

“Me da vergüenza”: género, adultocentrismo y salud sexual y reproductiva de adolescentes en Morelos, México*

“I’m ashamed”: gender, adultcentrism and sexual and reproductive health of teenagers in Morelos, Mexico

ITZEL ADRIANA SOSA-SÁNCHEZ**

Abstract

In Mexico, contraceptive use among adolescents remains insufficient. The objective of this article is to explore the obstacles that restrict contraception and the use of sexual and reproductive health services among adolescents. To this end, in-depth semi-structured interviews were conducted, providing evidence that highlights the articulation and impact of gendered sexuality mechanisms and adult-centrism on prevention practices. The research results identify the polysemic and contextual definition of risks in sexuality, sexual double standards, and adult-centrism as significant obstacles to prevention. This implies that prevention practices are influenced by diverse and sometimes contradictory discourses on sexual morality and gendered normative concerns that impact the contextual definition of risks. It is concluded that combating adult-centrism and gender inequalities should be a cornerstone of policies aimed at strengthening adolescents’ rights.

Keywords: *sexuality, contraception, sexual double standards, risks*

Resumen

En México, el uso de anticoncepción en adolescentes sigue siendo insuficiente. El objetivo de este texto es explorar los obstáculos que restringen la anticoncepción y el uso de servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a partir de las cuales se aportan evidencias que visibilizan la articulación e impacto de dispositivos en sexualidad generizados y el adultocentrismo sobre las prácticas de prevención. Los resultados de la investigación muestran la definición polisémica y contextual de riesgos en sexualidad, la doble moral sexual y el adultocentrismo como obstáculos importantes para la prevención, lo que implica que las prácticas de prevención están atravesadas por diversos y a veces contradictorios discursos sobre moralidad sexual y preocupaciones normativas generizadas que repercuten en la definición contextual de riesgos. Se concluye que el combate del adultocentrismo y las desigualdades de género deben ser un eje de las políticas dirigidas a fortalecer los derechos de las adolescencias.

Palabras clave: *sexualidad, anticoncepción, doble moral sexual, riesgos*

* Artículo recibido el 24/07/2024 y aceptado el 03/10/2024.

** Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Av. Universidad s/n, Circuito 2, 62210 col. Chamilpa, Ciudad Universitaria de la UAEM, Cuernavaca, Morelos <itzela@correo.crim.unam.mx>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1223-0829>.

Introducción

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente constituye un desafío de suma relevancia. En los ámbitos académicos y políticos se ha insistido en reconocer que durante la adolescencia tienen lugar eventos y transiciones en materia de sexualidad, que pueden afectar el futuro y el curso de la vida (Pérez y Sánchez 2020; Jones *et al.* 2020). En paralelo, es de destacar que en las últimas décadas en México los esfuerzos (en ocasiones discontinuos y poco coordinados) en política pública destinados a esta población se han dirigido principalmente a reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), así como del embarazo adolescente (Juárez *et al.* 2010). Sin embargo, se ha señalado que la población adolescente tiende a estar expuesta a grandes riesgos en estos ámbitos dado que, en general, esta población suele estar poco informada en el tema y su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva tiende a ser limitado, lo que impacta de manera negativa su acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de salud sexual y reproductiva, así como el ejercicio y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023 (INEGI 2024) sugieren que, en la última década, el uso de los mismos en la primera relación sexual se ha incrementado, en el grupo de 15 a 19 años, y en 2023 llegó a 66.9% en el ámbito nacional. Estas estimaciones sugieren que aún hay una demanda insatisfecha de anticonceptivos especialmente en la población joven, lo que se expresa en que más de 30% de las mujeres no usaron ninguna protección durante su primera relación sexual (Gayet y Juárez 2020; INEGI 2024), lo cual implica importantes desafíos en este rubro en el país. Estos datos son relevantes si tomamos en cuenta que diversos estudios han indicado una ligera disminución en la edad de la iniciación sexual en México para hombres y mujeres (Menkes, de Jesús-Reyes y Sosa-Sánchez 2019), sin que esto necesariamente vaya acompañado con una eficaz educación sexual y un acceso universal de esta población a métodos anticonceptivos y de prevención de ITS.

De modo paralelo es de resaltar que las evidencias en el mundo señalan que los jóvenes entre 15 y 24

años registran un tercio de las nuevas infecciones de VIH y aproximadamente 60% de estos nuevos casos tuvieron lugar en mujeres adolescentes y en mujeres jóvenes mayores de edad (Cervantes 2016). En México, en 2015, la población joven (de 12 a 29 años de edad) contabiliza el 34.36% de los casos de sida y, en este grupo de edad, 80.8% del total de las infecciones fue por contagio sexual. A lo antes mencionado se agrega que tanto la fecundidad como el embarazo adolescente en México a fines de la década pasada empezaron a mostrar un incremento significativo (Menkes y Sosa-Sánchez 2016; Hernández, Muradás y Sánchez 2015).¹

Es esencial subrayar que el bajo uso de anticonceptivos y de prácticas de prevención en materia de sexualidad en esta población es un indicador potente, tanto de las desigualdades socioestructurales que aquejan a esta población (Jones *et al.* 2020; Cense, Bay-Cheng y Van Dijk 2018; Cense 2019) como de las desigualdades de género expresadas en la doble moral sexual (Sosa-Sánchez 2005 y 2021). Por otro lado, este bajo uso y las aún limitadas prácticas de prevención en el campo de la salud sexual y reproductiva expresan la no garantía y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de esta población en México (Sosa-Sánchez 2021).

A la vez, se ha sugerido que la ausencia de prácticas de prevención y de uso de anticonceptivos, así como la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva que se dirigen a esta población, y la información que se considera socialmente pertinente que éstos deben de tener en cuanto a la sexualidad, se ven impactadas por la forma en que se piensa socialmente sobre lo que es la adolescencia y los cambios biológicos que este periodo puede implicar (Jones *et al.* 2020). En este contexto, es crucial aportar evidencias empíricas que contribuyan a identificar algunos de los aspectos que desincentivan y obstaculizan tanto las prácticas de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual como el uso de servicios de salud sexual y reproductiva sobre todo en materia de anticoncepción. Al respecto, es necesario estudiar el tema tomando en cuenta cómo se articulan las relaciones de poder y de género con la sexualidad, así como las percepciones y construcciones sociales sobre la adolescencia y cómo esto incide sobre la salud sexual y reproductiva, sobre la sexualidad y sobre las prácticas sexuales e incluso sobre la política pública dirigida a esta población (Cense, Bay-Cheng y Van Dijk 2018; Cense 2019;

¹ De 2009 a 2014 las mujeres adolescentes en México (15 a 19 años de edad) aumentaron su fecundidad en 11.3 % (Hernández, Muradás y Sánchez 2015).

