



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Maestría en Trabajo Social**  
**Campo de conocimiento: Dimensiones sociales de la salud**

**Perspectivas de la educación sexual en la familia y en la escuela. Una narrativa desde las experiencias de mujeres y hombres que fueron madres y padres antes de los 20 años**

**Que para optar por el grado de Maestra en Trabajo Social**

**Presenta Godínez Vargas Elena Montserrat**

**Tutora: Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón**  
**Escuela Nacional de Trabajo Social**

**Comité Tutor:**

**Amada Rubio Herrera**  
**Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales**  
**(CEPHCIS) - UNAM**

**Catherine Menkes Bancet**  
**Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias**  
**(CRIM) - UNAM**

**Ciudad de México, Marzo, 2023**



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.

## Contenido

Resumen .....	7
Introducción.....	8
Capítulo I.....	12
Marco teórico-conceptual .....	12
Adolescencia y juventud .....	12
Embarazo en la adolescencia.....	14
Teoría feminista .....	16
Género .....	17
Perspectiva de género.....	19
Cuerpo y sexualidad .....	20
Amor romántico .....	22
Enfoque de derechos sexuales y reproductivos .....	25
Derechos sexuales.....	25
Derechos reproductivos .....	26
Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.....	31
Salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y DSyR .....	36
Métodos Anticonceptivos .....	38
Familia .....	39
Escuela de nivel básico .....	41
Trabajo Social .....	41
Capítulo II.....	44
Estado del arte .....	44
Embarazo en la adolescencia y sus factores de ocurrencia.....	44
Factores de ocurrencia.....	45
Educación sexual .....	50
Educación sexual en la familia.....	50
Educación sexual en la escuela .....	55
Sexualidad en la adolescencia y juventud.....	58
Metodos anticonceptivos para las y los adolescentes y jovenes .....	60
Capítulo III .....	65
“Cuidate” .....	65
Metodología .....	65

Preguntas de investigación/Planteamiento del problema.....	70
Objetivo general.....	70
Objetivos específicos .....	70
Supuestos .....	71
Educación sexual recibida en la familia y en la escuela por mujeres y hombres con un embarazo en la adolescencia.....	72
Acerca de la investigación .....	74
Conociendo a las y los entrevistados .....	75
Cuídate: educación sexual brindada por su madre y/o padre.....	77
Información sobre MAC dentro de la familia .....	79
“Nada más te decían lo que tenían que decir ellos”. Educación sexual en la escuela	80
Conocimientos y aprendizajes a nivel primaria .....	81
A nivel secundaria.....	81
MAC antes y después del embarazo .....	85
Educación sexual de las nuevas generaciones .....	89
Opinión sobre la ES que debería darse en la familia.....	90
Opinión sobre la ES que debería darse en la escuela .....	91
Reflexiones .....	92
Conclusiones generales.....	100
Referencias.....	102
Anexo .....	116
Historias de vida de las y los participantes .....	116
Joselyn .....	116
Isabel.....	116
Inés.....	118
Amanda.....	119
Jasmín .....	120
Marina.....	120
Lisa.....	121
Jonás.....	122
Julián.....	123
Erick.....	124
Joaquín .....	124

## Agradecimiento especial

*Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con clave IN305520: Embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Hacia su estudio y comprensión para generar propuestas de intervención tendientes a su prevención. Se agradece a PAPIIT la beca y todo el apoyo prestado para la elaboración de mi tesis.*

## Agradecimiento institucional

*Investigación realizada gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)*

*Agradezco al CONACYT por el apoyo económico brindado durante la realización de esta investigación.*

## Agradecimientos y dedicatorias personales

*Agradezco infinitamente a **mi madre** por brindarme la seguridad, el apoyo, el amor y los ánimos para seguir siempre adelante. Sin ti no sería posible.*

*A mi **papá-tío**, por siempre estar al pendiente, apoyándome y aconsejándome.*

*Así como a mi **tío Fernando** por siempre estar.*

*A **Ariana, Victoria, Mathias y Moisés** por tantas enseñanzas.*

*Gracias infinitas a la **Dra. Fabiola**, por el apoyo, la guía y la enseñanza.*

*A **Vero, Monse, Fercha y Esther** por nunca dejarme.*

*Al comité lector **Dra. Amada, Dra. Catherine, Mtra. Mariana y Dr. Fernando** por sus valiosos comentarios.*

*A las entrevistadas y los entrevistados por su valiosa voz y experiencias.*

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo general explorar, por medio de una investigación cualitativa, cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y la escuela las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia, así como develar los aspectos en que dicha formación pudo haber contribuido en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia. Su metodología consta de una revisión bibliográfica y de campo con enfoque cualitativo, misma que se sitúa en un nivel exploratorio y explicativo; la técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, con un guion de entrevista como instrumento.

Se realizaron 12 entrevistas en profundidad (ocho mujeres y cuatro hombres). Para la selección del número de casos se utilizó la técnica o muestreo de bola de nieve, avalancha o nominado, estos participantes fueron los que respondieron a la convocatoria en el tiempo establecido para llevar a cabo las entrevistas. La población específicamente fueron personas heterosexuales que tuvieron un embarazo antes de los 20 años, que durante esa etapa de su vida hayan vivido con al menos alguno de sus padres y que residieran en la Ciudad de México, Estado de México y Puebla.

La investigación tuvo una temporalidad de dos años (misma duración de la maestría); las temáticas principales que se abordaron fueron educación sexual (ES) en la familia; ES en la escuela; métodos anticonceptivos (MAC) en ambas instituciones sociales y su relación con el embarazo y, educación sexual de sus descendientes. Estas temáticas se relacionan directamente con el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, así como con algunas herramientas de análisis derivadas de la teoría feminista como lo son perspectiva de género, cuerpo, sexualidad y amor romántico, dicho enfoque y teoría fueron utilizados para llevar a cabo la investigación.

Los principales resultados alcanzados muestran que en las mujeres no se profundiza en la formación de ES y lo que se les brinda de información u orientación está enfocada en el desarrollo corporal que se presenta en la adolescencia, en donde se deja de ser niñas y se comienza a ser mujer (inicio del ciclo menstrual) y en hacerles ver que los hombres ya pueden embarazar a las mujeres.

Se reflexiona sobre la palabra “cuidate” misma que se considera como categoría central ya que el decirlo es brindar ES; sin embargo, el consejo de “cuidarse” no les indica de qué o de cómo hacerlo; tampoco se profundiza en el proceso de la menarca, la cual, por su irregularidad, las deja en posibilidad de embarazarse al emplear el método del coito interrumpido. En ninguna de las instituciones sociales se habla sobre negociar con la pareja relaciones sexo afectivas más igualitarias; empero las mujeres confían en la experiencia y conocimiento de sus parejas, ya que algunos varones tendían a tener más edad que ellas.

Dentro de la escuela se torna un poco complicado hablar de temas sobre sexualidad pues varias personas entrevistadas señalaron que en la adolescencia les interesaba poco el tema, les daba pena o creían saberlo todo; por lo que no prestaban atención, además de que la educación que les brindaban era de una o dos clases, sin profundizar demasiado en los temas.

Ahora como madres y padres les gustaría poder tener la confianza de hablar con sus hijos (y que ellos les hablen) de cualquier temática; algunas de las personas participantes consideran hablar sobre sexualidad cuando se encuentren en sexto de primaria o primero de secundaria, sin embargo consideran que pueden informarse a través de internet o algún profesional de la salud para saber qué y cómo decirles a sus menores.



## Introducción

En México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Se estima que ocurren al año alrededor de 340 mil nacimientos en mujeres menores de 20 años (Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres], 2019; Inmujeres, 2021).

Han sido varias las propuestas para prevenir los embarazos; sin embargo, a veces resultan ineficientes, pues no llegan a contemplar el contexto de las mujeres y hombres que son madres y padres en la adolescencia.

El presente trabajo tiene como planteamiento dos interrogantes que son las siguientes: ¿Cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y en la escuela, las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia y qué aspectos de dicha formación pudieron haber contribuido en la ocurrencia de tal embarazo? y ¿De qué manera influye la formación en temas sobre sexualidad que las y los entrevistados recibieron durante su adolescencia en la educación sexual que ofrecen a sus hijas e hijos?

La investigación tiene como objetivo general explorar, por medio de una investigación cualitativa, cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y la escuela las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia, así como develar los aspectos en que dicha formación pudo haber contribuido en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia.

El estudio se enfoca en cuatro objetivos específicos: 1) precisar cuáles son los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las personas entrevistadas, los aspectos sobre dichos temas que han recibido, aprendido y socializado, dentro de su núcleo familiar y escolar; 2) detallar cuál es la relación entre prácticas y significados asociados al uso y conocimiento sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos de las mujeres y hombres que fueron entrevistadas/os para precisar de qué forma, ello influyó en la ocurrencia del embarazo; 3) indagar de qué manera influye la formación en temas sobre sexualidad, que las y los entrevistados recibieron durante su adolescencia, en la educación sexual que ofrecen a sus hijas e hijos, y 4) establecer cuáles debieran ser los elementos mínimos sobre salud sexual y reproductiva que, desde la opinión, experiencia y necesidades de las y los entrevistados, deberían tratarse en la familia y en las escuelas de nivel básico (primaria y secundaria) para la educación sexual de sus hijas e hijos.

Los supuestos hipotéticos son: la educación e información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que se ofrece en la familia y la escuela no es del todo eficiente, de tal manera que las deficiencias en su transmisión contribuyen, en gran medida, en el desconocimiento sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, por tanto, las y los adolescentes se exponen a la

posibilidad de que surjan embarazos no deseados o planeados en esta etapa de su vida. El conocimiento y la enseñanza en sexualidad y métodos anticonceptivos, desde edades tempranas, coadyuvaría a la prevención de embarazos en la adolescencia, asimismo contribuiría a incentivar y mejorar la educación sexual que las madres y padres jóvenes ofrecen a sus hijas e hijos.

Los criterios de inclusión de las y los entrevistados fueron: que la población fueran mujeres y hombres que hayan tenido al menos un embarazo durante su adolescencia (antes de los 20 años), que durante esa etapa de su vida hayan vivido con al menos alguno de sus padres y que a la fecha de la entrevista no tuvieran más de 36 años cumplidos. Las personas entrevistadas se sitúan dentro de un nivel socioeconómico medio y bajo, residían en la Ciudad de México o en su área metropolitana (Estado de México y Puebla). Esta investigación fue realizada específicamente con parejas heterosexuales, aunque no se ignoran las diversidades sexo-genéricas.

Es importante empezar a analizar de qué manera la educación en salud sexual y reproductiva brindada por la familia y la escuela se hace presente o no en la vida de las y los adolescentes y cómo esto repercute en que ellos puedan presentar un embarazo, asimismo cómo es que ellos reproducen estos conocimientos con sus hijas/os. Para lograr los objetivos, el presente trabajo consta de tres capítulos.

En el primero se exponen la teoría y los conceptos principales que se utilizaron. Se hace uso del enfoque de los derechos sexuales y reproductivos que deviene de la teoría feminista (misma que se aborda brevemente).

El capítulo dos brinda un acercamiento a las investigaciones que se han realizado con respecto a la temática del embarazo en la adolescencia, el cual se ha demostrado es multicausal; se mencionan algunos factores que se han relacionado con el surgimiento de dicho fenómeno, así como la relación que guarda el embarazo en la adolescencia con la educación sexual en la familia y la escuela, relacionando, a su vez, temáticas como la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos.

El último capítulo expone la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación, el diagnóstico y el análisis de la información. Se estableció una revisión bibliográfica y de campo con enfoque cualitativo, misma que se sitúa en un nivel exploratorio y explicativo; la técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, con un guion de entrevista como instrumento.

Se realizaron 12 entrevistas en profundidad (ocho mujeres y cuatro hombres). Se utilizó también la teoría fundamentada y el método interpretativo.

Dentro de los hallazgos más reveladores se encontró que la mayoría de las personas entrevistadas recibieron educación sexual por ambas instituciones sociales (familia y escuela); sin embargo, esto no significa que haya sido de calidad o directa; el uso o no de métodos anticonceptivos y su relación con el embarazo lo asocian a dejar de usar protección cuando

establecen ciertos lazos de confianza hacia la pareja “estable” y en este sentido la búsqueda de un embarazo o embarazo no deseado; otro aspecto que contribuyó a dejar los anticonceptivos fue la irregularidad menstrual o falta de menstruación. Les gustaría educar a sus hijas/os a través de la comunicación que ellas/os no tuvieron con sus padres, aunque la mayoría de ellos no sabe cómo hacerlo; aunado a esto consideran que hablar de sexualidad debe ser a partir de los 10 o 14 años, ya que en la infancia sólo se debe de empezar por nombrar las partes del cuerpo (geniales) y que se les debe inculcar que toda persona debe respetar sus cuerpos.

“Cúidate” es la categoría central de este trabajo; es donde se presentan los principales hallazgos y conclusiones, ya que es la primera palabra que se menciona cuando se trata de sexualidad, principalmente dentro del núcleo familiar; sin embargo, es más que sólo una palabra, es una manera de educar formal e informalmente; es una palabra que las familias han reproducido en las distintas generaciones, pero que debe ser repensada por las nuevas adolescencias y juventudes para modificar su contenido. Ya que esta manera de educar es incompleta, confusa, y enfocada al cuidado e higiene del cuerpo cuando se llega a la adolescencia, específicamente cuando se empieza con el ciclo menstrual y el desarrollo corporal.

Se considera que la temática es importante, pues se tiene que repensar el tipo de educación (formal e informal) que se brinda o no dentro de la familia y la escuela, así como las edades para hablar sobre el cuerpo, la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, el erotismo, el embarazo, los métodos anticonceptivos, la corresponsabilidad y equidad dentro de una relación, el autoestima y los cambios corporales; asimismo, es importante saber cómo abordar dichos temas, ya que no basta con talleres, pláticas informativas de un día o información a medias sobre un derecho tan importante como lo es la educación en salud sexual y reproductiva y más para las nuevas generaciones, así como para los padres y académicos.

La investigación, así como las entrevistas, forman parte del proyecto PAPIIT “Embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Hacia su estudio y comprensión para generar propuestas de intervenciones tendientes a su prevención” con clave 31-IN305520, en donde participé como becaria y se agradece a PAPIIT la beca recibida.

Asimismo, se agradece al CONACYT por la beca brindada; este trabajo es importante porque permitió conocer las percepciones de madres y padres acerca de la educación sexual que llegaron a tener o no en esa etapa de su vida por dos de las grandes instituciones sociales como son la familia y la escuela y de cómo esta educación tiene relación con los embarazos antes de los 20 años; así como el papel que ellos fungen al ser ahora padres y enseñar, educar, formar y orientar a sus hijas/os en esta temática.

Este trabajo se espera que pueda contribuir para repensar sobre la educación sexual desde las infancias; asimismo, pueda retribuir a aquellas mujeres y hombres que son

madres/padres en la adolescencia a fin de que puedan reflexionar en torno a las diferentes formas y maneras de enseñar y educar a las nuevas generaciones, entre ellos a sus menores.

Sobre el papel del Trabajo Social (T.S) con la sociedad, al detectar y estudiar un fenómeno como el embarazo en la adolescencia, sus causales multifactoriales y de cómo se brinda educación sexual dentro y fuera de la escuela y la familia se debe de prestar atención en la intervención que tiene la profesión.

Aunque se piensa que se educa sobre este tema, no es así, o lo es pero con información escueta, falsa o tradicional por las diferencias generacionales o simplemente porque no se está bien informado o tanto nosotros como la sociedad no nos acercamos a los profesionales de salud por múltiples factores (económicos, estructurales, sociales, familiares, desconocimiento, etc.).

Por todo lo anterior T.S., debe de involucrarse y brindar los servicios de orientación y educación sexual adaptados a las necesidades de las adolescencias y juventudes, pero también queda demostrado que no sólo a estos grupos sociales, sino, se debe de incluir a diferentes miembros de la familia, como abuelas/os, tías/os porque en ocasiones son estos familiares los que tienen mayor acercamiento a las y los jóvenes. El acercamiento y facilitación de la información y educación siempre debe de considerar y respetar las diferentes creencias que se puedan presentar, sin embargo con la intervención de la profesión, poco a poco se podrá brindar una educación sexual de calidad e integral.

De este trabajo de investigación se realizaron dos infografías (una de educación sexual en la familia y otra de educación sexual en la escuela) para poder informar sobre los principales conceptos y resultados del trabajo, siendo así que estos se pudieran publicar e imprimir para su socialización dentro de la Escuela Nacional de Trabajo Social y por medios digitales y redes sociales. Además, se tiene un capítulo ya escrito sobre los resultados principales de esta tesis, listos para ser publicados en un libro virtual, realizado por la Dra. Fabiola Pérez Baleón.

Por último, se considera como una pequeña retribución personal hacia las personas participantes la devolución de sus entrevistas transcritas; para ello se les preguntó si querían que se les enviaran por correo o WhatsApp, todas las personas participantes dijeron que sí, ya que es parte de sus experiencias de vida y poder regresarles eso de una manera tangible también los puede ayudar a repensar y reflexionar sobre la educación que ofrecen o piensan ofrecer a sus hijas/os

## Capítulo I

### Marco teórico-conceptual

En este capítulo se exponen la teoría y los conceptos principales que se utilizan para la presente investigación.

Se incluyen las conceptualizaciones de adolescencia, juventud y embarazo en la adolescencia; seguido de esto se presenta la teoría feminista, misma que se abordará brevemente, mostrando algunas categorías de análisis como género, perspectiva de género, cuerpo, sexualidad y amor romántico, ya que se considera que tienen relación con la temática.

Primordialmente se hace uso del enfoque de los derechos sexuales y reproductivos que deviene de esa teoría y se incluye la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.

Otros conceptos utilizados y que ayudaran al abordaje de la investigación son métodos anticonceptivos, familia, escuelas de nivel básico y trabajo social; algunas de estas concepciones se desarrollan más a fondo que otras, debido a la información y el interés que se pone en cada una de ellas.

#### Adolescencia y juventud

Existen similitudes y diferencias entre ambos conceptos, diversas instituciones y autores han definido cada uno de ellos con características a veces muy específicas y otras no tanto. A continuación se mencionan algunas definiciones, empezando por la “adolescencia”.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] define a la adolescencia como “el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Sin embargo, esta delimitación también puede diferir según la cultura, las autoras o autores e instituciones (Cibils y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2021).

Se pueden identificar tres clasificaciones para el periodo de la adolescencia; el Unicef y Cibils (2021) refieren que estos son:

- Adolescencia temprana: Entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: cambian la voz, aparece vello púbico y en axilas, olor corporal, aumento de sudoración, acné. En ocasiones se empiezan a alejar de los padres y recurren más a las amigas y amigos.
- Adolescencia media: Entre los 14 y 16 años. Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven y cómo quieren que los vean. Es la edad en la que se preguntarán sobre su futuro vocacional.
- Adolescencia tardía: Desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años. Ya culminando el desarrollo físico y sexual, comienzan a alcanzar cierta maduración psicológica. Su cuerpo ya no cambia con tanta velocidad, comienzan a sentirse más cómodos con él,

buscando la aceptación para definir así su identidad. El deseo de pertenecer a toda costa se transforma en elegir con quiénes quieren pasar su tiempo.

Como se puede observar, dentro de estos tres momentos de la adolescencia, muchas de las características expuestas hacen referencia a lo corporal, lo sexual y la búsqueda de identidad. Urteaga Castro Pozo y Sáenz Ramírez (2012) refieren que la identidad es agenciada, flexible y siempre cambiante, pero no sólo para las y los adolescentes, sino para todas las personas sin importar la edad.

Ahora bien, la adolescencia es considerada también una construcción sociocultural e histórica durante una etapa de la vida, en donde se configura y construye el paso de la infancia a la adultez, constituye un tiempo diferente para cada sujeto o grupo, dependiendo de su propia historia de vida y de su contexto social, cultural, económico y político (Juárez Herrera y Cairo, 2009).

Aunque se puede considerar que el concepto de adolescencia es una construcción social, autores como García (2016) atribuyen este concepto más hacia lo biológico, con cambios donde se inicia la madurez sexual, conocida como “pubertad”; por otra parte, Lozano Vicente (2014) señala que los rasgos constitutivos de la adolescencia se pueden dividir en dos: por cuestiones corporales (morfológicas y fisiológicas) y culturales (lingüísticas, cognitivas, rituales y educativas).

No obstante, hay una mayor coincidencia respecto de la importancia de los factores biológicos para establecer el inicio de la adolescencia. Ha sido complejo llegar a un acuerdo sobre los límites de edad, lo que ha provocado que a veces se llegue a un estado de confusión y discusión sobre las distintas teorías y concepciones, ya que el concepto de adolescencia toma diferentes valores, por ello se llega a afirmar que no existe una teoría única y correcta sobre adolescencia (Morlachetti, 2007; Lozano Vicente, 2014).

Con respecto a la juventud, las Naciones Unidas [UN] exponen que no existe una definición internacional universalmente aceptada para este concepto. Sin embargo, con fines estadísticos, y sin perjuicio en conjunto con los Estados miembros, se definen a los jóvenes como aquellas personas de entre **15 y 24 años** (UN, 2022).

Siguiendo con las Naciones Unidas, señalan que muchos países determinan el concepto de juventud marcado por la ley, esta suele ser cuando se dice que se llega a la “mayoría de edad” (estipulada en el caso de México a los **18 años**), por ello apartir de esa edad, la persona es considerada como adulta/o. Sin embargo, el termino juventud puede variar de un país a otro, de una autora o autor a otro, por cuestiones económicas, políticas, culturales, sociales e institucionales (UN, 2022) como en el caso de la adolescencia.

El concepto de juventud, por un lado, permite identificar el periodo de vida de una persona que se ubica entre la infancia y la adultez, que de acuerdo a la Ley del Instituto Mexicano de la

Juventud [Imjuve], es entre los **12 a los 29 años**. Algunos elementos que podrían ayudar al entendimiento de la juventud son que se empieza a establecer y buscar identidad, el modo de comportarse y actuar, expectativas y sueños que se tengan para construir una vida futura (IMJUVE, 2017).

Desde el punto de vista de Chaves (2010) la juventud no es una categoría definida solamente por la edad y con fines universales, sino más bien se construye en cada sociedad, cultura y época en donde se precisará su significado que podría no ser único.

Por otra parte “la juventud es una etapa más prolongada que la adolescencia, su finalización es, ante todo, social y se expresa a través de la emancipación individual” (García, 2016). Ante esto se puede decir que esta categoría se define por una edad social que se precisa en una serie de derechos, deberes, formas de actuar con diferentes transiciones como la primera relación sexual, primer empleo, matrimonio, estudios medio superior y superior; por lo cual el ser joven es una clasificación social complejizada por sus diferencias conceptuales (Pérez Islas, 2008; Reguillo, 2012).

Además de las diferentes conceptualizaciones que se tienen, en la adolescencia y la juventud se enfrentan a obligaciones y derechos (laborales, económicos, sexuales y reproductivos) paradójicamente desiguales, mientras que por una parte se les asignan responsabilidades iguales a las de los adultos, por otra parte se les niegan sus derechos bajo el argumento de la minoría de edad, principalmente en el campo de la sexualidad (García, 2016).

Por consiguiente, ambos conceptos se encuentran en una lucha constante de reconocimiento, en donde las diferencias sociales, culturales, institucionales, políticas, entre otras, enfatizan las dificultades para poder determinar un rango de edad y una etapa de la vida determinada.

Queda claro que los conceptos de adolescencia y juventud son construcciones sociales con características biológicas, sociales, culturales, históricas y temporales. Sin embargo, se considera que para fines de la presentación del trabajo se utilizará principalmente el concepto de adolescencia debido al consenso y convención que se identificó en la revisión bibliográfica sobre el uso del término, pues aluden al embarazo en la adolescencia y no en la juventud.

No obstante, también se hará uso del concepto de juventud para referir las vivencias que se tuvieron después del embarazo, y de cómo informan y forman a sus hijas/os en la actualidad con respecto a su educación sexual. Si bien estipular un rango de edad es importante para la delimitación de la población, no se retoma como una característica determinante.

### *Embarazo en la adolescencia*

El embarazo adolescente o en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente (Menéndez Guerrero, Navas Cabrera, Hidalgo Rodríguez, y Espert Castellanos, 2012). Este puede variar, sin embargo, se

retoman las conceptualizaciones de las etapas de la adolescencia, es decir, un rango de edad de los 10 a los 19 años.

El embarazo en la adolescencia se vincula directamente con cuestiones de género que asignan a la mujer un rol reproductivo en ocasiones ajeno a su control y decisión, donde se pueden ver involucradas la baja autoestima y la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo. A menudo las y los adolescentes no se protegen contra el embarazo o enfermedades e infecciones de transmisión sexual (ITS), pero esto no se presenta sólo por la escasa información y el acceso a ella sino también por estigma, discriminación y violencia social basadas en el género, la edad, religión, y/o etnia, limitaciones económicas, acceso y garantía a métodos anticonceptivos gratuitamente (Morlachetti, 2007; Escalante Nava, 2016). No hay que olvidar y reflexionar que en la adolescencia también se puede considerar como proyecto de vida a la maternidad, y que dentro de las causas también intervienen el contexto de cada mujer y hombre.

Desde una perspectiva más general, el Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres] (2021) declara que embarazo en adolescentes (de 15 a 19 años) es un fenómeno con gran importancia en México, mismo que ha ocupado el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE].

Por lo tanto, “en México, 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. De estos, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual”. De este modo se expone que ocurren al año alrededor de 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años (Inmujeres, 2021).

Por último, la Organización Panamericana de la Salud [PAHO] (2015), señala que “el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos”. Sin embargo, algunos estudios han encontrado mayor concentración en estratos desfavorecidos, no siendo el embarazo la principal causa, sino las condiciones previas en las que han vivido (Stern y Menkes, 2008; García Hernández, 2014).

Debido a que el embarazo en esta etapa de la vida es multifactorial, se considera que está asociado a las escasas alternativas de desarrollo y proyectos de vida, permeado en una cultura que privilegia el matrimonio y la maternidad en la vida de las mujeres (García Hernández, 2007).

Esta multifactorialidad puede estar marcada por cuestiones de género, culturales, familiares, institucionales, sociales y educativas en donde se estigmatiza y discrimina a las y los adolescentes y jóvenes en torno a la educación sexual.

Además, se hace énfasis en las mujeres jóvenes dejando de lado el papel del hombre. Las tasas de nacimientos y de fecundidad sólo hablan de las mujeres, lo que contribuye a invisibilizar el peso que los varones tienen en la ocurrencia de estos embarazos (Escalante Nava,



2016). Por estas cuestiones se vuelve relevante el hecho de incluir a los adolescentes y jóvenes dentro de la investigación, para conocer qué papel toman en torno a su sexualidad.

Para fines de este estudio, y con base en lo expuesto anteriormente, se estipulará la edad para definir el embarazo en la adolescencia a partir de los 12 años que es cuando en su mayoría las mujeres llegan a presentar la menarca<sup>1</sup>; en hombres igualmente a partir de los 12 años y finalizando esta etapa antes de los 20.

### **Teoría feminista**

El feminismo, en palabras de Petchesky (2000), es una “preocupación teórica-práctica acerca de las condiciones de las mujeres y el compromiso para transformar la opresión de género en relación con los sistemas de dominación que dividen a las mujeres por clase, raza, etnia, religión, orientación sexual y edad”. Es una lucha constante para que se hagan valer, se reconozcan y se respeten los derechos de todas las mujeres; al respecto, Petchesky (2000) alude lo siguiente:

*Las activistas feministas de todas las regiones del mundo se enfrentan a problemas y dificultades con respecto a los derechos sexuales y reproductivos (DSyR) ya que en la vida diaria de las mujeres estos no son respetados, ni reconocidos. Con respecto a la sexualidad y reproducción las mujeres de todos los países buscan métodos seguros y efectivos para la anticoncepción y el aborto, también demandan y requieren condiciones y ambientes saludables e higiénicos, el ejercicio de la sexualidad libre de violencia y enfermedades, dignidad y respeto como receptoras de servicios como seres humanos. Las mujeres no pueden ejercer sus DSyR a título individual si no cuentan con las condiciones propicias para su empoderamiento. Estas incluyen tanto apoyos materiales e infraestructurales, así como el respaldo político, social y cultural (acceso a la educación, desarrollo de la autoestima, poder político y servicios de salud de calidad).*

Lo anterior enmarca algunas de las complicaciones a las que se han y siguen enfrentando las mujeres con respecto a su educación sexual, sumado a ello se presentan complicaciones para poder acceder a anticonceptivos por la falta de disponibilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva la cual, en su mayoría, no es eficiente, ni cuenta con la infraestructura para la atención de mujeres y hombres adolescentes y jóvenes.

Algunas visiones que el feminismo ha brindado en torno a temas de sexualidad y el género “han ofrecido perspectivas sobre el rol de las mujeres desde el punto de vista de la sociedad patriarcal, en la cual las mujeres son objeto de opresión sexual, abuso y hostigamiento” (Elliot, 2009); pero, además se ha controlado su sexualidad.

---

<sup>1</sup> “Menarca” es el término médico para la primera menstruación, la cual ocurre después de los 9 años y antes de los 15 (Secretaría de Salud [SS], 2017).

Algunas feministas piensan que la situación de la opresión de la mujer responde no sólo a su posicionamiento en un sistema social jerárquico de sexo-género (al que prefieren llamar "patriarcado"), sino a las condiciones materiales en las cuales las mujeres viven y trabajan, es decir, a las relaciones de explotación económica que la mujer sufre como trabajadora (relaciones que fomenta el *capitalismo*). Así, la organización social responsable de la situación de desigualdad de las mujeres no sería sólo el sistema de sexo-género (o patriarcado) sino también el sistema capitalista (Molina Petit, 2000).

A continuación, se exponen algunas de las categorías de análisis de la teoría feminista, tales como género, perspectiva de género, cuerpo y amor romántico, no sin antes recordar que el enfoque de derechos sexuales y reproductivos es la principal teoría utilizada para la presente investigación, por lo que estos conceptos sirven como complemento.

### *Género*

Desde el feminismo, el género fue adoptado como una categoría analítica esencial para estudiar cualquiera de las ciencias humanas, categoría que enriquecía los análisis clásicos de las ideologías implícitas en los textos, a partir de la clase y la etnia (Molina Petit, 2000).

El género ha tenido diferentes significados a lo largo del tiempo, por ejemplo West y Zimmerman (1999) han referido que anteriormente era “un status adquirido, construido por medios psicológicos, culturales y sociales”; en un segundo momento, estos autores también aluden que género es “la actividad consistente en manejar una conducta determinada a la luz de conceptos normativos de actitudes y actividades apropiadas para la categoría sexual de cada persona”.

Asimismo, el género es un conjunto de características vistas como construcciones socioculturales que varían a través de la historia y se refieren a los rasgos culturales y a las especificidades que la sociedad atribuye a lo que considera “masculino” o “femenino” (West y Zimmerman, 1999).

Visto el género como una construcción cultural se tendría que entender que hay una distinción entre sexo y género o cuerpo sexuado y género lo cual proporciona a las teóricas feministas una base sólida para contestar al paradigma biológico del "ser mujer", como si la anatomía fuese destino, utilizando, como medios privilegiados, la educación, el uso del lenguaje, el “ideal” de la familia heterosexual, las instituciones y la religión. Es decir, la opresión femenina no podría situarse ya en la *biología* (por ejemplo, en el hecho de que la mujer tuviera como fin la reproducción) sino en *formas culturales* (por ejemplo, en la obligación y la costumbre de que las mujeres fueran las únicas cuidadoras de los hijos, los viejos y los enfermos, lo que les incapacitaba para la vida pública) (West y Zimmerman, 1999; Molina Petit, 2000).

Por otra parte, también se ha visto al género como “la construcción cultural de la diferencia sexual que da cuenta de un sistema primario de relaciones de poder y dominación, transhistóricas y transculturales” (Serret, 2011).

“El género ha sido un enfoque que recupera los diferenciales de sexo asociados con la reproducción, la subjetividad y lo corpóreo-emocional” (Cruz Salazar, Evangelista García, y Mena Farrera, 2016); estas características son importantes dentro de la educación sexual ya que visibilizan las disparidades que se tienen entre mujeres y hombres; por ejemplo: el hecho de no reconocer la maternidad y el hogar como un trabajo, que la educación, cuidado y mantenimiento de los hijos y la familia le corresponden, son responsabilidad y forman parte del rol de las mujeres. Que lo emocional, lo sensible y la educación sobre el desarrollo corporal le corresponde a “mamá” si los descendientes son mujeres, que existe la selección de la mujer para realizar el papel de madre, así como la responsabilidad de cuidarse para no tener un embarazo (no planeado o deseado) que recae en la mujer, tanto por parte de la pareja, como por las instituciones de salud y educativas.

La dimensión de género es otro aspecto de la desigualdad que cada vez es más visibilizado y se ha ido agravando, ya que algunas relaciones de género resultan en discriminación contra las mujeres. Esto incide en todas las esferas de la vida y se relaciona con la desigualdad económica, social, cultural, familiar, así como en el acceso desigual a los servicios de salud sexual y reproductiva, violentando los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2017; Facio, 2008).

Sin embargo, aunque se ha expuesto que la violencia sexual no sea el origen de todos los embarazos la adolescencia, la desigualdad entre los géneros sí lo es. Por ejemplo, Escalante Nava (2016) expresa que la mayoría de la información disponible sobre educación y utilización de métodos anticonceptivos se refiere a las prácticas de las mujeres, agregando a esto que son ellas las que cuentan con un mayor número y formas de anticoncepción.

Otro ejemplo es que a los adolescentes o jóvenes no se les cuestiona sobre el uso (o no) de métodos anticonceptivos o su percepción de la paternidad y la sexualidad, por ello es importante abordar desde el género estas temáticas, puesto que en la actualidad se sigue sosteniendo un discurso y roles establecidos tradicionalmente entre los géneros (Escalante Nava, 2016). Es decir, que los varones tienen una carga social menos exigente con respecto a su sexualidad, su cuidado y su rol como padres; pues como se ha mencionado anteriormente, las percepciones con respecto al género forma parte de la construcción social que se ha hecho de generaciones anteriores y que se mantienen a la fecha.

El género es el principal mecanismo para la reproducción social y es el medio por el cual se presenta esencialmente la desigualdad socioeconómica entre las mujeres y los hombres; sin embargo, se interrelaciona con otras condiciones como la edad, la etnia y la clase social,

incrementando así las formas específicas de opresión o subordinación que son construidas culturalmente e internalizadas por los seres humanos (Lamas, 2016).

Por su parte, Lagarde (2005), considera que el género es “el conjunto de cualidades biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según su sexo”.

