dijo que no, porque para ella el proceso de cuando se fue a vivir con su novia, fue muy criticada por ser lesbiana, y luego lo corrigió cuando se casó con el vato. Y ahora volver a pasar por ese proceso y ahora con los hijos, la verdad es que ya no, ya renuncié a esa parte y solamente tengo encuentros sexuales casuales y no sé. Para mí sí me impacto, pensé

qué clase de vida estás llevando, ella sí se limitó un montón en ese sentido (Mony, lesbiana, 24 años).

Algunas de las participantes, hicieron alusión a que el embarazo puede ser un obstáculo en el proyecto de vida de una persona, pues no sólo puede afectar su vida académica y/o laboral, sino también el ejercicio de la sexualidad:

Pensaba en que, el cruce de saber cómo un embarazo lo pensamos en términos de los proyectos de vida de las personas, de las mujeres, que en muchos casos se truncan o se ven dificultados, también pensaba en los procesos de diversificación sexual, de erotización de los cuerpos, que también eso producen las mujeres de la disidencia sexual. Pensar que, sí me ha tocado conocer casos de compas que yo asumía y aseguraba que sí, que eran bisexuales o que eran lesbianas pero que pasó eso justamente, un embarazo no deseado y pues eso se diluyó (Gin, bisexual, 29 años).

Como si tener un hijo te quitara esa parte, ya no eres un ser sexuado, ya sólo sirves para cuidarlo, y ya tu vida sexual fue. Es más, pienso yo que no nos vemos como una persona sexualmente activa, ya quemó su cartucho y ya no puede, ya no debe (Andy, bisexual, 26 años).

Con respecto a las relaciones de pareja, en la discusión se hicieron evidente dos situaciones a las que se enfrentan, por una parte, si la chica es bisexual y su embarazo se dio estando en una relación de pareja, como en la experiencia compartida por Tere, en la que ella tuvo que renunciar a su orientación, porque una vez siendo madre, no se puede continuar siendo bisexual, aunado a la violencia que surge en el contexto de pareja:

Yo negué mi parte bisexual a pesar de que mi pareja sabía que yo era bisexual y en el noviazgo se mencionó y se le dijo que yo era bisexual, pero

en el momento en que me convertí en la mamá de su hija fue de “ya no se hable más de eso, aquí tus amigos gays no entran, este es mi círculo santo, tú eres mi esposa heterosexual, invisibilizando que yo era bisexual” (Tere, bisexual, 29 años).

O bien, cuando la chica es lesbiana, relacionarse con otra mujer, ya siendo madre, también es complejo, debido a los mismos estereotipos y cánones que giran en torno a los círculoslésbicos, incluso a la misma bifobia:

Hay un rechazo a las mujeres bisexuales por los propios prejuicios que hay al respecto. Primero porque son promiscuas y me van a engañar con un güey al mismo tiempo. También incluso y asumo que también en algún momento lo pensé yo, el pensar guácala, si va a estar siendo penetrada por un pene y luego yo voy a estar ahí, guácala como voy a poner yo la cara, mi boca santa, porque soy lencha Golden, como voy a tener yo contacto con algo que ya tuvo contacto con un pene (Sandy, lesbiana, 27 años).

No he me vuelto a vincular con mujeres porque me aterra que me pregunten cómo nació, y me he cuestionado muchas veces si decir “obvio fui a un banco carísimo a elegir al papá de mi bebé porque tenía este instinto maternal por satisfacer”, pero luego digo ¿por qué tengo que negar lo que hice? Tengo que aceptar que fue por un peda y por mi desmadre, pero ahora ¿cómo me vínculo con otras personas? No me van a creer que soy lesbiana (Vero, lesbiana, 29 años).

Con respecto a la categoría de los círculos de amistades, se distinguen dos dimensiones, cómo lo toman las amistades de un grupo LGBT olésbico, y cómo lo perciben los grupos de amistades heterosexuales. Los primeros, suelen juzgar, excluir y cuestionar o poner en duda la orientación de la mujer:

Algo que me pasó igual a los 17 años, cuando decidí tener un novio, uno de mis mejores amigos que era gay, dejó de hablarme. Porque viene este escarnio social y este reproche que es de “qué te pasa”, no permito que cambies o ya no vas a ser mi amiga si cambias, y aunque lejos de preguntarme en ese momento cómo te sientes o qué te está llevando a esto, era venir a decir que era lo que yo debía de hacer y son situaciones que no cambian (Fany, lesbiana, 29 años).