Sosa-Sánchez 2021). Con este fin, en este artículo se exploran las percepciones y experiencias en sexualidad, y las experiencias con los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes residentes en cuatro municipios del estado de Morelos (centro de México).

Material y métodos

Los resultados de investigación se derivan de la fase cualitativa de un estudio más amplio sobre embarazo adolescente y salud sexual y reproductiva en Morelos.² Se realizaron 21 entrevistas individuales y 14 entrevistas grupales en profundidad con adolescentes (mujeres y hombres de 12 a 19 años de edad) de principios de 2016 a principios de 2020 en los municipios de Cuernavaca, Cuautla, Temixco y Jiutepec. Cinco entrevistas grupales con mujeres, cinco con hombres y cuatro mixtas. Los instrumentos básicos de recolección de información fueron las guías de entrevistas semiestructuradas en profundidad (individuales y grupales) y los cuestionarios sociodemográficos.³ Por medio de las entrevistas grupales e individuales se indagó sobre el proyecto de vida, las experiencias en torno a las relaciones sexuales y la sexualidad, las necesidades de información en estos ámbitos, las percepciones del riesgo y prácticas de prevención en materia de sexualidad, salud reproductiva y embarazo adolescente, además de sobre los obstáculos que este grupo de población percibe para acceder a información y a servicios de salud sexual y reproductiva. Las guías de entrevista permanecieron abiertas a la incorporación de categorías emergentes. El trabajo de campo se finalizó cuando se alcanzó la saturación teórica (Glaser y Strauss 1967). El cuestionario sociodemográfico permitió reconstruir el contexto demográfico y socioeconómico, en función del cual se analizó la información recolectada en las entrevistas individuales y grupales.

Pese a reconocer el carácter problemático y los cuestionamientos e historicidad señalados desde hace décadas al concepto de adolescencia en cuanto categoría histórica occidental altamente homogeneizante (Feixa 2006), en este estudio se adopta la categoría adolescentes para referirse al grupo comprendido entre los 12 y los 19 años, considerando que los adolescentes,

no obstante su heterogeneidad, comparten particularidades (cambios corporales, socioafectivos, etcétera), y necesidades que los hacen factibles de constituirse en un grupo específico de estudio. La mayoría de los participantes se reclutaron en diferentes espacios: en escuelas, a través de organismos no gubernamentales y gubernamentales. Se realizó un muestreo teórico que buscaba incluir a sujetos con características diferentes en términos de iniciación sexual, edad, escolaridad, residencia (semirural/urbana), trayectorias reproductivas (con y sin experiencias de embarazo durante la adolescencia) y estado civil.

Con la finalidad de incluir a adolescentes que estuviesen fuera del sistema escolar y/o hubieran experimentado algún evento reproductivo (en especial embarazo en la adolescencia) se recurrió a la técnica de bola de nieve (Mendieta 2015). Las entrevistas se realizaron en espacios recreativos, escuelas, cafeterías y parques. Las entrevistas individuales duraron en promedio 75 minutos, y las grupales 57 minutos. Con el propósito de cuidar los aspectos éticos fue un requisito indispensable la obtención del consentimiento informado de los participantes en el estudio. Se garantizó que la información proporcionada es absolutamente confidencial y usada para fines estrictamente de investigación. En la fase de análisis y difusión de resultados, se fue muy escrupuloso en que toda posible identificación de los participantes fuera anulada por completo. Las entrevistas, grabadas y transcritas en su totalidad (literalmente), fueron sistematizadas mediante el software de análisis cualitativo de datos *Atlas-ti*. El análisis de las narrativas privilegió el método propuesto por la teoría fundamentada (Glaser y Strauss 1967) y puso un énfasis especial en la comparación constante de los datos y entre un ir y venir entre los datos y la teoría. De igual modo, en un principio se segmentaron los datos según las temáticas principales de las guías a través de códigos más generales, que mediante múltiples lecturas fueron dando lugar a códigos cada vez más específicos, logrando así lo que se denomina la codificación en fino (Glaser y Strauss 1967). Este análisis permitió identificar tanto regularidades como rupturas en el material de campo obtenido. Es de destacar que en campo y durante al análisis se hizo hincapié en la incorporación de categorías emergentes no contempladas al inicio del estudio.

² Investigación iniciada en mayo del 2015 con financiamiento de la Secretaría de Hacienda del estado de Morelos en un primer momento y, en un segundo momento, financiada por el Instituto de la Mujer del Estado de Morelos.

³ El cuestionario sociodemográfico constó de 21 preguntas y las guías de entrevistas en profundidad estaban diseñadas en secciones temáticas donde se exploraban, según cada caso, de 20 a 40 preguntas sobre las temáticas identificadas como relevantes.

Resultados

Características de la población de estudio

a) *Descripción de las características de los participantes en las entrevistas grupales.* Los participantes en las entrevistas grupales sumaron 89 y en las individuales 21 (véase cuadro 1). De ellos, 47.8% tenía de 16 a 17 años, 33.5% de 12 a 15 años y 18.9% de 18 a 19 años. La mayoría eran mujeres (58.7%) y 41.3% eran hombres y el 71.7% habitaba en familias nucleares. El 90.2% eran solteros y sólo 9.8% eran unidos o casados. El 4.5% decía ser religioso, 70% de los cuales eran católicos. Prácticamente todos eran estudiantes (97.8%) al momento de la investigación. En cuanto a la escolaridad, 72.6% contaba con algún grado de preparatoria y el resto con algún grado de secundaria. De todos los participantes incluidos –mujeres y hombres–, 44.6% se encontraba trabajando, la mitad de ellos en negocios familiares o como vendedores. Únicamente el 8.7% declaró alguna vez un embarazo y el 7.6% haber tenido un hijo, pero casi todos conocen a una persona cercana con experiencia de embarazo adolescente.⁴ Con el fin de caracterizar el estrato socioeconómico de los participantes, y elaborar un índice socioeconómico básico, se elaboraron preguntas acerca de las condiciones de la vivienda.⁵ Casi la mitad pertenece al grupo socioeconómico medio o alto (46.7%), 38% al bajo y 15.2% al muy bajo. Se llevaron a cabo tres entrevistas grupales en Temixco, Jiutepec y Cuernavaca y dos en Cuautla.