### *Perspectiva de género*

La perspectiva de género nos lleva a reconocer que históricamente las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud, entre otros ámbitos; y aunque ahora se cuenta con escenarios más favorables para su desarrollo, se siguen presentando desigualdades y subordinación con relación a los hombres.

La perspectiva de género es una herramienta analítica que “toma los estudios que surgen desde las diferentes vertientes académicas de los feminismos para cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad” (Hendel, 2017).

Tal como refieren West y Zimmerman (1999) “las cosas son como son por el hecho de que los hombres son hombres y las mujeres son mujeres: una división aceptada como natural y fundamentada en la biología, que produce a su vez enormes consecuencias psicológicas, sociales y de comportamiento”.

Esta perspectiva en el campo de la salud sexual y reproductiva muestra las inequidades entre mujeres y hombres, y permite, entre otros avances, realizar intervenciones que promuevan el empoderamiento de las mujeres, la equidad en la toma de decisiones, la responsabilidad sobre la salud propia y la de la pareja y la corresponsabilidad de los hombres durante la gestación y en la crianza de las hijas e hijos (West y Zimmerman, 1999).

El análisis de la realidad, la teoría y la práctica de los derechos humanos con esta perspectiva se ha ido ampliando para responder a las necesidades e intereses de la población femenina y se considera también a la población masculina. Esta perspectiva también promueve la participación del hombre en la decisión de la interrupción de un embarazo no planeado, sin presiones ni imposiciones de ningún tipo hacia la mujer (Facio, 2008; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2016).

La incorporación de la perspectiva de género en el análisis de la realidad, en la teoría y práctica de los derechos humanos, ayudaría a dismantelar las barreras de la salud sexual y reproductiva que sufren todas las personas con el fin de desarrollar políticas y programas que beneficien a toda la humanidad con respecto a este tema (Facio, 2008).

No hay que olvidar que con la perspectiva de género los hombres también pudieron visualizar, conocer y demandar necesidades, Facio (2008) refiere lo siguiente:

...la perspectiva androcéntrica no parte de la visión de los hombres como género sino de los hombres como estereotipo o como representantes de la humanidad toda. Por ende, las necesidades de los hombres, en tanto género masculino, también son invisibilizadas por la perspectiva androcéntrica debido a que desde esta perspectiva sólo se consideran violaciones a los derechos humanos aquellos actos cometidos en la esfera pública por agentes del Estado. Así, la nula oferta de vasectomías en condiciones dignas, por ejemplo, no era considerada una violación a varios derechos humanos de los hombres...

La perspectiva de género también es fundamental dentro de los derechos humanos, sexuales y reproductivos; no sólo porque las niñas, los niños, las y los adolescentes y jóvenes enfrentan con más dureza la exclusión económica, social, educacional y cultural, sino porque la desigualdad entre los géneros se aprende y se reproduce desde la infancia. Además, aunque se entienden los embarazos en la adolescencia como resultado de la falta de información o educación sexual, de pareja, y social, es indispensable considerar la diversidad de condiciones estructurales y situaciones de vida permeadas por el género a las que se enfrentan las y los adolescentes y jóvenes en las diversas partes del país (Escalante Nava, 2016).

Es decir, no se pueden generalizar las condiciones, ni contextos en las que las y los adolescentes y jóvenes viven el embarazo, así como las oportunidades que se tienen en materia de educación sexual y reproductiva. Estas condiciones como bien se mencionó anteriormente están permeadas por el género ante las culturas, la sociedad y las edades.

### *Cuerpo y sexualidad*

Desde el punto de vista de Sánchez Olvera (2009) los cuerpos son construcciones geopolíticas marcadas por su posición, con una historia específica, con circunstancias experiencias únicas. Somos y tenemos cuerpo y nuestro devenir cotidiano se encuentra saturado de necesidades asociadas con nuestra existencia corporal.

Partiendo de una perspectiva de poder encontramos que como refiere Foucault (1996, como se citó en Muñiz, 2018):

El poder que actúa sobre el cuerpo de los individuos a través de disciplinas, discursos y prácticas concretas, es el llamado biopoder, ese cuyos efectos se han destinado a la producción de cuerpos dóciles que encarnan una microfísica del detalle. Por otro lado, el poder que se ejerce sobre el cuerpo colectivo, es la biopolítica, que a través de la práctica gubernamental ha intentado racionalizar aquellos fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población: problemas relativos a la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad, las razas y otros. Estos son los problemas de la

biopolítica, los cuales no pueden dissociarse del marco de racionalidad política dentro del cual surgieron y adquirieron un carácter apremiante.

Se puede considerar que el embarazo en la adolescencia está regido por el biopoder y la biopolítica entre lo que se debe ser y se debe hacer (la mujer está condicionada a ser madre porque su cuerpo es el instrumento de la reproducción).

Serret (2011) manifiesta que el cuerpo no se puede desprender del deseo, el cual es el motor de todos los seres humanos, mismo que ha sido reprimido principalmente ante las y los adolescentes, además, esta autora señala lo siguiente:

El deseo sexual es primordial porque implica una fuerza particularmente poderosa, (...). Es sexual porque, de entre las distintas pulsiones instigadas por la carencia (por ejemplo, el hambre o el frío) la pulsión sexual es la que se resuelve típicamente en la interacción con otros seres humanos.

Por otra parte “cada sociedad esboza, en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo; sus constituyentes, sus usos, sus correspondencias, etcétera. Le otorga sentido y valor” (Le Bretón, 1995).

Le Bretón (1995), además refiere que las concepciones sobre el cuerpo en ocasiones se basan en el individualismo, la naturaleza, las tradiciones y la medicina esta última “representa, en nuestras sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo”; admite que con mayor frecuencia las colectividades encuentran en la anatomofisiología la idea del cuerpo, es decir, en el saber que proviene de la biología y de la medicina (Le Bretón, 1995).

Tal como lo indica el autor Le Bretón, en la actualidad también se considera de una manera fisiológica al cuerpo, ya que tanto dentro de la familia como de la escuela se enseña de manera anatómica los cambios y las “funciones del cuerpo”. Pero ¿qué pasa con los sentires del cuerpo? ¿dónde queda el placer y el descubrimiento de este?

Pasando a la sexualidad, las Naciones Unidas la definen dentro del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo -el Cairo- (1994), como:

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual.

A diferencia de la anterior conceptualización, la sexualidad es entendida como el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, es un complejo fenómeno bio-socio-cultural históricamente determinado, define la identidad de las y los

sujetos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, lenguajes– y desde luego al poder. La sexualidad incluye al erotismo y este también debe ser reconocido (Lagarde y de los Ríos, 2005).

La sexualidad es “una manifestación de la persona, un modo de ser en el mundo masculino o femenino como unidad; es una apertura hacia otras personas que permite el diálogo con el otro como seres sexuales, racionales, libres y responsables que somos; en general está relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos (Caricote Agreda, 2008; Montero, 2011).

Se debe reflexionar sobre este concepto, puesto que la sexualidad en su mayoría es definida con relación a lo sexual y al cuerpo, empero es más de lo que se puede ver a simple vista, se debe de dejar de considerar que son instrumentos únicamente para lo sexual; son sensaciones, pensamientos, deseos para definirse y relacionarse.

#### *Amor romántico*

Es “una de las formas de amor que conlleva la presencia del deseo y pasión sexual como motor de las acciones y que se percibe singular, distintivo y únicamente validado por la sociedad respecto de otras formas amorosas” (Blanco Ruiz, 2014). Además, dentro de un sistema regido por el patriarcado a las mujeres se les impone y educa a manera que sean seres complementados por otro: pareja, familia, hijas/os, igualmente de ser siempre cuidadoras por “deber” y “naturaleza”, haciendo así mujeres sumisas y dependientes, deseando ser deseadas y amadas por un hombre (Blanco Ruiz, 2014).

Dentro del discurso de Blanco Ruiz, también faltaría considerar el contexto de estas mujeres y de las y los adolescentes, pues no se trata sólo de esta concepción, sino también de toda una construcción sociocultural que ha imperado por mucho tiempo y que aún a la fecha sigue vigente. Que está permeado de desigualdades y violencias que son trasgeneracionales, sociales y de género.

Por otra parte, el ideal (amor) romántico ofrece un modelo de conducta amorosa que estipula lo que “de verdad” significa enamorarse y qué sentimientos deben de sentirse, así como, cuándo, y con quién sí y con quién no. Este elemento es causante de que se desarrollen idealizaciones en torno al amor, naturalizando, justificando, aceptando y/o tolerando comportamientos violentos, ofensivos y abusivos de tipo verbal, psicológico, corporal y económico (De la Peña Palacios, Ramos Matos, Luzón Encabo, y Recio Saboya, 2011).

A continuación se presenta un cuadro (Cuadro 1) en donde se exponen algunos mitos sobre el amor romántico, el cual se elaboró a partir de la información de De la Peña Palacios et al., (2011).

Cuadro 1. Mitos del amor romántico.

<b>“El amor todo lo puede”</b>		
<p><b>Falacia de cambio por amor</b>, es decir, creer que las personas cambian por amor a partir de la premisa errónea de que “el amor lo puede todo”. Esta creencia errónea puede llevar a aceptar y tolerar comportamientos de la pareja claramente ofensivos desde el convencimiento de que los cambiará porque “te ama”.</p>	<p><b>Mito de la omnipotencia del amor</b> que “da por sentado” que es suficiente con el amor para superar todos los obstáculos que surjan en una relación. Su aceptación puede generar dificultades al usarse como una excusa para no modificar determinados comportamientos o actitudes o mal interpretar conflictos de pareja.</p>	<p><b>Normalización del conflicto:</b> todo lo que suceda en las primeras fases de la relación (tenga la gravedad que tenga y más allá de los momentos normales de desacuerdo, acercamiento de posturas y concesiones), es propio siempre del proceso de adaptación y forma parte del rodaje normal.</p>
<p><b>Creencia de que los polos opuestos se atraen y entienden mejor</b>, relacionado con esta normalización o minimización del conflicto se encuentra esta creencia popular. La realidad parece demostrar que cuantas más cosas se tienen en común, mejor se entienden las parejas.</p>	<p><b>Mito de la compatibilidad del amor y el maltrato:</b> considerar que amar es compatible con dañar o agredir a partir de creencias del tipo: cariño y afecto son fuerzas que en ocasiones se descontrolan temporalmente; e, incluso, no hay amor verdadero sin sufrimiento. Este tipo de creencias conducen a justificar el maltrato.</p>	<p><b>Creencia de que el amor “verdadero” lo perdona/aguanta todo</b>, creencia que en frecuentísimas ocasiones da pie a la utilización de argumentos basados en el chantaje con el que manipular la voluntad de la pareja (víctima) imponiéndole sin consideración alguna los criterios propios: “si no me perdonas, es que no me amas de verdad”.</p>
<b>“El amor verdadero predestinado”</b>		
<p>Mito de la “media naranja”, o creencia de que elegimos a la pareja que de algún modo “tenemos” predestinada y que, en el fondo, es la única elección posible. Surge en la Grecia Clásica con el relato de Aristófanes sobre las</p>	<p>Mito de la complementariedad, íntimamente relacionado con el anterior y entendido como la necesidad del amor de pareja para sentirse completa/o en la vida.</p>	<p>Razonamiento emocional es una distorsión cognitiva que guarda relación con la idea de que cuando una persona está enamorada de otra, es porque ha sido activada por esa persona una “química especial” que produce tal</p>



almas gemelas y se va intensificando con los atributos del amor cortés y el romanticismo.		“enamoramiento” y está dirigida hacia ella en concreto, haciéndola “nuestra alma gemela”.
Creencia de que sólo hay un amor “verdadero” en la vida; es decir, creer que “sólo se quiere de verdad una vez y, si se deja pasar nunca más se volverá a encontrar”.	Mito de la perdurabilidad, pasión eterna o equivalencia que defiende que el amor romántico y pasional de los primeros meses de una relación puede y debe perdurar tras años de convivencia; y el sentimiento de amor y el enamoramiento pasional son “equivalentes”.	
<b>“El amor es lo más importante y requiere entrega total”</b>		
Falacia del emparejamiento y conversión del amor de pareja en el centro y la referencia de la existencia personal, relegando todo lo demás en la vida y entendiendo que sólo se puede ser feliz en la vida si se tiene pareja.	Atribución de la capacidad de dar la felicidad al otro/a, es decir, la capacidad de dar felicidad se le atribuye por completo a la pareja.	Falacia de la entrega total. Idea de “fusión con el otro”, olvido de la propia vida, dependencia de la otra persona y adaptación a ella, postergando y sacrificando lo propio sin esperar reciprocidad ni gratitud.
Creencia de entender el amor como despersonalización: entender que el amor es un proceso de despersonalización que implica sacrificar el yo para identificarse con el otro/a, olvidando la propia identidad y vida.	Creencia de que si se ama debe renunciarse a la intimidad, no pueden existir secretos y la pareja debe saber todo sobre la otra parte.	
<b>“El amor es posesión y exclusividad”</b>		
<b>Mito del matrimonio:</b> Creencia de que el amor romántico y pasional debe	<b>Mito de los celos o creencia de que los celos son una muestra de amor,</b> incluso el	<b>Mito sexista de la fidelidad y de la exclusividad</b> con diferentes juicios para

conducir a la unión estable.	requisito indispensable de un verdadero amor, estrechamente ligada a la concepción del amor como posesión y desequilibrio de poder en las relaciones de pareja.	hombres y mujeres.
------------------------------	---	--------------------

Fuente: Elaboración propia con base en información de De la Peña Palacios et al., 2011.

Una visión excesivamente romántica del amor puede contribuir a que se construyan relaciones desiguales y asfixiantes, ya que, aunque durante la adolescencia estas relaciones sean más cortas, inestables y pasajeras, no por ello las secuelas son menores, estas pueden ser repetitivas y pueden convertirse en una constante en las relaciones (Blanco Ruiz, 2014) y pueden devenir en el ejercicio sexual coital sin protección, basadas en el amor y la confianza, lo que a su vez las ponga en riesgo de vivir un embarazo no planeado en esta etapa de la vida; esto se puede asociar con otro mito del amor romántico como que “si tu pareja te ama te va a cuidar y no permitirá que te pase nada malo y si desconfías es que no lo amas” (C. Menkes, comunicación personal, 27 de febrero de 2023).

Por estas razones es importante desmitificar esta “forma de amor” en las y los adolescentes; se considera que esto puede lograrse con la educación en salud sexual y reproductiva con perspectiva de género debido a que éstas forman parte de los derechos sexuales y reproductivos en donde se visibiliza el equilibrio que debe existir entre mujeres y hombres, así como sus derechos y elecciones.

### **Enfoque de derechos sexuales y reproductivos**

Para empezar, hay que definir qué son los derechos sexuales y qué son los derechos reproductivos, ya que en ocasiones estos se enmarcan como si fueran uno sólo.

Los derechos reproductivos adquirieron aceptación institucional mucho antes que los sexuales, debido a que los primeros se anclaron en la necesidad reconocida y exigida de atender la salud de las mujeres en torno a su función reproductiva y a la salud infantil. Estos derechos avanzaron gracias al movimiento de mujeres, aprovechando el interés de los países centrales por intervenir en el crecimiento poblacional de los países pobres (Amuchástegui Herrera y Rivas Zivy, 2004).

### **Derechos sexuales**

Por una parte los derechos sexuales y su defensa han tenido que enfrentar diversos obstáculos para llegar a su legitimación y aceptación. La homofobia y el sexismo dominantes no han

permitido que se reconozcan ampliamente los movimientos sociales que los han promovido, específicamente el movimiento gay lésbico y el movimiento feminista. El resurgimiento de los fundamentalismos religiosos y de los gobiernos, que insisten en circunscribir la sexualidad a la esfera conyugal y en desconocerla como un terreno de debate y acción política, han puesto grandes trabas al proceso (Amuchástegui Herrera y Rivas Zivy, 2004).

Las conceptualizaciones con respecto a los derechos sexuales no han sido variadas, ni vastas. Por el contrario, los derechos reproductivos tienen un mayor peso y significación, pues con base en las categorías de análisis del género se ha demostrado que la función de las mujeres es la reproducción, por ende se ha visto más por los derechos reproductivos como se expone a continuación.

### **Derechos reproductivos**

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) se subrayó la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo cual se fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). El tema fue también objeto de especial atención en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano (Morlachetti, 2007).

Las Naciones Unidas definen a los derechos reproductivos dentro del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo -El Cairo- [CIPD] (1994) de la siguiente manera:

*Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.*

*También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos*

*Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres y,*

*particularmente, a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo responsable.*

Además en su punto 7.3 la CIPD (1994) refiere que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos, reconocidos en los diferentes instrumentos nacionales e internacionales, también refiere lo siguiente:

*También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.*

*Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.*

Por otra parte, Amuchástegui Herrera y Rivas Zivy (2004) exponen que el éxito en la defensa de los derechos sexuales no se logra con definiciones formales y jurídicas, es necesario ampliar y fortalecer ciertas prácticas, relaciones e instituciones que sean reconocidas y respetadas por el gobierno y por cada persona mediante la apropiación<sup>2</sup> que hagan de su cuerpo y de su vida erótica.

A continuación, se hace referencia a los 12 derechos que conforman los derechos reproductivos, mismos que han sido reconocidos en los distintos instrumentos nacionales, regionales e internacionales; de acuerdo con Facio (2008) éstos son:

---

<sup>2</sup> Proceso subjetivo de aspiraciones, deseos y expectativas sobre la sexualidad y su cuerpo (Amuchástegui Herrera y Rivas Zivy, 2004).

- I. El derecho a la vida**
- El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
- II. El derecho a la salud**
- El derecho a la salud reproductiva. es parte del derecho a la salud (reproductiva), el cual está garantizado por varios tratados internacionales, como la Declaración Universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador.
- III. El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales**
- El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
  - El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.
  - El derecho a vivir libre de la explotación sexual.
- IV. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos**
- El derecho a la autonomía reproductiva.
  - El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.
- V. El derecho a la intimidad**
- El derecho de toda persona a decidir libremente y sin arbitrariedad, sobre sus funciones reproductivas.
- VI. El derecho a la igualdad y a la no discriminación**
- El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.
- VII. El derecho al matrimonio y a fundar una familia**
- El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
  - El derecho a contraer o no matrimonio.
  - El derecho a disolver el matrimonio.
  - El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.
- VIII. El derecho al empleo y la seguridad social**
- El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
  - El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
  - El derecho a no ser discriminada por embarazo.
  - El derecho a no ser despedida por causa de embarazo.
  - El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral.
  - El derecho a no sufrir discriminaciones labores por embarazo o maternidad.
- IX. El derecho a la educación**

- El derecho a la educación sexual y reproductiva.
- El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
- El derecho a la educación y su relación con otros derechos reproductivos puede ser analizado en diferentes niveles. En un primer nivel, el derecho a la educación básica es esencial en el contexto de los derechos reproductivos. El acceso de las mujeres a la educación básica, contribuye a su empoderamiento dentro de su familia y en su comunidad; contribuye a que la mujer tome conciencia de sus derechos y le permite acceder en condiciones de mayor competitividad al mercado laboral.

**X. El derecho a la información adecuada y oportuna**

- El derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su Estado de salud.
- El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de anticonceptivos y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular. Así mismo, como el derecho a la educación incluye el derecho a recibir educación sobre salud sexual y reproductiva, ésta debería incluir, entre otros, información sobre los derechos reproductivos, sobre el fomento de factores protectores y de prevención y control de factores de riesgo para una sexualidad y una reproducción sanas, seguras y responsables y sobre la posición de las diferentes religiones y culturas sobre estos derechos. Además, la educación sexual y reproductiva debería estar enmarcada de forma tal que se eduque a las mujeres a ejercer su derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera libre y responsable y a los hombres a ejercer su sexualidad y paternidad de manera responsable. Es decir, la educación sexual y reproductiva no debe estar centrada solamente en la mujer o en aumentar el uso del condón y la vasectomía por parte de los hombres.

**XI. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer**

- El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.

**XII. El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación**

- El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana.
- El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

Algunos puntos importantes que retoman las Naciones Unidas (1995) en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) dentro de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing con respecto a los derechos, la sexualidad y la reproducción son las siguientes:

- El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad.
- Garantizar a todas las mujeres y las niñas todos los derechos humanos y libertades así como tomar medidas eficaces contra las violaciones de esos derechos y libertades.
- Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.
- Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación.
- Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre. Las mujeres padecen muchas de las afecciones que padecen los hombres, pero de diferente manera.
- La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación.
- La calidad de la atención de la salud de la mujer suele ser deficiente, dependiendo de su contexto. En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance.
- El Virus de Inmunodeficiencia Humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, cuyo contagio es a veces consecuencia de la violencia sexual, tienen efectos devastadores en la salud de la mujer, en particular de las adolescentes y jóvenes. Las mujeres no suelen tener el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento.

Lo anterior muestra las deficiencias que hay con respecto a la atención y garantía que tienen las mujeres tratándose de salud, pues no sólo es una cuestión personal; la capacidad de una mujer para ejercer sus derechos reproductivos depende en gran parte de su contexto (zonas urbanas o rurales), de su nivel de estudios y de su nivel socioeconómico. Además, puede que al intentar ejercer esos derechos deba enfrentar mayores obstáculos de carácter social, formativo e institucional (UNFPA, 2017).

La construcción del enfoque de los derechos sexuales y reproductivos fue una reacción de los movimientos de mujeres de todo el mundo, pues luchaban por liberarse de la violencia de los hombres contra el cuerpo femenino y del control patriarcal sobre su sexualidad; así como de la mutilación genital, las prácticas humillantes, la comprobación de virginidad y el feminicidio (Wichterich, 2015).

De acuerdo con Petchesky (2000), una doble perspectiva sobre los DSyR retoma la ética feminista en cuanto a la integridad corporal y la noción de persona (ética que permea los documentos de El Cairo y Pekín); esta ética reclama “que las mujeres deben estar libres del abuso y violación de sus cuerpos, pero también que deben ser tratadas como personajes centrales, responsables de tomar decisiones sobre su fecundidad y sexualidad” (Petchesky, 2000).

La desigualdad de género y la disparidad en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos son dos aspectos fundamentales que no reciben suficiente atención (Osotimehin, 2017).

En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, algunos países han marcado el camino a seguir, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva en otros objetivos de alcance más amplio con el propósito de facilitar el acceso universal a la salud. Se esperaría que todas las personas pudieran gozar y hacer valer estos derechos, generando un beneficio para todas/os (UNFPA, 2017), orientando a las futuras generaciones para que puedan romper poco a poco con cuestiones de género y sociales que se han ido reproduciendo históricamente.

### **Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes**

Debido a que las y los adolescentes y jóvenes requieren que se les reconozcan como sujetas y sujetos de derechos, el Imjuve, en el año 2016, elaboró la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes, la cual consta de 14 derechos, mismos que se muestran a continuación (Cuadro 2).

Cuadro 2. Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes.

CARTILLA DE DERECHOS SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (2016)	
<p><b>1.- Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad</b></p> <p>La libertad y la autonomía son derechos esenciales reconocidos constitucionalmente como fundamentales; hacen referencia a las condiciones indispensables de toda persona. En éstos se encuentra el derecho a la vida, a la integridad personal y a la libertad de ideas, religión y circulación; a la seguridad; al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen; al matrimonio consensuado y la inviolabilidad de domicilio y de las</p>	<p><b>2.- Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad</b></p> <p>A vivir cualquier experiencia, expresión sexual, erótica o de género queelijamos, siempre que sea con pleno respeto a los derechos de las personas involucradas y acorde con nuestras facultades en evolución, como práctica de una vida emocional y sexual plena, protegida y placentera. El Estado debe garantizar que el ejercicio de este derecho sea libre de presiones, discriminación, inducción al remordimiento o castigo por ejercer o no actividades relacionadas con el conocimiento,</p>



<p>comunicaciones. Estos derechos son sustantivos para el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma e informada, sin injerencias arbitrarias por parte de terceros; por ello, el Estado debe propiciar ambientes que garanticen el respeto a la autodeterminación de adolescentes y jóvenes para decidir en libertad.</p>	<p>exploración y disfrute de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad.</p>
<p><b>3.- Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos</b></p> <p>Y a ejercer nuestra libertad individual de expresión, manifestación, reunión, identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia. Las expresiones públicas de afecto contribuyen a la promoción de una cultura armónica, afectiva, libre de violencia y de respeto a la diversidad sexual. El Estado debe garantizar que tengamos la posibilidad de expresar libremente nuestras ideas y afectos, con pleno respeto a los derechos de las demás personas, sin que por ello se nos discrimine, limite, cuestione, extorsione, lastime, amenace y/o agrede verbal, física, sexual o psicológicamente.</p>	<p><b>4.- Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente</b></p> <p>Así como a decidir y ejercer nuestras prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarnos, elegir con quién compartir nuestra vida, sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma. El Estado debe preservar y garantizar este derecho y tomar medidas contra toda forma de coacción como los matrimonios forzados o la trata de adolescentes y jóvenes con fines de explotación, incluyendo la sexual.</p>
<p><b>5.- Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal</b></p> <p>En todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el sexual, sin importar la edad, con énfasis en adolescentes. El cuerpo, sexualidad, espacios, pertenencias y la forma de relacionarnos con las demás personas, son parte de nuestra identidad y privacidad, que debe respetarse por igual en los espacios escolares, familiares, sociales, digitales, laborales y los servicios de salud, entre otros.</p>	<p><b>6.- Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia</b></p> <p>Y a que no se nos someta a ningún tipo de tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Ninguna persona o autoridad, en el ámbito familiar, laboral, escolar y de salud, comunitario e institucional, puede ejercer ningún tipo de violencia, incluyendo la sexual, física, psicológica, patrimonial, económica, ni ninguna acción que tenga como finalidad lesionar o dañar nuestra vida, dignidad, integridad y/o libertad. Ante la violencia</p>

<p>El Estado tiene la obligación de resguardar la información personal de forma confidencial, por lo que, en el ámbito escolar, de salud, digital y laboral debe estar protegida y cualquier persona que tenga acceso a ella está obligada a no difundirla sin nuestra autorización.</p>	<p>sexual, es obligación del Estado proveer asesoría legal e información y atención médica y psicológica oportuna que incluya tratamiento y profilaxis post exposición para VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), anticoncepción de emergencia y aborto legal y seguro, así como acceso a la justicia y reparación del daño. El Estado debe garantizar espacios y servicios públicos, incluyendo los escolares y los de salud, libres de todos los tipos de violencia.</p>
<p><b>7.- Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva</b> Si deseamos o no tener hijas(os), cuántas(os), cada cuándo y con quién, sin que nuestra orientación sexual, estado de salud, identidad de género, edad, estado civil o cualquier otra condición o característica personal sea un impedimento para ello, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades, así como nuestras necesidades. Las decisiones relacionadas con la reproducción son determinantes para la vida presente y futura, por lo que se deben tomar de manera libre, informada y con autonomía en un contexto de apoyo y seguridad jurídica y de salud. El Estado debe garantizar y promover el acceso a la información y a los servicios de salud con pertinencia cultural, garantizando nuestro derecho a la confidencialidad, incluyendo el acceso a todos los métodos anticonceptivos, la atención de un embarazo saludable y los servicios de aborto legal y seguro.</p>	<p><b>8.- Derecho a la igualdad</b> A vivir libres de prejuicios y estereotipos de género que limiten nuestras capacidades, prácticas y ejercicio pleno de los derechos. Tenemos una diversidad de características y necesidades específicas, pero somos iguales en derechos ante la Ley, la que nos garantiza la posibilidad de ejercer todos nuestros derechos sin discriminación, con igualdad de oportunidades y trato digno y equitativo. El Estado debe garantizar que las políticas públicas respondan a nuestras características y necesidades, y tomar las medidas apropiadas para modificar los estereotipos de género que refuerzan y promueven imaginarios, prácticas y comportamientos que afectan la salud, la justicia, la igualdad y la equidad en todos los ámbitos de la vida.</p>
<p><b>9.- Derecho a vivir libres de discriminación</b> Tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades sexuales y culturales, y</p>	<p><b>10.- Tenemos derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad para tomar</b></p>

<p>diferentes formas de vivir y ejercer la sexualidad, sin que se nos discrimine por nuestra edad, el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, las discapacidades, la condición social, económica, de salud (incluyendo embarazo, ITS o VIH) o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo. Cualquier acto discriminatorio atenta contra nuestra dignidad humana. El Estado debe garantizar la protección contra cualquier forma de discriminación y tomar las medidas adecuadas para prevenir, atender y sancionar las conductas discriminatorias.</p>	<p><b>decisiones libres sobre nuestra vida</b></p> <p>Los temas relativos a la sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción, el placer y la diversidad. Esta información deberá estar libre de estereotipos, prejuicios, mitos o culpa, deberá ser laica y estar basada en evidencia científica.</p> <p>El Estado debe garantizar el acceso a la información de manera continua y con pertinencia intercultural a través de los sectores e instituciones competentes, especialmente en los servicios de salud y educativos. Tal información debe impartirse de acuerdo con nuestras necesidades particulares y atendiendo a la evolución de nuestras facultades</p>
<p><b>11.- Tenemos derecho a la educación integral en sexualidad</b></p> <p>Que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. La educación integral en sexualidad es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano en general. Sus contenidos deberán estar actualizados, ser laicos, estar basados en evidencia científica, desde un marco de derechos humanos, con perspectiva de género, pertinencia cultural y estar libres de estereotipos, prejuicios, estigmas, mitos y culpa, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades. El Estado debe implementar, fortalecer y actualizar los programas y estrategias de Educación Integral</p>	<p><b>12.- Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva</b></p> <p>Que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural.</p> <p>Considerando la evolución de nuestras facultades, tenemos derecho a recibir atención y a que no se nos niegue el acceso a los servicios por ausencia de padre, madre o tutor legal. Estos servicios deben incluir consejería con información, orientación y apoyo educativo, provisión de métodos anticonceptivos, aborto legal y seguro y atención durante el embarazo, parto y puerperio, detección oportuna y atención de ITS incluyendo el VIH, detección y atención de la violencia, entre otros. Los servicios de</p>

<p>en Sexualidad involucrando a distintas instancias, sobre todo las educativas y de salud, incluyendo la formación de personal de educación y salud en todos los niveles.</p>	<p>atención sexual y reproductiva deben estar libres de todo tipo de violencia, estigma y discriminación. Es obligación del Estado garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva que promuevan la toma de decisiones de forma libre, informada y autónoma, así como la capacitación y sensibilización permanente del personal de los servicios de salud para atender a adolescentes y jóvenes en toda nuestra diversidad.</p>
<p><b>13.- Derecho a la identidad sexual</b>  A construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política. Contar con una identidad jurídica que corresponda con nuestra identidad sexual, nos posibilita el pleno acceso a todos los Derechos Humanos, la participación social y la inclusión en la vida económica, política y cultural del país. El Estado debe garantizar que nuestra identidad sea reconocida en los documentos legales como elemento fundamental para contribuir activamente a la comunidad y construir ciudadanía.</p>	<p><b>14.- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción</b>  En su diseño, implementación, evaluación y seguimiento. Es nuestro derecho incidir en cualquier iniciativa de ley, plan o programa público que involucre los Derechos Sexuales, así como en la asignación y ejecución del presupuesto público. Tenemos derecho a expresarnos, manifestarnos y asociarnos con otras personas adolescentes y/o jóvenes para dialogar, crear y proponer acciones positivas que contribuyan a nuestra salud y bienestar. El Estado tiene la obligación de garantizar espacios y mecanismos para la participación juvenil, en condiciones de igualdad, así como para la transparencia y la rendición de cuentas.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en información del Imjuve, Gobierno de México, 2017.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes se puede ver obstaculizado por múltiples factores, como son la falta de acceso a la información tanto de los medios de comunicación, como de las políticas públicas, los tabús de los maestros y sus familiares así como de la sociedad en general que resultan en buena parte de la incapacidad generalizada de reconocer a este grupo como sujetos sexuales, con derechos y con deseos eróticos en sociedades adultocentristas (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

Con diferentes enfoques culturales y regionales, los movimientos de mujeres alrededor del mundo manifiestan su resistencia contra la violencia, la discriminación y el control externo

sobre su cuerpo, su sexualidad y sus capacidades reproductivas; estas luchas se han presentado ante instituciones patriarcales como la familia, los sistemas de salud, las comunidades religiosas y los sistemas legales. El enfoque de los DSyR, se vio como algo que iba a ayudar a exigir al Estado y la sociedad la protección de estos derechos (Wichterich, 2015).

### **Salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y DSyR**

La OMS ha definido a la salud sexual como el “bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2018).

Una medición del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) es cuando la mujer puede tener acceso, información y utilización de los diferentes métodos anticonceptivos que existen. La disponibilidad de servicios de planificación familiar es un elemento fundamental, no sólo para la salud reproductiva, sino también para la igualdad económica y social, ya que los embarazos no planeados en ocasiones podrían ser una limitante para la participación y progreso de las mujeres (UNFPA, 2017).

Sin embargo, actualmente se ha demostrado que el abandono de la escuela no se presenta principalmente por el embarazo.

En los países en desarrollo, el acceso limitado a los servicios de SSyR y los malos resultados en materia de salud están estrechamente relacionados con la pobreza. Las mujeres en contextos de pobreza pueden encontrarse en situaciones en las que existe poco o ningún acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de anticoncepción (UNFPA, 2017). Lo que dificulta aún más su utilización.

La noción y el alcance del reconocimiento del derecho a la salud en el sistema internacional han ido evolucionando, Morlchetti (2017) refiere que este derecho ha sido reconocido en:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- La Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán (1968) se reconoció por primera vez como un derecho humano básico el derecho de las parejas a decidir el número de hijos y el espaciamiento de sus nacimientos.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- La Convención sobre los Derechos del Niño.

- La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988).
- La Conferencia Mundial sobre la Mujer en México durante el Año Internacional de la Mujer (1975), se reconocieron los derechos a preservar la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, así como los derechos reproductivos, incluida la maternidad voluntaria.
- La Declaración aprobada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), se ratificó el tomar las medidas que garanticen el acceso universal al más amplio espectro de servicios de salud, incluidos aquellos vinculados a la salud reproductiva.
- La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se logró debatir el tema de la SSyR como un derecho humano y se estableció un nuevo paradigma.

Continuando con la CIPD (1994), refiere que la salud reproductiva es:

*Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (UN, 1994).*

Ante la violación de los derechos sexuales y reproductivos se debe de incrementar la difusión de información y educación en materia de salud sexual y reproductiva desde edades muy tempranas, así como de ampliar los servicios para adolescentes y jóvenes a fin de

garantizarles el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, a una vida digna, fomentando sus posibilidades de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo. Aumentando la disponibilidad y accesibilidad de la información y servicios se dará pie a mejores resultados en el ámbito de la SSyR (Morlachetti, 2007; Osotimehin, 2017).

