

DIOTIMA, REVISTA CIENTÍFICA DE ESTUDIOS TRANSDISCIPLINARIA.

Vol. 3 Núm. 7 Septiembre-Diciembre 2017 ISSN 2448-5497



DIOTIMA

Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria

Publicación Electrónica Cuatrimestral de Asociación Mexicana de Investigación y Docencia Transdisciplinaria A.C.

Volumen 3

Número 7

Septiembre-Diciembre 2017

ISSN 2448-5497

DIRECTORIO

Directora General de la Revista Diotima

Dra. Ma. Luisa Quintero Soto

Comité Editorial

Dr. Jesús Sales Colín

Mtro. Diego Fernando Velasco Cañas

Diseñador Gráfico

M. en I. Yaroslaf Aarón Albarrán Fernández

Diotima, Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria, Año 3, Número 7, septiembre-Diciembre 2017, es una publicación cuatrimestral, editada por la Asociación Mexicana de Investigación y Docencia Transdisciplinaria A.C. Calle 4. No. 99. Colonia Agrícola Pantitlán, CP 08100, México D.F. Teléfono (52) 5513312896. Correo electrónico/Mail:diotima.revista@gmail.com, página web: <http://www.revista-diotima.org>. Editor Responsable: Dra. Ma. Luisa Quintero Soto. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-102113144400-203, ISSN 2448-5497, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor. Responsables de la última actualización de este número, Unidad de Edición, Dr. Jesús Sales Colín, Calle 4. No. 99. Colonia Agrícola Pantitlán, CP 08100, México D.F, 30 de diciembre del 2015.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Asociación Mexicana de Investigación y Docencia Transdisciplinaria A.C.

CONTENIDO

EDITORIAL.....	III
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS PARA ADOLESCENTES	
SEXUAL EDUCATION PROGRAM WITH A FOCUS ON HUMAN RIGHTS FOR ADOLESCENTS	
<i>Virginia Flores Pérez</i>	<i>1</i>
TENSIONES SILENCIOSAS Y SILENCIADAS EN EL PARTO COMO PRÁCTICA SOCIOCULTURAL: HACIA UNA REVALORACION DE LA PARTERA COMUNITARIA	
SILENT AND SILENT TENSIONS IN CHILDBIRTH AS A SOCIOCULTURAL PRACTICE: TOWARDS A REVALORATION OF THE COMMUNITY MIDWIFE	
<i>Tania Carrillo Ibarra.....</i>	<i>15</i>
LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO FEMENINO	
THE FEMALE BODY CONSTRUCTION	
<i>Jessica Nayeli Cervantes Herrera.....</i>	<i>28</i>
PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA REDUCIR EL BULLYING EN ADOLESCENTES	
MEDIA LITERACY PROGRAM TO REDUCE BULLYING IN ADOLESCENTS	
<i>Jordan Gúzman Martínez</i>	<i>36</i>
BIOÉTICA Y CONSCIENCIA MORAL EN LA SALUD MENTAL	
BIOETHICS AND MORAL CONSCIOUSNESS IN MENTAL HEALTH	
<i>Diego Fernando Velasco Cañas</i>	<i>47</i>
NEUROSIS DE ANGUSTIA Y FRAGILIDAD DEL YO, EN VIAJEROS QUE TRANSITAN EN AEROPUERTOS. UNA MIRADA EN LA TRANSDISCIPLINA	
NEUROSIS OF ANGUISH AND FRAGILITY OF THE I, IN TRAVELERS WHO TRANSIT IN AIRPORTS. A LOOK AT THE TRANSDISCIPLINE	
<i>Elisa Bertha Velázquez Rodríguez y Carlos Ulises Cortez Velázquez.....</i>	<i>57</i>

EDITORIAL

En esta ocasión el número 7 del tercer año, Diotima, Revista Científica de Estudios Transdisciplinaria, retoma aspectos relacionados con la salud, en particular se abordan temas vinculados con la educación sexual, el parto como práctica sociocultural, el cuerpo femenino, el bullying, la salud mental, y la angustia del viajero. En estas investigaciones sobresale la importancia de estudiar dichos temas desde aspectos psicosociales y el entorno en el cuál se desenvuelve individual y colectivamente el sujeto, ya que son aspectos poco considerados.

Es importante mencionar la necesidad de realizar estudios de salud a través del trabajo colegiado derivado de la investigación científica que realizan maestros y alumnos de las diferentes universidades, con el objetivo de impulsar las investigaciones que den respuesta a la problemática social y a las necesidades de generación de conocimiento de la salud desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.

Igualmente, los artículos aquí presentados recogen enfoques teóricos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios, que impactan en las áreas de las Ciencias Sociales y de la Salud, desde un enfoque multi y transdisciplinario que permita interpretar y respetar la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables.

Atentamente

CONSEJO EDITORIAL

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS PARA ADOLESCENTES

SEXUAL EDUCATION PROGRAM WITH A FOCUS ON HUMAN RIGHTS FOR ADOLESCENTS

Virginia Flores Pérez¹

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar los conocimientos que tienen los estudiantes respecto a la educación sexual desde la no reproductividad. Para lograr este objetivo se utilizó una metodología cuantitativa con un diseño cuasi experimental. Se construyó un instrumento ex profeso de 34 ítems para identificar los conocimientos que tienen los adolescentes en educación sexual aplicando un pretest y postest. Se presentan los resultados de la evaluación de un programa de educación sexual con enfoque en derechos humanos, fue una intervención de 10 sesiones dirigida a 32 estudiantes de secundaria de 12 a 14 años de edad.

Los resultados indicaron un aumento en los conocimientos que tienen los estudiantes respecto a la educación sexual en los siguientes temas: infecciones de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, mitos de sexualidad y placer sexual, también se reconoce el papel del maestro como principal fuente de información en la educación básica. Entre las conclusiones se destaca la labor del educador para la salud en el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos para mejorar los conocimientos de los estudiantes en temas de salud..

Palabras clave: Adolescentes, Comportamiento, Sexualidad, Derechos, Prevención.

ABSTRACT TITULE

The objective of this research was to analyze the knowledge that students have regarding sexual education from non-reproductivity. To achieve this objective, a quantitative methodology with a quasi-experimental design was used. A 34-item express instrument was constructed to identify the knowledge that adolescents have in sex education by applying a pre-test and post-test. The results of the evaluation of a sexual education program with a focus on human rights are presented. It was a 10-session intervention aimed at 32 high school students from 12 to 14 years of age. The results indicated an increase in the knowledge that students have regarding sex education in the following topics: sexually transmitted infections, sexual and reproductive rights, myths of sexuality and sexual pleasure, the role of the teacher as the main source of knowledge is also recognized. information in basic education. Among the conclusions, the work of the educator for health in the design, implementation and evaluation of preventive programs to improve the knowledge of students in health issues is highlighted.

Key words: Adolescents, Behaviour, Sexuality, Rights, Prevention..

(1) Lic. Educación para la Salud. UAEMEX.

Recibido: 10-octubre-2017/Aceptado:17-enero-2018.

INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas (ONU, 1994) señaló en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo acerca de la necesidad de informar a los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, ya que se manifestó que las enfermedades de transmisión sexual principalmente el SIDA se podría erradicar por medio de la información y

el uso adecuado de métodos anticonceptivos, por consiguiente, en 1982 se creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA) que ha tenido un papel fundamental para la investigación como la promoción de una cultura preventiva. En esta conferencia se esperaba que los derechos sexuales y reproductivos fueran reconocidos y garantizados por el Estado

como las garantías individuales, como los derechos humanos.

En México, la educación sexual se implementó a partir de 1974 una vez reconocida la necesidad de atender los embarazos en los adolescentes y desde entonces ha sido un tema de atención por parte de diversos grupos y asociaciones (Robles, 2015).

La Dirección General de Salud Reproductiva por medio de la Secretaría de Salud (2000) inició el programa nacional de adolescentes con respecto a la salud sexual y reproductiva que conto con módulos que eran atendidos por médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Este programa ofrecía servicios de prevención de embarazos no deseados mediante campañas publicitarias y material didáctico para los módulos, sin embargo, este programa duro poco tiempo.

Se inició el Programa de Acción para Atención a la Salud de los Adolescentes integrado a su vez por 17 programas que atendían temas de salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental, adicciones, vacunación, suplementos y dotación de micronutrientes, pero no se tiene información que avale si tuvo un impacto o si se le dio continuidad (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA], 2001).

Para el 2004, la Secretaría de Salud actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2- 1993 sobre los servicios de planificación familiar, donde se estableció la anticoncepción de emergencia como una

estrategia gratuita para la prevención de embarazos no deseados. Así mismo se crearon los servicios amigables para adolescentes donde se capacitaron a 138 prestadores de servicios con la finalidad de educar en sexualidad en la adolescencia, pero este servicio no funciono ya que no se atendió el reglamento adecuadamente.

En la reunión de ministros de Salud y de Educación de América Latina y del Caribe, realizada en la Ciudad de México en 2008, se adoptó la Declaración Ministerial: "Prevenir con Educación", que plantea llevar una educación sexual integral a todos los niveles académicos, así como lograr un compromiso con el derecho de toda la ciudadanía a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de educación; a no ser discriminados y, por ende, a asegurar el bienestar de las generaciones actuales y futuras (Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE], 2012).

En las instituciones de educación básica particularmente en primaria se otorgaron libros de texto dirigido a 4º y 5º grados, donde la educación sexual se hacía presente en temas como el desarrollo de los órganos sexuales y las etapas de crecimiento adolescente (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2006).

En la educación secundaria se incorporó la educación sexual con una perspectiva amplia de lo que es la sexualidad incorporando conceptos como: afecto, género, reproducción y disfrute; las actitudes de aprecio y respeto por uno mismo y por los demás; el manejo de

información veraz y confiable para la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos tempranos y situaciones de violencia (SEP, 2006).

La SEP ha intentado implementar una reforma educativa pero no han sido lo suficientemente impactantes respecto a la educación sexual en sus programas, existen avances en los planes y programas actuales, en los cuales en 5º y 6º de primaria en Ciencias Naturales, se habla del sistema genital masculino y femenino, y de algunas situaciones de higiene, y a nivel secundaria en la materia de Formación Cívica y Ética, se incluyen temas como adolescencia y juventud, amor, sexualidad, compañerismo, entre otros (Bautista, 2008).

En agosto del 2006, hubo un gran debate respecto al contenido de los libros de biología de educación primaria y de formación cívica y ética de educación secundaria, porque para la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), la forma de abordar la sexualidad resultaba “envenenadora y trasgresora de la dignidad humana”, por ejemplo, consideraban que los libros no se deben de distribuir porque tienen frases como: “no existe una edad para iniciar la actividad sexual”, el placer erótico se puede experimentar a través de imágenes, textos, sonidos, olores, texturas y sabores en sujetos y objetos materiales e imaginarios (Bautista, 2008).

Queda claro que la mayoría de los programas de educación sexual en México se han centrado en problemas como los embarazos no deseados en adolescentes, en

planificaciones familiares, en la salud de la sexualidad, en el género, en los cuidados del cuerpo humano, en las enfermedades de transmisión sexual, dejando a tras la verdadera realidad de lo que gira en torno a este tema (Aláez, Madrid y Antona, 2003).

Por consiguiente, es importante comprender que, durante la etapa de adolescencia, la sexualidad es una manifestación de amor y ternura hacia uno mismo siendo capaz de reconocerse y aceptarse para tener una interacción responsable con el entorno social (Cevallos y Jerves, 2014).

La salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país; por ello es importante que el núcleo familiar construya una comunicación eficaz de padres a hijos, lo cual da la pauta para favorecer la comunicación de temas de sexualidad, el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la prevención de ITS y embarazo no planeado en adolescentes, ya que una de las causas de inicio de prácticas sexuales a temprana edad y sin protección está asociada con la falta de comunicación efectiva en el ámbito familiar (Meave y Gómez, 2008).

Sin embargo, los adolescentes tienen pocos conocimientos sobre los conceptos de sexo, fecundación, expresiones de la sexualidad, respuesta sexual humana y nulos conocimientos sobre el concepto de sexualidad, lo que hace suponer que no cuentan con los suficientes elementos sobre este tema, ya que la educación sexual formal que han recibido posiblemente no fue

adecuada. Se identifica a la escuela como la principal fuente de información sobre la sexualidad, por lo que es importante aprovechar y establecer una educación sexual pertinente, así como un seguimiento adecuado de los profesores y profesoras que imparten materias relacionadas con la educación sexual (Bautista, 2008).