Cuadro 1. Participantes según tipo de entrevistas por municipio

Tipo de entrevistas	Temixco	Jiutepec	Cuautla	Cuernavaca	Total de participantes
Grupales	26	23	13	27	89
Individuales	2	8	6	5	21
Total	28	31	19	32	110

b) *Descripción de las características de los participantes en las entrevistas individuales.* Las y los adolescentes entrevistados de manera individual (n = 21) eran heterogéneos. El 28.5% de ellos era hombre

(n = 6) y 71.4% mujer (n = 15). De las y los entrevistados 83% tiene 18 o 19 años. Dos provienen de Cuernavaca, ocho de Temixco, seis de Jiutepec y cinco de Cuautla, y 81% pertenece a familias nucleares (n = 17). El 42.8% (n = 9) trabajaba en empleos no especializados. El 52.3% (n = 11) no estudiaba al momento de la entrevista. El 66.6% (n = 14) era soltero/a y 33.3% (n = 7) estaba unido en ese momento. El 52.4% de las/los participantes había estado embarazada o había embarazado a alguien (n = 11). El 52% tenía un hijo. El 76.9% (n = 16) y el 16% (n = 5) contaban con algún grado de preparatoria y con algún año de secundaria, respectivamente. El 38% pertenecía a un estrato medio o alto (n = 8), 28.5% (n = 6) al estrato bajo y 33.3% (n = 7) al muy bajo. Todos conocían a alguien en su entorno cercano que había experimentado un embarazo en la adolescencia.

Las narrativas producidas en situación de entrevistas grupales e individuales revelan la existencia de obstáculos materiales y simbólicos que dificultan que esta población acceda a información y a servicios de salud sexual y reproductiva e incorpore prácticas de prevención en la materia. Los principales obstáculos identificados en el análisis de las entrevistas fueron: la definición polisémica y contextual de los riesgos en sexualidad, la doble moral sexual, así como una visión adultocéntrica de la sexualidad, que jerarquiza y define quiénes son los sujetos de sexualidad legítima en una sociedad y momento determinados.

Significados polisémicos y contextuales de riesgos en el ámbito de la sexualidad

Aunque los discursos sociales dominantes tienden a una percepción unívoca y descontextualizada de los riesgos en salud sexual y reproductiva derivados del ejercicio de la sexualidad (lo que permea las políticas públicas), las narrativas muestran que la atribución y definición social de lo que se define y percibe como riesgo en materia de sexualidad y salud es compleja, polisémica y contextual. Esto es relevante si se toma en cuenta que la definición de lo que se piensa riesgoso (desde la perspectiva de esta población) repercute en las posibles medidas preventivas a adoptar cuando se tienen relaciones sexuales y en la definición y percepción de lo que debe o no, ser prevenido. Así, en

⁴ Durante la fase de reclutamiento en trabajo de campo, se invitó de manera constante a participar a adolescentes de 10 a 19 años de edad, sólo se obtuvo respuesta de adolescentes ubicados en el rango de edad de 12 a 19 años.

⁵ Este indicador fue construido a partir de la siguiente información: el material del piso de la casa donde viven, el número de cuartos del hogar, si cuentan con acceso a internet y si hay al menos un auto en el hogar. Es importante recalcar que este índice sólo refleja las condiciones de la vivienda y no toma en cuenta ni los ingresos de los miembros del hogar, ni la escolaridad, ni el tipo de trabajo.

los discursos emerge que esta población identifica y percibe como principales riesgos al tener relaciones sexuales el contagio de una ITS y el embarazo. Por ejemplo, en situación de entrevista grupal, un grupo de mujeres adolescentes señalaba:

P: Vamos a construir una historia colectiva. Dos jóvenes se conocen en una fiesta, se sienten atraídos conversan y bailan. Después salen juntos y tienen relaciones sexuales. No usaron condón. ¿Qué les preocupa?

R: Todas: el embarazo, embarazarse, que termine embarazada o que termine infectada de algo.

P: ¿A los dos les preocupa lo mismo?

R1: No. No. Más a la mujer. Bueno, al chavo sí le importaría que la chava estuviera embarazada.

R2: Creo que él estaría más preocupado de tener una enfermedad de transmisión sexual que del embarazo [EG 001, mujeres, Cuernavaca].⁶

Pese a que la percepción de las adolescentes participantes en las entrevistas grupales es que el embarazo es esencialmente una preocupación de las mujeres, en las narrativas grupales de los hombres también emergió la percepción de las ITS y el embarazo como principales riesgos en el ámbito de la sexualidad:

P: ¿Existen riesgos al tener relaciones sexuales?

R1: Sí, los embarazos no deseados.

R2: Las infecciones [EG 002, hombres, Cuernavaca].

Esto sugiere que, al menos en los discursos socialmente consensuados producidos en situación de entrevista grupal, la dimensión reproductiva (vinculada al embarazo) entre los adolescentes hombres está empezando a ganar espacio, lo que se refleja en la preocupación que expresan sobre el tema. De igual modo, es de destacar que pese a que en las narrativas individuales y grupales las y los participantes mencionan conocer algunos métodos de protección al tener relaciones sexuales, el no uso de los mismos aparece en sus respuestas como derivado sobre todo de dos cuestiones centrales: *a)* el no haber planeado tener relaciones sexuales (relacionado no sólo con las imágenes asociadas a la espontaneidad del amor romántico y, como se verá posteriormente en este artículo, a lógicas sociales ancladas en una visión adultocéntrica de la sexualidad) y, *b)* la existencia y actualización de las desigualdades de género a través de la doble moral sexual. Esto incide sobre las percepciones y definiciones de lo que la población participante en el estudio reconoce como

“riesgoso” y necesario de ser prevenido al tener relaciones sexuales y afecta las prácticas sexuales y de prevención en torno a ellas. La puesta en circulación de las desigualdades de género y de la doble moral sexual tornan inteligible que, en los relatos grupales de las participantes, emerja como un riesgo la posibilidad de abandono por parte de la pareja sexual después de haber tenido relaciones sexuales con él:

P: Cuando piensan en reproducción y sexualidad, ¿qué riesgos perciben?

R1: Más que nada porque es la primera vez y que la dejen.

R2: Si la chava es virgen, en esta sociedad, tiene miedo de que la dejen ¿no?

R3: Porque unas piensan, tienen miedo a que lo divulguen.

R4: Pueden decir, es que esa chava es así, entonces todos quieren algo.