En la conferencia de Beijing, 1995 se hace referencia de los derechos que deberían tener las adolescencias y juventudes; principalmente ante servicios de salud sexual y reproductiva, dentro de la conferencia se menciona lo siguiente al respecto:

*Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas.(...)No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción (UN, 1995).*

### **Métodos Anticonceptivos**

Hace cincuenta años, era difícil para las mujeres obtener anticonceptivos; muchas no pudieron decidir con quién y cuándo casarse, ni cuándo o si tener hijos. Un movimiento mundial para dar a las mujeres opciones reales en la vida culminó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, donde se alcanzó un consenso sobre los vínculos entre el empoderamiento de la mujer, la salud sexual y reproductiva y los derechos y el desarrollo sostenible (UNFPA, 2019).

Los métodos anticonceptivos (MAC) son sustancias, objetos o procedimientos que en su mayoría evitan que la mujer quede embarazada y que tanto mujeres y hombres puedan contraer alguna enfermedad o infección de transmisión sexual. Permiten tener el control de la natalidad, ayudando a las parejas a decidir si desean o no tener hijos hasta el momento en que estén preparadas para ello (Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2018).

## **Familia**

La familia es entendida de diversas formas, ya que existen diferentes conformaciones familiares, por ejemplo, las Naciones Unidas (1994) refieren lo siguiente:

*Aunque hay diversas formas de familia en los diferentes sistemas sociales, culturales, jurídicos y políticos, la familia es la unidad básica de la sociedad y, por consiguiente, tiene derecho a recibir protección y apoyo amplios. El proceso de rápido cambio demográfico y socioeconómico que se ha producido en todo el mundo ha influido en las modalidades de formación de las familias y en la vida familiar, provocando importantes cambios en la composición y la estructura de las familias.*

*A menudo, los padres tienen que depender más que antes de la asistencia de terceros para poder cumplir sus obligaciones laborales y familiares, sobre todo cuando en las políticas y los programas que afectan a la familia no se tienen en cuenta los diversos tipos de familia existentes o no se presta la debida atención a las necesidades y a los derechos de las mujeres y los niños (UN, 1994).*

La familia es el núcleo básico, es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad; en ella se inscriben los primeros sentimientos, las primeras vivencias e incorporan las principales pautas de comportamiento; en el proceso de formación de la familia se deben generar vínculos de comunicación que permitan comprender y visibilizar los intereses formativos del adolescente, la disposición de la familia para el acompañamiento y la orientación en sus niveles educativos es un punto clave; con ello se busca la apertura a la participación al desarrollo de competencias básicas, a la creatividad, el emprendimiento, el liderazgo y un proyecto de vida prometedor. La familia es la principal institución en la formación de sus hijas e hijos y son responsables de ser una guía para que estos se formen como seres afectivos, sociales, productivos, intelectuales y sexuales (Domínguez, 2011; Caricote Agreda, 2008; Cárdenas Molina, 2015).

La familia en particular está conformada por individuos en interacción constante y estrecha, construyendo en el día a día sus relaciones dentro de un tejido social que los abarca y contiene, además está condicionada por el contexto sociohistórico en el que se encuentra; por ello la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las y los adolescentes se inscribe en un complejo entramado que articula, entre otros aspectos, la pertenencia de clase, género, religión y las condiciones de socialización y subjetivación dentro de esta institución social. Esto se inscribe en contextos familiares con distintos grados de sostén familiar que brindan marcos más o menos seguros para un adecuado desarrollo intelectual, recreativo, afectivo y de comportamientos sexuales y reproductivos (Pérez Baleón, 2018; García Hernández, 2007; Climent, 2009).



La familia a lo largo del tiempo se ha ido modificando, como expresa Cruz Maldonado (2021) “la familia no necesariamente se conforma por quienes tienen una relación de parentesco, sino por quienes comparten lazos afectivos y las corresponsabilidades al interior del hogar”.

Se han clasificado varios tipos de familias, según López Romo (2022) los tipos de familia son catalogados por el Instituto de Investigaciones Sociales en tres grupos. Las familias tradicionales, las familias en transición y las familias emergentes. A continuación se exponen estos conjuntos:

- Primer grupo: Las familias tradicionales (nuclear): son aquellas conformadas por el papá, la mamá y los hijos. Entre las familias tradicionales existen tres tipos: las familias con niños, las familias con jóvenes y las familias extensas.
  1. Las familias formadas por papá, mamá e hijos menores de 12 años: El motor de estas familias lo constituyen los niños. El padre y la madre están permanentemente preocupados por propiciar y facilitar el sano desarrollo de los hijos, y por tanto buscan productos y marcas que ayuden al logro de esta tarea.
  2. Las familias formadas por papá, mamá y jóvenes: está integrado por papá, mamá y adolescentes o jóvenes mayores de doce años.
  3. Las familias extensas: Estas familias están integradas por el papá, la mamá, los hijos y algún miembro de otra generación. Son las familias más tradicionales del país. La mayor parte de las familias extensas se forman cuando el abuelo, la abuela o los dos habitan con la familia nuclear. Sin embargo, en las últimas décadas han crecido las familias extensas en las cuales la tercera generación se forma con la llegada de los nietos.
- Segundo grupo: las familias en transición: no incluyen alguna de las figuras tradicionales, como el papá, la mamá o los hijos.
  4. Las familias formadas por la madre sola con hijos o mamá soltera: Aunque existen madres solteras que han elegido voluntariamente esta forma de vida, la mayoría de las madres solteras lo son por diversas circunstancias.
  5. Las familias de pareja joven sin hijos: Se trata de parejas jóvenes que postergan el nacimiento de los hijos por falta de recursos o para prologar el disfrute de la relación.
  6. Las familias formadas por parejas mayores sin hijos: también conocidas como nido vacío. Son familias cuya pareja es mayor de cincuenta y cinco años, en las cuales los hijos ya dejaron el hogar. En algunos casos son parejas que nunca tuvieron hijos.
  7. La familia unipersonal: es una familia integrada por una persona que, al vivir sola, constituye su propia familia.

- Tercer grupo: las familias emergentes: son aquellas familias que han crecido principalmente a partir del nuevo milenio.
  8. La familia de co-residentes: esta familia está formada por un grupo de dos o más personas que viven en el mismo espacio, sin que exista entre ellos una relación de pareja.
  9. Las familias reconstituidas, los “tuyos, los míos y los nuestros”: en estas familias uno de los cónyuges o ambos han tenido relaciones previas y en ellas conviven los hijos de matrimonios anteriores, y en algunos casos los hijos de la nueva relación.
  10. El papá solo con hijos o padre soltero: Este tipo de familia está compuesto por padres viudos o por padres que al divorciarse buscaron la custodia de los hijos. También hay algunos padres que fueron abandonados por la pareja.
  11. La familia homoparental: son parejas del mismo sexo.

Para fines de esta investigación, se hará uso del término familia conformada por ambos padres, sólo madre o padre e hijas/os, esto porque se trata de develar cómo fue la educación sexual y reproductiva que las y los entrevistados recibieron al vivir con su familia durante la adolescencia.

### **Escuela de nivel básico**

En la Ley General de Educación se establecen tres tipos de educación: básica, media superior y superior. Este trabajo se enfocará únicamente al nivel básico. Ordorika y Rodríguez Gómez (2012) refieren que esta educación está integrada por tres niveles: preescolar, primaria y secundaria:

- A nivel preescolar: se atiende a niñas/os de tres a cinco años; se imparte en tres grados.
- A nivel primaria: se incorpora a niñas/os de seis a 12 años; se imparte en seis grados.
- A nivel secundaria: se da cobertura a jóvenes de 13 a 15 años. se imparte en tres grados.

Aunque la educación básica está conformada por estos tres niveles, para el presente trabajo sólo se retomará el tipo de educación relacionada a la educación sexual y reproductiva que recibieron en la primaria y/o secundaria.

### **Trabajo Social**

El Trabajo Social (TS) cuenta con una vasta conceptualización, debido a las diferentes miradas, épocas y contextos en los que se ha presentado esta profesión. “Algunas hablan de la caridad y de los santos como antecedentes, otras hablan de la asistencia y el bienestar social como si fuesen lo mismo que trabajo social” (Tello y Ornelas, 2014). A grandes rasgos se presentan algunas definiciones sobre el TS.

Por ejemplo, Valero (1995) define al Trabajo Social como “una disciplina que estudia al hombre en su situación social, a través de una tecnología social, que le permite determinar sus necesidades y carencias y promover la atención de las mismas, a fin de lograr su bienestar social”.

La Escuela Nacional de Trabajo Social [ENTS] (2009) lo define como “una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social”.

Por otra parte, la asamblea general de la International Federation of Social Workers (IFSW) y la asamblea general de la International Association of Schools of Social Work (IASSW) en el 2014 aprobaron la siguiente definición global de TS:

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Con el respaldo de las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a personas y estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar. La definición anterior puede ampliarse a nivel nacional y/o regional.”

Las autoras Nelia Tello y Adriana Ornelas (2014) refieren lo siguiente sobre las trabajadoras y los trabajadores sociales:

El trabajador social es el profesionalista que tiene desarrolladas, a la vez, capacidades abstractas y concretas, tiene formación en el manejo de capacidades de análisis, síntesis y operativas. Puede ir de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría indistintamente. Tiene conocimientos suficientes para abordar problemas macro y microsociales, siempre desde una perspectiva integral. Puede trabajar en el escritorio y a su vez, organizar grandes grupos o bien, atender un caso con un problema concreto. No existe otro profesionalista con este perfil profesional, lo que hace del trabajo social un profesional necesario en el acontecer nacional, comunitario, grupal y personal.

No obstante se habla mucho sobre la intervención del TS, para ello Berenice Pérez Ramírez (2017) refiere lo siguiente:

La teoría y la práctica –o desde el Trabajo Social, la investigación y la intervención– son parte de un mismo proceso siempre articulado. Nuestra postura es que la investigación no refiere a “lo teórico”, así como la intervención no es sinónimo de “práctica”. La investigación implica ya intervención, porque significa apuntar a una mirada, una posición y el realce de ciertos ejes para discutir un tema, una problemática o un aspecto en particular.

Trabajo social siempre tiene mucho que aportar, es ir más allá (en ocasiones de lo permitido); es investigar, repensar, llevar a cabo las acciones necesarias para el cambio o la reflexión considerando a las personas que se involucran y también sus contextos; es por ello que el TS dentro de la educación sexual “es un proceso, no sólo puede ir ligada a un programa de educación o a una institución específica, sino que más bien a un trabajo colaborativo en los diversos sistemas en los cuales se desenvuelve nuestro sujeto de atención” (Quiroz y Sepúlveda, 2016).

La investigación que realizamos como científicos sociales dentro del TS es continua, pues interpretamos “de manera abstracta lo cotidiano de las problemáticas sociales. Aún más, lo interesante radica en no quedarnos en ese nivel de abstracción, en tanto que generamos procesos de intervención para la acción social de y con los sujetos” (Zavala Caudillo, 2017).

### *Comentario final del capítulo*

En general, lo que se intenta en este capítulo es mostrar la relación e importancia que tiene el tema de investigación con los conceptos desarrollados, así como con el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos, la teoría feminista y sus categorías de análisis. Con esto se demuestra que en materia de salud sexual y reproductiva las y los adolescentes y jóvenes han sido oprimidos, discriminados y subestimados en torno a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos; tanto mujeres como hombres se han encontrado con brechas generacionales, sociales, culturales, económicas y políticas para el ejercicio de sus derechos en general; la teoría expone cómo debería ser el fenómeno del embarazo en la adolescencia; sin embargo no se puede especificar una sólo razón para que este se presente; es decir no es algo horizontal, pues como se ha mencionado anteriormente se tiene que considerar el contexto de cada una de las personas.

Igualmente se tiene presente que es complejo el poder hacer, intervenir o planear una propuesta para cada caso; en este sentido al menos se puede realizar una aproximación a casos que sean parecidos en algunas categorías.

Aunque no se profundizó en materia de embarazo, familia, métodos anticonceptivos y nivel escolar, sus conceptualizaciones ayudarán a su abordaje dentro del capítulo dos (estado del arte).

## **Capítulo II**

### **Estado del arte**

El presente capítulo pretende brindar un acercamiento a las investigaciones que se han realizado con respecto a la temática del embarazo en la adolescencia, el cual se ha demostrado es multicausal.

Por ello, se mencionarán algunos factores que se han relacionado con el surgimiento de dicho fenómeno; sin embargo, esta investigación se enfocará en la relación que guarda el embarazo en la adolescencia con la educación sexual en la familia y la escuela, relacionando, a su vez, temáticas como la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos.

#### **Embarazo en la adolescencia y sus factores de ocurrencia**

Muchos y diversos son los factores involucrados en un embarazo adolescente y tienden a variar dependiendo de la cultura o grupo social al que se pertenezca, así como de cada caso individual. En México, por ejemplo, son muchas las adolescentes en situación de vulnerabilidad social debido a las estructuras instauradas (o no) y no modificadas como lo son los servicios de atención a sus demandas y necesidades. Esto las condiciona limitando su acceso a instituciones educativas y de salud que podrían brindarles información y apoyos relacionados con métodos sobre prevención del embarazo. Al no poder acceder a tales apoyos la consecuencia inmediata es la desinformación o nula orientación que en ocasiones termina un embarazo no deseado o no planeado. Caso contrario al de las jóvenes que sí disfrutaban de los apoyos e instituciones, evitando estas problemáticas (Stern, 2003; Coll, 2001).

En sectores urbanos y rurales de la sociedad mexicana, los embarazos durante la adolescencia son más frecuentes debido a la idea que tienen algunas estructuras sociales y culturales relacionadas con la unión marital y la maternidad como aspiraciones femeninas establecidas. En estos sectores se llega a pensar que las jóvenes no tienen derecho a superarse profesionalmente, ni a una perspectiva de vida distinta al matrimonio y la maternidad. Sólo cuando se modifiquen estas estructuras se podrá promover un avance en la prevención de embarazos en la adolescencia, teniendo como base la difusión de información sobre el tema, además de la aplicación de los diversos anticonceptivos que se conocen (Stern, 1997).

El significado del embarazo en la adolescencia tiende a cambiar dependiendo del contexto social y la situación. En contextos menos tradicionales la maternidad puede significar un obstáculo para la realización profesional de las jóvenes que les impediría acceder a un campo laboral más demandante con respecto a la jornada y/o con más beneficios económicos (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016). Dentro de estas afirmaciones se debe de incluir la decisión

propia de las y los adolescentes al querer embarazarse para formar una familia, como proyecto de vida.

Es común que el tema del embarazo en la adolescencia se perciba como un evento negativo y que las y los jóvenes se vean estigmatizados y descalificados por ciertos gremios de la sociedad como los medios de comunicación, grupos académicos, ciertas comunidades, entre otros, pues se enfocan en consideraciones tales como la falta de preparación y edad de las y los jóvenes para enfrentarse a un embarazo, dejando de lado las connotaciones que tal embarazo implica (Pérez Baleón, 2018).

Es imprescindible para las y los adolescentes una red de información anticonceptiva y sexual que provenga tanto del sector familiar y educativo, así como del social para prevenir embarazos en la adolescencia que no son planeados y/o deseados. Lo anterior para generar conciencia de todo lo que implica, por ejemplo: el cambio tan radical al que se enfrentan las y los jóvenes con embarazos adolescentes como lo es dejar de ser parte de un núcleo familiar y comenzar a dirigir el propio enfrentándose a las nuevas obligaciones que surgen con la pareja, la descendencia y las problemáticas económicas y sociales que se irán presentando (INMUJERES, 2018).

Es necesario asumir el embarazo en la adolescencia como un fenómeno social y cultural de inmensa complejidad caracterizado por significaciones y simbologías relacionadas con la sexualidad, la identidad de género, las relaciones sociales, la educación sexual y reproductiva; así como con la educación e información sexual y reproductiva que deberían ofrecer a las y los adolescentes y jóvenes instituciones como la familia, la escuela y el sector salud. Debido a su morbilidad y mortalidad, el embarazo y la maternidad en jóvenes son considerados como problemas sociales y de salud pública no solamente en México, sino en todo el mundo (Gómez-Inclán y Durán-Arenas, 2017; Urgilés León, Fernández Aucapiña y Durán Oleas, 2018; Pérez Baleón, Romero Pérez, y Sánchez Bringas, 2020).

Sin embargo, debe de considerarse que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multifactorial y, en ese sentido, habría que reflexionar sobre cómo se ha visualizado dicho fenómeno; por ejemplo, Rojas (2021) expone que en sectores sociales precarios y empobrecidos, el abandono de la escuela, el prematuro ingreso al campo laboral y la unión temprana de pareja facilitan los embarazos en la adolescencia. La acumulación de las variadas desventajas sociales son la causa de algunos de estos embarazos, lo que también lanza *de golpe* a las y los jóvenes a la vida adulta.

### *Factores de ocurrencia*

Intentar descifrar el significado del embarazo en la adolescencia nos ayuda a comprender el comportamiento reproductivo adolescente y sus posibles consecuencias en esa etapa de la vida;

además de considerar y profundizar en las dimensiones simbólicas, sociales y culturales que promueven el inicio de la vida sexual (Climent, 2009).

Una de las consecuencias de una inadecuada educación sexual y reproductiva es el embarazo en la adolescencia. Si no abarca aspectos médicos, familiares, psicológicos, conductuales, educacionales en temas relacionados con salud sexual y reproductiva (SSyR) y no fomenta las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres para la prevención de embarazos, etc., es incompleta. Proporcionar dicha información corresponde tanto a los establecimientos educativos como al sector salud y, más importante aún, a los padres de familia. No debe estar dirigida sólo a los adolescentes sino también a los padres y académicos (Escobar, 2008; Abarca Durán, 2012).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2013), Pérez Baleón y Lugo (2020) y Stern (2003) algunas de las causas subyacentes del embarazo antes de los 20 años son:

- El matrimonio infantil.
- La desigualdad de género.
- Los obstáculos a los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.
- La pobreza.
- La violencia y el abuso sexual.
- Las políticas nacionales que no garantizan el acceso a anticonceptivos, educación y servicios de salud reproductiva, así como al aborto seguro.
- La comunidad o la familia quienes pueden oponerse (por diversas situaciones) a que las niñas, los niños, las y los adolescentes accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo.
- El abandono escolar de la mujer.
- La disminución en sus posibilidades de ingresar al mercado laboral.
- La transmisión intergeneracional del embarazo adolescente.
- La maternidad en soltería.
- La escasa capacidad de planeación del evento reproductivo.
- Baja autoestima.
- La inestabilidad familiar.

Entre los muchos factores que afectan el comportamiento sexual y las decisiones referentes al embarazo, las relaciones disfuncionales en la familia y los escasos recursos familiares pueden verse involucrados, aunque no siempre, en las limitaciones que afectan a las adolescentes constantemente; especialmente las más jóvenes, provenientes de estratos socioeconómicos bajos, quienes en ocasiones no son impulsadas, tienen menos posibilidades o alternativas de vida por escases y mandatos de género que intervienen en que ellas mismas puedan tener diferentes aspiraciones de superación personal y profesional. En estos casos el

embarazo en la adolescencia se percibe como un proyecto en pareja que brinda la oportunidad de disfrutar lo que no se tuvo en la infancia: un hogar propio, libre de las carencias y/o defectos del hogar de origen (Azevedo, Favara, Haddock, López-Calva, Müller, y Perova, 2012; Madrid Gutiérrez, Hernández Cordero, Gentile, y Cevallos Platero, 2019).

Es frecuente que el embarazo durante la adolescencia se presente en mujeres con bajos niveles de escolaridad pertenecientes a estratos socioeconómicos desfavorecidos. Sin embargo, varios estudios cualitativos han generado la discusión con respecto a si el embarazo adolescente es un problema, puesto que estos estudios demostraron que son muchas las jóvenes que querían embarazarse (Climent, 2009; Menkes, 2013 como se citó en Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Pantelides y Manzelli, 2003; Madrid Gutiérrez et al., 2019).

Dentro de estos estudios para determinar si un embarazo adolescente es percibido como deseado o como problema se tomaron en cuenta factores como: las condiciones de deseabilidad y aceptación del embarazo, los sistemas de apoyo, la situación conyugal, la edad de la adolescente y su grado de autodeterminación con respecto a su maternidad. Hay mujeres que consideran la maternidad como un elemento necesario en la construcción de su identidad e inician tal proyecto con un embarazo, pues antes de volverse madres se sentían mujeres incompletas e insatisfechas, percepción que se modifica con su embarazo. Aunque, también, tener proyectos de vida distintos a la maternidad pueden desarrollar un efecto protector contra el embarazo adolescente. Lo anterior puede ayudarnos a entender una parte importantísima del concepto “educación” en el embarazo adolescente; es decir, que la permanencia en el sistema escolar, el contar con información, educación y conocimientos relacionados con educación sexual y reproductiva son elementos imprescindibles para prevenir embarazos adolescentes y brindar diferentes perspectivas sobre los diversos proyectos de vida (Climent, 2009; Menkes, 2013 como se citó en Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Pantelides y Manzelli, 2003; Madrid Gutiérrez et al., 2019).

Según el Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] (2018) “El embarazo en adolescentes es un fenómeno social que incide en su desarrollo humano y bienestar cognitivo y afectivo; afecta la salud, la permanencia escolar, los ingresos económicos, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad”.

Sin embargo, se debe de revisar si el embarazo realmente impide el desarrollo personal de las y los adolescentes o bien como refieren Menkes Bancet y Sosa-Sánchez (2016), “forma parte de una estructura económico-social (y simbólica) más compleja, en donde muchas mujeres se enfrentan a pocas alternativas de desarrollo personal y a roles y normatividades de género que dotan de sentido la maternidad a edades tempranas”.

Además, el hecho de que el embarazo en la adolescencia sea algo deseado, planeado y esperado no debería afectar el desarrollo personal de las y los adolescentes, ya que es un



proyecto de vida que “trasciende lo referido al hijo y la pareja e incluye la posibilidad de continuar los estudios, de trabajar, de disponer de tiempo libre” (Climent, 2009).

El embarazo puede ser producto de una relación violenta y puede catalogarse como indeseado o no planificado si no es consensuado y si el hombre decide cuándo tienen lugar las relaciones sexuales; además de la elección de usar preservativos o no. Esto último tiene como consecuencia que las jóvenes sean propensas a contagios de enfermedades o infecciones de transmisión sexual, de tener un embarazo no deseado (Madrid Gutiérrez et al., 2019). De igual modo son propensas a tener embarazos subsecuentes, además de vivir una constante violencia y violación a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Que el embarazo se convierta en un acto intencionado y personal se ve influenciado por las pautas culturales, las problemáticas familiares y cuestiones personales como la emoción e ilusión del primer amor. Las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos son causa y consecuencia de factores como la pobreza y la presión por parte de la pareja aunada a la del círculo de convivencia familiar, de amigos, laboral, etc. Sin embargo, los embarazos no son, como tales, el problema, es decir, estos son el resultado de la inestabilidad familiar y emocional que sufren las y los jóvenes que conlleva un proceso anticipado de crecimiento incompleto para el desarrollo adecuado de los adultos que serán madres y padres (UNFPA, 2013; Madrid Gutiérrez et al., 2019).

Las consecuencias de un embarazo adolescente pueden derivar en desigualdades y desventajas en el desarrollo escolar y laboral de las y los adolescentes. Lo anterior es causado por una falta o malinterpretación de información relacionada con la salud sexual y reproductiva que satisfaga sus derechos y necesidades. En la mayoría de los casos el acceso a tal información se obtiene del círculo de convivencia de las y los adolescentes y jóvenes como lo son las amistades, los familiares cercanos o de mayor confianza; y la información recibida no siempre es adecuada, ni completa, ni funcional para satisfacer sus dudas y demandas (Mendoza Victorino, Terán Rodríguez, Zavala Suárez, Garduño Aceves, Aguilar Sánchez y Barrón López, 2017; Gómez-Inclán y Durán-Arenas, 2017).

Dentro de las redes de apoyo como la familia y la escuela tampoco se da apertura para el acercamiento, la confianza y el diálogo para tratar temas sobre sexualidad y reproducción debido a que siguen siendo temas tabúes en estas instituciones sociales; además de que se pueden presentar los casos en donde ni los mismos familiares y maestros cuentan con los conocimientos para tal orientación.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, 179 gobiernos acordaron que es un derecho universal contar con información, así como tener la capacidad y los medios para decidir cuándo y con qué frecuencia embarazarse. Y un derecho universal se aplica a todo ser viviente sin importar raza, procedencia, edad o cualquier característica. Sin embargo, la realidad inmediata nos demuestra que falta mucho para que se

cumpla la universalidad de este importantísimo derecho, pues son incontables los casos de las y los jóvenes que se ven privados o imposibilitados del acceso a la información y redes de apoyo para la prevención de los embarazos en la adolescencia (UNFPA, 2017).

Son muchos los países que han intentado tomar medidas de prevención contra los embarazos en la adolescencia; sin embargo, estas medidas se enfocan en modificar el comportamiento de las y los adolescentes, pasando por alto los elementos que se deben tomar en cuenta como el hecho de que la población adolescente no es un grupo homogéneo, que las y los adolescentes se enfrentan a problemas de exclusión en oportunidades educativas y laborales, a toda la gama de estereotipos que existen referentes a la adolescencia, a los condicionamientos caracterizados por desigualdad sociodemográfica y de género. De este modo se incrementa la dificultad para la prevención (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; UNFPA, 2013).

Aunque el embarazo en la adolescencia se ha visto como un fenómeno multicausal, Meneses, De la Cruz Muradás, y Ramírez (2020) exponen que Blum, Astone, Decker y Mouli en el 2014 desarrollaron un enfoque “ecológico” del embarazo en la adolescencia el cual muestra y da claridad sobre el conjunto de factores del contexto nacional, comunitario, escolar, familiar e individual (o personal), que pueden afectar a las mujeres, dicho enfoque se resume de la siguiente manera:

- Nacional: leyes limitantes para el acceso a la salud sexual y reproductiva, leyes que no se hacen cumplir contra el matrimonio infantil; contextos de pobreza y vulnerabilidad, inestabilidad política y crisis humanitarias.
- Comunidad: actitudes negativas sobre la autonomía y empoderamiento de las mujeres; nociones sobre sexualidad de la población adolescente; limitaciones de servicios en salud sexual y reproductiva, así como la negativa de acceso a métodos anticonceptivos; falta de atención prenatal y posnatal para la población adolescente; violencia.
- **Escuela o pares:** obstáculos de acceso y permanencia en la escuela; falta de educación sexual; presiones de los pares o pareja la actividad sexual; dificultades, deserción y hostigamiento escolar; percepción de falta de apoyo por parte del profesorado.
- **Familiar:** desigualdades entre los hijos hombres y mujeres; poco interés familiar hacia la educación, el embarazo y la unión conyugal; violencia intrafamiliar; escasa transferencia de recursos y habilidades positivas.
- Individual: edad a la primera relación sexual y primera unión conyugal; la maternidad/paternidad como plan de vida; valores desiguales de género; desarrollo psicosocial y biológico durante la adolescencia; falta de conocimiento sobre sexualidad y reproducción, y nociones sobre los anticonceptivos.

Para fines de esta investigación se considera de manera central la relación que mantiene el embarazo en la adolescencia con los factores de la educación sexual que se brinda en la familia y en la escuela, así como la formación e información sobre sexualidad y los métodos anticonceptivos.

### **Educación sexual**

La educación sexual se percibe como un proceso que a lo largo de la vida posibilita el rompimiento de tabúes proporcionando a los jóvenes, además de información, herramientas que les permitan integrar en su vida una sexualidad sana basada en el conocimiento de sus derechos sexuales (Caricote Agreda, 2008).

La educación sexual formal e informal de cada individuo es fundamental para que puedan ejercer sus derechos reproductivos. Según los programas de salud reproductiva, las personas tienen derecho a la información sobre procesos reproductivos, métodos anticonceptivos, riesgos de la salud y prevención de ITS. Lo anterior les permitirá disfrutar de una sexualidad placentera y segura, además de la prevención de embarazos no deseados (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

La información sobre sexo, sexualidad y protección durante el acto sexual con la que cuenta la población adolescente es incompleta e ineficiente. Posiblemente proveniente de amigos, medios de comunicación e internet; esta información no se traduce en comportamientos preventivos en las prácticas sexuales; mucho menos en prevenir infecciones de transmisión sexual o sobre la interrupción legal del embarazo (ILE) por lo que los riesgos seguirán siendo una constante dentro de las adolescencias. Así también se ha demostrado que el inicio sexual (del cual tampoco hay una información completa) se presenta al menos en un 50% de las mujeres a la edad media, esto es entre los 15 y 17 años) (Caricote Agreda, 2008; Pérez Baleón y Lugo Arellano, 2021).

La educación sexual es tarea tanto del Estado, como de la familia y la escuela ya que son las instituciones en las que se tiene un primer contacto con esta temática. Es por ello que su papel es tan relevante dentro de la formación de las y los adolescentes para la prevención de embarazos a través de la educación sexual.

A continuación se expondrán algunas investigaciones que se han hecho en torno a la temática de educación sexual en la familia y la escuela.

#### *Educación sexual en la familia*

Entre los agentes que influyen en la información, los conocimientos y las actitudes de las y los adolescentes sobre el comportamiento sexual y reproductivo se encuentran los padres; esto no quita la importancia que la adolescencia le da a las y los docentes, las trabajadoras y los

trabajadores de la salud, las redes sociales, los medios de comunicación y las y los pares (Stern y Rodríguez, 2020).

En el núcleo familiar se da el vínculo entre individuo y la sociedad. Con ella se experimentan las primeras experiencias sentimentales, las primeras vivencias y se establecen las pautas de comportamiento. De ahí la importancia de generar vínculos de comunicación que permitan conocer los intereses educativos de las y los adolescentes, así como la disposición de la familia para proporcionar acompañamiento y orientación en los diversos niveles educativos. La familia es responsable de la formación exitosa de sus hijos e hijas como seres sociales, afectivos, productivos, intelectuales y sexuales (Domínguez, 2011; Caricote Agreda, 2008; Cárdenas Molina, 2015).

Los embarazos antes de los 20 años se pueden ver influenciados por factores como las características de la familia de origen o la inexistencia de redes familiares. Se considera que los componentes del núcleo familiar determinan significativamente las actitudes y el comportamiento de las y los adolescentes, pues la relación que han establecido con dichos componentes desarrolló los conocimientos, las habilidades y las capacidades necesarias que se vinculan con su desarrollo físico y emocional, además del social. Familia y adolescencia no son unidades estáticas, pues a través del tiempo los roles y las funciones de cada miembro cambian, ya sea por la partida o la llegada de nuevos integrantes, por el impacto de los cambios económicos y sociales o por las diversas situaciones de la vida cotidiana a las que se enfrentan los integrantes (Pérez Baleón y Lugo, 2019; Domínguez, 2011).

Es posible que la familia inculque ciertos valores dentro de la educación de sus hijas e hijos, dentro de ello existe la posibilidad de que transmitan principalmente a las niñas la creencia de que matrimonio y maternidad es su único destino. Siempre existe la opción de fomentar el desarrollo de habilidades y la autonomía en las hijas o, por el contrario, someterlas y alentarlas a una vida de matrimonio y dependencia (UNFPA, 2013). No debemos olvidar que esto también se debe a cuestiones generacionales, tradicionales y de género, pues aún se mantiene la idea de que el papel de la mujer en el ámbito familiar es meramente doméstico y reproductivo.

Sería ideal fortalecer la educación integral en sexualidad brindando capacitación a padres, madres y agentes de salud por medio de cursos presenciales o virtuales. Es indispensable enfatizar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de la juventud, así como la responsabilidad de cada participante en la educación de las y los adolescentes para diseñar planes de vida que permitan la adquisición de conocimientos y habilidades relacionados con la educación sexual y reproductiva con la finalidad de contribuir a un adecuado desarrollo personal y profesional (Meneses, De la Cruz Muradás, y Ramírez, 2020).

Diversos estudios han evidenciado la escasez de conocimientos que los padres y madres poseen con respecto a prácticas, actitudes y conductas sexuales. Por tal razón, la información

que proporcionan referente a sexualidad y métodos anticonceptivos son desfavorables e insuficientes. Además, se ha demostrado que la familia es de suma importancia en la formación de valores relacionados con lo sexual, pues los padres son la principal fuente de información (Lavielle-Sotomayor, et al., 2014; Caricote Agreda, 2008; Domínguez, 2011).

Por otra parte, un estudio realizado por Estrada, Campero, Suárez-López, de la Vara-Salazar, y González-Chávez (2017) demostró que los conocimientos sobre riesgo de embarazo y el uso de condón en hombres adolescentes de nivel secundaria se asocian con que los padres les hablen sobre temas de sexualidad y con que los adolescentes manifiesten agrado por conocer esas temáticas tanto en la familia como en la escuela.

A continuación, se enlistan algunos puntos relevantes sobre el papel de la familia, que de acuerdo con Caricote Agreda (2008) y Domínguez (2011), muestran una deficiente comunicación y confianza entre padres e hijos con respecto a la sexualidad.

- Las y los adolescentes tienen curiosidad, pero tienen miedo a preguntarles a sus padres y estos a su vez no saben cómo afrontar las preguntas de sus hijos.
- Tanto las madres como los padres tienen escasos conocimientos sobre cómo hablar de sexualidad con sus hijas/os.
- El padre no facilita a su hijo una orientación sexual abierta y pertinente.
- Los grupos familiares están representados principalmente por las madres, la figura del padre está ausente o es muy débil en el núcleo familiar.
- Los padres de familia desconocen la sexualidad como integralidad, ya que tienden a mirarla y acercarse a ella a través del sexo, placer, o sólo la ven como una función reproductiva, con miedo, tabú y descalificación.
- Hay presencia de estereotipos de género de tipo machista por madres y padres.
- La deficiente comunicación entre madres y padres e hijas/os adolescentes, con una comunicación basada en el control y autoritarismo, provoca miedo, desconfianza y temor entre ellos. Por otro lado, esta diferencia comunicacional también obedece, en parte, a la forma en cómo madres y padres se comunicaban con sus madres y padres respectivos (abuelas/os).
- La información recibida por las y los adolescentes sobre temas sexuales es aceptable, pero no es suficiente o en ocasiones el mensaje no es bien entendido, posiblemente por los métodos que utilizan los padres para expresarse, es decir, no son capaces de transmitir lo que saben a sus hijos.
- Las y los adolescentes no llegan a recibir ningún tipo de información por parte de sus padres referente a temas sexuales.