El problema principal es la falta de conocimientos de los padres sobre sexualidad por su nivel bajo de escolaridad, la mayoría de las familias expresan su desinterés para hablar de una educación sexual integral, ya que consideran que los adolescentes lo pueden aprender solos, así mismo mencionan que los adolescentes no tienen la suficiente capacidad de comprensión o razonamiento para aprenderlo; pero es la familia quien tiene la responsabilidad de brindar apoyo emocional, la generación de un buen ambiente desarrollando valores que fortalezcan el aprendizaje en todos los ámbitos, pero específicamente el sexual (Silva y Mejía, 2015).

El personal docente menciona que la educación sexual corresponde exclusivamente a los padres de familia y es por ello que solo se limitan a abordar los temas que se encuentran incluidos en los programas escolares y que están centrados en la reproducción, de igual manera se destaca la ausencia de un educador sexual que brinde soluciones a las problemáticas que enfrentan los adolescentes (Aguilar y Mayén, 1996).

La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud (Tobón, 1986).

Existen escasas investigaciones sobre educación sexual con enfoque de derechos humanos la principal dificultad es que este tema no está siendo abordado adecuadamente o simplemente no se trata dentro del ámbito familiar, ya que no existe información suficiente que les permita a los padres comprender y orientar a sus hijos, ya que sienten temor o vergüenza para hablar de temas sexuales lo cual impide el diálogo entre padres e hijos (Cevallos y Jerves, 2014).

Llevar una cultura de los derechos humanos es indispensable, por ello se trata de sensibilizar a la población en general con campañas para la difusión, promoción y exigibilidad sobre los derechos, con respecto a la educación sexual. Capacitando a los funcionarios públicos de todos los niveles en general, con relación a la política con perspectiva de derechos humanos y su presupuesto. Cuando se formulen las políticas, el objetivo principal deberá ser la realización de los derechos humanos (Naciones Unidas de Derechos Humanos [ACNUDH], 1996).

Se debe buscar mejorar la calidad de la educación sexual visualizándola como un derecho humano que debe ser impartida en

educación básica, es por ello que Malón (2012) menciona que se requiere especial atención en temas como:

(1) El ayudar a comprender, informarse y ser consciente de su sexualidad; (2) Modificar la imagen que tienen los adolescentes como irresponsables, inmaduros y rebeldes; (3) Promover una imagen positiva del placer sexual, evitando una visión culpable del erotismo o su restricción a la mera función reproductiva;

(4) Desarrollar un pensamiento crítico, explorar valores y actitudes de los adolescentes, siendo autónomos, responsables y capaces de tomar decisiones; (5) Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos; (6) Garantizar el derecho a la información científica y laica sobre su sexualidad, incluyendo el autoerotismo, así como el derecho a vivir su sexualidad libre de discriminación y violencia; y

(7) Así mismo, los programas de salud sexual y reproductiva deben reconocer las dimensiones socioculturales de la sexualidad y la necesidad de la inclusión del personal de salud, docentes, padres de familia en la capacitación en educación sexual (Juárez, 2009).

Algunos docentes afirman que la incorporación de la educación sexual en escuelas de nivel básico puede retrasar el inicio de la actividad sexual evitando los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. Un educador en sexualidad debe ser honesto, imparcial, abierto, sensible y capaz de

comunicarse por medio del uso de técnicas didácticas, pero sobre todo debe tener una ética profesional sólida (Aguilar y Mayén, 1996).

Los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen (Tobón, 1986).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2006) menciona que es importante realizar intervenciones sobre sexualidad a partir de la pre-adolescencia con una duración aproximada de dos años, destaca que para lograr una educación en sexualidad es necesario contar con: (1) Fidelidad teórica; (2) Servicios de salud dentro de la escuela; (3) Docentes capacitados; (4) Participación de padres de familia; (5) Programas de educación sexual que se adapten al sistema de valores y creencias.

De acuerdo a la revisión teórica que se realizó, se destaca la necesidad de un programa con enfoque preventivo y desde la educación para la salud se trabaja esta necesidad mediante el diseño, implementación y evaluación de un programa en educación sexual con enfoque en derechos humanos, es decir, se trata de un programa innovador que va más allá de pláticas informativas en cuestión de sexualidad desde

el ámbito reproductivo, ya que se busca transformar el manejo de la información que los adolescentes de primer grado de secundaria poseen desde la no reproductividad contribuyendo a un desarrollo integral mediante el uso de materiales acordes a sus necesidades (Calvopiña, 2013).

Por lo tanto, cualquier programa que se implemente al respecto, debe estar basado en un marco del respeto a sus derechos; los adolescentes deben ser reconocidos como seres con autonomía capaces de tomar decisiones acertadas 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 en un clima de privacidad y confidencialidad (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

MATERIALES Y MÉTODOS

La muestra de esta investigación estuvo constituida por un grupo control en lista de espera de 29 adolescentes y un grupo experimental de 32 adolescentes, con edades de 12 y 14 años, fueron seleccionados por medio de la técnica de muestreo intencional o por conveniencia.

El diseño de la investigación fue de tipo cuasiexperimental así mismo, a los grupos se les aplicó simultáneamente la preprueba, un grupo recibió el tratamiento experimental y otro no (es el grupo de control), al finalizar el tratamiento se les aplicó una postprueba a los grupos y se dio seguimiento; el diseño de esta investigación puede observarse de la

siguiente manera (Hernández, Fernández y Baptista, 1991):

TABLA 1.

Grupo de intervención	G1	O1	X1	O2
Grupo control	G2	O3	-	O4

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión fueron: adolescentes de 1er. grado, de Nezahualcóyotl, de ambos sexos y de cualquier estrato social.

Los criterios de exclusión fueron: adolescentes que sus padres no otorgaron el consentimiento para su participación.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El cuestionario fue elaborado una vez consultado dos instrumentos que respondían a los objetivos de nuestra investigación; el primer cuestionario consultado fue: "Ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes" del Centro de Derechos de Mujeres OXFAM Internacional (2006) donde se tomaron los siguientes ítems: ¿qué son los derechos sexuales y reproductivos?, ¿cuáles son tus derechos sexuales?, ¿qué es para ti el placer sexual?, ¿es importante el placer sexual?, ¿qué es sentirse excitado?, ¿qué opinas sobre la masturbación?, ¿qué opinas sobre tener relaciones sexuales?, ¿qué piensas sobre la virginidad?, ¿es importante el amor en las relaciones sexuales?, ¿quién

debe decidir cuándo tener relaciones sexuales?, ¿piensas que la sexualidad se vive diferente si eres hombre o mujer?

Así mismo, el segundo instrumento que se consultó fue: Guía para Instructores Comunitarios y Promotoras de Educación Inicial del CONAFE (2012) donde se tomó el apartado 2 ¿Cierto o falso? Mitos y realidades de la sexualidad: (1) La educación sexual conduce a tener múltiples parejas; (2) La mujer que no se mantiene virgen hasta el matrimonio, no es digna; (3) El hombre que no tiene sexo a cierta edad, no es hombre; (4) La prueba de virginidad es la presencia de sangrado en la mujer; (5) Sólo con la penetración del pene se llega al orgasmo; (6) El hombre con un pene grande proporciona mayor placer; (7) El placer sexual desaparece con el tiempo o la edad; (8) El hombre no debe decir nunca que no al sexo; (9) Sin erección no hay deseo; (10) Si la mujer no llega al orgasmo, no hay probabilidad de embarazo; (11) En la primera relación sexual no hay probabilidades de embarazo; (12) Si la mujer esta menstruando, no hay probabilidad de embarazo; (13) Los condones son un mal método anticonceptivo porque se rompen frecuentemente; (14) Con condón no se siente igual; (15) Sólo puedes contagiarte de una infección de transmisión sexual si mantienes muchas relaciones sexuales en poco tiempo y con personas que no conoces.

Una vez realizado esto, se hizo el primer diseño de nuestro cuestionario que constaba de 35 ítems y que fue sometido a una prueba piloto con 200 adolescentes de secundaria. Posteriormente, este primer diseño fue

sometido a la prueba de confiabilidad estadística denominada Alpha de Cronbach, sin embargo, esta era muy baja por lo que se hicieron modificaciones al cuestionario en cuanto a que los ítems fueran entendibles y de opción múltiple.

Finalmente, este cuestionario quedó conformado por 34 ítems que fue sometido a la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach, donde la sección de mitos de 14 ítems tiene una confiabilidad de .69 y está conformada por 2 factores: placer sexual que tiene 8 ítems con .42 y educación sexual conformada por 7 ítems con .69 y finalmente se obtuvo un instrumento con 34 ítems.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos en el cuestionario de educación sexual para adolescentes fueron de tipo cuantitativo. Por consiguiente, se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 19 por sus siglas en ingles); aplicando las pruebas de ANOVA de medidas repetidas, U de Mann Whitney y Wilcoxon para conocer el impacto de este programa; por consiguiente, si el resultado de P es menor a 0.05 se aceptará la hipótesis alterna “la implementación de un programa de educación para la salud podría incrementar los conocimientos de educación sexual en adolescentes” y si este valor es mayor a 0.05 se acepta la hipótesis nula “la implementación de un programa de educación para la salud no podrá incrementar los conocimientos de educación sexual en adolescentes”.

Aspectos éticos: se entregó a padres de familia un consentimiento informado y a los

adolescentes un asentimiento informado, en el cual se informó que la intervención era de carácter voluntario y confidencial y en caso de querer retirarse durante la intervención lo podían hacer sin ninguna consecuencia.

Programa de intervención: se denomina “Y tú, ¿qué sabes de tus derechos sexuales?” tuvo como objetivo modificar los conocimientos que tenían los estudiantes respecto a la educación sexual desde la no reproductividad. El programa fue diseñado para ser aplicado principalmente por un educador para la salud, en caso contrario por un profesional de carrera afín que posea conocimientos sobre la teoría cognitiva social de Bandura, así como de las técnicas adecuadas para lograr que el aprendizaje sea concreto y significativo.

La intervención se conformó por 10 sesiones de 50 minutos, llevándose a cabo 2 sesiones por semana, con ello se permitió a los estudiantes la aplicación de sus conocimientos en situaciones de su vida cotidiana.

En este programa se abordaron los temas de (1) Adolescencia y cambios en el cuerpo; (2) Observación, aceptación y autocuidado del cuerpo; (3) Mitos y realidades de la sexualidad; (4) Educación en valores; (5)

Derechos sexuales I y II; (6) Enamoramiento, amor y comunicación; (7) Violencia sexual; (8) Proyecto de vida.

RESULTADOS

Los alumnos de ambos grupos tienen edades entre 11 a 14 años, la edad promedio fue de 12.15, con desviación estándar (DE) de .654; la edad que predominó en ambos grupos fue de 12 en grupo control y en el grupo intervención. El grupo control está constituido por un total de 29 alumnos donde 13 son hombres y 16 mujeres; mientras en el grupo intervención hubo 15 hombres y 17 mujeres de un total de 32 alumnos.

Atendiendo los criterios descritos en el análisis de la información, se observa en la tabla 1 que los ítems 1, 3, 4 y 5 reflejan un cambio estadísticamente significativo respecto a la educación sexual que anteriormente no recibieron y que posteriormente de la intervención que no solamente estuvo centrada en enfermedades de transmisión sexual o métodos anticonceptivos, los adolescentes incorporaron a sus conocimientos los derechos sexuales, así como la forma en la que pueden ejercerlos.