R5: Entonces esa chava tiene miedo de que el chavo ande divulgando que ellos tienen relaciones [EG 003, mujeres, Cuernavaca].



⁶ Nomenclatura: EG = entrevista grupal; EI = Entrevista individual; P = pregunta; R = respuesta; R1: respuesta 1, o 2, sucesivamente.

Las preocupaciones y riesgos planteadas en el fragmento anterior exhiben el peso de las desigualdades y normatividades de género y la persistencia de la doble moral sexual en cuanto a lo que las mujeres jóvenes perciben como riesgoso al tener relaciones sexuales. Merece la pena subrayar que el abandono por parte de la pareja sexual no se menciona en las entrevistas grupales ni individuales de los participantes hombres. Esto es indicativo de las asimetrías de género y la doble moral sexual entre los sexos, lo cual permea el ámbito de la sexualidad y las negociaciones sobre las relaciones sexuales, y puede tener impactos negativos sobre la salud sexual y reproductiva. Así, la doble moral sexual generizada hace comprensible la percepción de este riesgo entre las mujeres, al tiempo que pone al centro los vínculos entre la actividad sexual prematrimonial en las mujeres y la reputación éstas.

Es también importante que en las entrevistas grupales e individuales se señalen riesgos asociados (y percibidos por las y los adolescentes) con el inicio y el mantenimiento de relaciones sexuales. Como ya se mencionó, la doble moral sexual enmarcada y posibilitada por y desde las desigualdades de género y poder constituye uno de los obstáculos más significativos para la incorporación de prácticas de prevención de embarazos y de ITS en la adolescencia:

P: ¿Se hace algo para prevenir esos riesgos que ustedes mencionaron?

R1: Sí (responden varias).

R2: Negarlo (RISAS).

P: ¿Qué más se hace?

R2: Pensarlo antes de hacer eso (tener relaciones sexuales).

R3: Pensar más de una vez, sobre todo.

R4: No tener tanta confianza (no darle tanta confianza).

Es que, unas cosas sí, pero algunas cosas ya personales de nosotras, ya no.

R5: Más que nada que su relación de noviazgo dure más de un año para prevenir los riesgos más que nada, para más o menos ver cómo son ellos, lo que sienten y cómo son, si son chismosos, si dan confianza y eso [EG 003 mujeres, Cuernavaca].

Así, es común que los daños a la reputación femenina sean percibidos como un riesgo significativo a prevenir, constituyendo una preocupación central para las mujeres adolescentes heterosexuales al tener (o considerar tener en algún momento) relaciones sexuales. Además, presuponer que los hombres sean *chismosos* y comuniquen que ellas están teniendo relaciones sexuales, es pensado como potencialmente riesgoso.

Desigualdad de género, doble moral sexual y demanda femenina de uso de métodos anticonceptivos y condón

En la mayoría de los relatos en situación de entrevista grupal, en una primera instancia, emerge que las mujeres deberían (pese a los daños posibles a su reputación y al riesgo de poder ser conceptualizadas como calientes, putas, etcétera) exigir el condón y usar anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados. Sin embargo, las entrevistas individuales de quienes ya se han iniciado sexualmente, evidencian que las asimetrías de poder y los condicionantes de género son un obstáculo central para el empoderamiento femenino en el ámbito sexual:

P: Con tu pareja, ¿usabas algún método anticonceptivo?

R: No, no le gustan a él. No le gustaba ni ponerse él, ni que me pusiera yo, decía que no se sentía igual [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

P: Para tomarse esa pastillita que contabas, ¿quién lo decidió?

R: Él.

P: ¿Y cómo fue?, ¿qué te propuso que te tomaras?

R: La primera vez que tuvimos relaciones, él me las trajo al otro día y me dijo que me las tomara [EI 012, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 16 años, Temixco].

En la narrativa anterior se pone en evidencia que el hombre es el *que cuida a la mujer* en este aspecto, bajo el supuesto socialmente compartido de que *ellos son los que saben* de sexo (dado que son los sujetos legítimos de sexualidad) y, por ende, son percibidos por las mujeres como los indicados para decidir *qué anticonceptivo usar y cuándo usarlo*. En el caso de las mujeres, la demanda de condón y el uso de anticonceptivos (sin consultar y subordinarse al hombre) se vincula con imágenes sociales estereotipadas que se perciben como perjudiciales para la reputación *femenina*, *bajo el supuesto, socialmente* compartido, de que las mujeres no saben y no tienen por qué saber de sexo y, por tanto, de prevención *de embarazos y/o ITS*. Esto restringe la negociación verbal de las condiciones de los encuentros sexuales contribuyendo a que se perciba que la iniciativa de usar o no usar anticonceptivos debe provenir de los hombres, de donde se deriva que éstos controlan y deciden qué prácticas preventivas tomar cuando se tienen relaciones sexuales. Lo anterior expresa la persistencia de discursos y prácticas que aluden de nueva cuenta a las desigualdades de género y al machismo en los ámbitos de la sexualidad, en

concreto en lo relativo a las prevenciones, donde la responsabilidad de la prevención de embarazos sigue siendo dirigida a los cuerpos de las mujeres. En paralelo, esto puede explicar que, en general, se manifieste en las respuestas que, en los hechos, existe una expectativa de que la iniciativa de usar el condón (e incluso cuál anticonceptivo usar) sea decidida por los hombres:

- P: ¿Alguna vez le solicitaste usar condón a tu pareja?
 R: Sí, pero él decía que no, que para qué, que se iba a quedar siempre conmigo, que para qué lo usábamos.
 P: ¿Y tú qué le decías?
 R: Que era su decisión de él, si él quería o no [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

La asignación de la iniciativa no es aleatoria y tiene importantes raíces sociales. En consecuencia, la demanda femenina de uso de condón puede ser vista (interpretada) por los hombres (parejas sexuales) como demostración de experiencia erótica, lo que puede ocasionar desconfianza y rechazo de la pareja y, como se vio en el apartado anterior, posibles daños a la reputación de la mujer, lo que lleva a problematizar, como se verá en la sección siguiente, los significados en el uso del condón en parejas heterosexuales jóvenes. Respecto a esto, una mujer adolescente comentaba:

- P: ¿Crees que se ven mal las chavas que piden anticonceptivos?
 R: Sí porque si uno va a pedir anticonceptivos hay personas que piensan mal de que ¡ay! Ya va a andar así haciendo cosas que no (teniendo relaciones sexuales). Mucha gente piensa mal las cosas, y pienso que sí, una mujer sí se ha de ver mal pidiendo anticonceptivos, en un hombre pues es casi normal [EI 002 mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

Pese a esto, y de modo contradictorio en caso de un embarazo no deseado, existe la percepción de que las mujeres son quienes tienen la responsabilidad central de cuidarse y evitar los embarazos, debido a que son ellas quienes se quedan embarazadas:

- P: ¿Por qué los jóvenes usan o no condón?
 R: Hay hombres que dicen “¿por qué me voy a cuidar yo?, cuídate tú, es tu responsabilidad y, total, vas a quedar embarazada tú, no yo” [EG 005, mixta, Cuautla].