Aunque algunos adolescentes reciben información de temática sexual por parte de sus padres ésta es ineficiente, pues tanto padres como madres cuentan con información deficiente

para cumplir con la función de educadores sexuales. Los padres de familia pueden sentir vergüenza o incomodidad al tratar temas sexuales con sus hijos e hijas. Basta con mencionar el tema para que la risa, el pudor, la vergüenza y la incomodidad aparezcan; es posible que lo anterior sea provocado porque los padres se sienten incómodos con su sexualidad; también puede tener un origen generacional, pues nunca trataron esos temas con sus propios padres. Las y los adolescentes reciben orientación y educación de sus pares, medios de comunicación, internet y su experiencia vivencial, pero ¿es posible saber si la información que reciben es de calidad? Y más importante ¿esa información resuelve todas sus dudas e inquietudes? (Caricote Agreda, 2008; Barrios Acosta y Martínez, 2010; Domínguez, 2011).

Contemplar a las madres, padres y otros miembros de la familia como agentes de cambio puede favorecer el comportamiento sexual de sus hijas e hijos si se les incorpora en intervenciones educativas con metodologías sólidas, propósitos claros basados en evidencia. Es importante que aprecien las ventajas y beneficios de la comunicación temprana sobre temas de sexualidad y anticoncepción, satisfaciendo las demandas de las y los adolescentes (Atiezo, Campero, Estrada, Rouse, y Walker, 2011).

En una investigación realizada por Caro Luján y Morán Alcántara (2020), se ha ahondando un poco en la composición familiar, las autoras exponen que las mujeres que fueron madres adolescentes, provenientes de contextos urbanos marginales en estados como Campeche, Zacatecas y Ciudad de México (CDMX), pertenecían a distintos tipos de familia, por ejemplo: hogares biparentales, con jefatura femenina y otros; donde la relación maternal era de cercanía y confianza, en comparación con la del padre que simplemente era buena, pero el fuerte carácter de éste infundía temor al intentar comunicarse con él. En algunos casos, la ausencia paterna provocaba en las adolescentes crisis emocionales que les impedía realizar sus actividades diarias. Además, tal ausencia, influía en sus relaciones amorosas, así como en la vivencia y aceptación del embarazo.

Se considera que los cambios en la relación entre padres e hijos constituyen una parte fundamental de las profundas transformaciones que las sociedades experimentan a la fecha y que atañen a la vida cotidiana de las familias (Rojas, 2016), estas transformaciones familiares llegan a afectar en las decisiones de las y los adolescentes; como se puede observar la conformación familiar así como su modificación, también pueden ser factores que influyen en el embarazo en la adolescencia y esto no excluye a los varones, ya que también se ha demostrado que la comunicación entre padres e hijos es deficiente.

Otros estudios demuestran que la familia tiene un rol importante para determinar el futuro de sus hijas e hijos, ya sea de forma directa o indirecta. A manera de ejemplo a seguir pueden enfrentarse a la desigualdad de género, difundiendo la idea de que los derechos y oportunidades son las mismas para todas y todos los adolescentes, también pueden prevenir los embarazos en la adolescencia brindando información sexual; sin embargo, si no la proporcionan, los privan de

herramientas que ayudarían a las adolescencias a prevenir embarazos no deseados e ITS. Se ha demostrado que las conductas de riesgo están relacionadas con la estructura familiar, así como con su comunicación y su expresión afectiva (UNFPA, 2013; Lavielle-Sotomayor et al., 2014).

Esto demuestra el importante papel de las madres y padres con respecto a la sexualidad, aunque algunos no saben cómo comunicarse con sus hijas/os y otros no cuentan con la información correcta o con las herramientas de comunicación adecuadas para hacerlo; sin embargo, las y los adolescentes siguen acercándose a ellos tratando de buscar cómo resolver sus inquietudes.

Por tal razón, la familia debe integrarse en los programas de educación sexual, pues su participación les generará seguridad y contarán con la información para tratar adecuadamente con sus hijas e hijos los temas relacionados con prevención de conductas y riesgos sexuales. Ser accesible con la temática sexual brindará a las y los adolescentes más oportunidades de desarrollo que les permitirá construirse de manera adecuada como seres sexuados, fomentando una toma de decisiones autónoma, el uso correcto de anticonceptivos, la negociación en pareja, de modo que también podrán apropiarse de su cuerpo y hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos (Barrios Acosta y Martínez, 2010; Campero Cuenca, Atiezo, Suárez López, Hernández Prado y Villalobos Hernández, 2013).

La mayoría de los padres evaden su participación en la educación sexual de sus hijas e hijos por el hecho de que éstas y estos asisten a la escuela. Sin embargo, el canal de comunicación afectiva y efectiva por parte de la familia propicia que las y los adolescentes se sientan con un apoyo, en confianza y que sus dudas han sido comprendidas (Caricote Agreda, 2008).

Tal como señalan Stern y Rodríguez, (2020) las mujeres que afirman que alguno de sus familiares (principalmente la madre) había hablado con ellas durante su adolescencia sobre aspectos relacionados con su sexualidad y con la anticoncepción, muestran una menor frecuencia de embarazos, en comparación con quienes los padres no hablaron con ellas; por otra parte, comprobaron que también influye la manera en que se brinda la información o la forma de comunicarse con respecto a temáticas de sexualidad.

Por ejemplo, se puede presentar un embarazo en la adolescencia cuando la información recibida se percibe de manera negativa, si no hay ningún tipo de información y explicación, así como las condiciones materiales y la escolaridad de las madres y padres (Stern y Rodríguez, 2020); parte de esto es el tipo de comunicación que se tiene dentro del núcleo familiar, pues esto influye en la forma en la que se aprende y aprehende la información.

Es fundamental que los padres cumplan su función en lo referente a la educación sexual, pues no la asumen de forma adecuada ni efectiva y la mayoría deja esta responsabilidad al azar y a la institución educativa. Sería ideal que tuvieran una posición proactiva e intencional sin delegar la educación sexual únicamente a la escuela o a los medios de comunicación, porque la

comunicación en torno a la sexualidad es uno de los problemas a los que se enfrenta la relación familia-adolescencia. En la mayoría de los casos la familia no sabe cómo enfrentarse a la temática de la sexualidad y no concibe que las y los adolescentes sean sexualmente activos ni que tengan derecho a serlo (Caricote Agreda, 2008; Domínguez, 2011).

### *Educación sexual en la escuela*

La educación sexual debe formar parte de la formación integral de cada individuo, ésta también debe estar garantizada por el Estado, sin importar el género, la etnia, religión o nivel socioeconómico.

Los conocimientos y habilidades de cada persona deberían considerarse e incluirse en la educación sexual brindada en las escuelas. Debe promocionar la sexualidad desde la infancia y se debe dejar de considerarla tabú. Conviene preparar a las nuevas generaciones para que puedan desarrollar relaciones de pareja estables (Carvajal, Essien, Rey, y Bardales, 2007; Caricote Agreda, 2008), así como informar y orientar a las y los padres en temáticas que tengan que ver con la sexualidad, y con la pareja donde hablar de relaciones tenga como eje central el respeto y la comunicación.

Cuando hablamos de sexualidad adolescente no podemos pasar por alto la importancia de los servicios de atención en SSyR y educación sexual surgidos como una necesidad fundamental para el desarrollo de las personas. Esta educación tiene como objetivo apoyar a los padres de familia y otras instituciones en la desmitificación y las supersticiones que usurpan el lugar del saber cierto, objetivo y científico en torno a la educación sexual y preventiva. Con esto se erradican los temores y angustias que la educación familiar y social cultivan con el sexo de forma represiva (Caricote Agreda, 2008; Montero, 2011).

La educación, en general, tiene beneficios en las y los adolescentes y jóvenes ya que mejora la posición en el hogar y la comunidad, entre otros, pues les permite un dominio en su toma de decisiones, reduciendo considerablemente la probabilidad de matrimonios, embarazos y maternidades precoces. La educación sexual carece, y ha carecido, de una visión integral, privilegiando la transmisión de conocimiento biológico centrado en la reproducción y promoviendo la abstinencia sexual; prescindiendo así de los derechos sexuales y reproductivos. Estos últimos, tampoco se fomentan en las aulas, privando a las y los adolescentes de su derecho a la educación sexual y reproductiva (UNFPA, 2013; Campero Cuenca et al., 2013).

Es innegable la existencia de los problemas con la educación sexual de las y los adolescentes, que las relaciones sexuales tienen lugar mayoritariamente entre los 15 y los 17 años, seguido de los 18 y 19 años y en menor frecuencia dentro de los 10 y 14 años, en ocasiones, se llevan a cabo sin protección y/o control. Sucede que la selección de pareja no es adecuada y se tienen relaciones con varias personas a la vez sin el uso de métodos



anticonceptivos por lo que la probabilidad de contraer una ITS es alta, así como el número de embarazos no deseados y abortos (Carvajal et al., 2007; Pérez Baleón y Lugo Arellano, 2021).

Aunado a esto, las investigaciones en torno a la educación sexual en la escuela señalan que, con respecto a la enseñanza sobre métodos anticonceptivos, existe un gran punto de fuga, pues las y los estudiantes pudieron haber escuchado sobre alguno de ellos, por ejemplo: la pastilla de emergencia, sin embargo, la mayoría no sabe cómo funciona. “Las políticas de educación y de salud deben propiciar que las y los alumnos no sólo reciban una educación técnica sobre estos aspectos, sino que efectivamente se apropien de estos conocimientos y los relacionen con sus prácticas sexuales y reproductivas” (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

Otras investigaciones revelaron que la educación sexual ofrecida por los padres y la escuela no cumple con la información requerida por ser deficiente. Sin embargo, la responsabilidad de esa educación depende de más instituciones. Aunque el papel fundamental corresponde a los padres y madres y, en segundo plano, a la escuela (Madrid Gutiérrez et al., 2019; Carvajal et al., 2007).

El interés que puedan tener o no las y los adolescentes es un factor que también se debe considerar, además de ser importante ante la prevención de embarazos e ITS; aunado a esto se encuentra el aprovechamiento que puedan tener con la información, formación y orientación que se les brinde.

Si bien este trabajo de investigación está enfocado en la educación básica, se debe de considerar, como señalan Menkes y Suárez (2003), que no sólo se trata de ese nivel, sino que se torna interesante develar cuáles son los conocimientos e información con la que cuentan las y los estudiantes de nivel medio superior y superior, ya que con respecto a temáticas de reproducción son muy escasos los abordajes que se hacen después de la secundaria; estas autoras refieren que “esta información puede servir como punto de partida para hacer una evaluación de los contenidos educativos que se imparten en las escuelas públicas del país”.

Por otra parte, las condiciones de pobreza, discriminación, inequidad, entre otras anteriormente mencionadas, forman parte de la base del embarazo en la adolescencia, mismos que no pueden ser modificados sólo con talleres informativos, ya que estos solo serían paliativos ante dicho fenómeno; “no bastan los talleres para transformar una conciencia construida desde la exclusión y el no reconocimiento” (Rubio Herrera y Flores Palacios, 2018).

A continuación, se muestra un listado de las demandas y hallazgos con base en información recabada de Madrid Gutiérrez et al., (2019) y Carvajal et al., (2007) con respecto a la educación sexual de adolescentes.

- Las y los adolescentes pueden llegar a presentar conflictos familiares y escolares, por cuestiones relacionadas a la educación sexual.
- Las y los adolescentes comienzan sus relaciones sexuales entre los 12 y los 15 años de edad; se encontró que esto se relaciona (aunque no en su totalidad) con la mala

comunicación con los padres sobre temas de sexualidad y la deficiente orientación en el ámbito escolar.

- La mayoría de los adolescentes no usan el preservativo en sus relaciones sexuales y algunos conocían al menos cuatro ITS, aunque no de manera profunda.
- Hay demanda de información dentro del ámbito escolar sobre anticonceptivos, embarazo, fertilidad, aborto, paternidad y maternidad; sobre placer sexual, género y empoderamiento personal.
- Requieren atención individualizada y espacios grupales de intercambio; así como profesionales jóvenes con fuertes habilidades de comunicación interpersonal con adolescencias y las juventudes.
- Es necesario el desarrollo de blogs, páginas webs, consultas online y líneas de atención telefónicas.
- Mejorar la difusión y distribución de productos y materiales informativos existentes.

Las percepciones erróneas o la falta de comprensión sobre la sexualidad, el cuerpo humano y el desarrollo, los derechos y el género pueden dejar a una persona joven mal preparada para tomar decisiones sobre su salud reproductiva (UNFPA, 2019). Dentro de la educación sexual y como parte de la vida, algo fundamental es la enseñanza y el correcto uso de métodos anticonceptivos, que si bien la familia hace mención de que uno “ya está en edad de cuidarse” no indican, ni enseñan, cómo debe realizarse ese cuidado y/o esa protección.

Es importante el constante mejoramiento de la educación básica para asegurar la permanencia de las y los jóvenes en el sistema escolar, evitando los embarazos en la adolescencia y el rezago educativo (Villalobos-Hernández, Campero, Suárez-López, Atienzo, F., y De la Vara-Salazar, 2015).

Además, dentro de la escuela estos conocimientos junto con la información llegan a ser vagos y básicos, ya que, aunque existen orientaciones con respecto al uso de métodos anticonceptivos (específicamente el condón masculino), sólo se da una orientación de un día o unas horas, cuando esta educación debiera ser constante, me atrevo a decir que hasta el nivel universitario y no sólo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y/o prevención de embarazos.

Los programas de educación sexual deberían formar parte del ámbito estudiantil y tener como principio un enfoque incluyente basado en aspectos biológicos, éticos, sociales, afectivos culturales y de género. Incorporando, también, la promoción de comportamientos saludables y placenteros, la capacidad de negociación asertiva, el fomento de decisiones responsables e informadas sobre el inicio o la postergación de la vida sexual y el uso de anticonceptivos, con el fin de procurar y garantizar la protección los derechos individuales (Campero Cuenca et al., 2013; UNFPA, 2019).

La idea de salud sexual integra elementos como aspectos físicos, emocionales, intelectuales, entre otros, del ser sexual enriqueciendo y fortaleciendo positivamente su personalidad, la forma en que se comunica y ama. Se vincula con la capacidad humana de disfrutar y expresar la sexualidad, sin riesgos para la salud. Por tales razones, beneficia el desarrollo de la vida y las relaciones personales (Montero, 2011).

Toda política pública para propiciar la SSyR en adolescentes debe basarse en el marco del respeto a sus derechos, la desigualdad de género y la disparidad en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos son dos aspectos fundamentales que no reciben suficiente atención. Las y los adolescentes deben ser reconocidos como seres con autonomía, capaces de tomar decisiones sobre su cuerpo y bienestar. Para esto requieren información y habilidades que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios y acceso a servicios de salud de calidad, respeto, privacidad y confidencialidad (Campero Cuenca et al., 2013; UNFPA, 2017).

En el contexto de la SSyR es trascendental que todas las mujeres puedan gozar de una educación integral y universal. La calidad y el alcance de los servicios de salud pueden afectar profundamente el control que una mujer tiene sobre cuántos hijos tener y cuándo tenerlo; por ello, deben ofrecerse las herramientas necesarias sobre temas como los métodos anticonceptivos, las ITS, salud materna e infantil e incluir a los hombres en todas las temáticas relacionadas (Mendoza Victorino et al., 2017; UNFPA, 2017).

Se sabe que existe una relación inversa entre nivel de educación alcanzado y el conocimiento de métodos, ya que en ocasiones los conocimientos no son acertados (Pantelides y Manzelli, 2003) y la educación en SSyR que se brinda por parte de las redes o instituciones primarias resulta insuficiente para las y los adolescentes.

Por otra parte, se debe de mencionar que “hasta el momento también se desconoce cómo las aspiraciones educativas de los y las adolescentes complementan o fortalecen las intenciones relacionadas con la formación temprana o no de una familia” (Atienzo, Campero, Lozada, y Herrera, 2014), ya que tampoco son temáticas que se puedan ver en la escuela o dentro del ámbito familiar.

### **Sexualidad en la adolescencia y juventud**

Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnologías de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social y, en general, los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Además, la modernidad atribuye a la sexualidad una función relacionada con la reproducción de la especie, donde se normaliza que la única función

de la conducta sexual debe ser meramente reproductivo (Moreno, 2012; Campero Cuenca et al., 2013).

El desarrollo de la sociedad contemporánea impone nuevos retos y desafíos con relación a la sexualidad y la educación que permitan lograr un carácter personalizado del ser humano, un sujeto protagónico libre y responsable; sin embargo, se puede comprobar que la información sobre sexualidad que poseen las y los adolescentes con respecto a la SSyR es escasa y en muchos casos contradictoria y equivocada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias que inciden de manera negativa en aspectos relacionados con su propia sexualidad (Carvajal et al., 2007; Montero, 2011).

Ver la sexualidad de manera negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos lo visibilizan y lo califican, así como en la forma de las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones religiosas y el sector salud) lo interpretan y lo manejan (Stern, 1997).

Según Barrios Acosta y Martínez (2010) existen tres funciones asignadas a la sexualidad: una, la comunicativa, que sugiere que las personas construyen su identidad sexual y de género y ratifican su subjetividad en los procesos de encuentro con el otro; estos procesos comunicativos siempre van a estar mediados por el sexo y sus representaciones, proyecciones, simbolismos, escenificaciones cuando las personas se relacionan. Otra función es la relacionada con la satisfacción y expresión del placer (lo erótico). La última, la biológica, contiene, entre otras, la reproducción, la función sexual y las enfermedades relacionadas con lo sexual (Barrios Acosta y Martínez, 2010).

Aunque el conocimiento y la información acerca de la sexualidad han aumentado, las adolescencias se enfrentan a dificultades y retos; igualmente ante demandas que son difíciles para cualquier persona, por ello es indiscutible que los padres, maestros y la sociedad deban tener una amplia información acerca de todo lo relacionado con la sexualidad y analizar cada uno de los aspectos con objetividad, serenidad y respeto; la educación sexual de las y los adolescentes presenta todavía serias limitaciones por los tabús que persisten en estas redes de apoyo, sobre todo en los padres de familia con respecto a temas relacionados con la sexualidad (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Carvajal et al., 2007).

Las y los adolescentes experimentan la sexualidad en un contexto en donde no se asegura un ejercicio del erotismo, la sexualidad placentera y saludable ni se reconoce su derecho a ello. Pero también es importante analizar la sexualidad adolescente como un hecho heterogéneo, que presenta diferencias en términos de la cultura, clase social, la raza, la religión, la educación, el acceso a servicios de salud, la residencia urbana o rural; sin embargo se considera que las relaciones de género han sido quizás uno de los ejes más importantes dentro de las

investigaciones sociales, sobre los temas de la sexualidad y de la salud reproductiva en general (Climent, 2009; Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

La sexualidad y la salud reproductiva han cobrado relevancia entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental por el impacto social que han producido en las nuevas generaciones, lo que se manifiesta en el incremento de la infecciones y enfermedades, así como de los embarazos no planeados, ni deseados; es por eso que en los programas de salud reproductiva, en los sectores educativos, las comunidades y en las familias se debe establecer que para tener una sexualidad placentera y segura, así como un embarazo deseado y sin problemas, las y los adolescentes tienen derecho a conocer los procesos reproductivos del cuerpo humano, la gama existente de métodos anticonceptivos, los riesgos a la salud y la protección de las ITS (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Lavielle-Sotomayor et al., 2014).

### **Metodos anticonceptivos para las y los adolescentes y juvenes**

Como expone Abarca Duran (2012) refiere que las y los adolescentes tienen conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos, los diferentes tipos y no tienen dificultad en conseguirlos, pero su conocimiento no es preciso ni sólido sobre su funcionamiento; asimismo, los equipos de salud envían dobles mensajes a las adolescentes sobre la anticoncepción y a la vez su uso no recomendable en la adolescencia.

Por ello la autora menciona que se debe de informar tanto a madres, padres, educadores y adolescentes de manera clara y completa sobre la oferta de métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas para acabar con mitos relacionados con el tema, y satisfacer las inquietudes y necesidades que puedan tener.

La anticoncepción en la adolescencia es la prestación de servicios integrales e individuales en respuesta a una demanda espontánea y voluntaria de un MAC por una o un adolescente, también por una pareja de adolescentes con vida sexual activa permanente, esporádica o en riesgo de iniciarla. En México, la investigación sobre el acceso de las y los adolescentes al sistema de salud es limitada; la mayoría de los estudios se centra en la utilización de los servicios y dejan de lado fases iniciales de percepción de necesidad y búsqueda de MAC, cuando éstas deben ser el eje alrededor del cual debe iniciarse un seguimiento para entender el comportamiento de esta población (Molina, 2003; Gómez-Inclán y Durán-Arenas, 2017).

Existen evidencias en México sobre la importancia de los anticonceptivos entre los adolescentes. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut], (2012) se da cuenta del aumento en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en esta población, así como el incremento del número de adolescentes que inicia una vida sexual activa. En esta encuesta también se muestra que algunas mujeres y algunos hombres no utilizaron algún MAC en la primera relación sexual. Asimismo, las y los adolescentes refiere haber obtenido los condones

gratuitamente en el sistema de salud, donde el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) aparece como principal proveedor (Gómez-Inclán y Durán-Arenas, 2017).

Las investigaciones muestran que el uso de MAC y la elección del método a usar tiene relación, entre otras cosas, con el tipo de vínculo establecido con la persona con la que se tiene intercambio sexual (novia/o, amiga/o, relación ocasional), y con la duración de la relación (estable, ocasional, inicio, después de un tiempo). También se ha hallado repetidamente que el conocer la existencia de métodos (poder mencionarlos), no necesariamente significa usarlos y que saber cómo prevenir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no significa que se adopten las medidas adecuadas (Pantelides y Manzelli, 2003).

Para evitar un nuevo embarazo a corto plazo y/o la adquisición de ITS, se requiere de una amplia y adecuada orientación de SSyR para adolescentes; esta debe considerar la promoción de diversos MAC. Asimismo, la consejería sobre anticoncepción debe tener lugar en varios momentos de la vida de las y los adolescentes, ya que en ocasiones se enfocan y/o se limitan al posparto inmediato. La necesidad insatisfecha de planificación familiar, la falta de educación y el no contar con acceso a MAC tiene como resultado que las adolescentes estén más expuestas a la fecundidad no deseada, ni planeada (UNFPA, 2017; Campero Cuenca et al., 2013).

En todo el mundo, hay 340 millones de ITS nuevas por año, los más jóvenes (entre 15 y 24 años) tienen las tasas más altas de infección. Las ITS son una consecuencia de un comportamiento sexual que puede causar también el embarazo en la adolescencia al no saber, no usar o usar incorrectamente los preservativos (UNFPA, 2013).

Estudios sobre los anticonceptivos muestran que 91.3% de las y los adolescentes habían oído hablar de los preservativos, 86.7% de hormonales orales, 45.0% de los métodos locales, 38.3% de los hormonales inyectables, 59.1% del dispositivo intrauterino (DIU) y 66.5% de las pastillas anticonceptivas de emergencia. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, entre el conocimiento y el uso correcto de los MAC hay una gran diferencia; de esta forma, se conocen verdaderamente los condones sólo 78.8% de las y los adolescentes. La cifra más contrastante es la de los hormonales orales con el 10.8% de conocimiento real sobre su uso correcto, aunque 86.7% había escuchado hablar de este método. Además, el método preferido en la primera relación sexual dentro de una pareja es el condón; si la pareja es estable, se prefieren métodos femeninos, especialmente las pastillas o el DIU (Pantelides y Manzelli, 2003; Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

No sólo la protección y prevención con los MAC juegan un papel importante, Azevedo, Favara, Haddock, López-Calva, Müller, y Perova (2012) señalan que las mujeres jóvenes utilizan menos métodos anticonceptivos; aunque el conocimiento sobre los métodos y la racionalidad son dos factores claves en la decisión de tener relaciones sexuales con protección, la confianza en sí mismas juega un papel importante, ya que su uso demanda una negociación

con la pareja. Algunas investigaciones han encontrado que una autoestima baja suele pronosticar una gama de comportamientos riesgosos por lo que la baja autoestima se concibe como un factor potencial que se debe tomar en consideración.

Sin duda el contar con información, personal capacitado, insumos, herramientas y una estructura adecuada para el conocimiento de MAC son fundamentales para la prevención de embarazos en la adolescencia, pero también es importante considerar lo personal y lo emocional.

No hay que olvidar que influyen varios factores que complejizan la utilización de MAC, como refieren Menkes y Suárez (2003):

Convergen muchos aspectos socioeconómicos y culturales que impiden a las (os) adolescentes tener una relación sexual segura, informada y se enfrentan a muchas limitaciones con relación al acceso a métodos seguros de regulación sexual, a la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y a la decisión de cuándo y cuántos hijos tener. Definitivamente estos datos confirman la necesidad de seguir intensificando la educación sexual y el acceso libre e informado de la gama de anticonceptivos existentes. Además, y sobre todo, es necesario seguir afrontando los problemas de inequidad e injusticia de los servicios de salud y las barreras que imposibiliten a mujeres y hombres a ejercer libre e informadamente sus derechos reproductivos, en especial en lo que concierne a las mujeres adolescentes mexicanas.

De igual modo se debe tener contemplado que el fenómeno del embarazo en la adolescencia no sólo se puede aplazar o prevenir con la implementación de talleres sobre los MAC's; pues se ha demostrado que existe el "desconocimiento de las implicaciones de la problemática y de los contextos situados", lo que podría complicar el impacto en las poblaciones donde se lleve a cabo alguna intervención (Rubio Herrera y Flores Palacios, 2018).

A pesar de las complicaciones que se puedan tener para el uso de MAC's, las y los adolescentes y jóvenes han incrementado su uso de manera importante en las distintas regiones del mundo (Juárez y Gayet, 2020).

Asimismo, el uso de anticoncepción es variable dependiendo de la razón para implementarlos, por ejemplo, Juárez y Gayet (2020) demuestran que mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, emplearon métodos anticonceptivos en menor proporción que quienes iniciaron a partir de los 18 años. Quienes dijeron haber tenido la primera relación por curiosidad o por amor usaron en mayor medida algún MAC que las que dijeron como razón la unión conyugal.

Por otra parte, las mujeres con una pareja mucho mayor usaron anticonceptivos en menor medida y quienes se declararon poco o nada religiosas en mayor proporción utilizaron métodos anticonceptivos que las más religiosas (Juárez y Gayet, 2020).

Entonces, como se puede observar, el uso o no de métodos anticonceptivos también se relaciona con el tipo de persona con quien se mantienen relaciones sexuales, intervienen la cultura, la educación, la religión y la formación en estas temáticas.

La temática de sexualidad dentro de las adolescencias y juventudes es un tema complejo; no basta tampoco con la enseñanza o la divulgación de la información con respecto a la salud sexual y reproductiva y los derechos que se tienen en torno a decidir sobre el propio cuerpo, ante esto Ramos Padilla (2006) refiere lo siguiente:

(...) no les basta a las mujeres que exista una legislación que prescriba la libre determinación e incluso que haya información sobre sus derechos y en torno a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, si no se dan a la vez condiciones para que ellas puedan ejercer ese derecho. La existencia de iguales oportunidades para hombres y mujeres, de acceder a la educación, las condiciones materiales para el acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y la capacidad para adquirir anticonceptivos, todas ellas muy relacionadas con la superación de los niveles de pobreza, son condiciones necesarias pero no suficientes.



### *Comentario final del capítulo*

Para concluir, con lo anterior se puede destacar que la educación sexual es fundamental entre las adolescencias y juventudes; es una temática que se debe abordar tanto dentro de la familia como en la escuela para prevenir embarazos no deseados, violaciones a los DSyR e infecciones de transmisión sexual; así como normalizar el hablar sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, placer, relaciones de pareja y proyectos de vida.

Por supuesto también la enseñanza, orientación y formación en estas temáticas servirán de guía para el empoderamiento de estos grupos, mismos que tienen necesidades, deseos y demandas en materia de sexualidad específicas, empero que no han sido reconocidos por ideologías adultocentristas, sociales, religiosas, generacionales, entre otras.

Aunado a esto, la educación y salud sexual y reproductiva son parte de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de todas las personas; sin embargo, al tomarse como temas tabú, tanto en la familia como en la escuela y en la sociedad en general, da por resultado que la información, orientación, educación y formación en temáticas de sexualidad no cumplan con la demanda ni la resolución de dudas para las y los adolescentes y jóvenes.

Al no poder mantener una comunicación clara, afectiva y efectiva entre profesoras/es madres, padres y personal de salud con las y los adolescentes y jóvenes se seguirá reproduciendo la ineficacia y la poca educación que se tiene en torno a la salud sexual y reproductiva.

Por ejemplo, cuestiones como el “PIN parental” que es una iniciativa creada en España por el partido ultraconservador VOX, modificada e inducida en México por agrupaciones políticas como el PES y el PAN, busca que las escuelas de educación básica y las preparatorias informen a los padres sobre si sus hijas/os recibirán clases de educación sexual, reproductiva, de género o sobre cualquier otro asunto “ética o moralmente controvertido” como feminismo o diversidad LGBT, para que éstos den su consentimiento o, en caso de que tales asuntos les sean incómodos o no se ajusten a sus “principios y valores”, los alumnos sean retirados del salón antes de que los profesores comiencen a abordar tales temas (Páramo y Nuñez, 2020).

Ejemplos como éste dan un retroceso en materia de derechos y luchas que se han hecho para el reconocimiento de las y los adolescentes como sujetos de derechos. Además, es una violación y privación grave de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las y los adolescentes y jóvenes, lo que demuestra que estos temas siguen siendo oprimidos, negados y censurados.

Por lo tanto, también puede influir en que se presenten embarazos no deseados, ni planeados, además de violaciones, violencia de género en la familia, la escuela y las relaciones sentimentales, así como seguir con la opresión del cuerpo, el erotismo y la educación sexual.

## Capítulo III

### “Cúidate”

La investigación que se realizó fue de tipo cualitativa, pues permite efectuar una aproximación global a las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas (Campos y Covarrubias, 2017); por ello se recuperaron vivencias, sentires y conocimientos de 12 personas (ocho mujeres y cuatro hombres) que tuvieron un embarazo durante su adolescencia, estas personas fueron seleccionadas a través del muestreo de avalancha o en bola de nieve. Se retomó como guía metodológica a la teoría fundamentada, así como el método interpretativo.

Se hace una presentación general de cada una de las personas entrevistadas con la finalidad de conocer un poco más sobre su vida y sus experiencias; se presentan sus historias de vida en los anexos.

Con base en los resultados se buscó develar cómo fue la información que recibieron sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en la familia y la escuela las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia y cómo es la información que ahora ellas y ellos ofrecen a sus hijas e hijos.

*El análisis es la interacción entre los investigadores y los datos. Es al mismo tiempo arte y ciencia. Es ciencia en el sentido de que mantiene un cierto grado de rigor y se basa el análisis en los datos. La creatividad se manifiesta en la capacidad de los investigadores de denominar categorías con buen tino, formular preguntas estimulantes, hacer comparaciones y extraer un esquema innovador, integrado y realista de conjuntos de datos brutos desorganizados*

Strauss y Corbin, 2002.

### **Metodología**

El presente trabajo parte de una revisión bibliográfica y una investigación de campo con enfoque cualitativo, misma que se sitúa en un nivel exploratorio; la técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, con un guion de entrevista como instrumento.

El método cualitativo se puede usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender ya que no se enfoca en las cantidades o porcentajes (Strauss y Corbin, 2002).

Se realizaron 12 entrevistas de manera virtual a través de la plataforma de Zoom y Google Meet dependiendo de la aplicación con la que contaran las entrevistadas y entrevistados y con la cual se sintieran más cómodas/os; también se les dio la opción de llevar a cabo la entrevista a través de llamada telefónica, vía WhatsApp o videollamada, pues por cuestiones del confinamiento por la pandemia de SARS-COV-2 no se podían realizar de manera física.

Las entrevistas fueron efectuadas a ocho mujeres y cuatro hombres con antecedentes de embarazo en la adolescencia, residentes de la Ciudad de México (CDMX) o de la zona metropolitana (Estado de México y Puebla).

Se pidió la autorización oral de las personas antes de la entrevista para poder grabar y hacer uso de su información, comunicándoles que la investigación se realizaría con fines meramente académicos. No se hizo uso del documento de consentimiento informado ya que por cuestiones de pandemia era poco práctico el hecho de pedirles una firma autógrafa o virtual, además de que la mayoría de las entrevistas fueron a través del dispositivo electrónico celular. Para salvaguardar su identidad se hizo uso de seudónimos y se retomaron únicamente fragmentos o viñetas narrativas de su discurso.

Las entrevistas se llevaron a cabo a través de contactos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (DIF-SIPPINA), de la misma forma se pidió el apoyo de amigas/os y conocidas/os, así como por una convocatoria por medio de la red social tecnológica Facebook.

Se utilizó la técnica o muestreo de bola de nieve, avalancha o muestreo nominado el cual consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes (Martín-Crespo Blanco y Salamanca Castro, 2007) que reunieran los criterios de inclusión a los cuales se le hacía la invitación y así sucesivamente de persona a persona. El número de entrevistas total (12) es porque fueron las personas que respondieron a la convocatoria dentro del tiempo establecido para la realización de las entrevistas.

Siguiendo con las entrevistas, estas se realizaron como un diálogo, una plática fluida, buscando en todo momento evitar causarles incomodidad con la forma de efectuar las preguntas o de abordar ciertos temas, pero tratando de tocar los puntos previamente abordados en el guion de entrevista. Se evitó hacer preguntas que tuvieran como respuesta un “sí” o un “no”.

Se utilizó el programa Windows Media Player que facilitó la reproducción de las entrevistas, ya que este cuenta con la función de reproducir de manera más lenta o rápida la entrevista y así poder transcribirla. La información obtenida fue analizada y clasificada para la obtención de las categorías requeridas, las cuales fueron: *educación sexual familiar, educación sexual en la escuela, métodos anticonceptivos, educación sexual a nuevas generaciones.*

A continuación se expone un cuadro (Cuadro 3) con las categorías resultantes, cada una con su descripción.