TABLA 2.
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL GRUPO CONTROL E INTERVENCIÓN EN LA PREPRUEBA Y POSTPRUEBA

Variable	Preprueba		Postprueba		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Control <i>M</i> (<i>DE</i>)	Intervención <i>M</i> (<i>DE</i>)	Control <i>M</i> (<i>DE</i>)	Intervención <i>M</i> (<i>DE</i>)			
1. En la escuela ¿has tenido alguna clase, curso o plática de educación sexual	1.34 (.49)	1.38 (.50)	1.62 (.50)	1.00 (.00)	24.87	.00	.30
3. En esa última clase, curso o plática sobre educación sexual que te dieron en la escuela, ¿incluía información sobre Infecciones de Transmisión Sexual?	1.83 (.92)	1.81 (.97)	2.31 (.93)	1.75 (.44)	5.22	.02	.08
4. En esa última clase, curso o plática sobre educación sexual que te dieron en la escuela, ¿incluía información sobre anticonceptivos como pastillas, dispositivo intrauterino y condón?	1.83 (.92)	1.78 (.98)	2.31 (.93)	1.72 (.46)	5.22	.02	.08
5. En esa última clase, curso o plática sobre educación sexual que te dieron en la escuela, ¿incluía información sobre derechos sexuales y reproductivos?	1.97 (.87)	2.16 (.77)	2.38 (.87)	1.03 (.17)	52.43	.00	.47
Factor 1. Placer sexual	13.80 (2.37)	13.69 (2.53)	14.14 (2.20)	17.16 (1.96)	19.36	.00	.24
Factor 2. Educación sexual	9.83 (1.50)	9.78 (1.80)	10.24 (1.30)	11.28 (1.61)	5.67	.02	.08

Fuente: Elaboración propia

Para la segunda sección del cuestionario denominada “mitos de sexualidad” y que está dividido en 2 factores: placer sexual y educación sexual existió un impacto

estadísticamente significativo, pues los adolescentes lograron reconocer las realidades en torno a la sexualidad.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar para el grupo control e intervención en la preprueba y postprueba para los ítems 1, 3, 4 a 6, 9 y factor 1 y 2 del cuestionario educación sexual con enfoque en derechos humanos.

En la tabla 2 se utilizó la prueba de de Wilcoxon una vez comprobada la equivalencia entre los grupos con la prueba U de Mann Whitney y se encontró que para el ítem 2 los adolescentes reconocieron el papel del maestro como principal distribuidor de conocimientos de educación sexual de calidad.

En el ítem 10, de los adolescentes que habían contestado que no sabían que eran los derechos sexuales y reproductivos, al finalizar

la intervención pudieron reconocer que no solo existen los derechos humanos, sino que hay derechos relacionados con la sexualidad y que se deben hacer valer en todo momento.

Finalmente, en el ítem 12 respecto a que es el placer sexual, de los adolescentes que habían contestado inicialmente que no podían explicarlo, al finalizar la intervención descubrieron que el placer sexual no solo está relacionado con las relaciones de pareja.

Tabla 3. Medias, desviaciones estándar y prueba Wilcoxon para el grupo intervención en la preprueba y postprueba para los ítems 2, 7, 8, 10 a 19 del cuestionario educación sexual con enfoque en derechos humanos.

TABLA 3.
MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PRUEBA WILCOXON PARA EL GRUPO INTERVENCIÓN EN LA PREPRUEBA Y POSTPRUEBA

Variable	Mediciones		Z	p
	Preprueba M (DE)	Postprueba M (DE)		
2. En la escuela ¿quién te proporcionó esa última clase, curso o plática sobre educación sexual?	2.13 (1.48)	1.00 (.00)	3.47	.00
10. ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?	3.03 (1.16)	2.06 (.84)	3.43	.00
12. ¿Qué es para ti el placer sexual?	2.98 (1.17)	2.44 (1.10)	2.29	.02

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El programa tuvo un impacto estadísticamente significativo debido a la intervención realizada

ya que el objetivo planteado se cumplió. Para corroborar la hipótesis alterna: la implementación de un programa de educación para la salud si mejorará los conocimientos de educación sexual en adolescentes, se realizó un análisis de medidas repetidas con la prueba estadística ANOVA y la prueba no paramétrica Wilcoxon comparando las medias y la desviación estándar, por consiguiente, los resultados indicaron que los adolescentes del grupo con intervención tuvieron un aumento de conocimientos del pretest al postest respecto a la educación sexual en los siguientes temas: infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, mitos de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y placer sexual; para el grupo control no hubieron cambios.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Romero y Mejía (2013) su taller tuvo el impacto deseado en los adolescentes ya que ahora reflexionaban más acerca de las funciones de la sexualidad y se responsabilizaban de sus acciones, el autor menciona que utilizar actividades lúdicas pueden ayudar a los adolescentes a interiorizar los conocimientos que van adquiriendo en las intervenciones.

Los resultados de Ramírez (2013) demuestran un cambio solo en la mitad de los docentes que participaron para el tema de VIH/SIDA, pues unos sabían claramente que era y otros solo tenían la idea general, aunque este autor trabajo con docentes y nosotros no, es importante desarrollar programas de educación sexual tanto para docentes y padres de familia, con la finalidad de que

tengan los conocimientos necesarios para transmitirlos a los adolescentes de forma segura.

Para Mejía (2014) su programa tuvo un impacto satisfactorio debido a que sus objetivos fueron cumplidos, en cuanto a la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes del grupo con intervención contrario al grupo control que no obtuvo ningún cambio, cabe resaltar que este programa fue implementado por una educadora para la salud.

De igual forma, los resultados obtenidos por Rink (2015) indicaron un cambio mediano en la reducción de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes de Groenlandia, esto se atribuye a la aplicación intensiva a corto plazo de su programa, así como en el desarrollo de habilidades en los jóvenes que el profesional entregó, sin embargo, la influencia de los padres de familia es clave cuando se habla de este tema.

En el caso de Pérez (2009) su taller para adolescentes de bachillerato no tuvo un impacto significativo para el tema de sexualidad, debido a la inadecuada planeación de las técnicas que se usaron, así como la falta de tiempo, por lo cual, se propuso que deberían de manejarse propuestas con un enfoque más sistémico.

Así mismo, para Saucedo (2011) no se consiguieron cambios trascendentales en la incorporación de temas de sexualidad en los programas de Formación cívica y Ética, pues considera que mientras no se contemplen aspectos de derechos humanos en los planes

y programas de educación secundaria, será difícil lograr una cultura de la sexualidad, así como una cultura en derechos humanos, ya que no hay un instrumento que permita su realización objetiva e integral.

Para el caso de White, Bates, Braverman y Biro (2012) no tuvo diferencias significativas en el grupo intervención y el grupo control en cuanto a la comparación de las tasas de recurrencia de las infecciones de transmisión sexual y el recibir o no educación sexual, aunque las sesiones fueron impartidas por un educador en salud y se repitió la intervención a los 3 meses los resultados siguieron siendo los mismos.

Es importante mencionar que Calvopiña (2013) en su estudio realizado logró demostrar que el principal problema de que no se tengan resultados trascendentales o significativos en cuanto a los programas en educación sexual para la educación básica principalmente, es que la información sigue siendo condenatoria y represiva y trae consecuencias como que los adolescentes no manejen conceptos como: salud sexual, salud reproductiva y derechos sexuales lo cual perjudicará su vida sexual a largo plazo.

De igual forma, Cruz (2011) menciona que la integración de la educación sexual en el marco curricular, así como el desarrollo de prácticas pedagógicas, puede responder a las necesidades de un aprendizaje de efectividad en sexualidad y en la prevención de riesgos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestra intervención se deben a la labor del educador

para la salud al demostrar competencia y seguridad ante los estudiantes que tenían interés de aprender sobre este tema para tomar decisiones responsables sobre su sexualidad ya que estás repercutirán en su proyecto de vida. También la información brindada en ningún momento fue condenatoria o represiva, por lo tanto, los estudiantes ahora tienen mayores conocimientos en educación sexual y derechos humanos.

Los resultados obtenidos en esta intervención son innovadores ya que existen pocos estudios que relacionen la educación sexual con los derechos humanos, aparte de validar un cuestionario propio teniendo alta confiabilidad.

Se destaca el papel primordial del educador para la salud para lograr diseñar, aplicar y evaluar programas preventivos que atiendan necesidades de una población específica, en este caso se logró que los estudiantes estén informados y se responsabilicen sobre cómo vivir su sexualidad desde la no reproductividad, cabe destacar la importancia que tienen los padres de familia y los profesores.

Durante la aplicación del programa se tuvieron algunas dificultades que en algunas sesiones impidieron que se llevaran de forma adecuada, por ejemplo, la interrupción del docente quien había sido comunicado del trabajo que se realizaría sin embargo, se realizó el trabajo al mismo tiempo y los adolescentes se encontraban confundidos pues no sabían que hacer; otro obstáculo fue

la falta de atención de los padres ya que los adolescentes expresaron que no se interesaban por ellos y en la institución algunos docentes expresaron que eran una generación difícil ya que solo entendían a base de “gritos”; otra dificultad fue el espacio reducido del salón así como un grupo numeroso ya que al momento de realizar las dinámicas se perdía tiempo pues había que rotar de espacio. Por parte de los adolescentes hubo disposición e interés pues se realizó un trabajo conjunto y se fomentó la participación de los adolescentes en las dinámicas, así como el respeto a sus ideas acerca de la sexualidad.

Por lo tanto, para lograr mayor eficacia en las sesiones educativas se recomienda: solicitar el apoyo del docente a cargo del grupo, solicitar una reunión con padres de familia para que estén informados sobre la intervención, el educador para la salud debe proporcionar información científica y veraz libre de prejuicios, se debe implementar mínimo 10 sesiones educativas (una semana) y con una duración de 50 a 60 minutos.

Lo que permitirá que los adolescentes adquieran un mayor aprendizaje, es importante que los materiales sean innovadores para captar la atención de los adolescentes, se recomienda hacer uso de las tecnologías de la información así como del espacio que la institución pueda otorgar, así mismo se debe diseñar un programa dirigido a padres de familia con la finalidad de que estén informados sobre la sexualidad desde la no-reproductividad y tengan la confianza

necesaria para hablarles a sus hijos de estos temas.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. y Mayén, B. (1996). *Hablemos de sexualidad: Compendio de lecturas*. 2ª. Edición, México: CONAPO-Mexfam
- Aláez, M., Madrid, J. y Antona, A. (2003). “Adolescencia y Salud”. *Revista Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.
- Bautista, L. A. (2008). “Conocimientos, actitudes y opiniones de las y los universitarios oaxaqueños respecto a su sexualidad y la importancia de la educación sexual en el nivel de educación superior”. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2(1), 71-84.
- Cabezas, J. y Joaquín, G. (2015). *Formación sobre educación sexual y las contradicciones del contexto sociofamiliar en estudiantes adolescentes* (Tesis de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad el Salvador, Salvador.
- Calvopiña, A. (2013). *La información sobre educación sexual y la vida sexual de los adolescentes del segundo año de bachillerato químico biólogo del Instituto Tecnológico Superior María Natalia Vaca* (Tesis de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”. *Gaceta Médica de México*, 149(3), 299-307.
- Centro de Derechos de Mujeres OXFAM Internacional (2006). *Ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes*. Consultado en: http://www.derechosdelamujer.org/tl_files/documentos/derechos_sexuales/doc_derechos_sexuales_7.pdf
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. (2001). *Antecedentes históricos*. Consultado en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/principal/antecedentes.html>
- Cevallos, A. C. y Jerves, E. M. (2014). “Educación sexual para mi hijo e hija de preescolar”. *Revista Educare*, 18(3), 91-110.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (2012). *Hablemos de sexualidad. Guía para instructores comunitarios y promotoras de educación inicial*. Consultado en: <http://www.conafe.gob.mx/companero-viaje/conafe-fomento/Documents/hablemos-de-sexualidad.pdf>
- Cruz, D. J. (2014). *Evaluación de un programa de educación sexual y embarazo no planeado en la adolescencia* (Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud) Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Cruz, M. (2011). *Educación de la sexualidad para alumnos y alumnas escolares del Bicentenario*