Así, las relaciones de género y poder en contextos como el del estudio inciden en las negociaciones en

torno a las condiciones bajo las cuales tienen lugar los encuentros sexuales heterosexuales entre hombres y mujeres, dificultando que la mujer tome la iniciativa en materia de prevención al tener relaciones sexuales.

Prevenciones y significados del uso del condón: entre el amor y la confianza

En las narrativas también emerge continuamente el amor como un elemento central a la hora de decidir tener relaciones, en especial entre las mujeres, y en situación de entrevista grupal. En paralelo, entre las formas más reiteradas de prevención de contagios de rrs en los relatos emerge el “conocer” a la persona con quien se tienen relaciones sexuales:

- P: ¿En qué tienen que pensar para animarse a tener relaciones sexuales?
 R1: Supongo el amor que se tiene el uno al otro... y también conocer perfectamente al novio [EG 006 Mujeres adolescentes, Temixco].

Así, en las respuestas, el uso del condón se asocia con relaciones sexuales y con personas poco o no conocidas. A su vez, las imágenes relativas a la virginidad (no exclusivamente femenina) constituyen otro elemento fundamental que obstaculiza las negociaciones sexuales y la incorporación de prácticas preventivas. Por ejemplo, las y los adolescentes se refieren a nociones que vinculan la virginidad con



la pureza y con la higiene (limpieza), como garantía de que no hay posibilidad de contagios y, por tanto, el uso de condón se juzga innecesario:

P: ¿Le solicitabas a tu pareja usar condón?

R: Sí, una vez se lo dije, las primeras veces, pero en sí, ya teníamos cuatro años de novios; lo conocía bien y era la primera vez que pasaba, en esos cuatro años, era la primera vez que pasaba. Sí tenía miedo de que tuviera una enfermedad. Pero me decía que yo era la primera, pero yo no estaba totalmente segura. La primera vez sí fue protección, pero ya las otras veces ya no.

P: Cuando le pediste protección, ¿él cómo reaccionó?

R: Me dijo que estaba bien, que si no confiaba en él que estaba en todo mi derecho [EI 020 mujer con experiencia de embarazo adolescente, 17 años, Cuautla].

Asimismo, las narrativas indican que el discurso del amor y la percepción de que se *estará siempre con la misma pareja* constituyen impedimentos importantes para el ejercicio de prácticas de prevención de embarazos e ITS, sobre todo entre la población femenina, como ya quedó registrado antes en un testimonio:

P: ¿Alguna vez solicitaste usar condón a tu pareja?

R: Sí, pero él decía que no, que para qué, que se iba a quedar siempre conmigo, que para qué lo usábamos [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

Es preciso resaltar y problematizar que el discurso sobre *sexo seguro*, basado en el concepto de riesgo, entra en conflicto con el discurso del amor, donde las prácticas sexuales son enmarcadas en un ámbito de amor y de confianza (Warr 2001). Así, en ciertos contextos, el plantear el uso de condón puede enfrentar a las parejas, especialmente a aquellas que se consideran estables y basadas en vínculos afectivos (Warr 2001), por lo que, en muchas ocasiones, la demanda de condón puede implicar conflictos entre las partes involucradas, lo que dificulta su demanda y uso continuo.

Desconocimiento de los servicios de salud reproductiva: entre el tutelaje y la visión adultocéntrica de la sexualidad

Entre la población participante, lo antes mencionado se articula en primera instancia, con un poco o nulo conocimiento de la existencia de servicios de salud donde pueden acercarse las y los adolescentes a solicitar información y servicios en materia de salud se-

xual y reproductiva y, en segunda instancia, con la persistencia de una visión adultocéntrica de la sexualidad, que condiciona no sólo la organización, oferta y disponibilidad de servicios de salud en esta materia dirigidos a esta población, sino también la disponibilidad del personal de salud a cargo para responder a las inquietudes y necesidades planteadas por quienes se acercan a estos servicios.

Un primer obstáculo identificado por las y los participantes de las entrevistas individuales y grupales lo constituye el desconocimiento generalizado de la existencia de los servicios de salud reproductiva destinados a ellos:

P: ¿Conoces los servicios de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes?

E: No, la verdad no [EI 013, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 18 años, Jiutepec].

P: ¿Conoces o has escuchado hablar de los servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes?

E: No [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

De los fragmentos anteriores sobresale que provinieron de participantes que ya habían experimentado al menos un embarazo durante la adolescencia, lo que en general suele significar que han tenido un mayor acercamiento con los servicios de salud durante el embarazo y el parto. A su vez, merece destacarse que los servicios que más conocen son aquellos ofrecidos por los centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA), lo que, por lo común, se limita a la entrega gratuita de preservativos:

P: ¿conoces los servicios de salud adonde ustedes pueden ir a buscar, por ejemplo, condones?

R: Sí, en el Centro de Salud.

P: ¿En caso de necesitar, usarías estos servicios?

R: A mí me daría pena.

P: ¿Pena, por qué?

R: Depende de cómo te mire la persona, porque es una persona más adulta, madura y ya con un trabajo, y tú como que vas así, estás muy chica, y vienes a pedir eso, pues se ve feo [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].

De estas respuestas se desprende que uno de los principales factores que desincentivan la búsqueda activa de información sobre la anticoncepción en los servicios de salud lo constituyen las actitudes paternalistas e inquisidoras del personal que está a cargo

de estos servicios. Esto genera incomodidad entre la población adolescente que tiende a sentir cuestionadas sus necesidades en materia de información sobre anticoncepción y salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, las narrativas indican que la pena (vergüenza) de ir a buscar información y/o anticonceptivos es un obstáculo central para la población adolescente:

P: Los que no han usado los servicios de salud para adolescentes ¿por qué no usan estos servicios?