Cuadro 3. Categorías

Categoría	Descripción
<p><b>Educación sexual en la familia</b></p>	<p>Información sobre sexualidad que les ha brindado su madre o padre (el desarrollo humano, la menstruación, la eyaculación, cambios corporales). Orientación sobre el disfrute del cuerpo y toma de decisiones con respecto a la primera relación sexual. Métodos anticonceptivos dentro del ámbito familiar o sobre una orientación externa (que los hayan llevado con profesionales de la salud para la explicación y/o colocación de algún mac). Todas estas temáticas tienen que ver con derechos sexuales y reproductivos, así como la perspectiva de género, ya que en ocasiones la educación sexual queda a cargo de las mujeres como parte de sus roles de género establecidos socialmente.</p>
<p><b>Educación sexual en la escuela</b></p>	<p>Incluye el conocimiento o aprendizajes que se les brindó a nivel de primaria y secundaria como el desarrollo humano, menstruación, eyaculación, cambios corporales, deseos y placeres. Servicios y orientación sobre infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS). Toma de decisiones con respecto a la primera relación sexual. Estos temas se relacionan con derechos sexuales y reproductivos, cuerpo y sexualidad.</p>
<p><b>Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos antes y después del embarazo</b></p>	<p>Tipo e información de métodos anticonceptivos que conoce la o el informante Uso o no de los diferentes Mac y su relación con el embarazo, si hubo reacciones corporales al usar un Mac (alergias, irritación, hemorragias, etc.); si usaban o no un Mac al momento de surgir el embarazo y al momento de la entrevista. Opción de realizar una</p>

	<p>interrupción del embarazo.</p> <p>Estos temas se relación con derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género, cuerpo y sexualidad, así como amor romántico ya que algunas de las narrativas indicaron que las parejas (en específico parejas varones) utilizaban dichos como: <i>yo te cuido no te va a pasar nada, tranquila nos vamos a casar y formar una familia</i>, para no utilizar algún mac.</p>
<p><b>Educación sexual de nuevas generaciones</b></p>	<p>Información y herramientas implementadas o que piensan implementar para educar a sus hijas e hijos con respecto a la sexualidad.</p> <p>Opinión sobre la educación sexual que debe/debería darse en la familia y en la escuela. Estos temas se relacionan con derechos sexuales y reproductivos, con cuerpo y sexualidad y con la perspectiva de género ya que se exploran las perspectivas de las y los entrevistados sobre cómo piensan educar a sus hijos en esta temática.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Para llevar a cabo la revisión, análisis y categorización de la información se imprimieron las entrevistas, se leyeron y se codificaron de forma manual cada una de las experiencias compartidas, se utilizó un color diferente para cada categoría y se fueron clasificando.

Las doce entrevistas tuvieron una duración de más de una hora y media; dos de las participantes comunicaron con anticipación que debían ir a trabajar y que podían continuar con la entrevista otro día (una de las reuniones para continuar con la entrevista se llevó a cabo dos días después y otra tres días después) estas dos entrevistas fueron las más extensas con una duración de poco más de dos horas y 17 minutos; las reuniones se llevaron a cabo durante la tarde y tarde noche, siempre considerando los tiempos de las y los participantes.

Como guía metodológica para el análisis de la información se empleó la teoría fundamentada la cual se desarrolla a partir de los datos recopilados y analizados; así provee una perspectiva de lo que se busca y de lo que se quiere hacer con la investigación. La importancia de esta teoría no sólo es la creación de ésta, sino que se establece/fundamenta con los testimonios y/o datos obtenidos; además tiene el fin de entender cómo los individuos

interpretan, aprenden y entienden un fenómeno (Strauss y Corbin, 2002; Campos y Covarrubias, 2017). Se utilizó principalmente para que a partir de sus narrativas se fueran construyendo las categorías y así poder ir realizando el análisis de lo expresado.

Se inclinó por esta teoría ya que “Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcione una guía significativa para la acción” (Strauss y Corbin, 2002).

Los criterios de inclusión fueron: que la población, mujeres y hombres, hubieran tenido al menos un embarazo durante su adolescencia (antes de los 20 años); que durante esa etapa de su vida hayan vivido con al menos alguno de sus padres y que a la fecha de la entrevista no tuvieran más de 36 años cumplidos.

Es importante no perder de vista que trabajamos por, para y con personas, mismas que no debemos considerar sólo como fuentes de información o números que nos ayudaran a cumplir con nuestros objetivos; debemos de comprender, entender y considerar que somos seres con sentimientos, experiencias y vivencias diferentes, permeados por contextos, culturas, religiones y costumbres diversas, por lo que la empatía y comprensión hacia las/os demás debe estar y estuvo presente en todo momento.

Debemos hacer sentir que están en un lugar seguro, de escucha activa y donde se brinda importancia a las mujeres y hombres que nos comparten, a través de su narración, sus experiencias de vida, sin juicios; para ello es necesario desprendernos de nuestras preconcepciones y prejuicios.

Se debe mencionar que dentro de la investigación en la realización de las entrevistas también se contó con algunas dificultades, por ejemplo, la cancelación de las entrevistas: algunas mujeres al llegar el momento de la entrevista avisaban que no iban a poder contarnos sus experiencias, se respetaba su decisión y se les agradecía por avisarnos. Hay que comprender que las vivencias a veces no son fáciles de contar y mucho menos hablar de cuestiones personales e íntimas, mucho menos con personas que apenas estaban conociendo.

Las complicaciones de la tecnología también fueron otros aspectos que afectaban la investigación, como son: la inestabilidad de la conexión a internet, lo que daba por resultado que se cortara la comunicación, se escuchara a destiempo o desfasado tanto las preguntas como las respuestas.

La falta de un lugar “propio” dentro de los hogares de las y los entrevistados también afectaba; en ocasiones se escuchaba mucho ruido (de personas, carros, aparatos electrónicos, niñas/os) y eso interfería con el discurso de las mujeres y hombres. Resaltarlo es relevante, pues forma parte del proceso de investigación; además, siempre se deben de considerar los obstáculos y complicaciones que se presentan, y más en condiciones como las que nos aquejaron debido a la pandemia por Covid.

Es importante decir que las entrevistas forman parte del proyecto PAPIIT “Embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Hacia su estudio y comprensión para generar propuestas de intervenciones tendientes a su prevención” con clave 31-IN305520, en donde se participó como becaria. Por lo cual, se trabajó en conjunto con la Dra. Fabiola Pérez Baleón y la maestrante Esther Rincón Reyna; las entrevistas fueron realizadas por la Dra. Fabiola, sin embargo se participó en cada una de ellas, tanto en el apoyo a la entrevistadora principal, como en la transcripción y codificación de cada una.

Para iniciar la investigación se realizó la formulación de las preguntas de investigación, así como los objetivos y supuestos de la misma, las cuales fueron:

### **Preguntas de investigación/Planteamiento del problema**

1. ¿Cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y en la escuela, las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia y qué aspectos de dicha formación pudieron haber contribuido en la ocurrencia de tal embarazo?
2. ¿De qué manera influye la formación en temas sobre sexualidad que las y los entrevistados recibieron durante su adolescencia en la educación sexual que ofrecen a sus hijas e hijos?

### **Objetivo general**

- Explorar, por medio de una investigación cualitativa, cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y la escuela las mujeres y los hombres que tuvieron un embarazo en la adolescencia, así como develar los aspectos en que dicha formación pudo haber contribuido en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia.

### **Objetivos específicos**

1. Precisar cuáles son los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las personas entrevistadas, los aspectos sobre dichos temas que han recibido, aprendido y socializado, dentro de su núcleo familiar y escolar.
2. Detallar cuál es la relación entre prácticas y significados asociados al uso y conocimiento sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos de las mujeres y

hombres que fueron entrevistadas/os para precisar de qué forma, ello influyó en la ocurrencia del embarazo.

3. Indagar de qué manera influye la formación en temas sobre sexualidad, que las y los entrevistados recibieron durante su adolescencia en la educación sexual que ofrecen a sus hijas e hijos.
4. Establecer cuáles debieran ser los elementos mínimos sobre salud sexual y reproductiva que, desde la opinión, experiencia y necesidades de las y los entrevistados, deberían tratarse en la familia y en las escuelas de nivel básico (primaria y secundaria) para la educación sexual de sus hijas e hijos.

### **Supuestos**

- La educación e información sobre sexualidad y MACS que se ofrece en la familia y la escuela no es del todo eficiente, de tal manera que las deficiencias en su transmisión contribuyen, en gran medida, en el desconocimiento sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, por tanto, las y los adolescentes se exponen a la posibilidad de que surjan embarazos en esta etapa de su vida.
- El conocimiento y la enseñanza en sexualidad y métodos anticonceptivos, desde edades tempranas, coadyuvaría a la prevención de embarazos en la adolescencia, asimismo contribuiría a incentivar y mejorar la educación sexual que las madres y padres jóvenes ofrecen a sus hijas e hijos.



## **Educación sexual recibida en la familia y en la escuela por mujeres y hombres con un embarazo en la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia se presenta, generalmente, en el marco de una inadecuada educación sexual; ésta se debe ofrecer de forma integral, tanto en los establecimientos educativos como en los hogares. Se deben incluir temas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva (SSyR) en las parejas y fomentar las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres para la prevención de embarazos (Abarca Durán, 2012; Escobar, 2008).

Proveerles de elementos educativos desde un enfoque de los derechos sexuales y reproductivos contribuirá a favorecer el inicio sexual con el empleo de métodos anticonceptivos (MAC). La permanencia en el sistema escolar y la obtención de información y educación sexual son requisitos indispensables para el establecimiento de otros planes de vida alternos a la maternidad/ paternidad en la adolescencia (Climent, 2009; Madrid Gutiérrez, Hernández Cordero, Gentile, y Cevallos Platero, 2019; Menkes, 2013 en Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Pantelides y Manzelli, 2003).

Se ha precisado que las adolescentes tienden a experimentar la sexualidad en un contexto donde no se fomenta el ejercicio del erotismo y de la sexualidad placentera y saludable (Climent, 2009; Menkes y Sosa-Sánchez, 2016). Es común que en sus discursos no hagan referencias a la virginidad, pero tampoco al placer o al orgasmo, aun cuando ya lleven algunos años viviendo en pareja. En cambio, refieren haber experimentado sensaciones bonitas y agradables en su inicio sexual, pero también miedo y tristeza (Pérez Baleón y Lugo, 2020b).

Es dentro de los escenarios de pareja, enmarcados en un espacio sociocultural y social, donde se presenta o se ve limitada la posibilidad de negociar y de emplear MAC y es en este entorno de género complejo y denso, en donde se debe situar la comprensión de los elementos que facilitan o impiden a determinadas personas, en este caso a las mujeres, el empleo de anticonceptivos con miras tanto a prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) como embarazos no deseados, ya que los valores culturales que rechazan una sexualidad placentera en las mujeres jóvenes pueden constituir dimensiones que dificulten el acceso a la anticoncepción en las etapas tempranas de la vida reproductiva, a la par que las obligue a ajustarse a los cánones socialmente requeridos para lograr el estatus de mujeres casadas y con hijos (Szasz, 1997).

El marco cultural de género predominante etiqueta a aquellas mujeres que planean las relaciones sexuales, que solicitan métodos a sus parejas o que van preparadas con un preservativo a sus encuentros sexuales como promiscuas, lo que hace dudar a los varones sobre su fidelidad, pureza y honorabilidad y, por tanto, suele colocarlas como no elegibles para una posible unión conyugal (Amuchastegui, 1998; Botello, 2020; Abril Valdez et al., 2018).

Tales percepciones de género limitan a las mujeres el control sobre su propia sexualidad y disminuye la probabilidad de negociar el uso del condón. Ante estas situaciones, ellas se arriesgan a vivir su sexualidad sin protección y a un posible embarazo o la adquisición de una ITS a fin de no perder su estatus social y credibilidad ante su pareja (Amuchastegui, 1998; Abril Valdez et al., 2018). El panorama anterior no se aplica a los varones, ya que el uso de MAC y su propuesta de uso se tiende a interpretar como un acto de responsabilidad y de cuidado (Abril Valdez et al., 2018).

En ese sentido, la existencia de un esquema de doble moral otorga mayor control sobre la propia sexualidad a los varones en detrimento de la autonomía y poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo, su placer sexual y el empleo de MAC, lo cual facilita que sean ellos quienes sigan decidiendo en el terreno sexual; por tal, su uso parece ser facultad de los hombres, y ellos lo pueden interpretar como un permiso para decidir si emplearlos o no, y está supeditado a las percepciones que ellos tengan en torno a su pareja sexual y si ésta es una pareja ocasional o fija (Gayet et al., 2003; Jiménez, 2010; Abril Valdez et al., 2018; Rincón y Hamui, 2022).

Con un(a) amigo(a) y novio(a) se usa más que con la pareja conyugal, pero menos que con un(a) trabajador(a) sexual (Gayet, 2014). Se ha visto que, entre parejas ocasionales, el hecho de considerar que es importante protegerse de alguna ITS lleva, sobre todo a los varones, a emplear el preservativo (Botello, 2020; Pérez de la Barrera y Pick, 2006). En tanto que entre parejas regulares la comunicación asertiva y los conocimientos sobre MAC incrementan la posibilidad de emplearlos en la primera y/o en las subsecuentes relaciones sexuales (Pérez de la Barrera y Pick, 2006).

Se ha establecido también que la conexión con la pareja en la actividad sexual parece favorecer la comunicación entre ambos y, por tanto, redundar en un mayor uso del preservativo, en tanto que la satisfacción sexual personal se relaciona con una menor probabilidad de uso del preservativo en la primera relación sexual vaginal, por lo que es posible que las adolescentes perciban el uso del preservativo como una barrera para la obtención de satisfacción sexual en el ámbito personal y prefieran no emplearlo buscando sentir más. En la contraparte masculina, una mayor actitud positiva hacia el uso del preservativo predice una mayor probabilidad de uso del mismo en la primera relación sexual vaginal y anal, mientras que no usar el preservativo parece relacionarse con una mayor conexión y confianza en la pareja (Teva et al., 2014).

Las investigaciones señalan que entre los y las adolescentes el uso de métodos anticonceptivos suele estar ausente o ser discontinuo, poco efectivo o ineficiente. Es común que reciban información sobre este tema, pero en ocasiones tienden a considerarla, más como un tema médico que como una información útil para la vida cotidiana. En el caso de las mujeres, algunas temen ser etiquetadas negativamente si expresan interés por preguntar en la escuela o solicitar métodos anticonceptivos; otras tienen ideas inexactas acerca de los mismos, tales como que pueden causarles esterilidad o acné. Por su parte, es común que en las instituciones de salud

se les oferte casi exclusivamente a ellas los métodos, excluyendo de la consejería a sus parejas, con quien ellas deben negociar su uso, no siempre con éxito, a la par que existen barreras institucionales para que las y los adolescentes puedan acceder a consejerías y métodos anticonceptivos en las clínicas familiares, pero también en las farmacias, amén de su alto costo (Núñez y Ayala, 2015; Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez, Franco, Meza y Sánchez, 2016).

En suma, las razones por las cuales las mujeres no emplean MAC en la primera ocasión son la falta de planeación del acto sexual, el no considerar necesario su uso, pensar que no se corría ningún riesgo, no conocerlos o no tenerlos a la mano, desconocer que se podían embarazar, desear el embarazo, buscar aumentar la satisfacción sexual, tener actitudes y percepciones negativas hacia el uso del preservativo y comenzar la sexualidad coital dentro de una relación marital (Pérez Baleón y Lugo, 2020a y 2021). A los anteriores aspectos se adiciona el hecho de no contar con acceso a MAC y las necesidades insatisfechas de planificación familiar dentro de los servicios de salud (Campero et al., 2013; UNFPA, 2017).

### **Acerca de la investigación**

El estudio es de tipo cualitativo y tuvo como base al enfoque de género y al enfoque de los derechos sexuales y reproductivos; se retomó como guía metodológica a la teoría fundamentada.

La categoría central de este capítulo es “*Cuídate*”, misma que surgió a partir del uso de la teoría fundamentada, del análisis y resultados de las entrevistas. Esta categoría, para las mujeres, es un consejo dado por padres, madres y adultos cercanos que contiene las siguientes ideas: cuidar de su cuerpo en la niñez para que nadie la toque y dar aviso a sus adultos significativos si alguien se atreve a hacerlo. Una vez llegada la menarca cuidarse a sí misma porque ya no es una niña; cuidarse porque ya es fértil y se puede embarazar; tener cuidado de con quién se relaciona para evitar que el hombre sea la persona equivocada o la sociedad hable mal de ella. En la relación sexual involucra utilizar condón para evitar un embarazo. Si se desea un bebé, dejar de cuidarse es no utilizar MAC para procurar el evento reproductivo. En ellas cuidarse rara vez entraña la idea de poder ser contagiada por alguna ITS.

Para los varones implica que debe usar condón porque puede embarazar a una mujer o puede ser contagiado de una ITS por alguna mujer. En el acto sexual sin preservativo entraña el utilizar el coito interrumpido, es decir, salirse antes de eyacular, para evitar un embarazo y de esta forma “cuidar” a la mujer.

Para los padres y demás familiares “*cuídate*” significa aconsejar a sus adolescentes sobre temas sexuales y reproductivos: que usen condón, que no tengan relaciones sexuales, que esperen al matrimonio, que resguarden su virginidad (sólo para las mujeres) y que se fijen con quién se relacionan. Es una forma vaga, pero común de abordar el tema sin entrar en detalles y así evitar temas que pudieran apenarlos, avergonzarlos, causarles burla o de los cuales se sienten ignorantes.

Esta categoría resume la realidad que en materia de educación sexual viven, mayoritariamente, las y los adolescentes de niveles sociales menos favorecidos; información y guía que no resulta ser suficiente para evitar embarazos antes de cumplir los 20 años como también veremos en este capítulo.

Para esta investigación se concibe a la educación sexual como un proceso educativo que a lo largo de la vida posibilita el rompimiento de tabúes, integrando aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad, proporcionando a niños, niñas, adolescentes (NNA) y jóvenes, además de información, herramientas prácticas que les permitan incorporar en su vida una sexualidad sana basada en el conocimiento de sus derechos. Las personas tienen derecho a la información sobre procesos reproductivos con perspectiva de género, métodos anticonceptivos, a conocer sobre los riesgos para la salud, al conocimiento y disfrute del cuerpo, al placer y a saber cómo prevenir ITS y embarazos no deseados, además de aprender a detectar los diversos tipos de violencia a los que pueden estar expuestos y a saber qué hacer para no vivir situaciones y/o relaciones abusivas. Lo anterior permitirá disfrutar de una sexualidad placentera y segura; esta educación puede otorgarse tanto de manera formal como informal (Caricote Agreda, 2008; Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016; Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes [SIPINNA], 2021).

Este capítulo se divide en cinco apartados más las reflexiones y conclusiones. En cada uno se presentan diferentes fragmentos o viñetas narrativas del discurso de las y los entrevistados.

### **Conociendo a las y los entrevistados**

Se llevaron a cabo 12 entrevistas, de las cuales ocho fueron a mujeres y cuatro a hombres. Las personas entrevistadas debían tener en común que durante su adolescencia hubieran vivido con al menos alguno de sus padres, además de haber tenido un embarazo antes de los 20 años y aceptar participar en la investigación. Para cada persona se emplearon seudónimos con el fin de resguardar su identidad; en el cuadro 1 se presentan los datos generales de las y los participantes.

**Cuadro 1. Datos generales de las y los entrevistados**

Seudónimo	Edad a la entrevista	Edad a la primera menstruación	Edad a la primera relación sexual (PRS)	Edad de la pareja a la PRS	Edad al primer embarazo	Uso de Mac en la PRS	Se encontraba estudiando al momento del embarazo	Lugar de residencia
Joselyn	22	14	15	20	15	No	Sí, secundaria	CDMX
Isabel	23	11	15	25	17	Sí	Sí, bachillerato	CDMX
Karina	26	13	15	18	16	Si	Sí, bachillerato	CDMX
Inés	21	12	15	15	17	Sí	Sí, bachillerato	CDMX
Amanda	25	12	18	18	18	Sí	No	CDMX
Jasmín	22	11	16	16	17	Sí	Sí, bachillerato	CDMX
Marina	27	12	16	16	16	Sí	Sí, carrera técnica	EDO MEX
Lisa	36	11	16	27	16	No	Sí, bachillerato	CDMX
Jonás	26	N/A	17	17	19	Sí	No	PUEBLA
Julián	26	N/A	16	13	19	Sí	Sí, bachillerato	CDMX
Erick	26	N/A	16	15	18	Sí	No	CDMX
Joaquín	25	N/A	14	14	18	Sí	Sí, bachillerato	EDO MEX

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas entre 2020 y 2021 en el proyecto EMAPA.  
N/A= No aplica

La edad a la primera menstruación de las entrevistadas fluctuó entre los 11 y los 14 años. Mientras que la edad a la primera relación sexual (PRS) se presentó entre los 15 y 18 años; a edades similares se dio el primer embarazo (entre los 15 y los 18 años) (Véase Cuadro 1); lo cual concuerda con información de la ENFaDEA 2017, misma que refiere que los embarazos en la adolescencia se presentan especialmente en la adolescencia media, con una edad mediana de 17.8 años (Pérez Baleón y Lugo, 2021).

Entre el debut sexual y el embarazo transcurrieron algunos meses, cuando mucho entre uno y dos años, aunque en ocasiones éste fue producto de la primera relación sexual. En el caso de los varones la PRS se presentó entre los 14 y los 17 años. En ellos, entre la PRS y el embarazo transcurrieron entre dos y hasta cuatro años.

En la mitad de los casos aquí referidos, este inicio sexual fue un acto planeado, principalmente entre los varones. En la mayoría de los casos tanto hombres como mujeres utilizaron el condón masculino como método de protección en su primera relación sexual, aspecto similar al observado por la ENFaDEA, 2017 (Pérez Baleón y Lugo, 2021).

Se aprecian aspectos interesantes entre las edades de las y los entrevistados y las de sus primeras parejas sexuales. En los hombres, dos de ellos tuvieron su primera experiencia sexual con una mujer de su misma edad y dos más con una persona menor, siendo la joven uno y hasta tres años más chica que ellos. En el caso de ellas, cuatro tuvieron su debut sexual con personas de su misma edad, pero otras cuatro se iniciaron con personas que les llevaban entre tres y hasta 11 años de diferencia; dicho contraste de edad es un indicador de la desigualdad de género que se presenta al interior de la pareja.

### **Cuídate: educación sexual brindada por su madre y/o padre**

La educación sexual integral está basada en la enseñanza de los derechos con perspectiva de género, tanto dentro como fuera del ámbito escolar. Es más eficaz cuando se enseña en el curso de varios años mediante la integración de información apropiada para la edad, que permita el desarrollo de las capacidades de las personas. Comprende información científicamente precisa sobre desarrollo humano, anatomía y salud reproductiva, así como conocimientos sobre anticoncepción, parto e ITS, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humano (VIH). Debe ir más allá de la información al ayudar a las y los NNA y jóvenes a explorar y cultivar valores positivos en torno a su salud y a sus derechos sexuales y reproductivos. Este tipo de educación abarca análisis de la vida familiar y las relaciones, la cultura y los roles de género, además de abordar los derechos humanos, la igualdad de género, la autonomía corporal y las amenazas tales como la discriminación, el abuso y las violencias sexuales. Asimismo, comprende el conocimiento de las diversidades sexo-genéricas (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2021).

Se ha precisado que las mujeres con embarazo en la adolescencia reportan haber obtenido menos información sobre salud sexual y reproductiva por parte de sus padres y del personal docente, así como haberla recibido con menor calidad, en comparación con las mujeres sin eventos reproductivos antes de los 20 años, ya que su informante les habló de los temas con actitudes de pena o prejuicio o de burla o regaño (Pérez Baleón y Lugo, 2021; Pérez Baleón, 2021; Suárez, Hubert, Cruz y Campero, 2020). Se ha observado que recibir información sobre salud sexual y reproductiva de manera positiva disminuye la posibilidad de vivir un embarazo en la adolescencia (Stern y Rodríguez, 2020).

Cuando las mujeres con experiencia reproductiva en la adolescencia llegaron a recibir información sexual en la familia, su principal informante fue su mamá. El tema que con mayor frecuencia se abordó fue la menstruación; los menos tratados fueron la anticoncepción y las relaciones sexuales (Pérez Baleón y Lugo, 2021; Pérez Baleón, 2021).

En escasas oportunidades los padres de estas mujeres les expresaron su opinión con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio porque de “eso” no se hablaba en casa. Cuando sí llegaron a tocar el tema le dijeron “que se cuidara”, “que era importante llegar virgen al matrimonio” o que “no era correcto tener relaciones sexuales prematrimoniales” (Pérez Baleón y Lugo, 2021; Pérez Baleón, 2021). Las madres que les dijeron que se cuidara o que ella decidiera, solían tener un mayor nivel educativo y trabajaban fuera del hogar. Mientras que aquellas que no les hablaron de “eso” contaban con menor nivel educativo y efectuaban trabajo remunerado dentro del hogar (Palma, Palma, González y Alarcón, 2020).

En este apartado se explora cómo fue la educación sexual que recibieron las y los entrevistados en su casa, específicamente por parte de su madre o padre. Sólo cuatro de ellas

(Isabel, Inés, Jasmín y Lisa) refieren que su mamá les habló sobre la menarca, contemplándolo como un proceso natural o normal y ahondando en el uso de toallas sanitarias, sin embargo, señalan que no se profundizó en el tema y sólo les mencionaron que debían cuidarse y cuidar su cuerpo porque ya podían quedar embarazadas (Véase Cuadro 2).

Informante (I): Sí, de hecho, ella me dijo [Su mamá]: “No, pues es que yo a esta edad también comencé y te tienes que poner las toallas así, de tal manera que no esté muy adelante, que no esté muy atrás” así, varias cosas ella me enseñó.

Entrevistadora (E): Y... ¿cómo viste la información que ella te daba? Te dio una explicación amplia, o nada más así muy puntal.

(I): Pues no, nada más, básicamente pues, cuídate porque a partir de ahorita ya puedes quedar embarazada; nada más ese tipo de cosas y ya (Inés, 17 años al primer embarazo).

Jasmín, quien fue una de las entrevistadas a la que sus padres sí le proporcionaron información sobre sexualidad, considera que ésta fue muy vaga; piensa que no sólo se debe de brindar la información, sino también explicarla, ya que durante la adolescencia se tienen muchas dudas y se empieza a experimentar por curiosidad.

... siento que debería de haber esa sensibilización y concientización de los padres hacia este tipo de temas, porque llega un momento en que los adolescentes pues, sienten curiosidad por todo ¿no? y mientras tú más les digas a los adolescentes: “no hagas esto” van a preguntarse: ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué? Siento que deberían como ahondar en cualquier tema, no solamente la sexualidad, sino explicar ¿no? (...) pues es cierto que a veces no sólo con la orientación de los padres que deben de ser esa primera fuente de información y precisamente creo, afecta muchísimo los prejuicios y los tabús (*sic*) (Jasmín, 17 años al primer embarazo).

Con respecto a los varones entrevistados, mencionaron que ni su padre ni su madre les habló sobre eyaculación, desarrollo corporal o sexualidad en general; por ejemplo, Julián indicó que su papá no habló con él sobre sexualidad, ya que era una persona muy cerrada que se burlaba y no permitía que se abordaran esos temas.

Sí, es que tiene una forma de ser muy cerrada [Su papá] y para todo es como burla y todo eso y como que no es abierto en ese tema.

E: ¿Y no sentías confianza con tu papá o?

No, ni ellos hacia mí en hablar, o sea, es que no sé si lo pueda llamar confianza, o sea de mi parte hacia ellos sí, pero de ellos hacia mí sería como esa gentileza en acercarse con un hombre a decirle “¿oye sabes qué? existen estos métodos, si la chava te dice que no...” no sé, o sea, como ciertos puntos que ellos podían tocar en esa parte pues no, no lo hicieron nunca (Julián, 19 años al primer embarazo).

Ninguna de las 12 personas entrevistadas indicó haber recibido orientación o educación sobre las relaciones sexuales, la PRS, el orgasmo, la masturbación y/o el disfrute del cuerpo dentro de su contexto familiar. En cambio, Isabel refiere que su abuelita le mencionó que tenía que fijarse muy bien con quién se relacionaba, ya que elegir a la persona equivocada le podría costar el que hablaran de ella, situación que ningún varón reportó.

Porque decía mi abuelita, “ahorita nada más es el acostón, y ya después mañana si te veo ni me acuerdo de ti, o que ya están hablando mal de ti, de que ¡mira, nada más le

hablas así y rápido te afloja! y pues no, la reputación de una mujer vale mucho, ¡imagínate que anden hablando ti!” (Isabel, 17 años al primer embarazo).

Otra de las razones por las cuales las y los entrevistados no obtuvieron información sobre educación sexual es porque no mantenían una relación de comunicación con sus padres ya que algunos de ellos tenían que irse a trabajar o cuidar de sus demás hermanos.

Por ejemplo, Amanda, Marina, Jonas y Joaquín refirieron haber vivido con su madre durante su adolescencia; por otra parte Isabel y Jazmín vivieron con su madre y con algunos miembros de su familia externa como son sus abuelos y tíos maternos. Joselyn, Inés, Lisa, Erik y Julián mencionaron haber vivido con sus dos padres. Karina ha vivido por periodos diferentes con distintas personas que forman parte de su familia, durante su adolescencia vivió un tiempo con su padre y su pareja; tiempo después vivió con su madre.

Mi papá trabajaba todo el día pues nos cuidaba una tía, entonces pues prácticamente estábamos con ella todo el tiempo este, mi papá tenía...ya estaba casado, ya existía mi hermana, y después ya, nos fuimos a vivir como todos, ahí estuvimos, yo estaba en la adolescencia cuando me fui con mi mamá por un berrinche, porque yo era como muy, bueno, sigo siendo muy como berrinchuda, entonces en un arranque le dije a mi papá “pues me voy con mi mamá” me dijo “pues órale, vete” (...) a mi mamá no la conocía era como muy muy poco el contacto que llegábamos a tener... (Karina, 16 años al primer embarazo).

Pues es que mis papás casi nunca estaban. Mis papás siempre han trabajado entonces yo siempre he estado a cargo de mi hermana mayor o de mi hermano. Entonces pues básicamente él venía [su pareja] y no había nadie, mi papá llegaba a más de las seis de la tarde, mi mamá igual y para ese entonces mis hermanos pues ya todos se habían juntado entonces pues yo no tenía a nadie en mi casa (Inés, 17 años al primer embarazo).

De hecho yo no entre a la escuela ese día, yo me acuerdo que no entré emm pues literalmente me venía solita, me iba sola a la escuela porque pues mi mamá tenía a mi hermana pequeña entonces pues yo aprovechaba para irme sola y ese día él [su novio] fue por mí a la escuela súper temprano a la hora que yo entraba y fuimos a Chapultepec... (Joselyn, 15 años al primer embarazo).

#### *Información sobre MAC dentro de la familia*

Únicamente Karina y Amanda declararon que sí les hablaron sobre MAC en su núcleo familiar; la persona que les informó fue su madre y consideran que fue una explicación buena, que les ayudó. Por parte de los varones, Erick y Julián mencionaron que sí les hablaron sobre el uso del condón, aunque desde su perspectiva no se profundizó en el tema.

¡Ay, mi mamá! No, no, no. Es la persona más gráfica que hay en el mundo, entonces ¡híjole! Era de... “no, ya cállate, no quiero saber detalles” y te decía “no, es que es así, esto se pone así y luego muchas veces quieren que seas así, pero tienes que decir que no por esto y esto y mira...” ¡ay no! (risas) (Karina, 16 años al primer embarazo).



Los métodos anticonceptivos que mi mamá sabía ¿no? obviamente no tenía toda la gama de anticonceptivos, pero sí me decía “pues hay condón para mujer, hay condón para hombre, hay unas pastillitas”; inclusive me acuerdo que ella llegó a comprar unas pastillas anticonceptivas porque yo le decía “es que ¿cómo son esas pastillas?” y me dijo “las voy a comprar para que las veas”, entonces ella fue a la farmacia, las compró, me las mostró y me dijo “mira son estas” (Amanda, 18 años al primer embarazo).

Sí, de pasada, más o menos fue de pasada. Cuando vio [su papá] que pues yo ya salía de fiestas y todo eso me dijo: “usa condón o te pueden pegar una enfermedad y eso” (Erick, 18 años al primer embarazo).

Pues mi mamá lo que siento que todas las mamás hacen de: “cuídate, usa tu condón” y ya, o sea, pero era como que lo único que hablaba con ella; no son muy abiertos en ese tema (Julián, 19 años al primer embarazo).

Julián, quien fue uno de los varones a quien su mamá le habló sobre el uso del condón, señaló que recibió más información por parte de uno de sus amigos: “¿sabes qué? ¡no güey!; ten cuidado, no vayas a embarazar”.

Cuando se les cuestionó a las y los entrevistados sobre si sus padres los llevaron o recurrieron a profesionales de la salud para tratar temáticas de educación sexual, sólo Karina refirió haber recibido orientación e información de manera profesional a través de una terapia, ya que uno de sus familiares tenía VIH y tanto ella como su familia convivían con esta persona y tuvieron que informarse.

### **“Nada más te decían lo que tenían que decir ellos”. Educación sexual en la escuela**

La educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, dejando de lado los derechos sexuales y reproductivos y el aprendizaje de habilidades para negociar el uso de MAC (Campero, 2013; UNFPA, 2013).

Dentro de la escuela los conocimientos e información sobre salud sexual y reproductiva suele ser muy vaga y básica, ya que, aunque existen orientaciones sobre el uso de MAC, específicamente sobre condones, sólo se dan asesorías de unas cuantas horas y no de forma permanente (Vargas, mimeo). Por ello, es posible que las y los estudiantes mencionen haber escuchado sobre MAC, pero la mayoría no sabe cómo funcionan, por lo que no se presenta una apropiación de estos conocimientos y, por tanto, no se incorporan dentro de sus prácticas sexuales y reproductivas (Menkes y Sosa-Sánchez, 2016).

Dicha educación se debe impartir desde los primeros años escolares; implica, no sólo aprender sobre el aparato reproductivo, sino las interacciones sociales que acompañan el acto sexual y afectivo, sus significados y consecuencias en la vida. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianidad de la vida, por ello, los programas de educación sexual que se basan en informar sobre la fisiología de los aparatos

reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual tienden a fallar. En cambio, aquellos programas en que se ha puesto el foco en producir cambios conductuales, usando estrategias metodológicas diversas, tales como juegos de roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades de este tipo, han mostrado señales de efectividad (Alvarado, 2013).

En esta sección se pretende develar cuáles son los conocimientos sobre SSyR que poseen las personas entrevistadas, lo que han aprendido, recibido y socializado desde los niveles básicos de educación primaria y secundaria, y en ocasiones en los bachilleratos, sobre temas como el desarrollo humano, la menstruación, eyaculación, cambios corporales, deseos y placer, orientación sobre ITS y la primera relación sexual, tópicos que se consideran, son indispensables de abordarse en los recintos escolares.

#### *Conocimientos y aprendizajes a nivel primaria*

Según la UNFPA (2021) existen ocho conceptos esenciales de la educación sexual integral según las orientaciones técnicas internacionales que deberían incluirse en los programas escolares: relaciones, valores, cultura de derechos y sexualidad, género, violencia y mantenerse a salvo, habilidades para la salud y el bienestar, el cuerpo humano y el desarrollo, sexualidad y comportamiento sexual y salud sexual y reproductiva.