A los 17 años habría tenido mucho problema, justamente para hablarlo y para decirlo en el grupo de personas con el que estaba, porque justo era, éramos un grupo de lesbianas muy lesbonormadas, terriblemente lesbonormadas. Y yo acepto que en ese momento era culera, estaba totalmente en el rol de la lesbiana macho alfa, Golden, activa, forever; que me parece nefasto ahora, por supuesto; y en ese contexto hubiera sido muy difícil hablar yo creo del tema, porque habría venido justo un rechazo de decir tú que jurabas ser la lesbiana Golden y lo que sea, vienes con esto y yo no habría sabido cómo manejar el tema (Sandy, lesbiana, 27 años).

Tuve una amiga muy cercana... fuimos alguna vez a un antro, bebimos mucho, cada quien se separó, en la noche nadie supo de la otra persona. Días después, una semana, ella llegó diciendo “sabes qué, creo que estoy embarazada”. Y al principio, si recalco que todas las personas a las que nos dijo, me incluyo a mí, fue como de “¿Qué? ¿En qué momento?” ... Si ejercimos una presión social muy desagradable en ella, porque incluso se sentía muy apenada al pedirnos ayuda; y ahora que lo recuerdo digo “no manches”, realmente fueron muy pocas personas las que le dijo “no te preocupes güey, esto es lo que podemos hacer” (Dany, lesbiana, 27 años).

Cuando se trata de círculos de amistades heterosexuales, Gaby (lesbiana, 22 años), nos compartía que no hay propiamente un rechazo, sino una aparente aceptación, basada en la propia lesbofobia de los círculos de amistades, ya que la maternidad o el

sexo con un hombre por parte de una lesbiana, es un signo de cura o de no ser “tan” lesbiana, puesto que son acciones que no son acordes con el estereotipo de ser lesbiana, así, la identidad lésbica, al estar en duda (por la idea heterosexual y lesbofóbica de que no se puede vivir sin un hombre), hace que estas acciones confirmen su no existencia.

Mi amigo entiende más que yo me haya acostado con un hombre, pero es como esta parte de “ya ves como no eras tan lencha, ya ves que no eras tan lesbiana, ya ves cómo sí” y es como “te entiendo perfecto que seas lesbiana y tengas sexo con un hombre, pues sí te gustaba, no me vengas a decir que no” (Gaby, lesbiana, 22 años).

Hasta parecería un remedio, o sea si eres mujer que se declaró lesbiana y que ahora viene y dice que está embarazada pues ya es como un milagro o sea ya es heterosexual (Paty, lesbiana, 26 años).

Con respecto a las actitudes que se pueden encontrar dentro de la familia, por lo general son negativas, y cuando aparentemente son positivas o de apoyo, están basadas en la lesbofobia y bifobia, ya que conciben a la maternidad como una especie de cura al lesbianismo o la bisexualidad, además de que hay un fuerte cuestionamiento sobre su orientación sexual.

Entonces la hicieron dudar de su orientación sexual, porque evidentemente su familia no aceptaba que era lesbiana y el hecho de que ella se embarazara, era la prueba de que estaba curada (Fer, bisexual, 26 años).

Hablé con mi mamá, le dije que algún día quería tener un hijo, y mi mamá me dijo que estaba loca, y le dije: ah sí, no quiero tener hijos. Y me dijo “sabes que yo aceptaría que tuvieras un hijo, pero que fueras soltera, pero estando sola, porque yo ya te acepto y lo que sea, pero yo no podría o no estaría de acuerdo

con que tú vivieras con tu pareja o novia o lo que sea y tuvieras un hijo, sería muy difícil” (Mony, lesbiana, 24 años).

“Su familia la apoyó, pero la obligo a que se casara” (Fer, bisexual, 26 años).

Finalmente, Gaby (lesbiana, 22 años), comenta que, en general, los círculos sociales donde se desenvuelve, a pesar de la información que ya tienen, siguen basando sus actitudes y creencias a los prejuicios:

A pesar de toda la información, nuestros círculos sociales o la mayoría, es como de sí te acepto y te comprendo lo que sea, pero hasta donde yo logre entender. O sea, sí entiendo que seas lesbiana, pero hasta donde yo entiendo qué es una lesbiana, no me puedes decir que eres una lesbiana que de repente sales embarazada o de repente tienes sexo con un hombre.