- (Tesis de Doctorado en Educación). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
- Dirección General de Salud Reproductiva. (2000). *Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes*. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.
- Farrington, D.P. y Loeber, R. (1995). *Estudios longitudinales en la investigación de los problemas de conducta*. Consultado en: http://www.centrelondres94.com/files/Estudios_longitudinales_investigacion_problemas_conducta.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia: una época de oportunidades*. Consultado en: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- Gómez, H., La Rotta, E. y Rodríguez, A. (2015). *Educación sexual y en valores: una propuesta formativa para estudiantes del colegio nuevo san Andrés de los altos* (Tesis de Especialización de Pedagogía Lúdica). Fundación Universitaria los Libertadores, Bogotá, Colombia.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.
- Juárez, L. A. (2009). "Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía". *Revista de Estudios de Género*, 4(30), 148-180.
- Malón, A. (2012). "¿El derecho a una educación sexual? Entre los discursos de salvación y la ausencia del conocimiento". *Revista Education XXI*, 30(2), 207-228.
- Meave, S. y Gómez, E. (2008). "Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes en escuelas públicas". *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Mejía, B. (2014). *Evaluación de un programa de educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado en la adolescencia* (Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Naciones Unidas de Derechos Humanos (1996). *¿Qué son los derechos humanos?*, Consultado en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>
- Organización de Naciones Unidas. (1994). *Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. Consultado en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
- Pérez, M. (2009). *Aplicación de un taller de educación sobre la sexualidad y diseño del proyecto de vida en adolescentes* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo.
- Pérez, M. (2009). *Aplicación de un taller de educación sobre la sexualidad y diseño del proyecto de vida en adolescentes* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo.
- Ramírez, E. R. (2013). *Las competencias docentes de los profesores del nivel medio superior sobre el tema de sexualidad y el VIH/SIDA* (Tesis de Licenciatura en Educación para la Salud). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Rink E. (2015). "The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth". *International Journal of STD & AIDS*, 26(2), 98-106.
- Robles, M. (2015). "Historia de la Educación Sexual en México". *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 6(1), 78-83.
- Romero, Y. y Mejía, Z. (2013). *Taller de identidad de valores y sexualidad*. Tesis de Licenciatura. Universidad Pedagógica Nacional, Cuernavaca.
- Saucedo, A. (2011). *La Educación sexual en la escuela secundaria técnica no. 43 "Luis Enrique Erro"* (Tesis de Maestría en Derechos Humanos y Democracia). FLACSO México, México.
- Secretaría de Educación Pública. (2006). *Plan y Programas de Estudio para Educación Secundaria*. Consultado en: <http://educacionespecial.sep.gob.mx/escuela/documentos/CurriculumBasica/Secundaria/Plan/Acuerdo384.pdf>.
- Secretaría de Salud. (1993). *Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, Servicios de planificación familiar*. Consultado en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Silva, I. y Mejía, O. (2015). "Autoestima, adolescencia y pedagogía". *Revista Electrónica Educare*, 19, 241-256.
- Tobón, O. (1986). *El autocuidado: una habilidad para vivir*. Consultado en: <http://199.89.54.101/ojs/index.php/hps/article/viewFile/454/819>
- White B.A, Bates M.A, Braverman M.D y Biro Frank. (2012). "The Impact of Health Education Counseling on Rate of Recurrent Sexually Transmitted Infections in Adolescents". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25, 27-48.

TENSIONES SILENCIOSAS Y SILENCIADAS EN EL PARTO COMO PRÁCTICA SOCIOCULTURAL: HACIA UNA REVALORACION DE LA PARTERA COMUNITARIA

SILENT AND SILENT TENSIONS IN CHILDBIRTH AS A SOCIOCULTURAL PRACTICE: TOWARDS A REVALORATION OF THE COMMUNITY MIDWIFE

Tania Carrillo Ibarra¹

RESUMEN

En los contextos actuales de grandes avances de la ciencia y la tecnología pareciera que la medicina tradicional de los hospitales urbanos tuviera un desarrollo social más humano. En estos espacios los pacientes que están por tener a sus nuevos integrantes de la familia, estarían por recibir las mejores atenciones en el ámbito de los servicios médicos. Sin embargo, se llega a estos espacios con un déficit de pensamientos sobre el papel del médico partero y de poca reflexión sobre la función fisiológica del parto como acto cultural. En este ámbito el hospital se convierte en un escenario que silencia otro tipo de prácticas socioculturales y médicas que trae como consecuencia conductas que tiene que ser revaloradas en el contexto de las prácticas tradicionales de las parteras comunitarias. Este trabajo tiene como propósito resignificar el papel de la atención de sí mismo y del cuidado de los otros, hacia un quehacer fisiológico y cultural más humano. Todo esto en contexto de revalorar prácticas médicas tradicionales que tienden a ser silenciadas.

PALABRAS CLAVE: Tensiones socioculturales, parto, partera comunitaria.

ABSTRACT

In the current contexts of great advances in science and technology it seems that the traditional medicine of urban hospitals has a more human social development. In these spaces patients who are about to have their new family members, would be receiving the best care in the field of medical services. However, we arrive at these spaces with a deficit of thoughts about the role of the midwife and little reflection on the physiological function of childbirth as a cultural act. In this area, the hospital becomes a scenario that silences other types of socio-cultural and medical practices that result in behaviors that have to be reassessed in the context of the traditional practices of community midwives. The purpose of this work is to resignify the role of self-care and care for others towards a more human physiological and cultural task. All this in the context of reassessing traditional medical practices that tend to be silenced.

Key words: Sociocultural tensions, childbirth, community midwife.

(1) Médico General y Homeópata por el IPN. Maestra en Pedagogía por la UNAM.

Recibido: 9-octubre-2017/Aceptado: 17-enero-2018.

INTRODUCCIÓN

El primer acercamiento sobre la problemática que viven las parteras comunitarias fue durante mi experiencia como médico pasante en el Centro de Salud Rural de la comunidad de Cerro de Ortega en el Municipio de Tecmán, en el estado de Colima, fue ahí donde surgió la inquietud de estudiar las prácticas socioculturales y médicas. Durante este año una de las tareas que se me encomendaron fue la atención prenatal,

cuestión que no hubiera sido posible sin la ayuda de "Doña María", la cual paso de ser mi competencia, a ser mi aliada, y a la cual le debo experiencias gratas y otras no muy gratas; y muchos aprendizajes. Aunque actualmente solo se dedica a la atención del embarazo y no del parto hasta hace unos años era una de las parteras más buscadas del pueblo, pero simplemente dejó de "parterear" como ella dice. Éste fenómeno me parece importante retomarlo para llevar a cabo una

reflexión sobre la extinción de una tradición sociocultural que podríamos llamar milenaria.

ANTECEDENTES

Así como "Doña María" era parte de la comunidad a la que fui asignada, igualmente en México, desde épocas prehispánicas, las parteras siempre han estado presentes. Desde aquellos tiempos la práctica de la partera estaba en manos de mujeres adultas y se volvió una tradición, pero no formaban parte del quehacer de la medicina, si no que era una práctica social. A mediados del siglo XVIII el oficio de las parteras preocupaba tanto a la Iglesia como al Estado. Calificadas de charlatanas y practicantes sin ninguna experiencia clínica, su quehacer fue el blanco de una época regida por el binomio "a mayor población mayor riqueza", que veía en la gran mortalidad infantil una de las causas de pobreza (Agostini, 2001).

Aun cuando su reputación era desprestigiada, la presencia social que tenían era indiscutible, al formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, ya que gozaban de reconocimiento, que les permitió ejercer una influencia considerable sobre las prácticas de la comunidad, sin embargo a partir del inicio de la vida independiente de México en el siglo XIX, las parteras se ven sometidas a situaciones de presión y control que se traducen en limitar su práctica.

Las parteras causaban desconfianza al Estado, pues éste veía en ellas a mujeres envueltas en magia, casi brujería, que

practicaban en secreto, y tenían además popularidad entre las comunidades rurales. Se trataba de terminar con la complicidad verdadera o supuesta, de la partera con los delitos (abortos, infanticidios y abandono de niños). Por todos lados la causa del mal se justificó por la "impericia de las matronas", "su clara ignorancia" y su vanidad, acusación no siempre desinteresada (Davalos, 1998).

Los médicos a través de un discurso degradante de sus saberes prácticos y mediante la institucionalización de los conocimientos obstétricos en la Facultad de Medicina, no permitían que las parteras continuaran con su práctica ya que muchas de estas no podían acceder a este tipo de instituciones por su bajo nivel de escolaridad. En cambio, para la Iglesia novohispana dos eran los asuntos de importancia: el aborto, en la medida que se consideraba un pecado en contra de la santidad del matrimonio y salvar el alma del feto en peligro de muerte; en cambio, para el Protomedicato y la academia decimonónica lo importante era integrar a las parteras a las instituciones médicas. Estas dos vertientes, aparentemente opuestas, formaron parte de los mecanismos de control social que permitieron que la obstetricia abriera paso a la medicina, ese cuerpo complejo y coherente en el cual se reúnen una forma de experiencia, un método de análisis y un tipo de enseñanza (Davalos, 1998).

Los textos escritos en el siglo XIX nos permiten reconstruir cómo a partir de la experiencia empírica de las parteras se fue almacenando un conjunto de registros sistematizados, que la clínica y los médicos

emplearon "a fin de facilitar y de compendiar su estudio" en una disciplina denominada Obstetricia. El embarazo y el parto comprendidos como diagnóstico, es decir, adscritos para "identificar a qué especie y género correspondía la enfermedad que sufría determinada persona" (Agostini, 2001), permitió tener una nueva percepción sobre el cuerpo reproductivo.

El desplazamiento de las parteras, así como su desprestigio social y laboral se da a partir de esta nueva validación de los saberes médicos, con la incorporación de los conocimientos obstétricos y ginecológicos a la enseñanza de los médicos y las parteras, lo que obedece a la jerarquización y apropiación de los saberes relacionados con la medicina. Esta institucionalización les da a los médicos mayor credibilidad y por ende, el control sobre parteras y parturientas, pues desde este momento el será quien determine los lineamientos para la atención del parto, aun cuando estos se encontraban carentes de práctica.

PROBLEMÁTICA

El saber médico inauguraría "la escritura y el secreto, es decir la repartición de este saber en un grupo privilegiado. Las mujeres comenzarían a reeducar su percepción corporal, y las pioneras fueron las parteras. A esas "mujeres que se suponían por el público experimentadas en el arte de partear", en adelante se les exigió efectuar un examen ante un "tribunal que estableciera las reglas prudentes a que debían sujetarse en sus exámenes [...] y formar una instrucción de lo

que les estaba permitido y lo que les estaba prohibido". En los manuales se les indicó cómo debían expresarse. La fisonomía sería descrita en los términos reconocidos por el Real Tribunal del Protomedicato: desde la concepción hasta el puerperio y cada uno de los síntomas del "estado de preñez" quedaron registrados en el manual que conformaría la anatomía femenina (Foucault, 1978; 1966).

En contra de lo que consideraron superstición y charlatanería, actuaron el protomedicato y la academia. Los escritores defensores de las políticas de esas instancias ridiculizaron el bautismo, pasaron de largo por la cesárea y tuvieron como principal interés terminar con la labor de las comadronas. En defensa de los cirujanos y parteras, y en contra del "empirismo reinante", fue creada México la Escuela de Cirugía en 1768, donde por primera vez se impartió la cátedra de obstetricia sin mayor éxito. Las parteras, sin embargo, hasta "el año de 1813 no se recibían en el Protomedicato y su profesión, como antes, seguía siendo hereditaria".

El éxito de la academia fue muy relativo hasta bien entrado el siglo XIX. Por un lado, las parteras no asistían a los cursos impartidos pues "apenas saben leer, y escribir, y que hasta ahora, por no haberse sujetado a estudio alguno, se les ha de hacer muy ardua cualquier literaria enseñanza" y, por el otro, los varones que los tomaban debían desprenderse de los preceptos religiosos, que veían en el cuerpo femenino una invitación al pecado.

Por otro lado, un punto a favor de las parteras fue la barrera del pudor. El cual se convirtió en uno de los mayores obstáculos que tuvieron que afrontar los médicos, para desplazar a las parteras del trabajo obstétrico, debido a las creencias que existían entonces en torno al comportamiento femenino, en esta época donde se obligaba a las mujeres a ser recatadas, preferían soportar enfermedades antes de pasar por la vergüenza de someterse a un examen físico de un médico. Esta situación les da un punto a favor a las parteras, ya que las mujeres del S. XIX, tenían más confianza a tratar asuntos relacionados con su cuerpo, con personas de su mismo sexo.

Esta idea sobre el recato y la castidad femenina limita la vinculación del médico con el trabajo obstétrico, sin embargo, la relación entre médicos y mujeres empieza por sectores sociales cultos, donde la mayor posesión de conocimientos y saberes facilita el acceso a los médicos a esta resguarda intimidad femenina, haciéndose más común la atención de partos por parte de los médicos, aunque su intervención será menor que la que tienen las parteras (Cházaro, 2005 y Estrada, 2005).

Ante tal panorama, los médicos poseedores del prestigio social y científico, obtuvieron el derecho a regular las prácticas obstétricas y anular las de dudosa procedencia científica, por ejemplo el parir sentada, hincada o acostada se volvió, para los médicos, un asunto que hablaba del desarrollo nacional.