Siete de las y los 12 entrevistados mencionaron que entre quinto y sexto grado les brindaron información sobre la menstruación y los cambios corporales debido a que en esos grados viene el tema en los libros de texto gratuitos de ciencias naturales en México. Señalan que tanto el profesorado como el personal de los centros de salud les llegaron a informar sobre sexualidad, sin embargo, no era una educación integral que les pudiera despejar sus dudas o que les proveyera de herramientas prácticas para hacer frente a las situaciones cotidianas que el ejercicio de la sexualidad plantea; incluso, había profesoras que sancionaban el ejercicio de la sexualidad femenina.

Tenía una maestra muy rígida sobre ese tema, decía que las mujeres que disfrutaban de su sexualidad fuera del matrimonio pues, eran pecadoras, y que nadie las quería y que nadie las tomaba en serio y cosas así (Jasmín, 17 años al primer embarazo).

... o sea realmente nos llevaron una chica del centro de salud y ella medio nos explicó, pero pues fue un día (Amanda, 18 años al primer embarazo).

#### *A nivel secundaria*

Nueve de las personas entrevistadas mencionaron que en secundaria, en las materias de ciencias, biología o de orientación, les brindaron información sobre educación sexual; también iba personal de los centros de salud. Sin embargo, refieren que fue por uno o dos días. Algunos

consideran que la información que les dieron fue muy escueta y que poco les servía para llevarla a la práctica.

... lo demás fue de enfermedades de transmisión sexual, o sea realmente fueron dos días que abarcaron educación sexual únicamente, entonces pues obviamente, con dos días no puedes hacer mucho (Amanda, 18 años al primer embarazo).

Pues es que como que nada más te decían lo que tenían que decir ellos, yo creo; sino que a mí me hubiera gustado más que platicaran más a fondo o lo que en verdad pasaba en la vida real ¿no? que no era un juego y todo eso... (Erick, 18 años al primer embarazo).

Las mujeres consideran que no recibieron una orientación como tal sobre sexualidad sino más bien sobre el embarazo. Les hubiera gustado que les incluyeran ejemplos y explicaciones amplias y detalladas, basadas en situaciones reales y en sus dudas personales; que no sólo les informaran por cumplir con el temario y con la actividad.

Eh, la trabajadora social e iban campañas del sector salud y la maestra de ciencias, eran las personas como que más hablaban del tema, hablaban sobre la sexualidad, sobre las infecciones en el embarazo, si es que hubiera un embarazo, cómo usar los métodos anticonceptivos, qué métodos anticonceptivos existen, condones para mujeres, condones para hombres... (Isabel, 17 años al primer embarazo).

Inés y Julián afirmaron haber recibido información sobre educación sexual; sin embargo, consideran que obtuvieron más consejos e indicaciones por parte de sus compañeras/os, aunque ésta era más informal y en ocasiones inexacta. Por ejemplo, en el caso de Inés no le hablaron en la escuela sobre la primera relación sexual, sin embargo, al escuchar a sus compañeras es que ella decide iniciar su vida sexual, pues varias de ellas ya habían tenido la experiencia y a ella le daba curiosidad.

Pues... era como la sensación en la escuela [tener la primera relación sexual] entonces era así como de ¡ah!, pues también lo quiero intentar y así, o sea, como que ya todas mis compañeras, aunque yo era más grande que ellas, ya tenían pláticas acerca de eso y fue más que nada curiosidad (Inés, 17 años al primer embarazo).

Pues, fue en la escuela, o sea, era lo que todos sabíamos entre amigos y así, de siempre protegerse o si va a ser natural “salte antes de que puedas terminar”, cosas así; o sea, eran los comentarios entre hombres que nos hacemos a esa edad... (Julián, 19 años al primer embarazo).

Por ejemplo, ante la primera relación sexual, seis mujeres mencionaron que fue una experiencia sexual que no fue planeada y que fue espontánea; las otras dos mujeres y los cuatro hombres aludieron que fue una experiencia planeada.

Ya sea planeada o no, han declarado que tal práctica les daba miedo. Ninguna persona entrevistada indicó haber recibido orientación, información o educación en relación a la toma de decisiones con respecto a esta experiencia.

Bueno desde el inicio desde que tuve mi primera relación sexual pues obviamente no había estado con ninguna otra persona más que con él, entonces este, pues yo le decía: “oye pero pues sí me da miedo ¿no? o sea que, qué es lo que va a pasar”; y él me decía: “pues no, porque es la primera vez y no creo que pase nada”.

...no...no sentí nada, o sea no...no hubo la oportunidad de poder descubrir a lo mejor, eh, todas esas cosas que tiene una relación sexual como tal, fue demasiado rápido, fue como que directo y al grano o sea realmente no hubo como algo que me gustara de eso, es un recuerdo desagradable.

...pues cuando estuvo él conmigo o sea sabía lo que hacía, cuando yo pues ni siquiera sabía qué hacer, yo sólo recuerdo estar en una situación en la que no planeaba o no pensaba como iban a suceder las cosas (...) pues no fue cómoda, no me la pase bien, no fue feliz y no es un recuerdo del cual pues quisiera llevarlo toda la vida (Joselyn, 15 años al primer embarazo).

No, pues, pues no sé, bonito y aparte como con miedo.

No sé de qué, no sé, le digo que no estaba bien informado, miedo de que pasara algo ¿no? que me enfermara de algo, o no sé, era algo como mi primera vez como que da miedo y todo eso (Erick, 18 años al primer embarazo).

Ninguna de las personas entrevistada mencionó haber recibido orientación sobre ITS. Su percepción es que, en ocasiones, el objetivo de los adultos era informar para cumplir con la actividad, por lo que lo hacían de forma somera. Como afirman Rincón y Hamui (2022), pareciera que luego de recibir esta información puntual, son las y los adolescentes quienes tienen que aprender por sí mismos la forma de cuidarse, lo cual dependerá de sus capitales culturales para hacerlo.

... a lo mejor yo porque use un condón, pero hay personas que luego no lo usan y ahí es donde luego pasan las enfermedades y eso, como que les hacía falta como que, entrar más a fondo, no sé, como que ellos te explicaban como que, para informarte y ya de ahí era como investigar tú, yo creo que por aparte, o no sé (Erick, 18 al primer embarazo).

*Información sobre MAC en la escuela: “Más vale un condón que al rato ya sean papás...”*

En total, nueve personas entrevistadas (cinco mujeres y cuatro hombres) refirieron que en la escuela sí les hablaron sobre MAC, principalmente ahondaron en el condón masculino; afirman que el profesorado no siempre se tomaba el tiempo en atender las dudas, inquietudes y preguntas de ellos/as y no llevaban un temario extenso para abordarlo a lo largo del ciclo escolar.

...[la asesora] realmente nada más nos explicó del condón masculino y el condón femenino, fue lo único que hizo, entonces tampoco nos habló como de las relaciones sexuales, o sea nada, simplemente como que ella iba a esos dos métodos (Amanda, 18 años al primer embarazo).

En contrapartida, algunos consideran que no tomaban en serio la información que les brindaban en la escuela porque en esa etapa se consideraban inmaduros, les daba pena preguntar, lo tomaban a broma, creían ya saber todo sobre el tema o sentían que sí preguntaban serían objeto de burla por parte de sus compañeros.

Pues...sí recuerdo que en la secundaria nos fueron a dar una plática, pero era pues como por la misma edad y todo eso y por la misma inmadurez que teníamos en esos momentos, pues lo tomábamos a juego, era reírnos de la persona que llevaba un pepino, un plátano y agarraba el condón, lo sacaba y lo ponía enfrente de todos, para mí era motivo de burla, porque según yo, a esa edad ya sabía cómo era utilizar un preservativo, pero pues no tenía nada de conocimiento... (Julián, 19 años al primer embarazo).

Por parte del Sector Salud iban a regalarles condones masculinos y a explicarles cuál es la manera de colocarlos.

Incluso el sector salud nos regalaba condones, nos decían “sin pena pasen, más vale un condón que al rato ya sean papás a temprana edad”. Entonces sí nos regalaban condones, nos regalaban folletos, sí nos explicaron mucho sobre métodos anticonceptivos y todo lo que implicaba (Isabel, 17 años al primer embarazo).

Sí, bueno, daban su explicación, yo creo que como éramos niños de secundaria la explicación rápida y ya (Joaquín, 18 años al primer embarazo).

Cuando tocaban temas considerados como femeninos, los varones tendían a generar ambientes incómodos, provocando que los sacaran del salón y solamente les dieran la información a las chicas. Por tal, no es de extrañar que desconocieran sobre anatomía femenina, menstruación o métodos anticonceptivos para la mujer.

Eh, pues hubo una de un preservativo de mujer, pero pues eso fue como que lo más extraño, no entendíamos, nos valió y nos salimos, hablaron ahí con las mujeres, como que “que se quede el hombre que se quiera quedar” (...) era así de “ay sí yo ya sé” (Julián, 19 años al primer embarazo).

Solamente Amanda y Marina afirmaron que a nivel medio superior les hablaron sobre MAC, aunque sin entrar en detalle de la variedad de métodos que existen. Amanda señaló que fue en la escuela de enfermería donde le explicaron sobre sexualidad e ITS; reconoce que era obligatorio tratar esos temas por la formación profesional.

Sí, sí de hecho, este, obviamente forzosamente se tiene que tocar el tema ¿no? pues es parte de la salud y forzosamente se tenía que hablar ahí; obviamente pues fue la explicación mejor que la de mi mamá (...) uno ya también pues, ya más grandecito, pues ya llega a tener noción de cómo se hace ¿no? no vas tan en blanco (...) entonces ya fue como que más a profundidad la explicación de cada una [de las ITS] (Amanda, 18 años al primer embarazo).

**Cuadro 2. Educación sexual recibida en la familia y la escuela**

Seudónimo	Recibió educación sexual (ES) por parte de la escuela	Recibió ES por parte de la familia	Familiar que le brindó ES	Escolaridad del padre	Escolaridad de la madre
<b>Joselyn</b>	No	No	N/A	Secundaria	Preparatoria
<b>Isabel</b>	Sí, en 5to de primaria. En secundaria sobre MAC.	Sí. Sólo de menstruación	Madre	S/D	S/D
<b>Karina</b>	Sólo MAC en la secundaria.	Sí. Sólo MAC	Madre	Preparatoria trunca	Maestría
<b>Inés</b>	En primaria, por compañeras. MAC en secundaria.	Sí. Sólo de menstruación	Madre	Primaria	Preparatoria
<b>Amanda</b>	Sí, en primaria sólo sobre MAC y en secundaria.	Sí. Sólo de MAC	Madre	Secundaria	Carrera técnica
<b>Jasmín</b>	Sí, en la primaria y secundaria. No le brindaron información sobre MAC.	Sí. Sólo de menstruación	Madre	Licenciatura	Bachillerato
<b>Marina</b>	Sí, en 6to de primaria sobre MAC y en secundaria.	No	N/A	Licenciatura	Licenciatura
<b>Lisa</b>	Sí, en 5to de primaria y en secundaria. No le brindaron información sobre MAC.	Sí. Sólo de menstruación	Madre	Carrera técnica trunca	Carrera técnica
<b>Jonás</b>	Sí, en secundaria, incluyendo sobre MAC.	No	N/A	Preparatoria	Carrera técnica
<b>Julián</b>	Sí, en secundaria con los amigos sobre MAC.	Sí. Sólo sobre condón	Madre	Secundaria	Secundaria
<b>Erick</b>	Sí, en 6to de primaria y en secundaria sobre MAC.	Sí. Sólo del condón	Padre	S/D	S/D
<b>Joaquín</b>	Sí, en secundaria, incluyendo sobre MAC.	No	N/A	Licenciatura	Secundaria

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas entre 2020 y 2021 en el proyecto EMAPA.

N/A=No aplica.

S/D= Sin dato.

### MAC antes y después del embarazo

Se ha establecido que usar de forma inconsistente los MAC o no haberlos empleado en la primera relación sexual, así como tener el debut sexual a edad temprana son factores importantes que predisponen la ocurrencia de embarazos en la adolescencia (Meneses, Muradás, y Ramírez, 2020; Menkes y Sosa-Sánchez, 2020).

Entre las menores de 20 años, sólo una de cada cinco mujeres reporta haberlos empleado en la primera relación sexual (22.9%). Entre los varones, uno de cada dos empleó el preservativo en su iniciación (50.9%) (Gayet et al., 2003); lo cual es consistente con otros

estudios que reportan un menor empleo de MAC entre las mujeres (Jiménez, 2010). El preservativo tiende a ser el método por excelencia que las personas más conocen y emplean (Casique, 2011; Gayet et al., 2003; Gayet, 2014; Pérez Baleón y Lugo, 2021; Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza y Ponce-Rosas, 2015; Abril Valdez, Román Pérez, Cubillas Rodríguez y Domínguez Ibáñez, 2018).

El perfil de quien tiende a utilizar el condón en la primera relación sexual es el del adolescente, generalmente hombre, que inicia la vida sexual a una mayor edad, de residencia urbana, que no habla lengua indígena y altamente escolarizado. En contrapartida, quienes menos los emplean son las mujeres, los adolescentes de menor edad, quienes residen en áreas rurales, pertenecen a grupos indígenas y quienes tienen baja escolaridad (Gayet et al., 2003; Gayet, 2014).

Entre las mujeres se ha precisado que el debut sexual tardío, cercano a la conclusión de la adolescencia, así como tener edades más cercanas a las de su pareja, iniciar las relaciones sexuales por curiosidad o por amor, en lugar de por una unión conyugal, y pertenecer al estrato social medio y alto incrementan la probabilidad de usar MAC, en comparación con aquellas que comienzan muy jóvenes, de niveles económicos bajos y que tienen parejas seis o más años mayores que ellas (Juárez y Gayet, 2020). Cabe destacar que algunas de estas mujeres reportan no saber por qué tuvieron relaciones sexuales sin protección (Rincón, 2021).

En este apartado se aborda el uso y significados asociados al conocimiento sobre métodos anticonceptivos y de cómo el uso o no de éstos se relacionó con la ocurrencia del embarazo en la adolescencia. Sólo Joselyn y Lisa han declarado que en su primera relación sexual no utilizaron ningún tipo de MAC; ambas se iniciaron con hombres que les llevaban cinco y 11 años de diferencia a ellas, respectivamente. En el caso de Joselyn, de esta primera experiencia sexual surgió el embarazo. Los otros 10 entrevistados/as sí emplearon MAC en su debut sexual.

La razón principal por la que las personas y sus parejas dejaron de utilizar MAC, en específico el condón, fue por la confianza que desarrollaron dentro de su relación, lo cual implicaba la seguridad de una relación seria o de que ninguno tenía ITS; o por la promesa de formalizar la relación, conformando una familia al haber ya platicado sobre ser padres y/o casarse. Es importante destacar que al dejar de usar anticonceptivos rápidamente se presentó el embarazo, ya que, al ser tan jóvenes, su fertilidad tiende a ser muy alta.

Sí, utilizábamos métodos anticonceptivos, pero en una ocasión decidimos irnos un fin de semana de vacaciones y ahí es cuando quedo embarazada.

E: ¿Y por qué no lo usaron? ¿Qué pasaría, se les acaba? o ¿Qué fue?

Pues ya teníamos un poquito más de confianza, como que, ya íbamos para una relación más seria, según y pues, por eso fue que no usamos método anticonceptivo. Sí, ya teníamos planes de casarnos (Isabel, 17 años al primer embarazo).

...eh sí, bueno, es que en una ocasión pasó que sí planeábamos estar juntos y así y entonces ya empezamos a no cuidarnos y ya fue que en ese momento que se dio el embarazo (Jonás, 19 años al primer embarazo).

Hubo varones que buscaron quedarse con su novia empleando la estrategia de embarazarlas; testimonio que se obtuvo de ellos, pero que también se alcanzó a observar en el relato de ellas “*no pues un hijo como que ya me voy a quedar con ella...*” (Erick, 18 años al primer embarazo).

Aunado a esto, algunas de las entrevistadas mencionaron no usar o haber dejado de usar los MAC porque sus ciclos menstruales eran irregulares, por lo que se confiaron y no asociaron la falta de su periodo con la presencia del embarazo; también el hecho de que fueran alérgicas al látex del condón fue un motivo para no emplearlos.

Lo que pasa es que yo he sido de periodos muy irregulares, entonces, han llegado momentos en los que pasan casi dos meses y no me baja, entonces yo en ese momento yo dije: “ay no, pues un pequeño atraso, algo quizá está mal en mí ¿no? ya cuando veo que no, que empiezo a tener como ascos (...) ¿qué está sucediendo? ... (Jasmín, 17 años al primer embarazo).

El principal MAC que han usado los varones es el condón, mientras que las mujeres han empleado el Dispositivo Intrauterino (DIU); aunque ellas declaran que éste lo utilizaron después del embarazo por sugerencia de los hospitales en donde atendieron su parto. Algunas de ellas refieren seguir utilizando el DIU o el implante subdérmico. Tres de ellas han tenido otro embarazo, el cual surgió por el cambio de MAC o por no tomarse las pastillas anticonceptivas y/o de emergencia, aunque algunas como Lisa decidieron tener un segundo bebé.

... los empiezo a utilizar ya cuando tengo a mi primera hija, para controlarme, era el dispositivo de cobre, la “T” de cobre (...) tres años después me lo quite para tener a mi segunda hija (Lisa, 16 años al primer embarazo).

... lo que pasó fue que no nos dimos cuenta de que el condón precisamente otra vez se había roto, porque al abrirlo sí estaba bien, pero no sé si al momento durante el acto se habrá roto. No sé qué pasó, no nos dimos cuenta, entonces ya cuando terminamos y él ve que no estaba el semen depositado en el condón, me dice: “oye ¿qué crees? se rompió” (ahí se embarazó por segunda vez) (Amanda, 18 años al primer embarazo).

Amanda y Lisa señalaron haber utilizado el ritmo como método de anticoncepción. En tanto que Jasmín, Amanda y la pareja de Erick llegaron a utilizar la pastilla de emergencia porque al momento del acto sexual no contaban con algún MAC o por la ruptura del condón.

... no nos cuidábamos, o sea sí lo hacíamos con este método del ritmo y así (Lisa, 16 años al primer embarazo).

... las veces que pasaba ella tomaba este, la pastilla (del día siguiente) (Erick, 18 años al primer embarazo).

Porque esa vez recuerdo que se rompió [el condón] y me compré la pastilla del día siguiente, pero, pues por azares de la vida no funcionó. Yo siento que fue porque me lo tomé este, un día y medio después (risas), no tenía en ese tiempo dinero, entonces me



dijo [su pareja]: “¿pues sabes qué? tengo esto” y yo junté el resto; entonces fue por eso (Jasmín, 17 años al primer embarazo).

Cabe destacar que fue relativamente común escuchar que el preservativo se les rompiera, lo cual pudo suceder por su transporte inadecuado, por guardarlo en la cartera, por no saber cómo abrirlo o manipularlo, o por haber empleado objetos filosos tales como los dientes en su manejo.

... hasta que conocí al papá de mis hijas y pues con él fue que empecé primero una relación pues de noviazgo y ya posteriormente, pues tuvimos relaciones y con él no usábamos condón, pero sí utilizábamos el de, el método del ritmo, método natural. Llegué a utilizar la pastilla de emergencia, precisamente porque se nos había rotó el condón, ni siquiera lo utilizamos, o sea, cuando lo abrimos, ya estaba roto... (Amanda, 18 años al primer embarazo).

Al momento de la entrevista tres de ellas refirieron no estar utilizando MAC ya que Joselyn y Amanda, ambas con dos hijas, se realizaron la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia; mientras que a Marina no le quedaba ningún tipo de MAC, por lo que estaba en riesgo de volverse a embarazar al estar viviendo en pareja.

Contrario a lo anterior, hubo quien quería realizarse la OTB al concluir su primer embarazo, sin embargo, en el hospital que la atendieron le dijeron que era muy joven para operarse (tenía 17 años) y que tal vez más adelante pudiera arrepentirse y querer tener más hijos; la opción que le dieron fue la colocación del DIU. Vemos aquí las políticas diferenciales del sistema de salud que impiden a las mujeres adolescentes decidir aplicarse un método definitivo para ya no tener más descendencia bajo el supuesto de que pueden cambiar de decisión más adelante, pero que si lo promueven entre quienes ya tienen dos hijos/as y cuentan con más de 20 años.

...la verdad es que sí le dije al doctor cuando me alivié, le dije que me operara, pero no me quiso operar el doctor porque me dijo que estaba muy chica. Y me dijo “no, es que luego te puedes arrepentir” y yo “no, usted opéreme ya no quiero tener más” y me dijo “no, lo que podemos hacer es que antes de que te den de alta, pedir que te pongan un dispositivo” y que sí, que me pusieran un dispositivo (Isabel, 17 años al primer embarazo).

Joselyn y Lisa indicaron no haber utilizado ningún tipo de Mac a la PRS, la razón principal es porque su pareja decidió no utilizar algún método de protección. En el caso de Jasmín fue quien mencionó haber tenido una ITS, después de tener una relación conflictiva con el padre de su hija; tuvo un novio que era muy machista, ella usaba el implante subdérmico y él le decía que no iba a usar condón porque “*no se sentía lo mismo*”, refiere que accedió porque le dijo que se casarían pero no fue así. Este es uno de los mitos del amor romántico.

Pues yo creo que aquí más bien era como el poder que él ejercía hacia mí, porque él siempre era el que se negaba o el que, bueno yo no era como que pudiera ir a la tienda a comprar unos condones ¿no? porque en primera no tenía como que solvencia económica (...) él no lo hacía porque decía que no (Lisa, 16 años al primer embarazo).

Ya traía el implante. Él era muy machista, era de: “así natural porque si no no siento”. Entonces pues me confíe, porque tenía el implante y dije: “bueno” además como que bueno, con él me iba a casar entonces pues decía: “bueno ya nos vamos a casar” y pues no no va a pasar nada, pero no (Jasmín, 17 años al primer embarazo).

De las y los entrevistados, seis llegaron a pensar en la posibilidad del aborto, sin embargo no lo llevaron a cabo, por diferentes razones, entre ellas las repercusiones físicas y religiosas que pudieran tener por realizar esa acción. Cuatro personas nunca pensaron en la posibilidad de abortar.

Mi mamá sí me dio la opción de no tenerlo, pero... yo ya había hablado con el papá de mi hijo y me dijo: “no ¿sabes qué? Sí hay que echarle ganas, estoy trabajando, estoy ganando bien y pues hay que tenerlo” y yo tampoco quería tenerlo y cuando mi mamá me dio la opción le dije que sí, pero después ya hablando con el papá de mi hijo él me dijo que no, que si lo tuviéramos y ya, ya estaba embarazada que qué podíamos hacer. Y por ese lado me convenció de tenerlo (Inés, 17 años al primer embarazo).

Sí lo llegue a pensar yo nada más porque nunca se lo dije a él ... también es un riesgo tener un aborto o sea, si es porque tú lo quieres y aunque no sea porque lo planeas abortar obviamente pues conlleva muchas infecciones, mucho riesgo, obviamente pues de sangrado, o sea muchas cosas que ahí dije “nombre, capaz hasta me cuesta mi vida por también quitarle la vida a mi bebé y pues ni uno ni otro” entonces, no; después quedo completamente descartada esa opción.  
(Amanda, 18 años al primer embarazo).

No pues los dos tomamos la decisión, o sea de hecho ella estaba entre sí y entre no pero cuando yo le dije “¿sabes qué? para que puedas seguir con tus estudios y todo eso” y me dijo “sí pero es que yo no quiero eso porque” como en ese tiempo los dos éramos muy creyentes sí pensamos que tenía una, siento que eso fue lo que más nos orilló a que si lo tuviéramos las creencias religiosas, si no hubiera sido yo tan creyente en ese momento siento que si le hubiera dicho “no ¿sabes qué? no pasa nada y pues hay que seguir con nuestras vidas, como estábamos antes” creo que ese fue uno de los motivos.

Si, pues tener alguna repercusión en un futuro, por ambos lados mediante la religión.  
(Julián, 19 años al primer embarazo).

Su mamá también quería que lo abortará, parte de ella quería que abortará, que su mamá quería que siguiera estudiando (...) y pues yo, yo sí quería que lo tuviera y ya después ella decidió mmm el tenerlo (Erick, 18 años al primer embarazo)

### **Educación sexual de las nuevas generaciones**

En este apartado se exploran cuáles son los elementos mínimos sobre SSyR que desde la perspectiva de las mujeres y los hombres que fueron madres y padres en la adolescencia deberían tratarse en la familia y la escuela. Especialmente porque ahora ellas/os fungen como educadoras/es en sexualidad para con sus hijas/os.

Isabel, Lisa e Inés refirieron que piensan que para la educación sexual (ES) de sus hijas/os es indispensable tener buena comunicación con ellas/os; consideran que han establecido puentes de confianza con sus menores. Las mujeres tienden a hablar con sus hijas, en tanto que sus parejas delegan en ellas dicha responsabilidad.

Pues yo desde un principio que mis hijas empezaban a crecer, o sea, siempre he tenido como este diálogo abierto hacia ellas. O sea, lo que es toda esta parte de la educación, siempre ha habido como la confianza. De parte de su papá pues no tanta, siempre como que lo deja en mis manos, siempre deja esa parte de “oye habla con las niñas de esto y esto y esto” (Lisa, 16 años al primer embarazo).

Otros piensan empezar a educar a sus hijas/os en torno a temas de sexualidad hablándoles sobre el cuidado de sí mismo; pretenden nombrar a las diferentes partes del cuerpo por sus nombres, especialmente los genitales.

... yo a mis hijas en relación de sus cuerpos yo les hablo como es, o sea que es lo que tienen su reproductor femenino, bueno en este caso por ejemplo vagina ¿su papá qué tiene? tiene un pene, porque nunca tampoco me ha gustado esa parte de que hay muchos otros vulgarmente a lo mejor le dicen “¡ay, es que su palomita!” ¿no? o “¡ay, es que su pajarito!” no, para mí aparte es cuestión de que sepan cómo es su cuerpo, cómo se llama su cuerpo y que no hay que disfrazar (Amanda, 18 años al primer embarazo).

También han contemplado el buscar apoyo profesional. Destaca, sobre todo en los varones, la incertidumbre de no saber exactamente cómo abordar el tema, que aspectos mencionarles a sus menores, qué palabras emplear y a qué edad comenzar a educarlos en estos temas; consideran apoyarse en sus esposas en la tarea de hablar con sus hijas.

Ya en su momento, sí realmente tengo que hablar con él de eso ya, bien pues ya sería primero prepararme yo, porque sería más como que pena (...) no es lo mismo un profesional que te va a explicar así, así, a alguien que nada más te va a explicar así, así y así. (...) Porque tampoco no le voy a decir las cosas tan técnicas cuando él no las va a entender (Joaquín, 18 años al primer embarazo).

... que a lo mejor su mamá también hable con ella, que ella que es mujer como que a lo mejor no se sienta incómoda conmigo y con su mamá se desenvuelva un poquito más, si tiene alguna pregunta y eso, pues que su mamá también le ayude en esos aspectos, bueno, de las dudas que tenga (Erick, 18 años al primer embarazo).

### *Opinión sobre la ES que debería darse en la familia*

Las y los entrevistados refirieron que dentro de la educación sexual que se debería impartir en la familia deben abordarse los temas de MAC, embarazo, ITS, las relaciones de pareja, saber elegir a ésta y saber detectar la violencia sexual. Esta educación debe brindarse con confianza y a profundidad, tal como a ellos/as les hubiera gustado recibirla.

Incluso he llegado a pensar, bueno, si ella se llegara a embarazar a temprana edad, eso es lo de menos, pero una enfermedad, una infección de transmisión sexual, eso es lo que sí me preocupa, por eso es que yo quisiera ganarme su confianza, de que me diga: “sabes qué mamá”, no de que me pida permiso, porque a lo mejor no me va a pedir permiso, pero sí, que sepa sobre métodos anticonceptivos, que sepa que siempre la voy a apoyar, (...) que no se debe de meter con cualquier persona, que lo tiene que conocer, que no la deben de presionar, que no la debe de obligar, como me comentaba mi familia; incluso si te trata mal teniendo relaciones, que ella me cuente, porque también se supone que es algo bonito, no la deben de forzar y tampoco debe de haber maltrato (Isabel, 17 años al primer embarazo).

La edad que consideran ideal para empezar la educación sexual con sus hijos fluctúa entre los 10 y los 14 años; sin embargo, no consideran que es posible que a los 14 años ya sus hijas/os estén a la mitad de su adolescencia y lleven varios años requiriendo de su orientación.

Yo sí creo que como a los... 10 años [Hablar con su hija sobre educación sexual] yo creo que sí, o no, cuando empiece su primera menstruación yo creo que sería ir hablando con ella un poquito antes (Erick, 18 años al primer embarazo).

Pues, o sea, siento que no es fácil, no sería fácil por la misma, o sea por lo mismo que me pasó a mí, pero siento que sí tendría un poquito más de precaución en esos temas de, pues sí de orientarlos bien y decirles una edad temprana de los 12 años que ya es cuando empiezan a tener como experimentos con su propio cuerpo, o sea notar cosas raras que antes no sucedía con su cuerpo. Entonces siento que desde ahí, pues decirles cómo pasan las cosas, prevención de salud y todo eso (Julián, 19 años al primer embarazo).

Mmm no sé, como a los 14, que ya es la edad en que empiezan (...) a hacer cambios (Jonás, 19 años al primer embarazo).

### *Opinión sobre la ES que debería darse en la escuela*

Con respecto a la educación sexual que consideran se debería brindar en la escuela, las y los entrevistados opinaron que ésta se debe de ofrecer desde quinto y sexto grado de primaria, así como en secundaria. Las que tienen mayor escolaridad afirman que desde el kínder debería comenzar a abordarse de forma gradual. Sin embargo, están conscientes de que existen todavía resistencia por parte de los padres de familia, e incluso por parte del profesorado, para que se impartan estos temas.

Es primordial la educación sexual desde la primaria, desde el kínder a la primaria es primordial para la educación de una persona, ya sea como mujer como hombre, o sea, ya ni siquiera debe de haber una desigualdad en esa cuestión, pero es como todavía, es de romper paradigmas para poder adentrarse más de ese tema de salud sexual (Lisa, 16 años al primer embarazo).

Los temas que consideran deben de brindarse en los recintos escolares son la forma de nombrar los genitales, la sexualidad, los diferentes métodos anticonceptivos que existen, las ITS, las desventajas sociales de embazarse/ embarazar en la adolescencia y los mitos que existen en torno a la sexualidad a fin de ir incrementando el nivel de educación sexual.

Métodos anticonceptivos y lo que pasa cuando te embarazas antes, así cosas más reales, como, por ejemplo, dejar los estudios, meterse a trabajar, pues bien chiquitos para mantener al niño, cosas así (Marina, 16 años al primer embarazo).

## **Reflexiones**

La educación sexual se percibe como un proceso que a lo largo de la vida posibilita el rompimiento de tabúes, proporcionando a NNA y jóvenes, además de información, herramientas que les permitan integrar en su vida una sexualidad sana basada en el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos (Caricote Agreda, 2008).

Esta educación puede ser formal o informal y es fundamental para cada individuo, ya que con esta orientación pueden conocer y hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos. Se debe informar sobre procesos reproductivos, métodos anticonceptivos, riesgos de la salud y prevención de ITS. Lo anterior les permitirá disfrutar de una sexualidad placentera y segura, además de prevenir embarazos no deseados (Menkes Bancet y Sosa-Sánchez, 2016).

La educación sexual es tarea tanto del Estado como de la familia y de la escuela, ya que son las instituciones sociales con las que se tiene un primer contacto sobre esta temática. Es por ello que su papel es tan relevante dentro de la formación de las y los adolescentes, no sólo para la prevención de embarazos, sino para el conocimiento del cuerpo, del deseo, los placeres, las responsabilidades y la toma de decisiones con respecto a su sexualidad.

Coincidimos con UNFPA (2021) en que ésta debe ser un proceso gradual que durará a lo largo de los primeros años de vida. Es decir, más que situar un momento determinado: la menstruación, en las mujeres, y los cambios corporales, en ambos, para hablarles a los hijos en el hogar y el quinto año de primaria para abordarlos en la escuela, son temas que deben trabajarse en distintos momentos de la vida, promoviendo la toma de decisiones de manera responsable y ofreciéndoles las herramientas necesarias en materia de conocimientos, actitudes y habilidades que les permitan tener plena autonomía corporal, siempre haciéndoles saber que cuentan con adultos que estarán dispuestos a escucharlos y orientarlos.

Entre los agentes que influyen en la información, los conocimientos y las actitudes de las y los adolescentes sobre el comportamiento sexual y reproductivo se encuentran los padres y madres; esto no quita la importancia que las personas jóvenes le dan al profesorado, a los trabajadores/as de la salud, las redes sociales, los medios de comunicación y a los pares (Stern y Rodríguez, 2020), por lo que hay que apoyarse en todos estos actores, así como en las redes sociales y en los personajes de la vida pública que pueden tener una influencia positiva en ellos para tomar ventaja a favor de NNA y jóvenes.

Es indispensable enfatizar la importancia de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de NNA y jóvenes, así como la responsabilidad de cada participante adulto en su educación para diseñar planes de vida que permitan la adquisición de conocimientos y habilidades relacionados con la educación sexual y reproductiva con la finalidad de contribuir a un adecuado desarrollo personal y profesional (Meneses, De la Cruz Muradás, y Ramírez, 2020).

A lo largo de este capítulo se exploraron diferentes temáticas que se relacionan con la educación sexual que se les brindó a las y los entrevistados durante su adolescencia y cómo la aplicaron en el uso de MAC en sus primeras relaciones sexuales, previas a la ocurrencia de sus embarazos. La educación sexual recibida dentro de la familia, en el caso de las mujeres, se resume a la información sobre menstruación; esta es una tarea que se le ha asignado a las madres, quienes son las que instruyen a sus hijas sobre ello. En los hombres no se tocó la temática en casa.

Se observa que no se profundiza en la formación sobre esta temática; sólo se menciona que es un proceso natural o normal en donde se debe de tener más higiene y cuidados para no quedar embarazada y se les explicó el uso de las toallas sanitarias, indicándoles que ya habían dejado de ser niñas y comenzaban a ser mujeres.

En esta plática es común que las madres recomienden a sus hijas “cuidarse”, lo que significa que no permitan que los varones tengan avances sexuales con ellas, eviten un embarazo, mencionándoles vagamente el uso de métodos anticonceptivos; se les alienta a elegir a la pareja adecuada para formar una familia, así como a mantener su pureza y a tratar de encontrar a la pareja correcta para entregar su cuerpo; en términos de Rincón y Hamui (2022), entregar su *templo* al ser amado. Sin embargo, el consejo de cuidarse no les indica la forma práctica de cómo emplear los MAC para no quedar embarazadas, ni adquirir una ITS, ni cómo saber negociar con la pareja relaciones sexo afectivas más igualitarias.