## CAPÍTULO 6. DISUSIÓN FINAL

A partir de los datos encontrados en el marco de esta investigación, hay aspectos fundamentales a considerar para visibilizar que las lesbianas y mujeres bisexuales también tienen necesidades (como violencia en las relaciones de pareja, discriminación, infecciones de transmisión sexual, violencia sexual, embarazos no planeados, entre otros) y enfrentan múltiples retos en torno a su salud sexual y reproductiva.

Por una parte, es innegable que prevalece una visión heterosexual y hegemónica de la sexualidad que desconoce tanto el deseo como la posibilidad y factibilidad de que las lesbianas y mujeres bisexuales se embaracen. Pero a ello hay que agregar que bajo la mirada adultocéntrica, las chicas que son menores de edad ni siquiera pueden tener acceso a información adecuada.

Esta visión heterosexual ha provocado la invisibilidad de lesbianas y mujeres bisexuales, tanto en la política pública, como en programas de salud, incluso en la detección específica de sus necesidades, ya que la investigación sobre sus vivencias es muy escasa (Valencia y Romero, 2017). Lo cual, a su vez, funge como uno de los factores involucrados en la falta de acceso a los Derechos Sexuales y a los Derechos Reproductivos.

Esta invisibilidad se hace presente, por ejemplo, en el hecho de que las adolescentes lesbianas y bisexuales no reciban información integral que cubra sus necesidades y vivencias en torno a su salud sexual y reproductiva, lo cual provoca una mayor vulnerabilidad para la prevención (Schantz, 2015). Las prácticas sexuales entre mujeres se han rechazado y son percibidas como malas, abominables, desviadas; lo que ha producido que no se hable de ello, incluso que se niegue su existencia (Alfarache, 2003; Rich, 1980).

Esta invisibilidad genera que no se contemple como una población que puede o desea tener un embarazo, aun cuando ellas (las lesbianas y bisexuales que participaron en la investigación) sí perciben el tema del embarazo adolescente como un problema que les aqueja e interesa. Si reflexionamos entre las vivencias de las lesbianas y de las mujeres bisexuales en temas de salud reproductiva, podemos pensar que las bisexuales tienen cierta ventaja sobre las lesbianas, ya que como se ha mencionado anteriormente, suele negarse la vivencia bisexual, y al tener abiertamente prácticas sexuales con hombres, se les catalogaría como heterosexuales. Por tanto, gracias a la prevalencia de las normas de la heterosexualidad en los servicios de salud, las personas bisexuales podrían hacer uso del *privilegio heterosexual* dependiendo de la pareja o prácticas sexuales que tengan para ciertos temas. Es decir, el asumirlas como heterosexuales, en muchos sentidos puede representar un beneficio o incluso una protección a ciertas discriminaciones y, de alguna manera, no se desconoce como tal parte de la vivencia erótica y afectiva que tienen tal y como se presenta en el Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México. Derecho a la Salud, elaborado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoíris (2018). Pareciera entonces que el régimen heterosexual incide en la facilidad o no, al acceso a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El placer y el erotismo son dos elementos que han sido históricamente negados a las mujeres, y consecuentemente a lesbianas y bisexuales también (Alfarache, 2003; Beauvoir, 2005; Rich, 1980), sin embargo, juegan un papel importante en el embarazo adolescente de lesbianas y bisexuales, ya que, durante la investigación, las participantes nombraban que el deseo y la curiosidad son algunas de las razones que las llevan a tener relaciones sexuales con hombres. Lo cual, permite que caigamos en cuenta de que la sexualidad no es rígida ni inamovible, sino que se va desarrollando y construyendo historia con otras y otros, así como lo planteaba Grimberg (2002).

Placer y erotismos negados como lo plantea Lagarde (2011), por el simple hecho de ser mujeres, se evidencia que se son influenciados por los estereotipos construidos dentro de los grupos sociales y por la sociedad misma, los cuales han creado cánones

que buscan homogenizar y encajonar las experiencias sexuales de las personas y que incluso, son las que juegan un papel al momento de validar una identidad. Por ejemplo, en el caso de las lesbianas, se espera que nunca se relacionen sexualmente con un hombre, de ser así, se pone en duda su orientación sexual, se juzga, se rechaza, incluso, se cuestiona. En cambio, con las mujeres bisexuales, al ser una orientación invisible, que constantemente tiene que ser validada, es común que se les presione para tener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

Por otra parte, la lesbofobia y bifobia también están presentes de distintas formas y bajo diversos panoramas. Por ejemplo, la violencia sexual, específicamente las violaciones correctivas, que pueden ejercerse por familiares, amigos, ex parejas, o bajo algún tipo de práctica o esfuerzo correctivo de la identidad y/o la orientación, forman una de las razones por las cuales adolescentes lesbianas y bisexuales pueden vivir un embarazo no deseado. Dado que en los grupos de discusión se hizo referencia al tema, pero las participantes daban cuenta de esto no como un testimonio personal sino más bien como algo que podría ocurrir, se evidencia la complejidad para abordar el tema, dada la violencia que supone, y el ocultamiento, silencio y estigma que también puede haber alrededor de ello.