La guía del atraso era la postura para parir. A más parteros inscritos y menos comadronas

en las cabeceras de las mujeres, mayor era el adelanto del país. Eso quería decir más partos horizontales y mayor reconocimiento a las instancias médicas: parir acostada difiere por completo de las otras dos, pues en ella la enferma toma el decúbito supino, aproximándose a la posición clásica que empleaban los parteros franceses. La partera en estos casos está subordinada casi siempre a la dirección de un cirujano (Viniestra, 1895).

Desde ese punto de vista, el "decúbito supino" dejaría de lado la ignorancia con que eran tratadas las embarazadas; ya no la sacudirían más "como si fuere un saco" para dejarla luego "caer bruscamente" y "después atraparla haciendo se produzca un choque y una compresión brusca sobre el abdomen" (Viniestra, 1895). Por lo que las mujeres de bajos recursos eran quienes recurrían al parto en cuclillas, y aquéllas de mejor posición social eran las que solicitaban el parto en silla, veían en la partera a una adjunta del médico.

Para terminar con la costumbre de que a cualquiera se le permitía ejercer el oficio de partera, los médicos empezaron a marcar diferencias entre sus prácticas y las de la partera. El surgimiento de la medicina los obligaba a rechazar cualquier indicio del antiguo saber ellos no salvarían almas, sino cuerpos. Su conocimiento no provenía de la "ignorante costumbre", sino de "la civilización y adelanto". La crítica médica en contra de la tradición sepultó cuanto tuviese que ver con el quehacer de las viejas parteras; a ésta práctica "empírica" se opuso un saber sistemático, homogéneo, Díaz, L. et. al (2007)

que se impondría sobre todo en las grandes ciudades durante el siglo XIX.

Además del parto en cuclillas que realizaban las indias mexicanas, estaban "las posiciones horizontales", como la "francesa y la inglesa". Los médicos no fueron capaces de reconocer la experiencia acumulada por siglos, sino "moda" y "práctica moderna", además, por supuesto, de una moral que al tiempo que alejó a las mujeres del oficio, encerró en un ambiente de mojigatería velada el antiguo "arte de partear". Esto se sintetiza en razón que los médicos daban para defender la postura de "decúbito supino" ante la de cuclillas o cualquier otra: se debía "a que cuadra mejor con la idea de respetar debidamente el pudor de la mujer, pues da la espalda al partero, consiguiendo ocultar su fisonomía" Díaz, L. et. al (2007).

Podemos concluir que conforme fue creciendo la participación de los médicos en el embarazo y el parto, a través de la obstetricia primero y la ginecología después convirtiéndose en especialidades de la medicina académica, la cual seguía estando reservada a los hombres hasta hace poco y con la finalidad de despojar a la mujer de su saber sobre la reproducción; tratando al embarazo y al parto como asuntos técnicos y especializados que se volvieron exclusivamente propiedad de los médicos, quedando relegado el trabajo de las parteras sólo para aquellas clases sociales bajas que no podían pagarle a los médicos o no tenían acceso a ellos como en las zonas rurales donde se encuentran carentes de estos servicios. Las parteras han dejado su lugar a

los hombres de blanco, ya que su sabiduría socio-cultural y médica entra a veces en tensión con la ciencia, pero muchas mujeres en las comunidades aún las buscan.

Los médicos organizaron y legitimaron el proceso de calificación de las parteras como asistentes técnicos del parto, subordinando a la llamada "partera adiestrada" a la ciencia obstétrica, supervisada por el médico. La adquisición de estos conocimientos no sólo se limitó a los aspectos técnicos del parto, sino que a la calificación de la conducta moral que éstas debían demostrar como asistentes en el proceso de dar vida, por lo que no puede considerarse como un proceso de profesionalización en cuanto a que fueron los médicos, y no ellas, los que controlaron sus estudios y el ejercicio de su profesión durante el siglo XIX (Cházaro, 2005).

Por lo anterior, ahora podemos entender cómo entran en tensión y pierden terreno en el campo de la práctica médica a través de este discurso científico, y por qué las parteras han sido despojadas de ese papel que tenían durante el cuidado del embarazo, el nacimiento y la ayuda de la crianza de los niños, llevándolas a un relegamiento social. A lo largo de la historia los médicos y la institución sanitaria no han tenido en general ningún respeto o reconocimiento para la sabiduría que poseen las parteras, así como para con los elementos incluidos en su manera de atención, al contrario estas se han visto sometidas bajo el control y modificando sus prácticas por lo que es importante reflexionar sobre ¿Qué es lo que sucede con este oficio?, ¿Qué papel juega el médico y el

estado en el despojo de su oficio?, y ¿Cómo afecta esto a las mujeres en su salud?

HACIA UNA REVALORACIÓN DE LA PARTERA COMUNITARIA

Entonces podemos observar que, después de los años veinte donde inicia la descentralización del sistema de salud la partera vuelve a estar en la mira del Estado ahora para implementar políticas de control natal en las zonas rurales. Se buscó a un grupo de personas procedentes de las mismas comunidades rurales que podían mediar estas tensiones entre las autoridades sanitarias y la población campesina. Es decir, se entra en debate entre la llamada cultura moderna y cultura tradicional (Hernández, 1980). Esto sería la tarea de las parteras tradicionales. Esta política responde a la crisis del sistema médico hegemónico, de calidad cuestionable e insuficiente cobertura de la época y la cuál aun en la actualidad no se encuentra resuelta.

La política propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años setenta se dirigió a formular programas integrales de atención a la salud con la participación de las parteras tradicionales. Esta política fue retomada por México y a partir de entonces se estableció una relación entre la medicina tradicional y el sistema médico mexicano (Castañeda, 1992). En ese momento, las parteras se volvieron el enlace de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar con las comunidades, ya que éstos habían sido aceptados rápidamente en los centros urbanos, pero no

en las zonas rurales. Esta falta de aceptación implicó adoptar una nueva estructura vinculada directamente con el ámbito comunitario y crear programas específicos de capacitación de parteras empíricas para incorporarlas a la atención materna.

Todos estos procesos implicaron transformaciones en los discursos y en la visión que se tenía del trabajo de las parteras. Pero en relación de las instituciones con ellas no estuvo exenta de contradicciones, ya que se reconoció que las parteras eran un vínculo indiscutible con las pequeñas comunidades, sus conocimientos y prácticas siguieron siendo devaluados y atacados por las mismas instituciones.

En adelante las parteras fueron integradas a cursos de capacitación que no procuraba abolir por decreto la práctica de la partería tradicional. A través de las capacitaciones, se intentaba refuncionalizar a la partera de tal modo que desapareciera a mediano y largo plazo, mediante la limitación de su práctica nuevamente, ya que tenían que referir a las pacientes a los hospitales y por otro lado impulsando por medio de dichos cursos, una actitud de autocensura entre las parteras, mediante el discurso de los dudosos beneficios de la atención tradicional del parto, resaltando las inconveniencias. Toda política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos que van en contra de la identidad de las parteras.

Las instituciones de salud han creado cursos de capacitación donde se explica lo

que la partera debe hacer para así relegar y subordinar toda la significación cultural del oficio de parteras en las comunidades rurales. Lamentablemente los programas de capacitación dirigidos a las parteras proporcionados por el sector Salud, aún tienen grandes deficiencias, principalmente por que éstos se planifican desde los parámetros de la educación formal, alejados de una realidad sociocultural.

La práctica de las parteras dependía de tres factores: de la validación de la partería tradicional como un servicio benéfico y útil; del reconocimiento de la autoridad médica sobre los temas de salud y enfermedad; y la introducción de una nueva ética que guía el trabajo de las parteras comunitarias bajo el mando del Estado (Sieglin, 2001). Aunque este nuevo discurso no recurre siempre a la estigmatización abierta y directa de las prácticas de las parteras, ellas lo perciben en sus discursos:

“Yo respeto mucho a los médicos porque ellos tienen mucha escuela, ellos saben mucho, tienen mucha escuela, muchísimo saben, ¿Cómo me voy a comparar yo con todo lo que los médicos saben? Yo nunca podría decir. No, pues yo soy más que un médico. ¡Jamás! ¡jamás! No me puedo comparar ni un alfilerito con un médico, porque ellos son muy estudiados.

La transformación de la partera comunitaria en promotora de salud en algunas regiones fue un éxito considerable. Aunque muchas no perduraron en el trabajo, y prefirieron dejar este lugar a mujeres más jóvenes, tampoco

proseguían en la partería tradicional. En parte por temor a ser castigada o investigada por las autoridades en caso de una peripecia, en parte por sentirse viejas y por otro lado el ritmo de los cursos que sólo repiten los mismos temas, muchas parteras optaron por hacerse a un lado. Sólo algunas cuantas atienden aún a mujeres embarazadas y un número menor presta su servicio sólo en caso de emergencia (Mellado, V et. al. 1989).

Por otra parte, el servicio médico reproductivo perdió en el transcurso de los últimos años su inicial carácter gratuito. Dar a luz en un hospital tiene un costo monetario que las familias de bajos recursos no pueden pagar. Actualmente nos encontramos ante una nueva visión de la atención médica donde se tiene que pagar como cualquier otro producto y cuyos precios siguen la lógica del mercado y no la necesidad social. Gracias a los cursos de capacitación y la mercadotecnia médica, la lógica del dinero ha penetrado al pensamiento de la partera y la ha empujado a desplazar, las acciones basadas en valores tradicionales, en donde hasta el tiempo adquiere carácter de mercancía, buscando alguna otra actividad más rentable que su tradición.

Actualmente en nuestro país existen grandes diferencias socio-económicas y culturales, situación que se refleja claramente en la asistencia médica, hay quienes gozan de los adelantos de la ciencia y las mejores instalaciones hospitalarias, así como de los mejores especialistas. Pero al mismo tiempo existen también grandes sectores sociales viviendo en situaciones, técnicas y

procedimientos de siglos atrás y en regiones donde la agricultura ha alcanzado mejores índices de productividad y desarrollo estos grupos disponen de mejores condiciones de trabajo salarios remunerativos y asistencia educativa médica y social. En contraste hay grupos que viven en condiciones precarios sin los servicios asistenciales indispensables.

HALLAZGOS

En este sentido, el estado de Colima es un claro ejemplo de las diferencias socio-económicas y culturales, ya que mientras el año pasado fue declarado el estado con el primer lugar en calidad de vida y cabe señalar que en el área rural, no goza de estos privilegios económicos, simplemente en el aspecto de la salud, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 el 25.8 % de la población no cuenta con protección en salud.

En el medio rural, en el respecto a la salud, en infinidad de casos el único recurso médico es la partera empírica. Pero tal vez porque no hay profesionista que resista y que se satisfaga con sus honorarios de algunos kilos de maíz o frijol o de unos cuantos pesos, por otra parte, tampoco se puede preparar a médicos o enfermeras que estén dispuestos a caminar algunos kilómetros o montes para sentarse en espera del parto; por ello estas mujeres solo cuentan con la partera y nadie más. Aunado a esto en el área rural mexicana, la probabilidad de presentar riesgo para la salud reproductiva es elevada, debido a las precarias condiciones socioeconómicas que

prevalecen, y la insuficiente cobertura, difícil acceso y dudosa calidad.

Es por esto que la amplia cobertura que ofrecen las parteras, el papel central que desempeñan ante la comunidad y la calidad mixta de sus conocimientos en donde se integran la medicina tradicional y algunos conceptos adquiridos de la medicina académica, las convierten en personajes claves para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en México.

La partera en las comunidades rurales, tiene siempre la capacidad de afectar un programa que incluya acciones de salud, ya sea para favorecerlo o para obstaculizarlo, pero nunca está ausente su influencia de ahí la importancia de formar a personas de las comunidades, personas que sean respetadas y conozcan a profundidad el contexto en el que van trabajar. En este sentido, tendríamos que subrayar el papel transformador que, pueden adquirir las parteras, que van a ser las que tengan que poner en práctica la mayoría de los conocimientos, ya que cuando hablamos de educación para la salud, en muchos casos, vamos a tratar asuntos relativos al embarazo y al parto y además porque otros aspectos de salud reproductiva como es la planificación familiar y prevención de enfermedades.