R1: *Porque no saben ubicarlos y no están enterados de esos programas.*

R2: *Por la pena de acercarse a estos servicios.*

R3: *A mí me daría pena acercarme, depende ¿no? Porque igual si sí fuera para una conferencia y que fueran unos 20 o 30 y les dieran la plática por igual, no nos daría tanta pena, que llegar uno solo y decirle “me darías una plática de relaciones sexuales”. Así, daría pena.*

R4: *Te critican luego.*

R5: *Sí es feo, te pueden llegar a ver feo.*

P: ¿Por qué te pueden llegar a hacer el feo?

R1: *Pues como de niño precoz.*

R2: *Porque te ven muy joven, muy pequeño [EG 002, hombres, Cuernavaca].*

P: ¿Por qué será que los jóvenes no se acercan a los centros de salud?

R: *Por pena, es como decir, vas a ir al centro de salud y le vas a decir: ¿me podría regalar un condón? Como que da penita [EI 001, mujer con experiencia de embarazo adolescente, 15 años, Temixco].*

A partir del fragmento anterior, es relevante problematizar las raíces sociales de esta *pena* (vergüenza), la cual debe ser entendida sociológicamente reconociendo que las emociones son productos sociales y a su vez producen efectos sociales (Sabido 2019 y 2020).⁷ Por ejemplo, desde la sociología de las emociones, se considera que emociones como la pena (vergüenza)⁸ dan cuenta del estado de los vínculos sociales de los sujetos que las experimentan en relación con otros, y en relación con la transgresión de normas y tienen consecuencias sobre la disposición de los actores so-

ciales a actuar.⁹ En particular, la vergüenza es una emoción que puede revelar la inadecuación moral de los actores sociales ante una determinada situación (Sabido 2019 y 2020; Jasper 2012). Así, para estos adolescentes, el sentir pena (vergüenza) puede implicar un adecuamiento a la normatividad emocional¹⁰ latentemente compartida y conectada con la estructura social (Hochschild 1979). Esta normatividad contribuye a que en determinados contextos sea muy difícil que los adolescentes sean tomados en cuenta y percibidos socialmente como sujetos sexuales y de sexualidad legítima (Sosa-Sánchez 2021). Esto es particularmente cierto en contextos altamente marcados por visiones adultocéntricas de la sexualidad, donde estas visiones se articulan con preceptos de tradición judeocristiana. Desde este marco, la actividad sexual de las y los adolescentes cuestiona la persistencia de los mandatos de virginidad y de no ejercicio sexual prematrimonial. Es esta visión adultocéntrica la que dota de sentido al hecho de que las y los adolescentes sean percibidos por la sociedad (por el personal de salud, el profesorado y la población en general) como *precoces* o muy jóvenes para tener relaciones sexuales. Esto dificulta que en términos sociales se les reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos. Además, las respuestas sugieren que esta población percibe que las personas encargadas de brindar los servicios de salud sexual y reproductiva no están bien capacitadas ni les atienden con el respeto y la dignidad que deberían:

P: El Centro de Salud aquí donde van ustedes, ¿es un servicio que les gusta?

R: *Me contó un amigo que iba a pedir condones, pero como él no sabe usarlos, que iba y le decían, no pues si vienes a pedir es porque sabes usarlo, y nada más le entregaban los condones y se iban [EG 014, mixta, Temixco].*

Así, en las entrevistas grupales queda claro que los adolescentes prefieren buscar información en materia de sexualidad en el internet antes de hacerlo en servicios de salud o con sus padres:

⁷ Siguiendo a Simmel, Olga Sabido plantea que algunas emociones impiden y erosionan o posibilitan y mantienen cierto tipo de relaciones sociales, por lo que sugiere su análisis en clave relacional (Sabido 2020).

⁸ Incluso se ha establecido una distinción entre la vergüenza refleja, entendida como una reacción frente a la intimidación física y la vergüenza como inadecuación moral que depende de la aprobación o desaprobación respecto de las normas compartidas (Sabido 2019). En este sentido, la vergüenza aquí analizada se asocia más a la segunda, pues en los testimonios la vergüenza alude “a un código moral compartido que se ha visto transgredido” (Jasper 2012, 48).

⁹ Siguiendo a Norbert Elias, Sabido indica que en Occidente hay una sociogénesis de la vergüenza que posibilita comprender cómo, ante ciertas actividades asociadas con el cuerpo y su exposición, media el sentimiento de vergüenza ante la mirada de los otros (Sabido 2020).

¹⁰ Este concepto alude a que los sujetos sociales intentan adaptar sus sentimientos según reglas y normas sociales que enmarcan lo que se considera adecuado sentir en ciertas situaciones.

P: ¿Dónde buscan información?

R: En Google.

R: Yo luego utilizo Yahoo o Facebook.

P: ¿Por qué buscan ahí y no en otros lugares?

R: Por la *pena de no decirle a tus padres pues daría pena preguntarles ¿cómo se compra esto? ¿cómo se pone?* [EG 002, hombres adolescentes, Cuernavaca].

Esta expectativa social de que las y los adolescentes no estén pensando en tener relaciones sexuales dificulta la existencia de prácticas de prevención y contribuye a la existencia de lo que podemos llamar la lógica de la oportunidad en las relaciones sexuales de los adolescentes. Esta lógica está estrechamente vinculada con las posturas ambivalentes o incluso de negación expresadas por sectores conservadores de la sociedad mexicana, que muestran un rechazo y/o ambivalencia frente a la actividad sexual de las y los adolescentes y repercuten en determinadas decisiones y representaciones en torno a cómo debe ser o bajo qué circunstancias ocurren los primeros encuentros sexuales. Este rechazo y/o ambivalencia propicia la falta de reconocimiento de los adolescentes en cuanto sujetos legítimos de sexualidad. Esta desaprobación social forma parte de los distintos elementos y barreras que dificultan a las y los adolescentes pensar *con anticipación* (*y, por tanto, planear*) bajo qué circunstancias les gustaría que se dieran sus encuentros sexuales (en términos de práctica preventivas de ITS, embarazo y de negociaciones al respecto). Cabe mencionar que, pese a que en las narrativas predomina la lógica de la oportunidad en el inicio y mantenimiento de relaciones sexuales, según diversos estudios, la decisión de iniciar la actividad sexual rara vez es espontánea y en ésta desempeñan un papel preponderante los estándares sexuales, la ideología y los condicionantes de género que se articulan con otros condicionantes sociales.