Si como consecuencia de una violación, producto de la lesbofobia o bifobia, hay un embarazo, se leerá como la cura de la orientación, puesto que la maternidad, es meramente heterosexual según los parámetros heteronormativos. Y no sólo en el marco de un ECOSIG y/o violación, el embarazo puede leerse como cura, la maternidad por sí misma tiene cánones establecidos para la vida de las mujeres y el ejercicio de su sexualidad, por ejemplo, Lagarde (2011) mencionaba que el erotismo estaba asociado a la procreación.

Estas violencias también las vemos en panoramas mucho más estructurales, como en la falta de información integral en sexualidad; la educación sexual en México es pobre y es una de las causas detectadas por la ENAPEA para los embarazos adolescentes. Sin embargo, en el caso de las lesbianas y bisexuales como las participantes, quienes tienen

niveles educativos de preparatoria, licenciatura y maestría, y en los casos donde se evidencia que se tenía información, queda claro que las estrategias por parte de las instituciones utilizadas hasta el momento, no contemplan la perspectiva de diversidad sexual, sesgando nuevamente la información que recibieron y no tomándola en cuenta en sus prácticas y orientaciones sexuales, ya que en la divulgación no se les nombra como una población, lo que invisibiliza e invalida sus necesidades en materia de sexualidad, salud y reproducción.

Otro ejemplo estructural de cómo afectan la lesbofobia y bifobia, es en el acceso a los servicios de salud, pues lesbianas y bisexuales nombraron haber sufrido algún tipo de discriminación o información incompleta o errónea sobre su salud sexual y reproductiva, de lo cual dan cuenta los trabajos del Clóset de Sor Juana, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoíris (2018), organizaciones que luchan por el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI, así como los trabajos de Mendoza, Román & Rojas, 2016, que demuestran, al igual que los testimonios recabados, que los servicios de salud no cuentan con una perspectiva integral, y dan por hecho que todas las usuarias de los servicios de salud son heterosexuales, debido a prejuicios, malos tratos y falta de información y conocimiento por parte del personal, incitando a que las personas con orientaciones sexuales diversas que acuden a los servicios se autoexcluyan de sus derechos a los servicios por miedo a sufrir discriminación o violencia. Por ello, es claro que la doble discriminación que viven lesbianas y bisexuales, es decir, por razones de género y por orientación sexual, provoca que el ejercicio pleno de su ciudadanía sexual se vea obstaculizado, tal y como lo refiere Valencia y Romero (2017).

Diversos documentos (ENAPEA, 2016; OPS, OMS, UNFPA y UNICEF, 2018; UNICEF 2013) hacen referencia a que el embarazo adolescente pone en riesgo la vida e integridad de las adolescentes, constituye un obstáculo para su crecimiento personal, social y profesional, y limita el libre desarrollo de sus competencias y habilidades. Sin embargo, cuando se trata de adolescentes lesbianas y bisexuales, de acuerdo con lo encontrado en esta investigación, se le suman otras consecuencias, por ejemplo, la lesbofobia y

bifobia, también se constató que a las lesbianas se les niega la posibilidad de ser madres, incluso, es visto como aberrante que lo deseen o piensen tal y como lo describe Alfarache (2010); se encontró que estas situaciones provocan que las lesbianas y las bisexuales renuncien a su identidad, e intenten llevar un estilo de vida heterosexual, ya sea por presión de la familia, pareja (en el caso de las bisexuales) o porque incluso, el discurso social es tan negativo, que provoca que ellas mismas piensen que no se puede ser mamá y al mismo tiempo lesbiana o bisexual, es decir, lo que Espolea (s.f.) llama lesbofobia y bifobia interiorizada, con la cual las lesbianas y bisexuales se rechazan y autodiscriminan por la orientación sexual con la que se identifican. No hay duda de que la maternidad para las participantes se ha utilizado como una institución que controla a las mujeres, puesto que la autonomía de las mujeres amenaza a la familia y al Estado.