Estas mujeres junto con los servicios de salud, son un elemento central de los proyectos de educación para la salud, pues juegan el rol de líderes comunitarios capaces de manejar las problemáticas de salud más comunes. Se han convertido, en el elemento

articulador de la atención entre la comunidad y los equipos institucionales de salud.

En el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras comunitarias desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de México, en comunidades menores de 2 500 habitantes, el 44.5% de los partos son atendidos por parteras empíricas y, aún en comunidades más grandes (de 2 500 habitantes a 20 000 habitantes), la atención que ofrece es considerable (23.7%) (SSA, 2002).

Ante el auge explosivo de la cesárea como el camino más fácil para dar a luz, las parteras tradicionales han sido puestas de lado, aun cuando sus conocimientos son requeridos en las zonas y comunidades más pobres del país. Mientras que las cifras sobre la práctica de cesáreas aumentan, y se calcula que se practica hasta en 80 por ciento de los nacimientos en México, la partera ni siquiera es reconocida como profesión.

Alarma el incremento en el número de cesáreas y preocupa que muchos médicos ya no saben o no se creen capaces de atender partos, incluso en hospitales para la población abierta, no se lleva a cabo el parto normal porque los residentes están aprendiendo a realizar cesáreas, aunque estas muchas de las veces no estén debidamente justificadas, convirtiéndose en casos de negligencia médica y teniendo como consecuencia altos niveles de mortalidad perinatal.

Dentro del estado de Colima la atención perinatal registrada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 del estado, la primera revisión de estas mujeres ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en 87.1% de los casos. El parto se resolvió en un 38.6% de los casos por cesárea, 20.8% por urgencia y 17.8% programada. Este mismo indicador en el ámbito nacional fue de 37.9%, ocupando Colima lugar número 15. En cuanto a instituciones, el 34.6% se atendió en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por la SSA-Seguro Popular y el medio privado con un 31.7% y 15.6%, respectivamente. En el ámbito estatal, la institución con el mayor porcentaje de cesáreas fue el medio privado con 66.8% de los partos y seguido por el ISSSTE con 60.2%. En comparación con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud 2000, el porcentaje de cesáreas en Colima aumentó un 24% (31.2 a 38.7%). Por último, el 98.9% de los partos fue atendido por un médico y sólo el 0.6% por partera, lo que está debajo de la media nacional de 4.9 por ciento (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006).

Con respecto a estos datos podemos observar la proporción de cesáreas es ligeramente mayor a la presentada a nivel nacional y que más adelante veremos traducido en problemas de salud perinatal, además del incremento del número de cesáreas también se observa una disminución importante de la atención del parto, aunque solo se menciona cuántos de estos partos fueron atendidos por personal médico es de destacarse que menos del 1% es atendido por

las parteras, lo que confirma el relegamiento de estos actores rurales.

Aun cuando exista aparentemente un buen control prenatal ahora lo que preocupa es el incremento en muertes perinatales. En 1997 según el INEGI la principal causa de mortalidad en menores de 1 año son las afecciones perinatales, lo que se traduce en embarazos no controlados, niños prematuros, anomalías congénitas entre otras. En el estado de Colima según el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia el 52.9% de las muertes en menores de 1 año se debe a afecciones originadas en el periodo perinatal, siendo la primera causa de muerte en el 2002 y en el municipio de Tecoman la número 3. Esto se traduce a que aun con el crecimiento en la última década de la cobertura formal de atención primaria a comunidades rurales y marginadas del país, insuficiente y de calidad cuestionable.

Esta atención deficiente es una de las razones que explica que alrededor del 50 por ciento de la población mexicana emplee los recursos de la medicina tradicional para enfrentar diversos problemas de salud, si bien los motivos económicos y socioculturales son, seguramente, los más importantes y que hacen al usuario determinar el uso de una u otra práctica médica. Como afirma García (1997), nos encontramos frente a una situación donde la brecha entre las distintas formas de concebir y atender la gestación y el nacimiento no se ha reducido sustancialmente por lo menos en el medio rural.

Aun cuando se tienen políticas nacionales de salud donde se promueve la interculturalidad, resulta interesante observar como los diferentes modelos de atención médica se vinculan con diferentes consecuencias y resultados significativos.

Como menciona Castañeda (1992) existe en México una amplia gama de prácticas médicas y, por lo tanto, muy variadas relaciones entre los pacientes y los recursos médicos; más que una dicotomía entre medicina tradicional y medicina moderna, se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional, y la medicina privada, a través de sus agentes: médicos, cirujanos, homeópatas, hierberos, parteras, etcétera. Asimismo, el hecho de que la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, los Servicios Coordinados de Salud Estatales, la medicina privada y la doméstica intervengan separada o conjuntamente, da lugar a un complejo escenario donde se perfila claramente un sistema mixto de atención en salud".

A partir de estos antecedentes, la investigación realizada tiene como fundamento examinar la institucionalización de la medicina tradicional en particular las prácticas de parteras en México, como un espacio clave donde las tensiones entre necesidades nacionales, prioridades estatales y realidades locales están confluyendo. Pero con una mirada desde la óptica de los mismos actores rurales.

Por otro lado, la atención de los problemas de salud reproductiva y en particular los referentes a la atención obstétrica, en las mujeres de comunidades rurales en este caso en el estado de Colima, requiere incorporar la participación de actores sociales que tengan la capacidad para incidir en esta población. La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, el parto y puerperio constituye una de las principales causas de defunción entre las mujeres en edad fértil. En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. La mayoría de las muertes maternas podría evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Cabe señalar que Colima se encuentra entre los trece estados con una tasa de mortalidad materna mayor que la registrada en el conjunto nacional. El nivel de mortalidad de Colima en 2005 (4.9 muertes por diez mil nacimientos registrados) fue 43 por ciento menor que el de Tlaxcala, que es la entidad con la tasa de mortalidad materna más elevada del país (8.6 defunciones por diez mil nacimientos registrados). La consulta a embarazadas fue de 6 762 consultas durante el 2006, representando el 80% del total de las consultas de primer nivel tan solo en el municipio de Tecomán.

Las comunidades de Cerro de Ortega, Caleras y Madrid ofrecen un espacio ideal para el estudio ya que representan a las localidades con mayor número de habitantes y con antecedentes en la profesionalización de las parteras comunitarias como parte de sus políticas de salud y de atención de primer

nivel. Además que dentro de sus principales problemas de atención a la salud reproductiva se encuentran el deficiente manejo de la atención prenatal y la tercera causa de muerte en menores de un año es la afección perinatal por complicaciones durante el parto.

Abordar esta problemática es una tarea compleja, la cual requiere de una nueva forma de abordarse, en cuestiones de salud reproductiva, las parteras desarrollan en el medio rural un papel significativo en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Estos factores de riesgo durante el embarazo reconocidos tanto por la medicina académica como por la tradicional, con la finalidad de aprovechar este conocimiento en el diseño de programas que permita disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres en áreas rurales. Debido a que las parteras comunitarias construyen su conocimiento a partir de un saber tradicional que han adquirido por medio de su experiencia o por transmisión intergeneracional, lo que supone una forma de tratar los problemas de salud muy distinta a la que tienen los sistemas médicos.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La aceptación de los médicos hacia las parteras tradicionales es un reto que todavía falta saltar con el desarrollo de estrategias que fortalezcan esta relación positivamente. Es necesario modificar la percepción de los médicos sobre el quehacer de las parteras, fortalecer y mejorarlos procesos de interrelación con el personal de salud y que los

cursos de capacitación se adecuen al contexto de las parteras.

El desafío es repensar nuevamente la organización de la atención del parto, delegando dicha tarea en una mujer adiestrada como la partera, y que pudiera ser una alternativa, pero es mucho más interesante que las parteras vuelvan a recuperar el rol tradicional de apoyo a la mujer a través de un modelo de atención personalizado donde la madre se sienta considerada, estimada y apoyada para cumplir el rol de madre. Algunas de las ventajas que ofrecen son: acuden directamente al domicilio de la mujer que se va a aliviar, en algunas ocasiones se quedan algunos días para atender al recién nacido, sus precios son accesibles para las personas con recursos económicos limitados, la partera tiene los mismos valores, idioma y cultura de la persona que se va a aliviar y también porque ayuda a la recién aliviada a las labores domésticas durante la cuarentena. Las parteras también combinan el tratamiento con otros médicos tradicionales y los nuevos saberes aprendidos de la medicina institucional.

Sería importante hacer hincapié en lógica que mantiene sus acciones, ya que mantienen dentro de sí un sistema de creencias ancestrales y estas se combinan con los nuevos conocimientos adquiridos como mecanismos de adaptación y respuesta a las condiciones culturales y socioeconómicas en las que ellas han operado y en gran medida pocas lo siguen haciendo. El reconocimiento de esa coherencia interna es fundamental a mi

parecer para poder respetar realmente la labor de la partera en el ámbito rural de la salud reproductiva.

Es importante retomar el papel de la partera, en el futuro se tiene que promover este oficio como una alternativa a la deficiencia en la atención prenatal por parte del estado, pero dentro de un clima donde la partera no se sienta relegada. En razón a que, generalmente se hace énfasis en cómo utilizar a las parteras, aprovechando su estatus dentro de la comunidad, su influencia y cercanía sobre las mujeres, pero poco se menciona sobre la importancia de integrar y aprovechar su sabiduría y conocimiento.

A través de este trabajo se trató de mostrar de como se ha llevado a cabo la institucionalización de la práctica de la partera en México, como un espacio clave donde las tensiones entre las realidades y necesidades nacionales, la imposición de un conocimiento y la supervivencia de una tradición se hacen visibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostini, C. (2001). "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el Porfiriato", G. Cano y G. José Valenzuela (Coords.) *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*. México, Miguel Ángel Porrúa/UNAM.
- Aguirre-Beltrán, G. (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, D.F.: IMSS (Col. Salud y Seguridad Social).
- Aguirre-Beltrán, G. (1994). *Antropología Médica. Obra Antropológica* Vol. XIII México. Fondo de Cultura Económica.
- Carrillo, A. (2017). *Las parteras tradicionales. Su contribución a la humanidad desde la prehistoria al siglo XXI*, en prensa.
- Campos-Navarro R. (1999). "La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina". *Salud Problema*; Año 4(7). México.

- Castañeda Camey X. (1992). "Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos". *Rev. Salud Pública* 34. México.
- CONAPO (2001). *Demanda futura de los servicios de salud reproductiva en la situación demográfica de México*, CONAPO, México.
- Cominsky, S (1992). "La atención del parto y la antropología médica", en Roberto Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México*, Instituto Mora México.
- Cházaro, L. (2005). "Introducción. Historia, Medicina y ciencia: pasado y presente de sus relaciones", Cházaro García L. (editora). *Medicina, Ciencia y Sociedad en el S. XIX*. México El Colegio de Michoacán y Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo.
- Dávalos, M. (1998). "Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas". *Revista Dimensión Antropológica*. Volumen No.13 CONACULTA. INAH. México.
- Díaz, L. et. al (2007). "Las parteras del s. XIX: el despojo de su arte". *Revista DYAMIS*. Granada España.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). *Resultados por entidad federativa, Colima*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. D. F.
- Estrada, R. (2005). "La inevitable lujuria masculina, la natural castidad femenina". En el umbral de los cuerpos". *Estudio de antropología e historia*. Cházaro, L. y R. Estrada, (editoras) México, Colegio de Michoacán y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
- Flores, A y Valladolid, R (1997). "Educación para la salud. Aplicaciones metodológicas", en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS-Oportunidades.
- Foucault M, (1978). "Historia de la medicalización", La cultura en México. Suplemento de la revista *Siempre*, No. 835, México.
- Foucault, M, (1966). "El nacimiento de la clínica", México, siglo XXI, en Díaz, L. et. al (2007) Las parteras del siglo XIX: el despojo de su arte. *Revista Dyamis*. Vol. XX. Granada España.
- García, J. (1997). "La capacitación en el Programa IMSS Oportunidades" en *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, IMSS Oportunidades, México.
- Hernández Llamas H. (1980). "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". En: Ortiz F, ed. *Vida y muerte del mexicano*. México, DF.
- IMSS (1992). *Capacitación dialogada por experiencias para las parteras rurales*, Dirección General. Programa IMSS-Solidaridad, IMSS, México.
- IMSS (2002). *Concentrado Nacional del Registro de Actividades de Parteras Rurales*, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. División de Planificación Familiar, IMSS, México.
- IMSS-SSA (1994). *Directorio Nacional de Parteras Rurales. Información por Estado, Municipio, Localidad, Edad y Capacitación*, IMSS, México.
- INEGI-INM (2002). *Mujeres y hombres en México*, INEGI, México.
- Lozoya X. (1980) . *Medica Tradicional*. México, D.F.: CEESTEM- IMPEPLAM
- Mellado, V et al. (1989). *La atención del embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Menéndez, Eduardo (1998). "Saber local y toma de decisiones" en Armando Haro y De Keijzer, Benno (Coord.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora, México.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. En: *Atención Primaria a la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud*; 1978 Alma Ata URSS.6-12 septiembre. Ginebra: OMS
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2002). *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*. México, D, F. :SSA, 2002
- Sieglin, V. (2001). *De humillaciones, abandonos y maltratos: las instituciones y servicios de salud pública desde la perspectiva de las mujeres campesinas*, Consejo para la Cultura de Nuevo León (CONARTE), Consejo Nacional de Cultura y Artes (CONACULTA).
- Viniegra, F. (1895). *Algunas observaciones sobre el parto en cuclillas*, Tesis de la Escuela Nacional de Medicina de México, México.
- PÁGINAS WEB
- <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx>
- <http://www.registrocivil.col.gob.mx/noticia.php?ib=21743>.

LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO FEMENINO

THE FEMALE BODY CONSTRUCTION

Jessica Nayeli Cervantes Herrera ¹

RESUMEN

En nuestra cultura creemos saber a qué nos referimos al pronunciar la palabra cuerpo y, por otro lado, las ciencias sociales (para las que el cuerpo ha constituido un objeto de investigación y tema clásico en sus trabajos) nos han enseñado que el asunto debe ser tratado de una manera compleja y específica, es decir; no hay solo una concepción del cuerpo, son diversos cuerpos (femeninos, masculinos, de niños, niñas, adolescentes, adultos, enfermos). El siguiente ensayo trata de esbozar una reflexión que dé cuenta del proceso de construcción del cuerpo retomando e interpretando (método hermenéutico) algunos autores los cuales se han centrado en el estudio del mismo desde diferentes disciplinas en específico las ciencias sociales, como Le Breton, Foucault, Bourdieu, Talarn y Mauss, así se podrá mostrar cómo se construye el cuerpo femenino. Pensándolo como un campo de percepción, como un espacio en el que convergen y del que se propagan prácticas sociales específicas, las cuales a través del tiempo han generado un control sistemático que los sujetos reproducen. Concluyendo que este sometimiento y control de los cuerpos se trata de imponer desde diferentes instancias e instituciones como la familia, la religión o la escuela, modulando así prácticas físicas y simbólicas, así como los discursos que colocan al cuerpo femenino como un "objeto" al servicio del placer masculino. Apareciendo el cuerpo femenino humano como un cuerpo máquina, marcando las pautas de comportamiento y de consumo en las sociedades del siglo XXI.

Palabras clave: Cuerpo femenino, construcción social, cultura, prácticas sociales.

ABSTRACT

In our culture we think we know what we mean by pronouncing the word body and, on the other hand, the social sciences (for which the body has been an object of research and a classic theme in their work) have taught us that the subject should be treated in a complex and specific way, that is; There is not only one conception of the body, there are different bodies (female, male, of children, adolescents, adults, sick). The following essay tries to outline a reflection that accounts for the body building process, taking up some authors who have focused on the study of the body from the social sciences, such as Le Breton, Foucault, Bourdieu, Talarn and Mauss, so that we can show how it is constructed the female body Thinking of it as a field of perception, as a space in which they converge and from which specific social practices are propagated, which over time have generated a systematic control that the subjects reproduce. Concluding that this submission and control of the bodies is to impose from different instances and institutions such as family, religion or school, thus modulating physical and symbolic practices, as well as the discourses that place the female body as an "object" to the male pleasure service. The human female body appears as a machine body, marking the patterns of behavior and consumption in the societies of the 21st century.

Key words: Female body, social construction, culture, social practices.

Profesores e Investigadores de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Recibido: 17-octubre-2017/Aceptado:16-enero-2018.

INTRODUCCIÓN

Todo el mundo, en nuestra cultura, cree saber a qué nos referimos al pronunciar la palabra cuerpo y, por otro lado, las ciencias sociales (para la que el cuerpo ha constituido un objeto de investigación y tema clásico en sus

trabajos) nos ha enseñado que el asunto debe ser tratado de una manera compleja. Sobre todo desde 1980 y 1990 ha surgido un renovado interés por explorar las prácticas, usos y experiencias del cuerpo, y a partir de esto algunas investigaciones se han reapropiado de la perspectiva de Marcel

Mauss (1991) como las propuestas teóricas de Le Breton. Para 1936, Marcel Mauss apelaba a que las técnicas corporales de cada cultura fuesen objeto de estudio desde las ciencias sociales y en específico de la antropología, por ello comenzó a delinearse como un campo de estudio específico.

Mary Douglas (1984) advirtió que las propiedades fisiológicas del cuerpo son el punto de partida para la cultura; constituyen una mediación, y su identidad se despliega en símbolos significativos. Existe así una tendencia natural en todas las sociedades a representar el cuerpo, puesto que el mismo y sus propiedades fisiológicas, tanto como sus productos residuales, alimentan a la cultura con un rico recurso para el trabajo simbólico, el cuerpo es capaz de alimentar un sistema de símbolos naturales (Douglas, 1984). Esto significa que el cuerpo es un medio de expresión al mismo tiempo altamente restringido, ya que está mediado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar, pero es capaz de acoger la variedad abierta, infinita, de la experiencia.

CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO

A lo largo de la historia el cuerpo sea concebido de distintas formas, han sido receptores de significados sociales, dependiendo la cultura se construye históricamente y socialmente.

Algunas disciplinas lo forjan desde de la tradición cartesiana lo han propuesto como un objeto con una calidad propia, contenedor del alma o como un instrumento, pero irreductible a ellos; entre otras, como una sustancia

diferente, un cuerpo que, aunque orgánico, aparece vinculado íntimamente a su desempeño y en su desarrollo potencial y significativo a las capacidades y potencias del alma.

Existen registros históricos que aluden la división del cuerpo y alma, luego la existencia del soma o de la physis, después aparecen los planteamientos de Protagoras que apuntala sobre el alma, un cuerpo está constituido con un alma que depende de las sensaciones, es decir, vinculado con la experiencia.

Aristóteles y Platón, integran un macro-micro cosmos que asignan una bipedestación central, las partes superiores del cuerpo corresponden a las partes superiores del universo “los cielos”, y las partes inferiores del cuerpo corresponden a “la tierra”, asigna una jerarquía mayor al estar erecto por considerar que se encuentra relacionada con la habilidad manual propia del ser humano (Aguado, 2011). Hipócrates concibe que el cerebro no sólo es la razón, sino que también se desenlazan las emociones, percepciones, sentimientos, afectos y enfermedades incluso hasta la locura. Por su parte Galeno desarrolla el paradigma humoral que se sostiene en la relación del cuerpo y los cuatro elementos (tierra, agua, aire, y fuego), cuatro elementos dinámicos (lo frío, lo húmedo, lo seco y lo caliente) y cuatro elementos biológicos secundarios (la sangre, la pituita, la bilis amarilla y la bilis negra), que a su vez están relacionados con las estaciones del año, las ideas planteadas por Galeno fueron la base de la biomédica.

Aguado postula al cuerpo como unidad ideológica hegemónica, nace hasta que el cuerpo se politiza. Hasta que se incorpora como parte central de la visión del poder, lo que presupone una tendencia homogeneizadora. No es raro que sea durante el periodo romano, en el que se transforma políticamente el imperio a comienzos de la era cristiana, caracterizado como la sumisión administrativa y la subordinación de las clases económicamente poderosas al poder imperial (Aguado, 2011).

El cristianismo se vuelve una práctica religiosa y cultural, desde utilizar el celibato como camino a la espiritualidad y el dualismo moral utilizado en el producto de los excesos. Los primeros cristianos radicales proclamaron la abstinencia ascética como vía para lograr la purificación. Dicha purificación de la carne era necesaria puesto que el cuerpo llevaba dentro del demonio en sus deseos, sus apetitos incontrolados.

Como lo plantea Foucault desde la edad clásica en occidente, el sexo se transformó en una matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones, es decir; estamos en una sociedad del sexo o mejor dicho de sexualidad. En nuestra sociedad, los mecanismos de poder se dirigen al sexo, al cuerpo, a la vida, a la salud, el control se pone en el cuerpo, la atención está centrada en controlar y regular las maneras en las que nos relacionamos sexualmente, a las formas en las que concebimos nuestro cuerpo, el poder está dirigido y habla de sexualidad (Foucault, 1998).

Sin embargo no solo en los estudios transculturales puede verificarse esta peculiaridad del cuerpo de ser una construcción social. Dentro de una misma sociedad los cuerpos manifiestan las características de la clase a la que pertenecen los individuos. El concepto de *habitus* concebido por Bourdieu (2000) constituye un proceso mediante el cual lo social se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. De este modo el *habitus* genera las prácticas individuales en el marco de una suerte de "programa" que se siente como necesario, lo que determina un conjunto de normas de conducta que pautan la relación de cada individuo con su cuerpo y con los cuerpos ajenos.

Bryan Turner (2009) desarrolla una sociología del cuerpo un estudio histórico del problema del orden social a través de cuatro dimensiones: reproducción, regulación, restricción y representación, recupera el uso de categorías marxistas, enfatizando la correspondencia entre el modo económico de producción y lo que él llama un "modo del deseo", en donde se inscribe una determinada representación del cuerpo.

Menciona Baudrillard que uno administra su cuerpo, lo acondiciona como un patrimonio, lo manipula como uno de los múltiples significantes del estatus social (Baudrillard, 2009:172), así el cuerpo se asocia al poseer y no al ser. Según Le Breton, el origen histórico de este dualismo puede encontrarse en los primeros trabajos de los anatomistas.

El cuerpo comienza a concebirse como algo escindido y distinto de la “persona” (Le Breton, 1995). El imaginario que prima actualmente subordina el cuerpo a la voluntad por encima del deseo; esta contradicción entre el rigor de las disciplinas corporales (básicamente dieta y ejercicios) y el hedonismo de “la liberación del cuerpo y los sentidos” convierte al sujeto en un administrador de diversas dosis de ascetismo y placer.

En todas las sociedades, el cuerpo ha sido significado de distintas maneras, el proceso de simbolización corporal está relacionado de una cultura a cada universo particular, por eso la noción de cuerpo sintetiza la comprensión del universo.

Menciona Le Breton que el cuerpo es el presente-ausente, al mismo tiempo pivote de la inserción del hombre en el tejido del mundo y soporte sine qua non de todas las prácticas sociales; solo existe, para la conciencia del sujeto, en los momentos en que deja de cumplir con sus funciones habituales, cuando desaparece la rutina de la vida cotidiana o cuando se rompe “el silencio de los órganos” (Le Breton 1990:124).

Así la conformación de sentido del cuerpo a partir de la intersubjetividad y la interacción lleva a concebir el cuerpo como un sistema de símbolos. La noción de cuerpo es producto de un tiempo y espacio determinados, es decir, de una temporalidad, es por ende una construcción social y cultural, varios autores coinciden en que las actuales concepciones del cuerpo están vinculadas al ascenso del individualismo como estructura social, la

emergencia del pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza y la afirmación de la medicina como el saber oficial sobre el cuerpo (medicina del cuerpo, no del hombre) (Le Breton, 1995).

El cuerpo es construido socialmente, entiendo así al cuerpo como el eje central de la cultura, todas las prácticas sexuales se registran en él, como menciona Aguado (2004), debemos tomar en cuenta el cuerpo como un medio de expresión, cuando hablamos de cuerpo, estamos haciendo referencia a una construcción, a una unidad biopisicosocial donde se significan y adquieren sentidos particulares las características o atributos físicos, el esquema corporal, las sensaciones, placeres y deseos.