A modo de reflexión final

Si bien los hallazgos presentados sugieren que esta población parece estar consciente de que la ausencia de prácticas de prevención puede tener consecuencias no deseadas (embarazo, transmisión de ITS), esto con frecuencia no suele traducirse en prácticas de prevención. Si bien desde los discursos sociales dominantes tiende a existir una percepción unívoca y descontextualizada de los riesgos en salud sexual y reproductiva, los relatos de los participantes muestran que la atribución y definición social de los riesgos en materia de sexualidad y salud es compleja, polisémica y contextual.

Asimismo, el análisis antes expuesto evidencia, como sugieren Geldstein y Pantélides (1997), que el tomar determinadas medidas preventivas (sobre todo en el área de la sexualidad) requiere de una serie de recursos, cognitivos, económicos, relacionales y comunicacionales, a los que una buena parte de la población adolescente no tiene acceso. Estos resultados urgen a visibilizar que las prácticas de prevención en el ámbito de la sexualidad se desprenden no sólo de elecciones individuales e interacciones interpersonales como indican discursos más liberales sobre el tema (Cense 2019), sino también de sistemas más amplios de significados morales y coacciones sociales (Gammeltof 2002). Esto nos lleva a problematizar que el énfasis cultural que se atribuye a la responsabilidad individual en este ámbito invisibiliza limitaciones y desigualdades de orden socioestructural (Cense, Bay-Cheng y Van Dijk 2018).

Cabe señalar que las prácticas de prevención de embarazos y de ITS están atravesadas por diversos, y a veces contradictorios, discursos sobre moralidad sexual y preocupaciones normativas generizadas que se traducen en la definición contextual de los riesgos, como lo expresa la percepción de las participantes en el estudio de la reputación femenina como riesgo. El daño a la reputación femenina exhibe a su vez la doble moral sexual bajo la cual la actividad sexual masculina es considerada normal y socialmente poco significativa, mientras que la de las mujeres tiende a ser estigmatizada y percibida socialmente como relevante.

De igual modo, es necesario enfatizar, siguiendo a otros estudios, que la ausencia en el uso de métodos anticonceptivos es también el resultado de estructuras morales y sociales que todavía niegan y/o estigmatizan la actividad sexual fuera del matrimonio (Gammeltof 2002; Jones *et al.* 2020; Sosa-Sánchez 2005 y 2010) y que, en contextos como el de los participantes en particular y en el mexicano en general, expresan visiones adultocéntricas de la sexualidad y la persistencia de una doble moral sexual (altamente generizada, que se manifiesta con ciertas especificidades en la población adolescente pero que no es exclusiva de ésta).

Los hallazgos también visibilizan la existencia de dispositivos en sexualidad (Carrara 2015) de los cuales se desprenden una amplia variedad de regulaciones y controles sociales que por lo común se ejercen desde visiones generizadas y adultocéntricas sobre los cuerpos de los adolescentes (Sosa-Sánchez 2021). Estas visiones ayudan a explicar los sentimientos de pena (vergüenza) que declaran algunos participantes en el estudio, al buscar activamente métodos anticonceptivos y/o consejería en anticoncepción. La emergencia de esta emoción en las narrativas no es arbitraria si

se tiene en cuenta que la vergüenza posibilita relaciones de conformidad en cuanto a las convenciones y expectativas sociales. Así, por ejemplo, se ha señalado que una de las funciones sociales de la vergüenza es la de contribuir al mantenimiento de asimetrías y la de desincentivar la transgresión de la normatividad, asociando esta emoción con la violencia simbólica (Sabido 2019).

La pena (vergüenza) debe también ser sociológicamente comprendida y problematizada reconociendo que hay una normatividad sexual que jerarquiza quiénes son los sujetos de sexualidad legítima, en un lugar y momentos determinados y en la cual la población adolescente, desde una construcción adultocéntrica, tiende a no ser considerada como tal (Sosa-Sánchez 2021). Esta visión adultocéntrica contribuye, por un lado, a obstaculizar el ya de por sí restringido y difícil acceso de los adolescentes a los servicios de salud, dado que quienes logran superar las barreras de disponibilidad y acceso suelen con frecuencia enfrentarse a posibles cuestionamientos por parte del personal de salud al buscar consejería en anticoncepción y/o sexualidad. Por otro lado, el adultocentrismo dota de inteligibilidad a la pena (en cuanto sentimiento de inadecuación moral) en los adolescentes ante esta búsqueda activa, y posibilita en el personal de salud (y en la sociedad en general) la adopción de nociones como sexualidad precoz, o la percepción de que se es demasiado joven para tener relaciones sexuales (Sosa-Sánchez 2021; Bozon 2012; Jones *et al.* 2020). Además, la visión adultocéntrica en sexualidad contribuye a la existencia y reproducción de guiones y discursos sociales en torno al amor romántico, que se inclinan a subrayar la espontaneidad, la no planeación y el sexo sin protección, durante la primera relación sexual (Warr 2001; Sosa-Sánchez 2005; Gayet y Juárez 2020).

Es de resaltar, a partir de estos hallazgos y de otros obtenidos en contextos similares al de este estudio, que los discursos de prevención en el ámbito de la sexualidad basados en el concepto de riesgo entran en conflicto con el discurso del amor, donde las prácticas sexuales suelen ser enmarcadas en un ámbito de amor y de confianza (Warr 2001; Sosa-Sánchez 2005 y 2010; Menkes, De Jesús-Reyes y Sosa-Sánchez 2019). Por lo tanto, los discursos afectan el modo en que los individuos se perciben a sí mismos creando universos socialmente construidos y compartidos de significados y normas, jugando éstos un papel impor-

tante en la construcción de las subjetividades. Tales discursos afectan el modo en que la sexualidad es socialmente comprendida y la forma en que las mujeres y los hombres se ubican a sí mismos en relación con sus experiencias sexuales, lo que repercute sobre su agencia sexual,¹¹ la cual, lejos de ser conceptualizada como individual, debe ser entendida como socialmente constituida (*bonded agency*) y vinculada al contexto social (Cense 2019). Lo que es más, desde esta perspectiva, la agencia sexual está estrechamente vinculada con el concepto de negociaciones estratégicas y con los procesos a través de los cuales los sujetos sociales se sitúan respecto de sus familias y de sus decisiones sexuales y reproductivas dentro de entornos sociales más amplios. Esto lleva a reconocer el modo en que las normas sociales, e incluso las políticas públicas, tienen un impacto en la percepción que los sujetos sociales tienen de sí mismos en cuanto sujetos sexuales-reproductivos (Cense 2019).