Además, los cánones y estereotipos de la identidad lésbica y bisexual suelen ser tan rígidos, que las adolescentes viven rechazo y segregación dentro de sus propios círculos de amistades, negándoles la posibilidad de convivencia, generando con ello que sea más complicado crear relaciones de pareja entre mujeres. Esta fue una de las limitantes encontradas dentro de la investigación, ya que algunas mujeres mostraron molestia e incluso resultaba ofensivo cuando se les invitaba a participar en los grupos de discusión, dejando muy en claro que ellas no habían tenido relaciones sexuales con un hombre ni pensaban tenerlo y, por tanto, el tema del embarazo no era asunto suyo. Ante esta situación, se le explico a las mujeres, la intención de esta investigación y la necesidad de realizarla, incluso, plantando que esta postura podía ser expuesta durante la charla con el grupo. Durante todo momento, se manejo con total respeto a la postura que planeaban.

Lo que al final queda evidenciado es que las mujeres, y en particular las mujeres lesbianas y bisexuales no somos consideradas como sujetas de derecho. Y, por lo tanto, tampoco contamos con ciudadanía sexual que teóricamente se traduciría en el ejercicio político del cuerpo, es decir, la toma de decisiones autónomas sobre nuestros cuerpos y sexualidad como garantía de acceso a los derechos.

Es necesario exigir la eliminación de las desigualdades y lograr el reconocimiento de todas las personas como sujetos a quienes se les garanticen sus derechos; los derechos

para las mujeres lesbianas y bisexuales no deben ser una utopía, sino una realidad, y en la medida en la que tanto las políticas públicas como los programas sociales reproduzcan una lógica androcéntrica, heteronormada, adultocéntrica y capacitista, se seguirán invisibilizando y negando el acceso al pleno ejercicio de sus derechos a todos los cuerpos e identidades.

Es importante transversalizar la diversidad sexual dentro de las políticas públicas y programas de salud, y entender que tanto el género como la sexualidad son dimensiones dinámicas, que giran en torno a las personas, y que estas influyen en su bienestar físico y emocional.

Además, es de suma importancia que se impulsen y visibilicen las diversas investigaciones que documenten la vivencia de las lesbianas y las mujeres bisexuales, no solo en el tema del embarazo adolescente, que como ya he abordado en este documento, es importante nombrarlo y problematizarlo, sino, en otras esferas de la vida tanto pública como privada, ya que la investigación específica de esta población, sigue siendo un tema pendiente, que por su puesto, nos recuerda la invisibilidad y falta de importancia que se le da a este grupo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfarache Lorenzo, A. (2010). La construcción cultural de la lesbofobia. Una aproximación desde la antropología. En Muñoz Rubio, J. Homofobia: Laberinto de la ignorancia. México, UNAM

Alfarache Lorenzo, A. G. (2003). Identidades lésbicas y cultura feminista. Una investigación antropológica. México, Plaza y Valdez.

Amachástegui Herrera, A. y Rivas Zivy, M. (2004) Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. Estudios Demográficos y Urbanos, vol. (19), pp. 543-597.

Arnes L., Correa M., Herrero A., Invernizzi A., Itoiz J., Ortello I. L. y Pandolfi Chediak A. (2019). Bisexualidades Feministas: contra-relatos desde una disidencia situada. Madreselva. Recuperado de [https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2019/11/bisexualidades-feminista\\_compressed.pdf](https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2019/11/bisexualidades-feminista_compressed.pdf)

Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA) (2007). La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes

Azevedo, J. P., Favara, M. Haddock, S.E. (2012) Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WP0SPA%20NI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>

Bearinger, L., Blum, R., Resnick, M., Saewyc, E. (1999) Sexual Intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Women: Does Sexual Orientation Make a Difference? Volumen (31), pp. 127 – 131 Recuperado de:

<https://www.guttmacher.org/journals/psrh/1999/05/sexual-intercourse-abuse-and-pregnancy-among-adolescent-women-does-sexual>

Beauvoir, S. (2005). El segundo sexo. Madrid, España, Cátedra.

Blazquez Graf N., (2012) Epistemología feminista: temas centrales, en Blazquez Graf N., Flores Palacios F., y Ríos Everardo M. (2012). Investigación Feminista Epistemología, Metodología Y Representaciones Sociales. UNAM, México.

Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. El límite discursivo del sexo. Buenos Aires, Paidós

Butler, J. (1990). El género en disputa. Barcelona, España, Paidós

Carvajal Barrona, R., Valencia Oliveros, H. y Rodríguez Amaya, R. (2017) Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. Recuperado de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072017000200290](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000200290)

Censida (2019) Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 11 de noviembre del 2019. Recuperado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN\\_D\\_a\\_Mundial\\_sida\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN_D_a_Mundial_sida_2019.pdf)

Charlton, Corliss, Missmer, Rosario, Spiegelman, Austin (2013). Sexual orientation differences in teen pregnancy and hormonal contraceptive use: an examination across 2 generations. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3758403/>

Clóset de Sor Juana (2017) Derecho a la salud de lesbianas y bisexuales. Resultados Generales 2017.

Cohen, E. (1990). Lilit: el lado oscuro de Dios. Utopías. Revista de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Núm. 7. Recuperado de [http://ru.ffyl.unam.mx/bitstream/handle/10391/5683/04\\_Utop%C3%ADas\\_07\\_1990\\_Cohen\\_Esther\\_23-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ru.ffyl.unam.mx/bitstream/handle/10391/5683/04_Utop%C3%ADas_07_1990_Cohen_Esther_23-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) (2008) Informe especial sobre violaciones a los derechos humanos por orientación o preferencia sexual y por identidad o expresión de género. 2007-2008, México, Recuperado en [http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/2008/10/informe\\_lgbt.pdf](http://directorio.cd hdf.org.mx/libros/2008/10/informe_lgbt.pdf)

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoíris (2018) Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México. Derecho a la Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/ceav/documentos/diagnostico-nacional-sobre-la-discriminacion-hacia-personas-lgbti-en-mexico>

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (2016). Cartilla de los derechos de las víctimas de discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género. Segunda edición, México.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2013). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará). Recuperado de [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material\\_difusion/convencion\\_BelendoPara.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelendoPara.pdf)

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2018). Diversidad sexual y derechos humanos. Recuperado de <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/36-Cartilla-Diversidad-sexual-dh.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2016). Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/49-D-sexuales.pdf>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales

Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED). (2018). Población LGBTTTI. Recuperado de <http://data.copred.cdmx.gob.mx/por-la-no-discriminacion/poblacion-lgbttti/>

Constitución Política de la Ciudad de México. Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf>

Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. The University of Chicago Legal Forum, volumen (140), 139-167.

Declaración Universal de los Derechos Humanos Recuperado de

[https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Donzelot, J. (1979). La policía de las familias. Valencia. Pre-Textos.

Echarri, C. (2014). Sobre la maternidad precoz. México Social. Recuperado de:

<http://mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/525-sobre-la-maternidad-precoz>

Encuesta de Discriminación de la Ciudad de México (EDIS) (2013). Recuperado de

[http://data.copred.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2015/01/Encuesta\\_sobre\\_Discriminacion\\_en\\_CDMX.pdf](http://data.copred.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2015/01/Encuesta_sobre_Discriminacion_en_CDMX.pdf)

Encuesta de Discriminación de la Ciudad de México (EDIS) (2017). Recuperado de

<http://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/59a/840/2d5/59a8402d50788389814688.pdf>

Encuesta Nacional de Discriminación en México (ENADIS) (2017). Recuperado de

[http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-MUJERES-WEB\\_Accss.pdf](http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-MUJERES-WEB_Accss.pdf)

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2018). Recuperado de

<https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

Encuesta Nacional de Valores en la Juventud (ENVAJ) (2012). Recuperado de

[https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ\\_2012.pdf](https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf)

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)

(2016) Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Espolea (sf). Intervención: lesbianas, derechos humanos y acceso a la salud.

Recuperado de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-intervencionlesbianasetc.pdf>

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), (2016). Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

Facio A. y Fries L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. Academia. Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires. Recuperado de [http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev\\_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf](http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf)

Falquet, J. (2004). Breve reseña de algunas teorías lésbicas. México. Fem-e-libros

Fernández, A. M. (2016). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Paidós

Flores, J (Sf) La metodología de investigación mediante grupos de discusión.

Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/51383778.pdf>

Foucault, M. (2011). Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. México. Siglo veintiuno editores.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/UNICEF\\_PLAN\\_embarazo\\_adolescente\\_2015\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015(1).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016). Para informar y sensibilizar sobre temas que afectan a las adolescentes en México SCA y UNICEF se unen en una campaña nacional. Recuperado de:

[https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias\\_34505.html](https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_34505.html)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2013). Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Recuperado de

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018) Los derechos de la infancia y la adolescencia. Recuperado de

<https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). La adolescencia. Una época de oportunidades. Recuperado de

[https://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015). Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy. New York. Recuperado de

[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood\\_not\\_motherhood\\_final\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf)

Fuentes, Adriana (2015). Decidir sobre el propio cuerpo, una historia reciente del movimiento lésbico en México. 1era edición. México: UAM

Gaviria A., S. y Chaske, R. (2013). Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial. Recuperado de:

[www.scp.com.co/precop/precop\\_files/ano12/TERCERO/embarazo\\_adolescentes.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf)

Gil Flores, J., García Jiménez E., Rodríguez Gómez, G. (1994) El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión. Enseñanza, vol XII pp. 183-199. Recuperado de [http://e-](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:20428/analisis_datos.pdf)

[spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:20428/analisis\\_datos.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:20428/analisis_datos.pdf)

Gimeno, B. (2008). La construcción de la lesbiana perversa. Gedisa

Golubov, N. (2017) Interseccionalidad en Moreno, H. y Alcántara, E. (2017) Conceptos clave en los estudios de género. Volumen (1) UNAM, CIEG, México.

Grimberg, M. (2002) Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832002000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100003)

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015). Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. Recuperado de: [https://gire.org.mx/wp-](https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf)

[content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf](https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf)

Guzmán Cáceres, Maricela y Pérez Mayo, Augusto Renato (2005). Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. Cinta de Moebio, (22), pp. 112-126. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=101/10102207>

Herranz Velázquez, D. (2012). Sexualidad, mecanismo de control social. Acciones performativas de la identidad. Valencia, Universitat Politècnica de València.

Hodson, Meads & Bewley (2016) Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27981741>

Inspira cambio, A.C (2015). Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers de México 2015. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/308346510\\_Principales\\_Resultados\\_del\\_Diagnostico\\_situacional\\_de\\_personas\\_lesbianas\\_gays\\_bisexuales\\_transgenero\\_travestis\\_transexuales\\_intersexuales\\_y\\_queers\\_de\\_Mexico\\_2015\\_Primer\\_parte](https://www.researchgate.net/publication/308346510_Principales_Resultados_del_Diagnostico_situacional_de_personas_lesbianas_gays_bisexuales_transgenero_travestis_transexuales_intersexuales_y_queers_de_Mexico_2015_Primer_parte)

Instituto de la Juventud (INJUVE) (2013) Consulta de tendencias juveniles. Recuperado de <http://issuu.com/injuvecdmx/docs/consulta-tendencias-juveniles-2013>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015) Encuesta Intercensal 2015. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018) Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Defunciones generales registradas por Entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida,

Periodo y Sexo. Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Mortalidad\\_01&bd=Mortalidad](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Mortalidad_01&bd=Mortalidad)

La Barbera, M. (2016). Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. Volumen (4) pp. 105-122.

Lagarde, M. (1996). Identidad de género y Derechos Humanos. La construcción de las humanas. Recuperado de

[https://catedraunescodh.unam.mx//catedra/CONACYT/16\\_DiplomadoMujeres/lecturas/modulo1/2\\_Identidad\\_Genero\\_Lagarde.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx//catedra/CONACYT/16_DiplomadoMujeres/lecturas/modulo1/2_Identidad_Genero_Lagarde.pdf)

Lagarde, M. (1999) Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. España, Puntos de encuentro

Lagarde, M. (2011). Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas y locas. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, M. (1986). La antropología feminsita y la categoría “género”. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, volumen (VIII), 173-198.

Letra S (2018). Violencia, impunidad y prejuicios. Asesinatos de personas LGTBTTT en México 2013-2017. Recuperado de <http://www.letraese.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Informe-crimenes-2017.pdf>

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262\\_210618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf)

Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV\\_130418.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf)

Ley General de Salud. Recuperado de [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH\\_140618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH_140618.pdf)

Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Recuperado de <http://data.copred.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2016/02/Ley-para-Prevenir-y-Eliminar-la-Discriminaci%C3%B3n-del-Distrito-Federal-LPEDDF-18-Nov-2015.pdf>

López Francés, I. (2010) El grupo de discusión como estrategia metodológica de investigación: aplicación a un caso. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3619906.pdf>