Si bien la menarca es un proceso fisiológico natural, no se les menciona que ésta puede presentarse de manera irregular. Este último aspecto debe ser considerado al momento de diseñar modelos de intervención educativa en Trabajo Social, ya que, en su mayoría, las entrevistadas refirieron desconocer aspectos prácticos de la menstruación; su periodo era irregular y por esa razón se llegaron a confiar en no usar algún MAC. En ocasiones recurrieron al método del calendario para tratar de precisar, por medio de aplicaciones en el celular (APPS), sus días fértiles y así no tener que emplear preservativo, sin embargo, por la misma irregularidad de su periodo, ello no siempre funcionaba. Cuando se embarazaron no asociaron su falta de menstruación con el embarazo, dándose cuenta cuando ya tenían varios meses de gestación.

Pocos son los casos en donde la familia les habló sobre la anticoncepción. En el caso de las mujeres, dos de ellas refirieron que fue la madre quien les informó sobre MAC, quizá porque éstas tenían una formación en educación media superior y superior.

Al momento de iniciar sexualmente tendieron a emplear el preservativo, resultado similar al señalado por otras investigaciones (Casique, 2011; Gayet et al., 2003; Gayet, 2014; Pérez Baleón y Lugo, 2021; Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza y Ponce-Rosas, 2015; Abril Valdez, Román Pérez, Cubillas Rodríguez y Domínguez Ibáñez, 2018). Sin embargo, la confianza hacia su pareja, el proyecto de casarse y formar una familia, la negativa del varón a

emplear MAC o el utilizarlos de forma incorrecta fueron las razones por las cuales surgieron los embarazos en esta etapa de su vida.

En el caso de los varones sólo dos mencionaron que sus padres tocaron estos temas, pero únicamente les hablaron sobre el condón en una plática informal, nada profunda, más como una recomendación de “cuídate, usa condón”. Percibieron por parte de sus padres la burla, pena o falta de confianza para acercarse a ellos a abordar el tema. Los otros dos varones debieron apoyarse en la escuela y en los amigos para hacerse de información al respecto, sin embargo, era común que consideran ya saber todo, aunque en la realidad desconocían casi por completo de estos tópicos.

Es curioso cómo tanto la familia como la escuela deja a los hombres a la deriva en torno a dichos temas y, sin embargo, los roles de género establecen que ellos son quienes deben saber, por lo que sus parejas confían en su experiencia y conocimiento, sin que ellos puedan reconocer abiertamente que no siempre es así. Demostrar pericia en estos tópicos pudiera ser parte de la conformación de su masculinidad.

En general, consideraron que la información que les ofrecieron sus progenitores era imprecisa y ambigua. Varios refirieron obstáculos en la comunicación que tenían dentro del núcleo familiar, pues muchos de los padres se tenían que ir a trabajar o no tenían ni la confianza ni el conocimiento para brindarles una educación sexual a sus hijas/os, mostrándose esquivos para abordar estos temas.

A las y los entrevistados les hubiera gustado que no sólo se les dijera “cuídate”, ya que esta frase es una muletilla confusa, empleada por los adultos y repetida después por ellos, pero que no les proporciona elementos prácticos para saber cómo hacer frente a los retos que, en el ejercicio de la sexualidad y en el interjuego de las relaciones sexo-afectivas ocurren. Hubieran preferido ser informados de manera profunda y con ejemplos de la vida cotidiana, lo que les hubiera permitido desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades en torno a la sexualidad y a las relaciones de pareja.

Por ejemplo, ni las mujeres ni los hombres indicaron haber sido instruidos sobre cómo practicar las relaciones sexuales. Llegado el momento declararon que tal práctica les daba miedo y en ciertos casos fue una experiencia desagradable, mediada por la espontaneidad o por la violencia de pareja, en donde no supieron qué hacer. El no recibir información sobre esta temática conduce a que se ignore lo que conlleva esta experiencia. Esta es una práctica que inician con temor, sobre todo en las mujeres, por el desconocimiento de sus propios cuerpos y de las consecuencias que pueden ocurrir al ejercer la sexualidad coital sin protección, como pudiera ser la ocurrencia de embarazos. Ellas parecen vivir su inicio sexual desconociendo el deseo, el placer, la masturbación y el orgasmo, sobre todo entre aquellas que debutan con hombres mayores, quienes no siempre se toman el tiempo de guiarlas sexualmente.

Serret (2011) manifiesta que el cuerpo no se puede desprender del deseo, el cual es el motor de todos los seres humanos. Empero, desde una visión adulto céntrica, éste se tiende a suprimir entre las y los adolescentes, negándoles dicho derecho; por tal, temas como el deseo, el placer, el orgasmo, la masturbación y el ejercicio de la sexualidad en pareja sin la obligación de reproducirse, simplemente no son abordados en las pláticas de los adultos hacia la población juvenil, convirtiéndose en temas tabúes de los que no se hablan y se manejan en secrecía. Mucho menos se abordan las diversidades sexo-genéricas.

En temas de sexualidad, fueron al menos dos participantes que buscaron apoyo y orientación profesional por diferentes razones; sin embargo en su mayoría ni la familia ni las y los adolescentes buscaron apoyo y orientación profesional, lo cual puede deberse a que no se ve necesaria su orientación por diferentes cuestiones económicas, sociales, culturales y personales; por lo que los programas de salud ofertados dentro de los centros de salud y hospitales tienen poca oportunidad de llegar a su población objetivo si se quedan sólo dentro de sus instalaciones.

El embarazo en la adolescencia es necesario asumirlo como un fenómeno social y cultural de inmensa complejidad, caracterizado por significaciones y simbologías relacionadas con la sexualidad, la identidad de género, las relaciones sociales y la educación sexual y reproductiva que se deberían ofrecer a las NNA tanto en los hogares como en las escuelas (Gómez-Inclán y Durán-Arenas, 2017; Urgilés León, Fernández Aucapiña y Durán Oleas, 2018; Pérez Baleón, Romero Pérez y Sánchez Bringas, 2020).

Suárez, Hubert, Cruz-Jiménez, y Campero (2020) señalan que cuando los padres tienen una apertura, cuentan con conocimientos o están en la disposición de buscar información y ser accesibles, sin actitudes que muestren vergüenza, pena o algún tipo de prejuicio, burla o rechazo, NNA tienen un mayor acercamiento a ellos. En el caso de las instituciones hospitalarias, las autoras indican que suele haber un mayor acercamiento a estas instancias y a su personal una vez que ya se dio el embarazo.

En este estudio se observó que, en lo que concierne a la educación sexual en la escuela, es entre quinto y sexto grado cuando se empiezan a tratar temas sobre sexualidad; aunque los tópicos que abordan las y los profesores son dirigidos hacia los cambios corporales y la menstruación.

En la secundaria se abordan los contenidos en las asignaturas de ciencias, biología y de orientación. No siempre el profesorado sabe qué mensajes darles ni cómo abordar la temática; en ocasiones puede transmitir sus prejuicios al respecto, poniendo el acento en la conducta inadecuada de las mujeres que no saben *darse a respetar*, es decir, en el aspecto moral de cómo ellos/as consideran se deben comportar las personas, especialmente las mujeres, enviando poderosos mensajes de género y de disciplinamiento corporal que repercutirán en el actuar presente y futuro de hombres y de mujeres.



La enseñanza sobre métodos anticonceptivos es impartida por las y los servidores de los centros de salud, personal de Enfermería y de Trabajo Social, quienes ofrecen MAC a las y los estudiantes por medio de campañas anuales.

La información y formación que hay dentro de las escuelas no se imparte de manera integral ni sostenida en el tiempo, ya que la orientación en temáticas sobre sexualidad abarca uno o dos días y no se tocan temas sobre la PRS, el deseo, el placer, el erotismo, violencia y noviazgo desde un enfoque de género con respecto a la toma de decisiones, emociones o sentimientos, ni se ahondan en experiencias personales ni en las preguntas y dudas de las y los asistentes. Sólo se habla sobre el embarazo, la menstruación, las ITS y el condón masculino y femenino, aunque éste último resulta ser un tema exótico, dado que es difícil su comprensión, así como el poder acceder realmente a comprar uno en la farmacia por su alto costo y escasa oferta.

La premura del tiempo y lo acotado de los temas podría explicar en gran parte la baja incidencia de estas acciones en prevenir embarazos e ITS, ya que la población entrevistada refirió, en su gran mayoría, haber recibido información por parte de la escuela y, sin embargo, ello no alcanzó para que en el ejercicio sexual concluyeran su adolescencia sin que se presentara un evento obstétrico.

La educación y enseñanza que se brinda en la escuela se complejiza debido a que las y los adolescentes no toman en serio la información que se brinda en los diferentes niveles de educación básica. Ello puede ser porque son temas con los que no se sienten identificados; lo ven como un aspecto médico, alejado de su realidad (Pérez et al., 2016), que no les sirve, del cual ya creen saber todo porque repetidamente les dan, prácticamente los mismos temas, o les causa pena o les acarreará burla de sus pares si se atreven a preguntar o a mostrar interés en ellos.

Es en el espacio escolar donde se debe de romper con la brecha de la desigualdad en educación en estos temas, ya que en la familia no siempre se abordan o sólo se mencionan de forma confusa y sin emplear las palabras precisas. En la escuela las y los adolescentes escuchan de sus pares sobre el tema y es posible que intenten experimentar por curiosidad, sin tener una información científica al respecto ni una guía en quien confiar entre sus adultos cercanos: padres, familiares y profesores.

Un punto muy importante a resaltar es que no se profundizó en cómo prevenir ITS, lo cual también es fundamental saber, ya que unas pueden tener tratamiento, pero otras pueden ser peligrosas y mortales si no se conocen y se tratan.

Lo mismo sucede con la ILE, ya que algunas de las personas entrevistadas lo llegaron a considerar, sin embargo, por cuestiones del qué dirán sus padres, por desinformación o por cuestiones religiosas no lo llevaron a cabo.

Aunque esta investigación se enfocó principalmente en la educación sexual que se brinda a nivel de primaria y secundaria, hubo quien señaló que dentro del nivel medio superior fue que les hablaron sobre sexualidad, sin embargo, persistieron mitos en torno a temas como el aborto, a pesar de estar en una carrera técnica de enfermería, por lo que es necesario revisar cómo se están capacitando a los futuros profesionistas del área de la salud, porque de lo contrario se seguirán reproduciendo mitos e información errónea entre el personal que se esperaría se enfrente cotidianamente a estas situaciones e informe y atienda a las nuevas generaciones.

Las explicaciones dadas por las y los entrevistados permiten ver un panorama donde, de forma fragmentada, reciben educación por parte de distintos actores: padres, madres, profesores/as y personal de salud. Por un lado, ellos sienten que ya saben todo sobre el tema y dejan de prestar atención a aspectos que consideran les han hablado una y otra vez. Por otra parte, la información la reciben de forma masiva, es decir, en un salón en donde cualquiera los puede juzgar si hacen una pregunta o muestran mayor interés. No hay campañas permanentes en donde reciban asesorías personalizadas y de acuerdo a las necesidades de cada uno ni seguimientos a casos puntuales o un espacio físico o virtual dentro de la escuela en donde puedan recurrir cuando así lo requieran.

Hoy en día las APPS, en donde les puedan dar respuesta a sus preguntas puntuales de forma anónima y casi de inmediato, es un elemento que coadyuvaría al auto cuidado sexual y reproductivo, por lo que deben promoverse (Aguilar, Campero y Reyes, 2020).

Uno de los factores asociados al embarazo antes de los 20 años es el uso o falta de uso de MAC, además de que se piensa que el coito interrumpido y la pastilla de emergencia forman parte de la anticoncepción. En esta investigación se develó que en el debut sexual la mayoría usó el condón masculino, sin embargo, dejaron de usar protección principalmente por la confianza establecida en pareja, por la idea de formar una familia, de comprometerse (casarse), porque las mujeres eran irregulares en sus ciclos menstruales o por tomar la decisión de ser padres.

La mayoría de estos aspectos tienen que ver con el amor romántico, el cual ofrece un modelo de conducta amorosa que estipula lo que “de verdad” significa enamorarse y qué sentimientos deben de sentirse, así como cuándo, y con quién sí y con quién no pensar en tener una familia. Este elemento es causante de que se desarrollen idealizaciones en torno al amor, naturalizando, justificando, aceptando y/o tolerando comportamientos violentos que los pueden conducir al embarazo no deseado (De la Peña Palacios, Ramos Matos, Luzón Encabo, y Recio Saboya, 2011).

En cuanto a la transmisión de saberes y conocimientos hacia las nuevas generaciones se observan ciertas imprecisiones e incertidumbre en la forma en cómo abordarán los temas con sus menores; sin embargo, también se identifica la búsqueda de un acercamiento desde la

confianza y una intención de hacer las cosas diferentes, buscar información en internet o considerar un profesional para hablar de temas de desarrollo corporal, tratar de hablar desde su experiencia como a ellas y ellos les hubiera gustado; esto podría coadyuvar o les permitiría tener un acercamiento para prevenir y/o evitar la repetición intergeneracional de embarazos tempranos, no planeados o deseados.

Ya lo reporta Zepeda (2022) en una investigación hecha con abuelas jóvenes, quienes, a pesar de haber hablado con sus hijas sobre anticoncepción, de haber estado al tanto de su iniciación sexual y de haberles dado dinero para adquirir MAC, no pudieron evitar que se embarazaran siendo menores de 20 años. Los motivos fueron diversos: un mal uso de los MAC, la coerción por parte de sus parejas para no emplearlos e, incluso, la falta de guía o apoyo de ellas cuando les negaron en las farmacias u hospitales un anticonceptivo; lo que muestra que no basta implicarse en la educación sexual de las y los menores, se debe hacer un acompañamiento constante de todas las acciones que éstos emprenden en materia de sexualidad.

Las edades que consideran ideal para empezar la educación sexual con sus hijos fluctúan entre los 10 y los 14 años; en la primaria consideran que ésta debe empezar entre quinto y sexto de primaria. No toman en consideración que ésta es un proceso integral que inicia desde los primeros años de la infancia y que, a los 14 años, ya estará avanzada la adolescencia de sus menores. Creemos que los silencios y la información dicha a medias también conforman a la persona, haciéndola saber que de esos temas no se debe hablar porque son incómodos, sucios o vergonzosos, por lo que se deben mantener en secreto y no abordar con la familia.

La mayoría de las y los participantes es consciente de que deben aprender e informarse para educar a sus hijas/os, sin embargo, no siempre tienen ideas claras de cómo y cuándo deberán hacerlo. Algunos consideran empezar a educar, formar y enseñar a sus hijas/os principalmente a través de la comunicación ahora que son pequeñas/os, priorizando el cuidado de su cuerpo, esto es diciéndoles que nadie puede tocarlos sin su consentimiento y haciéndoles saber cómo se llaman sus genitales.

Otras/os han pensado que se pueden apoyar de algún profesional para hablar con sus hijas/os; indican que pueden apoyarse en libros o en información de internet; unos más señalan que no han pensado en cómo brindarles educación sexual a sus hijas/os. Pero les gustaría poder informar y educar a través de sus experiencias, de la confianza y de la comunicación que sus padres no les brindaron a ellos, evitando la burla o pena. Además de abordar aspectos de lo que conlleva empezar la vida sexual, las emociones, los sentimientos y las responsabilidades en pareja.

En este estudio la frase: “Cuídate” revela una realidad sobre la educación sexual que se oferta dentro de las dos grandes instituciones sociales que conforman a NNA y jóvenes: la familia y la escuela. Una palabra tan corta, con un sinnúmero de significados y con tantas interrogantes a la vez. Se piensa, se asume y se supone que al decirla se cumple con el aviso, la

prevención y la educación; sin embargo, no se dice cómo, para qué, con qué y de qué o quién cuidarse.

En su contraparte positiva “Cuídate” podría ser el eslogan de un programa nacional permanente de educación sexual integral, inserto de forma prolongada en todos los niveles de educación básica, mismo que ofrezca espacios especializados y con personal capacitado para resolver, educar, enseñar, difundir y atender de manera adecuada a las y los profesores, madres y padres de familia así como a NNA y jóvenes tanto de manera presencial como remota y virtual.

“Cuídate” es más que sólo una palabra, es una manera de educar formal e informalmente; es una palabra que, si bien han utilizado nuestros padres y abuelas/os, ahora las nuevas generaciones deben de transformar su contenido de forma efectiva para preservar su propia salud.

## Conclusiones generales

La educación sexual es una temática compleja, debido a que está condicionada por múltiples factores tales como los que se presentaron dentro del marco teórico y el estado del arte; retomando algunos de ellos, tenemos la poca educación que se tiene con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, la deficiente y biológica educación y enseñanza sobre el cuerpo y la sexualidad, así como el placer, autoestima, las relaciones de pareja, las desigualdades y los contextos.

Las diferentes generaciones con las que hemos sido educados también son un factor importante cuando se trata de sexualidad pues, generalmente cuando las madres y los padres se van a trabajar, dejan el papel de educadores a las y los abuelos quienes por su formación tampoco son muy abiertos con respecto a la sexualidad, lo que implica una barrera para la socialización de información para las adolescencias y juventudes.

Es cierto que ahora existe mucha información al respecto empero ¿qué tipo de información se busca, en dónde, con quién, de verdad es de fácil acceso, cualquier persona puede obtenerla? Las investigaciones han demostrado que las mujeres que recibieron información con calidad sobre sexualidad han postergado el embarazo; por supuesto no queda descartada la realidad de quienes recibieron información y se embarazaron, pero esta es una decisión propia, un deseo o un proyecto de vida que también debe de ser respetado.

Con respecto a cómo fue la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que recibieron en la familia y en la escuela las personas entrevistadas; queda resumido el resultado en una información parcial, insuficiente o nula; el papel que juegan tanto los padres como las y los docentes queda corto con respecto a las demandas que pueden tener las y los adolescentes.

La poca explicación que se brinda con respecto a cómo “cuidarse” está dirigido a la protección con algún método anticonceptivo, sin embargo, este discurso resulta confuso; por ejemplo, queda presente el considerar que el coito interrumpido es un método de anticoncepción o el tener relaciones sexuales cuando las mujeres están menstruando, así como la irregularidad de esta son “formas para prevenir los embarazos”, lo que algunos entrevistados consideraron una manera de protección; igualmente el operarse y/o la confianza que se tiene en la pareja son formas para ya no cuidarse, pero no consideran que sólo los métodos anticonceptivos definitivos como la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia y vasectomía evitan un embarazo, más no una infección de transmisión sexual.

Lo preocupante es que sólo se mencionan los anticonceptivos como formas de protección ante un embarazo, cuando también se debería de inculcar el respeto, la toma de decisiones, la autoestima, el cuidado del cuerpo (el disfrute y el placer) sin temor a un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual de las cuales tampoco se habla con profundidad.

La información que las y los entrevistados han recibido o no, es reproducida a sus hijos a quienes les enseñaban principalmente a identificar sus genitales para prevenir algún abuso; quedando la formación únicamente en una linealidad biológica/orgánica. Otro punto importante que se encontró dentro de esta investigación es poder establecer un rango de edad “adecuado” para la formación y enseñanza en sexualidad a las hijas e hijos, pues las madres y los padres estipulan que se debe de hablar de estos temas entre los 10 y 14. En realidad se piensa que esta formación debería brindarse dependiendo la edad y el contexto y no sólo darse una plática sobre educación sexual, sino, una formación consecutiva con especialistas en las escuelas sobre estas temáticas y no sólo en educación básica, sino universitaria y fuera de las instituciones educativas.

Es complejo tratar temas sobre educación sexual, pues intervienen cuestiones generacionales y de contextos de educación dentro de la familia y la escuela, asimismo está en uno mismo el poder salir de estas ideologías y tener el interés de aprender, aprehender e informar. Lo que lleva a otro punto importante que es la comunicación y la confianza pues el no saber cómo acercarse a los hijos, a los padres o a las instituciones, es una limitante que también se debe considerar dentro de esta educación.

Igualmente, se debe de contemplar una educación con perspectiva de género y dentro de ello considerar a las diversidades (que aunque no es un elemento específico de esta investigación, sí tiene que ver con la educación sexual, por las distintas preferencias sexuales), pues pareciera que la sexualidad y su enseñanza sólo está enfocada a la reproducción.

Para finalizar, cerraría con la palabra que resume la enseñanza y formación en educación sexual: **“Cuidate”**, pero, también con varias interrogantes como: ¿Por qué? ¿De qué? ¿Cómo? ¿Para qué? una palabra tan corta, con tanto significado. Sí, es cierto que existe mucha información con respecto a prevenir embarazos en la adolescencia, pero no sólo para las adolescencias y juventudes, sino también para las madres, los padres, y otros miembros de la familia como por ejemplo las abuelas y los profesionales; sin embargo, ellos tampoco se informan y siguen con una barrera de comunicación.

Las nuevas generaciones de madres, padres, profesoras, profesores, hijas/os, prestadores de servicios de salud y la sociedad en general deben de empezar a modificar y repensar sus ideas sobre la educación sexual. Si bien muchas son las trabas que existen con respecto a esta temática, la orientación y formación con perspectiva de género abrirá esas barreras con las que nos enfrentamos para aprehender, socializar y facilitar esta educación; que podría ser uno de los grandes retos en y de trabajo social quien debe de reposicionarse con respecto a estos temas, pues cumplen con los requisitos necesarios para ser orientadores, informantes, facilitadores, capacitadores y creadores de contenido para que pueda llegar a los diferentes contextos, atendiendo necesidades específicas de la población.

## Referencias

- Abarca Durán, X. (2012). *Estudio cuantitativo de la fecundidad subsecuente en adolescentes 1997-2010 y cualitativo en 5 unidades operativas del msp*. Quito: XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría.
- Abril Valdez, E., Román Pérez, R., Cubillas Rodríguez M.J. y Domínguez Ibáñez S.E. (2018). Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. *Ciencia Ergo Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 25(3), 1-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10455646003>.
- Aguilar, A., Campero L. y Reyes H. (2020). PreB. Un modelo innovador para la prevención de embarazos en la adolescencia. En Pérez Baleón F. y Sánchez Bringas, Á. (Coords.), *Los claroscuros del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo* (283-303). México: UNAM/ Orfila.
- Alvarado Thimeos, J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. *Contextos*, 29, 25-42. Recuperado de [https://www.umce.cl/joomlatools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N29\\_02.pdf](https://www.umce.cl/joomlatools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N29_02.pdf)
- Amuchástegui, A. (1998). Virginitad e iniciación sexual en México: la sobrevivencia de saberes sexuales subyugados frente a la modernidad. *Debate Feminista*, 18, 131-51. Recuperado de [https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df\\_ojs/index.php/debate\\_feminista/article/view/473](https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/473).
- Amuchástegui Herrera, A., y Rivas Zivy, M. (2004). *Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión*. *Estudios demográficos y urbanos*, 543-597.
- Atienzo, E. E., Campero, L., Lozada, A. L., y Herrera, C. (2014). *Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México*. *Salud pública de México*, 286-294.
- Atiezo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., y Walker, D. (2011). *Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes*. *Salud pública de México*, 160-171.
- Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., Lopez-Calva, L. F., Müller, M., y Perova, E. (2012). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre*

*maternidad temprana, pobreza y logros económicos.* Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial.

Barrios Acosta, M., y Martínez, M. J. (2010). *Currículo para la formación de familias. Educación Sexual en la vida familiar.* Bogotá: Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE), Bogotá Positiva-Gobierno de la Ciudad.

Blanco Ruiz, M. Á. (2014). *Implicaciones del uso de las redes sociales en el aumento de la violencia de género en adolescentes. Comunicación y Medios.* Instituto de la Comunicación e Imagen. Universidad de Chile, 124-141.

Botello, L. (2020). Fue sin querer queriendo. Hombres adolescentes y embarazo. En Pérez Baleón F. y Sánchez Bringas, Á. (Coords.), *Los claroscuros del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo* (165-191). México: UNAM/ Orfila.

Campero Cuenca, L., Atiezo, E., Suárez López, L., Hernández Prado, B., y Villalobos Hernández, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas.* Gaceta médica de México, 299-307.

Campos y Covarrubias, G. (2017). VI. Teoría fundamentada y su proceso metodológico. En G. Campos y Covarrubias, *Metodologías de la investigación cualitativa en las ciencias sociales: etnografía, historias de vida, estudios de caso, comunidad y diagnóstico* (págs. 61-66). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; Escuela Nacional de Trabajo Social.

Cárdenas Molina, J. E. (2015). *La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente.* Praxis. Revista de la Facultad de Ciencias de la educación, 103-115.

Caricote Agreda, E. A. (2008). *Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes.* Investigación Arbitrada, 79-87.

Caro Luján, N. R., y Morán Alcántara, B. I. (2020). Relaciones de pareja, embarazo y maternidad en mujeres adolescentes de Campeche, Ciudad de México y Zacatecas. En F. Pérez Baleón, y Á. Sánchez Bringas, *Los claroscuros del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo* (págs. 81-109). México: Universidad Nacional Autónoma de México; Escuela Nacional de Trabajo Social; ORFILA.



- Carvajal, M., Essien, J., Rey, P., y Bardales, J. (2007). *El adolescente, la familia y su educación sexual*. Clin Invest Gin Obst, 214-219.
- Casique, I. (2011). Conocimiento y uso de anticonceptivos entre los jóvenes mexicanos. El papel del género. Estudios Demográficos y Urbanos, 26,3 (78), 601-637.
- Chaves, M. (2010). Capítulo I. ¿Juventud? En M. Cháves, *Jóvenes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana* (págs. 25-49). Espacio.
- Cibils, J. P., y Unicef. (Julio de 2021). *Adolescentes. Características ¿Qué cambios y conductas son esperables en la adolescencia?* Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef): <https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20-%20Caracter%20de%20la%20adolescencia.pdf>
- Climent, G. I. (2009). *Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos*. Revista argentina de sociología, 186-213.
- CNDH. (2018). *Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México.
- CNEGSR. (2016). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: Centro de Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? En S. Donas Burak, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 426-445). Costa Rica: LUR (Libro Universitario Regional).
- Cruz Maldonado, N. (14 de Mayo de 2021). Boletín UNAM-DGCS-414. Obtenido de Dirección General de Comunicación Social: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021\\_414.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_414.html)
- Cruz Salazar, T., Evangelista García, A. A., y Mena Farrera, R. A. (2016). Géneros y juventudes. Pistas para la trama de sujetos etariamente (a)sexuados. En A. A. Evangelista García, T. Cruz Salaza, y R. A. Mena Farrera, *Género y juventudes* (págs. 15-47). San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).
- De la Peña Palacios, E. M., Ramos Matos, E., Luzón Encabo, J. M., y Recio Saboya, P. (2011). *Andalucía detecta. Sexismo y violencia de género en la juventud. Proyecto de*

*investigación*. Resultados y recomendaciones. Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Domínguez Domínguez, I. (2011). *Influencia de la familia en la sexualidad adolescente*. Revista cubana de obstetricia y ginecología, 387-398.

Elliot, A. (2009). *Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad*. Sociológica, 185-212.

ENTS. (2009). Escuela Nacional de Trabajo Social. Obtenido de ¿Qué es el Trabajo Social? Universidad Nacional Autónoma de México: <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>

Escalante Nava, T. (2016). *Embarazo adolescente en México: un problema de desigualdad que no se resuelve con una estrategia*. métodos Revista electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHDF, 8-39.

Escobar, J. L. (20 de junio de 2008). Memorias del V curso internacional de adolescencia SAIA - HGOIA, XII curso internacional de la FIPA Salud sexual y reproductiva: su abordaje desde la interdisciplinaridad. Obtenido de *Prevención del embarazo subsecuente, "Una tarea impostergable"*: <http://biblioteca.igualdadgenero.gob.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6591>

Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., y González-Chávez, G. (2017). *Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares*. Salud pública de México, 556-565.

Facio, A. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Asdi).

García Hernández, G. E. (2007). Capítulo 1. Embarazo y maternidad adolescentes en contextos de pobreza. En G. E. García Hernández, *Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja* (págs. 23-62).

García Hernández, G. E. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 13-53.

García, G. E. (2016). *Mi hijo lo mejor que me ha pasado en la vida: una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas de madres adolescentes en contexto de pobreza*. México: Secretaría de Desarrollo Social; Instituto Mexicano de la Juventud.

- Gayet C., Juárez, F. Pedrosa L.A. y Magis C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), S632-S640. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s5/v45s5a08.pdf>.
- Gayet, C. (2014). El inicio sexual en México. Retos en la prevención. *Coyuntura Demográfica*, 6, 43–49. Recuperado de [http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/plugins/coyuntura\\_demografica/COMPLETAS/6.pdf](http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/plugins/coyuntura_demografica/COMPLETAS/6.pdf).
- Gómez-Inclán, S., y Durán-Arenas, L. (mayo-junio de 2017). *El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México*. *Salud pública de México*, 59(3), 236-247.
- Hendel, L. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas*. Perspectiva de género. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Obtenido de Perspectiva de género.
- IFSW. (Julio de 2014). Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Obtenido de Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Definición global de Trabajo Social: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-%20social-work/>
- Imjuve, Gobierno de México. (03 de enero de 2017). *Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes*. Obtenido de Instituto Mexicano de la Juventud: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/ya-conoces-la-cartilla-de-derechos-sexuales?idiom=es>
- IMJUVE. (30 de Octubre de 2017). *¿Qué es ser joven?* Obtenido de Gobierno de México. Instituto Mexicano de la Juventud. Blog: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/que-es-ser-joven>
- INMUJERES. (2018). *Manual de capacitación para la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Inmujeres. (22 de diciembre de 2021). Acciones y programas. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Obtenido de Instituto Nacional de las Mujeres: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Inmujeres. (07 de enero de 2019). Instituto Nacional de las Mujeres. Obtenido de Acciones y Programas: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

- ISEM. (2018). Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) - Secretaría de Salud. Obtenido de Prevención, salud reproductiva, métodos anticonceptivos: [http://salud.edomex.gob.mx/istem/pr\\_sr\\_anticonceptivos](http://salud.edomex.gob.mx/istem/pr_sr_anticonceptivos)
- Jiménez García, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15 (1), 107-129. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133008.pdf>.
- Juárez Herrera y Cairo, L. A. (2009). *Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía*. La ventana, 148-180.
- Juárez, F., y Gayet, C. (2020). Debut sexual: Razones y uso de anticoncepción en mujeres adolescentes mexicanas. En F. Pérez Baleón, y L. Mariana, *Los claros oscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (págs. 101-124). México: Universidad Nacional Autónoma de México; Escuela Nacional de Trabajo Social; ORFILA.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). Capítulo VI: La sexualidad. En M. Lagarde y de los Ríos, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* (págs. 177-256). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2016). Género. En H. Moreno, y E. Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género* (págs. 155-170). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M. d., Castillo-Trejo, M., y Vega-Mendoza, S. (2014). *Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes*. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 38-43.
- Le Bretón, D. (1995). Introducción. En D. Le Bretón, *Antropología del cuerpo y modernidad* (págs. 7-12). Buenos Aires: Nueva Era.
- López Romo, H. (2022). *Los once tipos de familias en México*. *El Instituto de investigaciones Sociales*, 26-31.
- Lozano Vicente, A. (2014). *Teoría de teorías sobre la adolescencia*. *Última década, proyecto juventudes*, 11-36.
- Madrid Gutiérrez, J., Hernández Cordero, A., Gentile, A., y Cevallos Platero, L. (2019). *Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias*

*sociales*. *Adolescere-Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, 39-47.

Martín-Crespo Blanco, M. C., y Salamanca Castro, A. B. (2007). El muestreo de la investigación cualitativa. *Nure Investigación*.

Mendoza Victorino, D., Terán Rodríguez, C., Zavala Suárez, R. I., Garduño Aceves, J., Aguilar Sánchez, G., y Barrón López, E. A. (2017). *Reencontrándome: Modelo de investigación-acción en salud reproductiva y calidad de vida de mamás adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad, desde y con ellas para el aplazamiento del segundo hijo*. Implementación piloto en Tamaulipas. Documentación del modelo y diagnóstico del embarazo adolescente en los polígonos de los seis municipios participantes. México: Fundación Mexicana para la Planeación familiar A.C (mexfam).

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., y Espert Castellanos, J. (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 333-342.

Meneses, E., De la Cruz Muradás, y Ramírez, M. (2020). Factores relacionados con el embarazo en adolescentes: Un análisis desde la perspectiva del enfoque ecológico. En F. Pérez Baleón, y L. Mariana, *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (págs. 43-73). México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), ORFILA.

Menkes Bancet, C., y Sosa-Sánchez, I. A. (2016). Características del embarazo y de la fecundidad de las adolescentes en México. En J. L. Ávila, H. H. Hernández Bringas, y M. López Cervantes, *Retos del cambio demográfico de México* (págs. 179-210). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Menkes, C., y Suárez, L. (2003). *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. Papeles de población, 1-31.

Molina Petit, C. (2000). Debates sobre el género. En C. Amorós, *Feminismos y filosofía* (págs. 255-277). Editorial, Síntesis, S.A.

Molina, R. (2003). Capítulo 58: Anticoncepción en la adolescencia. En R. Molina, J. Sandoval, y E. González, *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia* (pág. 770). Santiago, Chile: Mediterráneo.

Montero, A. (2011). *Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia*. *Revista de Medicina Chile*, 1249-1252.