De manera paralela, los discursos del amor romántico contribuyen a obstaculizar el uso del condón y dificultan la continuidad en su uso entre la población adolescente cuando se piensa que la pareja sexual es estable. Por ello, urgen políticas públicas que resignifiquen el uso del condón y que logren transitar desde los discursos centrados en los riesgos hasta la promoción de prácticas de cuidado relacional del otro.

Los resultados indican que los tomadores de decisiones en materia de políticas públicas deben también generar estrategias para que los adolescentes sepan de la existencia de los servicios de salud reproductiva dirigidos a ellos, y poner especial énfasis en la capacitación del personal de salud (y de otros actores involucrados) en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Sin pormenorizar que los hallazgos ponen en evidencia la emergencia de discursos más equitativos en materia de género relativos a la prevención de embarazos, y sugieren en los participantes vivencias en sexualidad menos normativas, los resultados también muestran que persisten desigualdades de género importantes en estos ámbitos. Estas desigualdades se actualizan en las prácticas sexuales a través de la doble moral sexual y del despliegue de dispositivos en sexualidad, como el daño a la reputación femenina –ya documentados por otros estudios– y que exhiben una persistencia en el tiempo. Lo anterior pone de relieve que, en sus experiencias sexuales, los adolescentes

¹¹ Siguiendo a autoras como Jackson (2006), en este artículo se entiende por agencia sexual a la habilidad de definir y controlar la propia sexualidad, libre de coerciones. Desde esta perspectiva, se reconocen los vínculos de la agencia sexual con las relaciones de poder y con las desigualdades de género (Cense, Bay-Cheng y Van Dijk 2018).

participantes en este estudio navegan entre discursos y normatividades más liberales y menos restrictivas en sexualidad (que en ocasiones entran en conflicto con la persistencia de normas de género aún restrictivas) y estructuras de género y poder que inciden en sus vivencias más íntimas, en sus prácticas de prevención, pero también en la relación que guardan los adolescentes con los servicios de salud reproductiva.

Fuentes

- Bozon, Michel. 2012. “Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable”. *Agora débats /jeunesses* 60: 121-134.
- Cararra, Sergio. 2015. “Moralidades, racionalidades e políticas sexuales no Brasil contemporâneo”. *Mana* 21, núm. 2: 323-345.
- Cense, Marianne. 2019. “Rethinking sexual agency: proposing a multicomponent model based on young people’s life stories”. *Sex Education* 19, núm. 3: 247-262.
- Cense, Marianne, Laina Bay-Cheng y Lieke Van Dijk. 2018. “Moralidades, racionalidades e políticas sexuales no brasil contemporâneo. Do I score points if I say ‘no’?: Negotiating sexual boundaries in a changing normative landscape”. *Journal of Gender-Based Violence* 2, núm. 2: 277-291.
- Cervantes, Julio. 2016. *Los derechos humanos de las y los jóvenes que viven con VIH o con sida*. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Feixa, Charles. 2006. “Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 4, núm. 2: 36-49.
- Gammeltof, Tine. 2002. “Seeking trust and transcendence. Sexual risk taking among Vietnamese youth”. *Social Science & Medicine* 55: 484-496.
- Gayet, Cecilia y Fátima Juárez. 2020. “Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas”. *Papeles de población* 26, núm. 103: 89-121.
- Glaser, Barney y Anselm Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldyne Gruyter Press.
- Geldstein, Rosa y Edith Pantélides. 1997. “Double subordination, double risk: Class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina”. *Reproductive Health Matters* 9: 34-52.
- Hernández, María Felipa, María de la Cruz Muradás y Miguel Sánchez. 2015. “Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014”. En *La situación demográfica de México, 2015*, 43-72. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población.
- Hochschild, Arlie. 1979. “Emotion work, feeling rules and social structure”. *American Journal of Sociology* 85: 551-575.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2024. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) 2023*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Jackson, Stevie. 2006. “Gender, sexuality and heterosexuality. The complexity and limits of heteronormativity”. *Feminist Theory* 7, núm. 1: 105-121.
- Jasper, James. 2012. “Las emociones y los movimientos sociales: veinte años de teoría e investigación”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 4, núm. 10: 46-66.
- Jones, Nicola, Kate Pincock, Sarah Baird, Workneh Yadete y Joan Hamory. 2020. “Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia”. *International Journal for Equity in Health* 19, núm. 97: 36-42.
- Juárez, Fátima, José Palma, Susheela Singh y Akinrinola Bankole. 2010. *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: Retos y oportunidades*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Mendieta, Giovane. 2015. “Informantes y muestreo en investigación cualitativa”. *Investigaciones Andina* 17, núm. 30: 1148-1150.
- Menkes, Catherine, David de Jesús-Reyes e Itzel Sosa-Sánchez. 2019. “Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón?”. *Papeles de Población* 25, núm. 100: 183-215.
- Menkes, Catherine e Itzel Sosa-Sánchez. 2016. “Características del embarazo y de la fecundidad de las adolescentes en México”. En *Retos del cambio demográfico de México*, coordinado por José Luis Ávila, Héctor Hernández y Malaquías López, 179-209. Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Menkes, Catherine y Leticia Suárez. 2003. “Sexualidad y embarazo adolescente en México”. *Papeles de Población* 9, núm. 35: 233-262.
- Pérez, Fabiola y Ángeles Sánchez. 2020. “Desigualdad, género y sexualidad: la especificidad del embarazo en mujeres menores de 15 años”. En *Los claroscuros del embarazo y la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Un enfoque cualitativo*, 47-80. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México/Orfilia, México.
- Sabido, Olga. 2019. “El análisis sociológico de la vergüenza en Georg Simmel. Una propuesta para pensar el carácter performativo y relacional de las emociones”. *Digithum* 23: 1-15.
- . 2020. “La vergüenza desde una perspectiva relacional. La propuesta de Georg Simmel y sus rendimientos teórico-metodológicos”. En *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*, coordinado por Marina Ariza, 293-323. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- Sosa-Sánchez, Itzel. 2005. *Los significados de la salud y la sexualidad en jóvenes. Un estudio de caso en escuelas públicas en Cuernavaca*. Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- . 2010. “Significados del cuerpo y del riesgo en el marco de la sexualidad y de la reproducción: un estudio de caso con jóvenes en Cuernavaca”. Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- . 2021. “Embarazo y sexualidad adolescente en México: una lectura desde el pánico moral y sexual”. *Debate Feminista* 61: 92-112.
- Warr, Deborah. 2001. “The importance of love and understanding speculation on romance in safe sex health”. *Women’s Studies International Forum* 24, núm. 2: 241-252.