Naciones Unidas (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Naciones Unidas (2018) Declaración sobre Orientación Sexual e Identidad de Género de las Naciones Unidas. Recuperado de [https://www.oas.org/dil/esp/orientacion\\_sexual\\_Declaracion\\_ONU.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Declaracion_ONU.pdf)

Naciones Unidas, Cepal (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Navarro Corona, C. (2016). Ejercicio de los derechos sexuales y factores que lo promueven y obstaculizan: mujeres heterosexuales y no heterosexuales (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México)

Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227625/NORMA\\_Oficial\\_Mexicana\\_039\\_DOF\\_01-05-17.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227625/NORMA_Oficial_Mexicana_039_DOF_01-05-17.pdf)

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención  
<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014). Adolescent Pregnancy Fact Sheet 364.  
Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Las 10 principales causas de defunción. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans: informe de progreso. Recuperado de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34220/CE160-INF-8-D-s.pdf?sequence=14&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.

[https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL\\_5.PDF](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF)

Ortega Graciano, C. (2002) Miradas de género de Woolf a Haraway.

Platero, R. (2002). Lesbianismo y Salud. Revisión breve del Estado de la Cuestión.  
Curso: Psicopatologías de la Mujer del s. XX.I

Principios de Yogyakarta. Recuperado de <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2015). Agenda de desarrollo post-2015. Recuperado de

<http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview.html>

Rich, A. (1980). La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana.

Rivas Martín, R. (2012). Lesbianas: mujeres iguales, mujeres diferentes. Aproximación a sus percepciones de Salud Ginecológica, Sexual y Reproductiva. Nure Investigación (58), pp. 2-88

Rocha Sánchez, T. (2018). Avatares de mujeres lesbianas, bisexuales y no heterosexuales en torno a su experiencia sexual: edad de inicio, tipos de parejas sexuales, cuidado y motivos alrededor de sus relaciones sexuales. En: Closet de Sor Juana. Derecho a la salud derecho de todas. Aproximaciones multidiciplinares

Rubín, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales (30), pp. 95-145.

<https://www.caladona.org/grups/uploads/2007/05/El%20trafico%20de%20mujeres2.pdf>

Rubín, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad

Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación, 6a edición. México, Mc Graw Hill Education

Sardà, A., Posa Guinea, R. M., Villalba Morales, V. (s.f.). Lesbianas en América Latina: de la inexistencia a la visibilidad.

Schantz, K. (2015). Pregnancy Risk Among Bisexual, Lesbian, and Gay Youth: What Does Research Tell Us?

Secretaría de Salud (2015). Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>

Secretaría de Salud (2017) Anuarios de Morbilidad 1984-2018. Recuperado de <http://187.191.75.115/anuario/20170/casos/grupo/101.pdf>

Secretaría de Salud (2018) Anuarios de Morbilidad 1984 – 2018. Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad. Recuperado de [http://187.191.75.115/anuario/20180/morbilidad/enfermedad/distribucion\\_casos\\_nuevos\\_enfermedad\\_grupo\\_edad.pdf](http://187.191.75.115/anuario/20180/morbilidad/enfermedad/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf)

Secretaría de Salud (2018) Anuarios de Morbilidad 1984 – 2018. Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad. Recuperado de [http://187.191.75.115/anuario/20180/morbilidad/nacional/veinte\\_principales\\_causas\\_enfermedad\\_nacional\\_grupo\\_edad.pdf](http://187.191.75.115/anuario/20180/morbilidad/nacional/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_grupo_edad.pdf)

Serret E. y Méndez Mercado J. (2011). Sexo, género y feminismo. México. Recuperado de <https://www.te.gob.mx/genero/media/pdf/5f45a8f8647dcf3.pdf>

Sistema de Naciones Unidas de Panamá (2010). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Recuperado de [https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo\\_web.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf)

UNODC, COPRED, UNAM y YAAJ (2019). Nada que curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG (Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad de Género). Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/PrevencionDelito/Nada\\_que\\_curar\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/PrevencionDelito/Nada_que_curar_2020.pdf)

Valencia Toledano, J. y Romero Hernández, R. (2017). Las lesbianas en México continúan invisibilizadas en las políticas públicas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/325/32550024008.pdf>

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>

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

Witing, M. (1992). El pensamiento heterosexual y otros ensayos. Madrid, Egales.

YAAJ (2016) Encuesta Nacional sobre Discriminación y Juventudes

<https://issuu.com/yaajmexico/docs>