- Moreno, H. (2012). *La sexualidad reproductiva como paradigma epistemológico*. Revista de estudios de antropología sexual, 24-45.
- Morlachetti, A. (2007). *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos*. Notas de Población, 63-97.
- Muñiz, E. (2018). Prácticas corporales. En H. Moreno, y A. Eva, *Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 2* (págs. 281-297). México: Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Núñez Noriega, G. y Ayala Valenzuela D. J. (2015). Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad. *Culturales*, 8(15), 7-46. Recuperado de <http://culturales.uabc.mx/index.php/Culturales/article/view/128>.
- Ordorika, I., y Rodríguez Gómez, R. (2012). Cobertura y estructura del Sistema Educativo Mexicano: problemática y propuestas. En J. Narro Robles, y J. y. Martuscelli Quintana, *Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional* (págs. 197-222). Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial-UNAM.
- Osoimehin, B. (2017). Prólogo. En UNFPA, *Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad* (págs. 5-7). Estado de la población mundial UNFPA.
- Pacheco-Sánchez C. I. (2015). Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 62-82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/545/54543012004.pdf>.
- PAHO. (Julio de 2015). Organización Panamericana de la Salud (PAHO). iris. Institutional Repository for Information Sharing. Obtenido de Boletín informativo: *El embarazo en adolescentes*: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54210>
- Palma Y., Palma, J.L. González M. y Alarcón A. (2020). El contexto familiar en México y su relación con el comportamiento reproductivo de las adolescentes. En Pérez Baleón F. y Lugo M. (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (303-317). México: UNAM/ Orfila.
- Pantelides, E. A., y Manzelli, H. (2003). *Investigación reciente sobre sexualidad y salud reproductiva de las/los adolescentes en América Latina: Qué hemos alcanzado, qué falta hacer, cuáles son nuestras falencias*. Obtenido de ResearchGate: [https://www.researchgate.net/publication/265509292\\_Investigacion\\_reciente\\_sobre\\_sex](https://www.researchgate.net/publication/265509292_Investigacion_reciente_sobre_sex)

ualidad\_y\_salud\_reproductiva\_de\_laslos\_adolescentes\_en\_America\_Latina\_que\_hemos  
\_alcanzado\_que\_falta\_hacer\_cuales\_son\_nuestras\_falencias

Páramo, O., y Nuñez, M. (10 de agosto de 2020). UNAM global. De la comunidad para la comunidad. Obtenido de *El PIN Parental retrógrada y violatorio a los derechos del menor*: <https://unamglobal.unam.mx/el-pin-parental-retrograda-y-violatorio-a-los-derechos-del-menor/>

Pérez Baleón, F. (2018). Importancia de los indicadores sociales para el análisis de problemas sociales. El caso del estudio del embarazo temprano. En M. Castro Guzmán, J. Méndez Cano, y M. E. Moo Mezeta, *Política social y desarrollo humano. Una mirada desde Trabajo Social* (págs. 213-230). México: Grañén Porrúa; Universidad Autónoma de Yucatán; Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.

Pérez Baleón, F. (2021). Perfilando el embarazo en la adolescencia en México. Principales resultados de la ENFaDEA. TSU Trabajo Social UNAM. Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social (en prensa).

Pérez Baleón, F. G., y Lugo Arellano, M. (2021). *Diagnóstico Nacional sobre el Embarazo Adolescente* (págs. 39-47). Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social.

Pérez Baleón, F. y Lugo, M. (2020a). Contextos sociales, reproductivos y de pareja que delimitan los embarazos en mujeres menores de 15 años: un análisis comparativo entre etapas de la adolescencia. En Pérez Baleón F. y Lugo M. (Coords.), *Los clarososcuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (75-100). México: UNAM/Orfila.

Pérez Baleón, F. y Lugo, M. (2020b). “Ya sabe uno a lo que va.” El inicio de la vida sexual de mujeres con embarazos en la adolescencia y su asociación con otras transiciones familiares. En Covarrubias A. y Caro Nelly (Coords.), *Jóvenes y vulnerabilidad social en el México actual. Aproximaciones desde lo laboral, sexual-reproductivo y educativo* (115-149). Estado de México: El Colegio Mexiquense

Pérez Baleón, F., Romero Pérez, I., y Sánchez Bringas, Á. (2020). Introducción. Aproximaciones cualitativas al estudio y a la comprensión del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. En F. Pérez Baleón, y Á. Sánchez Bringas, *Los clarososcuros del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo* (págs. 15-43). México: UNAM-ENTS, Orfila.

- Pérez Baleón, F., y Lugo, M. (2019). Encuesta nacional de los factores determinantes del embarazo adolescente (ENFaDEA). México: UNAM-ENTS y Fundación Gonzalo Río Arronte. Recuperado el 2021, de *Contexto familiar que delimita las experiencias reproductivas en la adolescencia.*: <http://www.trabajosocial.unam.mx/enfadea/>
- Pérez Baleón, F., y Lugo, M. (2020). *Introducción. Hacia la elaboración de la "Encuesta nacional de los factores determinantes del embarazo adolescente" (ENFaDEA)*. En F. Pérez Baleón, y M. Lugo, *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (págs. 15-40). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez Baleón, G. F. (2018). Precisiones conceptuales y metodologías para el abordaje de la familia, los hogares y el parentesco. En L. Cano Soriano, *Tejidos sociales y procesos de inclusión en México: familias y pueblos originarios* (págs. 67-91). México: Universidad Nacional Autónoma de México; Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Pérez de la Barrera, C. y Pick S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40 (3), 333-340. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440307.pdf>.
- Pérez Islas, J. A. (2008). Juventud: un concepto en disputa. En J. A. Pérez Islas, M. Valdéz, y H. Suárez, *Teorías sobre la juventud. Las miradas de los clásicos* (págs. 9-33). UNAM/ISSUE/CRIM/SES/SIJ-CIIJ.
- Pérez Ramírez, B. (2017). Introducción. Estrategias de intervención en trabajo social. En B. Pérez Ramírez, *La relevancia de la mirada y la palabra en las estrategias de intervención de trabajo social* (págs. 9-13). México: Universidad Nacional Autónoma de México; Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Pérez, B., Franco, N.K. Meza L.A. y Sánchez A. (2016). ¿Qué significa ser padre y madre adolescente? Estudio exploratorio del embarazo adolescente en un contexto urbano popular. En García, A.A.E. Salazar T.C. y Mena R. A. (coords.), *Género y juventudes* (229-258), México: El Colegio de la Frontera Sur.
- Petchesky, R. P. (2000). Introducción. Los orígenes. En R. P. Petchesky, y K. Judo, *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y regiones*. (págs. 39-83). El Colegio de México.
- Quiroz, S. X., y Sepúlveda, P. (2016). Importancia del trabajo social en la intervención socio-educativa de la educación sexual. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 456-466.



- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 201-220.
- Reguillo, M. R. (2012). Transformaciones, riesgos, contingencias: nuevos protagonistas juveniles. En M. R. Reguillo, *Culturas juveniles. Formas políticas del desencanto* (págs. 129-165). Siglo XXI.
- Rincón Reyna, E. (2021). Prevención de embarazos no planeados en menores de 20 años. Comunidad de diálogo: dudar para reflexionar. (Tesis inédita de Especialista en Trabajo Social en modelos de intervención con jóvenes). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México
- Rojas, O. L. (2016). *Mujeres, hombres y vida familiar en México. Persistencia de la inequidad de género anclada en la desigualdad social*. *Revista interdisciplinaria de estudios de género*, 73-101.
- Rojas, O. L. (2021). *Masculinidades, desigualdad social y embarazo en varones adolescentes mexicanos*. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 1-34.
- Rubio Herrera, A., y Flores Palacios, F. (2018). *Vulnerabilidad y su uso en la política social del estado de Yucatán. La dirección de atención a la infancia y la familia*. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 118-131.
- Sánchez Olvera, A. R. (2009). *Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual*. *Sociológica*, 101-122.
- Sánchez-Meneses M.C., Dávila-Mendoza R. y Ponce-Rosas E.R. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22 (2), 35-38. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57012>.
- Secretaría de Salud. (08 de Agosto de 2017). Blog. *Cuando llega el periodo menstrual*. Obtenido de Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cuando-llega-el-periodo-menstrual>
- Serret, E. (2011). *Hacia una redefinición de las identidades de género*. *Género*, núm 9, 71-98.
- SIPINNA. (14 de mayo de 2021). Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Obtenido de La importancia de hablar sobre educación integral en

sexualidad desde la niñez: <https://www.gob.mx/sipinna/articulos/la-importancia-de-hablar-sobre-educacion-integral-en-sexualidad-desde-la-ninez>

- Stern, C. y C. Menkes (2008), “Embarazo adolescente y estratificación social”, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México: El Colegio de México, pp. 347-396.
- Stern F., C., y Rodríguez de Jesús, C. (2020). La comunicación entre familiares y mujeres adolescentes sobre salud sexual y reproductiva como factor preventivo de embarazos en la adolescencia. En F. Pérez Baleón, y L. Mariana, *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (págs. 277-302). México: UNAM, ENTS, ORFILA.
- Stern, C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud pública de México - Instituto Nacional de salud pública, 137-143.
- Stern, C. (2003). *Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso*. Estudios sociológicos XXI, 725-745.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Suárez L., Hubert, C. Cruz L. y Campero L. (2020). Padres, personal docente, profesionales de la salud e internet como fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente. En Pérez Baleón F. y Lugo M. (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (247-276). México: UNAM/ Orfila
- Szasz, I. (1997). Género y valores sexuales. Un estudio de caso entre un grupo de mujeres mexicanas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 12(1), 155–76. Recuperado de <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/991>.
- Tello, N., y Ornelas, A. (2014). Historia del Trabajo Social en México. *Trabajo Social: Una historia global*, 1-17.
- Teva, I., Paz Bermúdez M. y Ramiro M.T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532608007.pdf>.

- UN. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas.
- UN. (1995). Declaración y plataforma de acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (págs. 17-87). ONU MUJERES.
- UN. (2022). *Juventud ¿Quiénes son los jóvenes?* Obtenido de Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano: <https://www.un.org/es/global-issues/youth>
- UNFPA (2021). Educación sexual integral. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral#readmore-expand>
- UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Estado de la población mundial 2013. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- UNFPA. (2017). *Mundos aparte: La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. Estado de la población mundial 2017. UNFPA: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- UNFPA. (2019). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de *Inconcluso negocio, la búsqueda de derechos y opciones para todos*: <https://www.unfpa.org/swop-2019>
- Urgilés León, S. J., Fernández Aucapiña, N. Y., y Durán Oleas, J. C. (2018). *Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas*. Revista Killkana Sociales, 49-54.
- Urteaga Castro Pozo, M., y Sáenz Ramírez, M. (2012). *Juventudes, géneros y sexos. Resituando categorías*. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, 5-21.
- Valero, A. (1995). Trabajo Social en México. Desarrollo y perspectivas. México: ENTS-UNAM.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., F., E., y De la Vara-Salazar, E. (2015). *Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México*. Salud pública de México, 135-143.
- West, C., y Zimmerman, D. H. (1999). Haciendo Género. En M. Navarro, y C. R. Stimpson, *Sexualidad, género y roles sexuales* (págs. 109-144). Fondo de Cultura Económica.

Wichterich, C. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos*. Un ensayo de Christa Wichterich. Heinrich Böll Stiftung. México, Centro América y el Caribe.

Zavala Caudillo, A. (2017). Metodología cualitativa. Retos y posibilidades de la metodología cualitativa en trabajo social. En B. Pérez Ramírez, *La relevancia de la mirada y la palabra en las estrategias de intervención de Trabajo Social* (págs. 14-31). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Zepeda Goncen, G.D. (2022). Ser mujer ante la abuelidad: las abuelas jóvenes que participan en grupos de Facebook ante la maternidad no planificada de sus hijas adolescentes. (Tesis inédita de maestría en Estudios de Género). El Colegio de México, Ciudad de México.

## Anexo

### Historias de vida de las y los participantes

#### Joselyn

Joselyn tenía 22 años al ser entrevistada; nació en junio de 1998 en la Ciudad de México. Desde siempre ha vivido con sus dos padres y una hermana que es menor que ella, excepto cuando se casó y fue a vivir a casa de su ex esposo, con la familia de él.

Cursó el kínder y la primaria sin repetir algún grado; sin embargo, el tercer grado de secundaria no pudo concluirlo en tiempo y forma porque quedó embarazada de su primera hija, naciendo cuando ella tenía 16 años. Dos años después (a sus 18 años) concluyó sus estudios de secundaria en el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA); cuando fue entrevistada se encontraba estudiando el bachillerato en línea.

A la edad de 14 años empezó a menstruar. Su primera relación sexual fue a los 15 años; su novio tenía 20 años. Este primer encuentro lo recuerda como algo desagradable porque no fue planeado ni consensuado con ella. No utilizaron ningún método anticonceptivo (MAC) y de esta primera relación sexual se embarazó y a consecuencia de ello se casaron por el civil, sin fiesta y presionados por la mamá de ella para hacerlo. Tuvo un segundo embarazo a los 20 años con esta misma pareja; él argumentó que desconfiaba que fuera suyo el producto porque ella anteriormente lo había engañado con un amigo de él para vengarse de sus infidelidades y golpes, por lo que no le dio para los gastos. Ya desde ese momento vivían separados, aunque todavía no se han divorciado.

En su vida sexual activa ha hecho uso del condón masculino; ya no emplea MAC porque después de su segundo embarazo se realizó la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia, además de que su pareja actual tiene la vasectomía.

Debido a los problemas con el padre de sus hijas, Joselyn tomó la decisión de que ellas vivieran con él; con ello logró ser más independiente, conseguir trabajo, estudiar y no depender de su expareja, quien le condicionaba la manutención de sus menores a cambio de seguir sosteniendo relaciones sexuales cuando ya no eran pareja. Espera algún día poder recuperar a sus niñas, a quienes ve muy seguido y trata de contribuir para sus gastos.

#### Isabel

Isabel tenía 23 años de edad al momento de la entrevista; nació en julio de 1997 en la Ciudad de México (CDMX). Actualmente vive sola con su hija; durante su adolescencia residió con su mamá, sus abuelos, algunos tíos maternos y con sus dos hermanos. Llegó a vivir con su mamá y con su papá hasta los seis años, después ellos se divorciaron.

Ella cursó el kínder, la primaria y la secundaria sin repetir ningún grado; inmediatamente después entró al bachillerato en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP); sin embargo, no le gustó y pidió un año sabático. Durante ese lapso se dedicó a practicar deporte debido a que siempre quiso ser maestra de educación física. Al momento de la entrevista ya había concluido sus estudios de nivel medio superior en el sistema escolarizado; en línea estaba a punto de presentar su examen para estudiar su licenciatura en educación física.

Isabel empezó a menstruar a los 11 años; su primera relación sexual fue a los 15 años con su maestro de basquetbol, con quien, hasta ese momento sólo tenía una relación de amistad; él era 10 años mayor que ella. La relación sexual se dio espontáneamente y utilizaron el condón masculino.

Su primer y único embarazo fue a los 17 años con quien fue su maestro de deportes; estuvieron un tiempo manteniendo una relación de noviazgo a escondidas, ya que, por la diferencia de edad, la familia de Isabel estaba en desacuerdo con su relación y a ella le advirtieron que, si no terminaban, le pondrían una demanda a él. La relación terminó una vez nació su menor, de común acuerdo, ya que había algunas diferencias de pareja. El padre de su hija la apoya económicamente y está al pendiente de la niña, visitándola frecuentemente.

El embarazo se dio porque en una ocasión se fueron de vacaciones y no usaron algún MAC. Isabel emplea el Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, ya que después del parto se lo colocaron en el hospital donde nació su bebé; refiere no tener pareja y fue diagnosticada con epilepsia por estrés en el Hospital de Neurología, donde se encuentra en tratamiento.

### **Karina**

Karina tenía 26 años cuando fue entrevistada; nació en mayo de 1994 en Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Cuando era pequeña vivió por diferentes periodos con su madre y con sus dos hermanos, después con su padre. Desde que ella recuerda, sus padres siempre estuvieron separados; también llegó a vivir con su abuela materna, con unos tíos y durante su adolescencia vivió un tiempo con su padre y con la pareja de él; después lo hizo con su madre, hasta que se fue a vivir con su pareja actual, quien no es el padre biológico de su hija.

Cursó el kínder, la primaria y la secundaria sin repetir ningún grado; en el nivel medio superior estudio en un Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) hasta el segundo semestre, ya que se embarazó; después de su embarazo intentó regresar para concluir sus estudios, sin embargo, le mencionaron que sólo podía terminarlos realizando exámenes extraordinarios, por lo que buscó otra opción. Refiere que trató de estudiar de manera autónoma pero no le gustó, así que cursó la preparatoria en seis meses, logrando terminarla; ello lo consiguió con el impulso de

su mamá, quien la estaba presionando para que concluyera sus estudios. Al momento de la entrevista se encontraba cursando una ingeniera en la Universidad del Valle de México (UVM).

A los 13 años empezó a menstruar; a los 15 años tuvo su primera relación sexual, no fue planeada, pero utilizaron el condón masculino, fue con su primer novio, quien tenía 18 años; con esta primera pareja no se dio el embarazo. Con su segunda pareja igualmente hacían uso del condón masculino; la vez que decidieron no utilizarlo fue cuando ella quedó embarazada a los 16 años. Karina y su pareja ya habían platicado sobre tener un hijo.

Después del embarazo le pusieron el DIU, el cual no le funcionó, pues su cuerpo lo rechazó y lo expulsó en un mes. Llegó a tomar pastillas anticonceptivas, pero era muy olvidadiza y fue así como se presentó un segundo embarazo a los 18 años, sin embargo, se realizó una Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Decidió no continuar con el segundo embarazo porque tenía muchos problemas con el papá de su hija y porque no se sentía preparada para tener otro bebé.

El papá de su hija falleció a los 25 años a causa de una enfermedad llamada purpura trombocitopénica; tuvo muchos problemas con él porque era intermitente en las visitas y en los gastos de su hija. Vivieron un tiempo juntos, pero sufrió de violencia física, económica y psicológica, lo que la llevó a separarse. Karina y su hija iban a terapia para manejar el duelo, ya que el fallecimiento de él era relativamente reciente.

Al momento de la entrevista mencionó tener el implante subdérmico, el cual ha utilizado dos veces. Reside en la CDMX, vive con su hija y con su nueva pareja, con quien tiene una relación en unión libre; llevan dos años juntos.

### **Inés**

Inés tenía 21 años de edad al momento de la entrevista; nació en diciembre de 1999 en la CDMX. Vivió con sus padres y con sus dos hermanos hasta que se embarazó; se fue a residir unos meses al Estado de México con el padre de su hijo; sin embargo, tiempo después se separaron y ella regresó a vivir con sus padres.

Inés cursó el kínder y la primaria sin contratiempos; en secundaria reprobó el primer grado debido a que perdió una materia y su mamá decidió cambiarla de escuela, teniendo que repetir el año. Cuando cursaba tercero de secundaria tuvo que dejar temporalmente sus estudios debido a su embarazo.

Después terminó la secundaria y presentó el examen para la preparatoria; sin embargo, sólo estuvo la mitad del primer semestre y dejó la escuela; no obstante, retomó sus estudios a los 18 años, actualmente está por terminar el bachillerato.

Ella comenzó a menstruar a los 12 años; tuvo su primera relación sexual a los 15 años con un novio de su misma edad; fue de forma espontánea y por curiosidad, ya que sus amigas de

la escuela comentaban que ya habían tenido relaciones sexuales, así que Inés y su pareja decidieron experimentar.

Utilizaron como método anticonceptivo el condón masculino; después de un año de relación se confiaron y dejaron de utilizar MAC e Inés se embarazó a los 17 años. Después de su evento obstétrico le pusieron el DIU de cobre en el hospital donde fue atendida; este MAC es el que se encontraba usando al momento de la entrevista. Vivió con el papá de su hijo por un tiempo, pero él casi no estaba en la casa y era distante con su hijo, por lo que se separaron. Sus expectativas son terminar de estudiar para estar en posibilidad de tener su propia casa para ella y su menor. Por el momento no piensa en tener otra relación; quiere dedicarse a él y darle una mejor vida; vive en la casa de sus padres con su hijo.

### **Amanda**

Amanda, al ser entrevistada, tenía 25 años de edad; nació en la Ciudad de México en marzo de 1996. Actualmente vive con sus dos hijas, su hermano y su mamá; desde pequeña convivió con sus dos padres y con dos de sus medios hermanos (por parte de su padre), hasta que sus padres se separaron; durante su adolescencia vivió con su mamá y con su hermano.

Estudio el kínder, la primaria y la secundaria sin ninguna adversidad; para el nivel medio superior había hecho su examen de admisión, pero, por un problema del corazón tuvo que ser operada y debió descansar un año. En el transcurso de sus 17 años entró a dos escuelas de enfermería, sin embargo, se salió porque sentía que la educación era deficiente.

Después sus papás le ayudaron con una escuela en donde cursó secretariado, el cual terminó sin problema. Actualmente no se encuentra estudiando, pero le gustaría retomar sus estudios para ingresar a la universidad en línea.

Comenzó a menstruar a los 12 años; su primera relación sexual fue a los 18 años con un novio que tenía su misma edad; fue un evento planeado y de forma consensuada utilizaron el condón masculino; con esta pareja continuó teniendo relaciones sexuales, sin embargo, tiempo después terminaron de común acuerdo. A los 19 años conoce al padre de sus hijas, quien tenía 32 años; se hacen novios y al mes comienzan a mantener relaciones sexuales; con él no utilizaba el condón, lo cual lo atribuyó a la confianza hacia él; sólo hicieron uso del método del ritmo.

Su primer embarazo fue a los 19 años; el evento reproductivo se dio porque no usaban anticonceptivos modernos; vivió con su pareja dos años. Su pareja tuvo un matrimonio anterior, del cual tuvo cuatro hijos, sin embargo, Amanda refirió no tener problemas por esa situación. Se embarazó por segunda vez a los 22 años del mismo hombre; después de un tiempo se separaron porque consideró que él no les brindaba la atención necesaria a ella y sus hijas, ya que siempre estaba tratando de resolver las situaciones jurídicas de su familia de origen, radicada en



Veracruz. Actualmente Amanda cuenta con la OTB y mantiene una relación de noviazgo con el padre de sus hijas.

### **Jasmín**

Jasmín tenía 22 años cuando se le entrevistó; nació en la CDMX en julio de 1999. Todo el tiempo ha vivido con su familia, conformada por su mamá, su papá, su hermana, su hermano y ahora su hija.

Estudió el kínder, la primaria, la secundaria y la preparatoria sin ningún contratiempo escolar; al momento de la entrevista se encontraba terminando una licenciatura. Señaló que nunca ha tenido que interrumpir sus estudios y no se ha enfrentado a ninguna dificultad para cursarlos, ya que siempre ha recibido apoyo de su familia.

Jasmín comenzó a menstruar a los 11 años; su primera relación sexual fue a los 16 años, fue planeada y utilizaron el condón masculino; su pareja tenía la misma edad que ella y él es el papá de su hija; ambos estudiaban en el mismo bachillerato.

Ella se embarazó a los 17 años. Cuando se dio el embarazo sí habían utilizado el condón masculino, sin embargo, se rompió. Ella recurrió a la pastilla de emergencia, pero no funcionó; piensa que fue porque se las tomó muy tarde (un día y medio después). No tuvo dinero para comprarla antes.

Refiere que el padre de su hija y ella ya habían terminado cuando ella se enteró del embarazo; él nunca se quiso hacer responsable de su paternidad, expresando que el embarazo era de otra persona y sugirió se hiciera un aborto, pero no dio dinero para ello ni se ofreció a acompañarla. La madre de él lo respaldó.

Por otra parte, ella señala que ha tenido otras dos parejas sexuales. A los 19 años tuvo un novio que le contagió una infección de transmisión sexual (ITS), ya que él mantenía una relación con otra mujer y con ella, al mismo tiempo. Ella usaba el implante subdérmico y él se negó a emplear el condón, alegando que “*no se sentía lo mismo*”.

Actualmente no tiene una relación de pareja y su hija no sabe quién es su padre, pero reconoce como figura paterna a su abuelo. Antes de la universidad sólo quería casarse y tener una familia; sin embargo, ahora piensa ejercer su profesión.

### **Marina**

Marina tenía 27 años de edad al momento de la entrevista; nació en julio de 1993 en Netzahualcóyotl, Estado de México. Actualmente vive con su esposo y con su hijo. Ella es la menor de dos hermanas; además tiene una media hermana por parte de su papá. Desde pequeña vivió solamente con su mamá y con su hermana; sus padres se separaron, sólo convivió ocasionalmente con su papá.

Estudió el kínder, la primaria, la secundaria y la preparatoria sin repetir o posponer algún grado. Posteriormente, y ya estando embarazada, comenzó a estudiar la carrera técnica de gastronomía, la cual concluyó en un año; actualmente no está estudiando, sin embargo, le gustaría continuar preparándose.

Marina comenzó a menstruar a los 12 años; su primera relación sexual fue espontánea, usaron el condón masculino y fue a los 16 años con su novio, quien tenía la misma edad que ella; de él se embarazó. El padre de su hijo es su actual pareja conyugal, ella se casó con él a los 18 años por el civil y por la iglesia; llevan 12 años de conocerse.

Su primer embarazo fue a los 16 años cumplidos; éste se presentó porque dejaron de usar el condón masculino; después de tener a su bebé le propusieron utilizar un MAC en el hospital, pero prefirió consultarlo con su ginecóloga, quien le recetó unas pastillas. Marina refiere que dejó de usarlas porque le hacían sentir mal; su ginecóloga le propuso que usara el DIU, pero no la convencía por comentarios que escuchaba de sus amigas. Al momento de la entrevista refirió no usar algún MAC con su esposo.

Marina expresó que su pareja ejerce violencia verbal, ya que grita mucho y no es tolerante con su hijo, siempre está irritable y en ocasiones le ha llegado a pegar a su menor; además considera que él no le dedica tiempo a su niño y se enfoca demasiado en el celular. Sin embargo, espera continuar su matrimonio.

### **Lisa**

Lisa tenía 36 años al momento de la entrevista; nació en agosto de 1984 en la CDMX; durante su infancia y adolescencia convivió con ambos padres y con sus hermanos; siempre ha radicado en la Ciudad de México.

Estudio el kínder, la primaria y la secundaria sin ningún contratiempo; sus estudios de nivel medio superior fueron en un CCH, pero no pudo integrarse de forma regular, ya que el colegio estaba en paro; en el transcurso del segundo semestre tuvo que abandonar los estudios ya que quedó embarazada; su esposo ya no la dejó continuar estudiando.

Realizó un diplomado en gastronomía; posteriormente realizó el examen para terminar la preparatoria. Hizo tres intentos para entrar a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); eligió una carrera social, la cual estudia actualmente.

Lisa comenzó a menstruar a los 11 años; a los 16 tuvo su primera relación sexual con su novio, quien tenía 27 años; no emplearon ningún método anticonceptivo; el encuentro sexual no fue planeado; él es el padre de sus hijas y es su actual pareja conyugal; Lisa se casó por el civil a los 16 años.

Ella menciona que en su primera vez no quedó embarazada, por lo que a partir de ahí continuaron manteniendo vida sexual activa; llegaron a utilizar el método del ritmo; él siempre

se negó a emplear preservativo. Lisa se embarazó por primera vez a los 16 años; como fue un embarazo no planeado decide interrumpirlo, su pareja la apoyó en esta decisión y es él quien contacta al médico. Utilizaron una inyección y pastillas; una semana después ella presenta sangrados y así da por hecho que ya no estaba embarazada, sin embargo, a la siguiente fecha no tuvo su periodo, por lo que acudió con un ginecólogo, quien, por medio de un ultrasonido, le indicó que tenía cuatro meses de embarazo.

Después de su primer embarazo le ofrecen el DIU de cobre; refiere que ha sido el MAC que ha utilizado desde entonces; después de tres años (a sus 20 años) se lo cambió y decidió embarazarse de su segunda hija. Éste fue un embarazo planeado; posteriormente, queda embarazada por tercera vez, sin embargo, no llegó a término, pues presentó sangrados y tuvo un aborto espontáneo en las primeras semanas de gestación; su pareja nunca lo supo. Ante esto refiere que fue un alivio, pues no tenía planeado otro bebé. Actualmente vive con su esposo y con sus dos hijas. En el futuro contempla la posibilidad de separarse de él ya que ejerce violencia económica hacia ella y no le permitirá trabajar.

Lisa refiere que tuvo un episodio de depresión, el cual lo asocia a la pandemia por COVID-19, enfermedad que le dio a ella y a toda su familia sin mayores consecuencias, así como al confinamiento, ya que no podía salir para ir a la escuela y tuvo que adaptarse a las nuevas tecnologías de la información para tomar clases en línea.

### **Jonás**

Jonás, al momento de la entrevista, tenía 26 años; desde que nació ha vivido en Puebla; refiere que cuando era pequeño residió con sus abuelos maternos y con su mamá; durante su adolescencia se quedó sólo con su mamá.

Cursó el kínder, la primaria y la secundaria, posteriormente continuó con el bachillerato, sin embargo, no pudo seguir con sus estudios debido a problemas económicos y familiares; por lo que se vio obligado a buscar trabajo. A los 19 años continuó laborando, pero también retomó sus estudios; a esa edad concluyó el bachillerato. Estudió un tiempo filosofía en la universidad.

Jonás inició su vida sexual a los 17 años con su novia, quien tenía la misma edad; fue una relación sexual planeada; utilizaron el condón masculino y considera que fue una buena experiencia.

Después de dos años de relación y confianza mutua deciden no cuidarse para tener un bebé e irse a vivir juntos para formar una familia y no tener que escuchar los regaños de la familia de ella; pero fue en ese momento del embarazo cuando él se enferma gravemente y ambos se dan cuenta que ninguno de los dos estaba preparado para tener un hijo, especialmente por los problemas económicos. Su pareja decide regresar con sus padres, quienes le

condicionaban su apoyo a cambio de terminar la relación con Jonás; una vez separados la relación con sus ex suegros mejoró.

Jonás reside con uno de sus tíos, ya que su mamá y su abuela fallecieron de COVID-19. Aunque él se separó de su pareja sigue conviviendo con su hija y juntos van a terapias familiares para manejar el duelo. Actualmente no tiene pareja.

### **Julián**

Cuando se llevó a cabo la entrevista Julián tenía 26 años de edad. Refiere que siempre ha vivido con sus dos padres y con sus dos hermanos; señala residir con su pareja y con sus dos hijos en el mismo terreno donde viven sus padres, pero en una casa aparte.

Estudió el kínder, la primaria y secundaria sin adversidades; el bachillerato lo terminó a los 18 años y sólo cursó el tronco común de su carrera técnica; dejó de estudiar dos años y más tarde se inscribió en una carrera de contabilidad en una escuela privada; estudió ocho meses y ya no pudo continuar porque en ese momento tuvo que hacerse cargo económicamente del embarazo no planeado con su pareja.

Julián tuvo su primera relación sexual a los 16 años con una adolescente tres años menor que él; refiere que fue una relación medio planeada, es decir, que ya habían hablado de este primer encuentro, pero no tenían la certeza de qué día iba a suceder. En esta experiencia usaron el condón masculino. Tuvo otras dos parejas, con quienes también usaba protección. A la mamá de sus dos hijos la conoce a los 18 años; con ella fue un poco complicado usar el preservativo, ya que ella comentaba ser alérgica al látex; por esa razón no utilizaron el condón, después de un tiempo surgió el embarazo.

Cuando ocurrió el evento reproductivo, Julián tenía 19 años y su pareja 21. Discutió con su pareja la posibilidad de abortar porque los dos se encontraban estudiando y esto vendría a complicar sus planes; cuando llegó el momento de ejecutar dicho acto deciden no llevarlo a cabo, reflexionaron en los riesgos para la salud en ella; consideraron que podría haber algún castigo divino o un karma, ya que eran muy religiosos, también pensaron que si abortaban, después ya no podrían tener hijos.

Un año después deciden volver a embarazarse debido a que en el primer embarazo les habían comentado que tendrían gemelos, pero no fue así, por lo cual se quedaron con la idea e ilusión de tener otro hijo; actualmente tiene dos hijos varones que se llevan un año de diferencia.

### **Erick**

Erick tenía 26 años de edad al ser entrevistado; nació en la CDMX. Siempre ha vivido con sus padres y hermanos; actualmente sigue viviendo en casa de ellos, pero en unos cuartos que construyó para residir con su pareja y con sus dos hijos.

Estudió el kínder, la primaria, la secundaria y la preparatoria sin ningún problema; sin embargo, no pudo seguir una carrera universitaria, ya que al terminar el bachillerato su novia quedó embarazada y tuvo que trabajar.

Erick tuvo su primera relación sexual a los 16 años; su pareja en ese momento tenía 15 años; el evento no fue planeado, utilizaron el condón masculino como método anticonceptivo.

Aunque llegaron a utilizar el condón masculino, en ocasiones no se protegían, por lo que ella quedó embarazada a los 17, cuando él tenía 18 años. En algún momento pensaron en la interrupción del embarazo, ya que la madre de su novia no estaba de acuerdo con su relación y menos que ella dejara de estudiar; sin embargo, ellos decidieron seguir con el embarazo.

Años más tarde decidieron, de común acuerdo, tener otro bebé, por lo que tienen dos hijos (una niña y un niño); él tenía 25 años y ella 24 cuando ella se embaraza por segunda vez. Por el momento no tienen planes de casarse; considera que están mejor viviendo en unión libre.

Erick refiere que tiene problemas de alcohol y tabaco; inició el consumo a los 17 años. En algún momento de su vida ha probado la marihuana y cocaína, sin embargo, éstas últimas las ha probado por curiosidad. Considera que el alcoholismo ha traído problemas a su vida, ya que en algunos momentos se ha puesto agresivo y ha intentado pegarle a su pareja; también ha sido violento con sus padres cuando está alcoholizado.

Se considera una persona insegura y enojona, ha padecido de depresión por el fallecimiento de su abuelita y de otros familiares; ha pensado seriamente buscar ayuda para sus problemas emocionales a fin de lograr dejar el alcohol.

### **Joaquín**

Al momento de la entrevista Joaquín tenía 25 años de edad; es residente del Estado de México. Durante su infancia y adolescencia vivió con su mamá, después ella volvió a juntarse y tuvo un padrastro. Refiere que su papá nunca se hizo cargo de él; sin embargo, a sus 18 años conoció de casualidad a su padre, pudieron convivir muy poco porque lo asesinaron. Actualmente vive con sus suegros, su pareja, su hijo y su cuñada. Su padrastro falleció por COVID-19; con su mamá convive de vez en cuando.

En cuestiones de su formación académica cursó el kínder, la primaria y la secundaria sin problema; aunque tuvo que ir a terapias de lenguaje porque no hablaba; después entró a la preparatoria, sin embargo, no le gustaba porque le quedaba muy lejos y reprobó materias; al siguiente año hizo el examen y quedó en una escuela que sí le gustaba por la cercanía a su casa

y fue ahí donde concluyó sus estudios medio superiores; después de ello ya no siguió en la escuela.

Su primera relación sexual fue a los 14 años; tenía ocho meses de noviazgo con esa joven; fue planeada y utilizaron el condón masculino. A los 17 años conoce a su actual pareja, con quien después de tres meses inician vida sexual; utilizaban el condón masculino, pero lo dejaron de usar porque los dos tenían la idea de ser padres.

A los 18 años se entera del embarazo de su novia, ella tenía 16 y el bebé nace cuando ella ya tenía 17 años. Su suegra estaba feliz, pues ya le habían comentado anteriormente sus planes de tener un bebé para comenzar a vivir en unión libre; su suegro les brindó su apoyo económico y emocional y les ofreció su casa para residir.

Por su parte la mamá de Joaquín estaba un poco triste, ya que él se fue a vivir con su familia política de un día para otro. Por el momento no piensan tener otro hijo, aunque tal vez más adelante les gustaría tener una niña.