CUERPO DIFERENCIA (DOS)

La vida es una experiencia corporal, todos poseemos un cuerpo, ya que con él sentimos, deseamos, actuamos, nos expresamos, creamos y aprehendemos la realidad. En éste sentido el cuerpo representa un campo de percepción, un espacio en el que convergen y del que se propagan todas las prácticas sociales; el cuerpo es en sí, un vehículo imprescindible para actuar en el mundo, la base de nuestra identidad como individuos y como grupo. Menciona Talarñ que vivimos en una sociedad somática, una sociedad en la que el cuerpo se constituye como uno de los campos preferentes de acción cultural, política y económica (Talarñ, 2008:223).

La mirada aristotélica apuntala sobre lo femenino y masculino, asimilado como en muchas culturas como a la tierra y a la

fertilidad del cultivo se atribuye al género femenino y lo masculino al cielo al sol fecundante. Nuestros ancestros se organizaban de tal naturalidad, sin posibilidad de cambiar el rol, siempre respetaban el poder del más fuerte, la mujer encargada de cultivar y el hombre dedicado a cazar y cuidar su territorio; estos roles rígidos eran propagados por las instituciones como: la iglesia, el estado, la escuela, la familia, etc.

Bourdieu (2000) nos comenta que tenemos mecanismo históricos encargados de una deshistorización y de la eternización de las estructuras de la división sexual del trabajo, ya que en la época actual con la emancipación de la mujer, se han hecho visibles tanto los derechos como los espacios libres de violencia, asumiendo principios de igualdad entre hombre y mujeres. Sin embargo a una mujer trabajadora se le adjudica una triple carga, siendo que un día laboral, tiene un segundo turno como mamá y un tercero con las labores de la casa, así como las demandas que hacen gestión a su rol de género, es decir, “las damas siempre tiene que estar bonitas, pulcras y bien peinadas”.

Irremediablemente se sigue ejerciendo una violencia simbólica hacia la mujer, sea visible o invisible, sigue dando marcha en esta sociedad patriarcal, para entender dicha opresión, podemos partir de lo que menciona Bourdieu (2000) sobre el principio simbólico, él apunta que “la división de las cosas y de las actividades (sexuales o no) de acuerdo con la oposición entre lo masculino y lo femenino recibe su necesidad objetiva y subjetiva de su inserción en un sistema de oposiciones

homólogas, alto/bajo, arriba/abajo, delante/atrás, derecha/izquierda/, recto/curvo, (oblicuo), seco/húmedo, duro/blando, sazonado/soso, claro/oscuro, fuera (público)/dentro (privado) etc.”

Con esta densidad semántica pone en manifiesto que existen diferencias extremas entre hombres y mujeres, me refiero a la construcción social que se ha adquirido en la sociedad patriarcal, adjudicándole que somos dos polos opuestos que se complementarían, ello prohíbe que los hombres desaten su sensibilidad y que las mujeres desarrollen la hegemonía desde el sistema sexo/género. La apariencia estética se encuentra asociada a rasgos de personalidad con sus consecuentes evaluaciones positivas de éxito, poder, salud, y negativas como fracaso, insano, desprestigio. A su vez, éstas son el reflejo de atributos morales positivos como el autocontrol, el sacrificio, el esfuerzo, la voluntad, la disciplina, etc., y sus atributos morales negativos donde la autoindulgencia y la ausencia de los atributos positivos mencionados culpabilizan al individuo o le conllevan algún cargo de conciencia ya que lo normal es comúnmente definido como lo que es conforme a la regla, es decir regular (Canguilhem, 1978:89).

Entonces, la concepción del cuerpo también será diferenciada por sus órganos sexuales, recuerdo que en la escuela secundaria “los muchachos” competían con el tamaño de su pene erecto, ¿tendrá alguna asociación que su genital esté a la vista, poniendo en duda su virilidad? Al contrario, la vagina de las mujeres se asocia con lo más recóndito, lo más

sagrado, “las muchachas” se preguntan unas a otras con quién perdieron su virginidad, dotándoles y reproduciendo un discurso, una construcción social que apunta a que “ellas” perderán y “ellos” ganarán.

Así mismo el hombre tiene el permiso de tocar sus partes íntimas en público, de rascarse incluso de vestirse y desvestirse, en cambio pongo en duda que las mujeres conozcan las partes de su vagina, son pocas las que han utilizado un espejo para ver el reflejo de su parte íntima.

Incluso aquí podemos identificar la relación de dominación, y la necesidad de re significar la identidad de la mujer, ya que es expuesta como objeto, la cosificación del cuerpo de la mujer entre vender, ceder, erotizar, ser objeto de placer tanto como ser víctima de feminicidio y mutilación.

Como menciona Lagarde en su libro *Los cautiverios*, las mujeres actuamos con dobles papeles y tenemos dobles posiciones: como sujetos de la opresión y como vigías del cumplimiento del designio patriarcal, femenino y masculino. El mandato funciona también que en la soledad cada mujer es vigilante y censora de sí misma y ha asumido el sentido patriarcal de su vida: no sabe de ser de otra manera, no se atreve a serlo (Lagarde, 2014).

Los discursos patriarcales colocan a las mujeres como objetos al servicio del placer masculino, las mujeres pasan a ser una mercancía dedicada al disfrute, objetivizar, una cosa no pensante puede ser usada como uno lo desee, la cosificación sexual consiste en representar o tratar a una persona como un

objeto sexual, ignorando sus cualidades y habilidades intelectuales y personales.

Velázquez menciona que la pulsión destructiva contra las mujeres ha hecho relación de poder entre los sujetos, hoy es práctica de vida cotidiana, es un gran juego entre víctimas y victimarios, dominantes y dominados, amos y esclavos (Velázquez, 2013).

En la época actual, hay un incremento en la cosificación y denigración del cuerpo femenino se le ha transformado en un objeto de propiedad y control, aunque se debe señalar que también se ha utilizado como método de denuncia, incluso la propia mujer lo utiliza como arma de empoderamiento haciendo visible ésta desigualdad siendo que ahora es una lucha firme por el uso del poder. Definitivamente rebasamos los límites socialmente establecidos sobre la construcción social del cuerpo de la mujer, por ello surgen las siguientes preguntas ¿qué es ser mujer? ¿ser mujer es un problema?; el cuerpo de la mujer actualmente está en un nuevo proceso de simbolización, de re significación, nuestro cuerpo nos pertenece, debemos apropiarnos y hablar desde nuestro cuerpo.

Si respondiéramos la pregunta que es ser mujer nos encasillamos a adjudicarle características llenas de etiquetas y prejuicios que le han atribuido al género femenino. Las mujeres con frecuencia elegimos el amor cortes del hombre amado, sin saber (o quizá sí) que esta forma de amarnos coloca en el lugar del sadomasoquista del deseo

masculino que ama sádicamente a través de la negación simbólica de lo femenino, de la destrucción violenta de su cuerpo real donde se impregnan las conjuras de combatir los terrores que causan la desnudez total, entre lo hediondo y lo sagrado (Velázquez, 2013:87).

Bourdieu (2000) dice que las mismas estrategias simbólicas que las mujeres emplean contra los hombres, como las de la magia permanecen dominadas, ya que el aparato de símbolos y de operadores míticos que ponen en práctica o los fines que persiguen (como el amor o la impotencia del hombre amado u odiado) encuentran fundamento en la visión androcéntrica en cuyo nombre están siendo nominadas. Incapaces de subvertir la relación de dominación, tienen por efecto, al menos confirmar la imagen dominante de las mujeres como seres maléficos, cuya identidad completamente negativa, está constituida esencialmente por prohibiciones muy adecuadas para producir otras tantas ocasiones de transgresión.

Burín nos menciona que los roles de género femenino normatizan la vida cotidiana de las mujeres asignan tareas, roles específicos y preocupaciones que las sitúan dentro de contextos difíciles de enfrentar (también llamadas estresantes) reaccionando con afectos desbordantes a veces imposibles de controlar, en otros casos con medicalización, ya que las emociones desbordadas que padecen estas mujeres es percibido tanto por ellas como por quienes las rodean como un problema, como una falla de su personalidad, que deben remediar ya que la expectativa de su rol de género en el seno de la familia es el

de mantener el equilibrio emocional y la armonía afectiva (Burin, 2000).

Dentro de estas mismas expectativas que se crean a través de la idealización del amor romántico las mujeres se encadenan en su propio cuerpo, prohibiendo que gocen y vivan su sexualidad plena ya que las ideas de pureza vinculadas a la virginidad, un mecanismo de control impuesto por el cristianismo y que tiene ecos aún en nuestra sociedad modula el comportamiento sexual femenino, siendo que aquellas mujeres que se atreven a practicar una sexualidad libre son vistas como transgresoras, poniendo en evidencia la política sexual de nuestra época, ya que la sexualidad de las mujeres se llena de discursos moralistas, visibilizando un mecanismo de control que son parte de una cultura patriarcal, modulaciones que evidencian un poder simbólico puesto en el cuerpo femenino.

A MANERA DE CIERRE

Lo que se busca es "hipermodernizar" y "purificar" los cuerpos a través de la higiene, de normas de conducta, que atañen a la salud, una disciplina-limpieza, un orden, un uso claro del cuerpo femenino, estos mecanismos están presentes en los discursos de los massmedia, y replicados en la vida cotidiana de los sujetos generar un cuerpo ascético al alcance inmediato masculino. Este sometimiento y control del cuerpo se impone desde diferentes instancias, (biopolítica) o la relación de la evolución corporal es decir cuerpos *fitness*, atléticos, estéticamente modulados. Es decir; el cuerpo femenino humano, como un cuerpo

máquina, marcando las pautas de comportamiento y de consumo en las sociedades del Siglo XXI. Pensar en una nueva manera de construirnos como sociedad implica que se cuestione la construcción simbólica del cuerpo femenino en miras de un futuro que permita tratarnos como sujetos en busca de una equidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*, 2ª ed. Trad. Ricardo Poschart, México, Siglo XXI.
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo*. Ed. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación Masculina*. Ed. Anagrama, Barcelona.
- Burín, M. (2000). *El malestar de las mujeres, La tranquilidad recetada*. Ed. Paidós, México.
- Douglas M. (1984). *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I*. Ed. Siglo XXI.
- Lagarde M. (2014). *Los cautiverios de Las Mujeres*. Ed. Siglo XXI, México.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Mauss, Marcel. (1991). "Técnicas y movimientos corporales", en Mauss, M. *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.
- Turner, Bryan. (2009). *Can we live forever? A sociological and moral inquiry*. London: Anthem Press.
- Velázquez, E. Quintero, M. (2013). *La prohibición del placer en el cuerpo femenino*. Ed. Castellanos, México.

PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA REDUCIR EL BULLYING EN ADOLESCENTES

MEDIA LITERACY PROGRAM TO REDUCE BULLYING IN ADOLESCENTS

Jordan Gúzman Martínez ¹

RESUMEN

Este artículo muestra los resultados obtenidos mediante una investigación de carácter cuantitativo, realizada con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar un programa de alfabetización en los medios de comunicación, para reducir el bullying en 31 estudiantes de primer año de secundaria. Se aplicaron dos cuestionarios tanto en la preprueba como en la postprueba: el primero mide situaciones de bullying presenciados, realizados y vividos por los estudiantes y el segundo cuestionario mide si los programas de televisión modifican las conductas de los adolescentes. Los resultados indican que el programa contribuyó a reducir situaciones de bullying dentro de la escuela y a que los adolescentes dejaran de ver programas con contenido violento. Se concluye que los programas implementados por un educador para la salud tienen una relevancia significativa para prevenir y mejorar problemáticas de la sociedad relacionadas con la salud.

Palabras clave: Bullying, medios de comunicación, programa de alfabetización.

ABSTRACT

This article shows the results obtained through a quantitative research carried out with the aim of designing, implementing and evaluating a media literacy program to reduce bullying in 31 high school students. Two questionnaires were applied both in the pre-test and in the post-test: the first one measures bullying situations witnessed, performed and lived by the students and the second questionnaire measures if the television programs modify the behaviors of the adolescents. The results indicate that the program contributed to reducing bullying situations within the school and that adolescents stopped seeing programs with violent content. It is concluded that the programs implemented by a health educator have a significant relevance to prevent and improve problems of the society related with health.

Key words: Bullying, Means of communication, Literacy program.

(1) Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

Recibido: 9-octubre-2017/Aceptado:15-enero-2018.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el *bullying* en adolescentes, es una problemática que va en incremento en todos los niveles de educación básica en México. A pesar de que existan diferentes programas y medidas preventivas, cada vez hay más actos con más violencia en comparación con años anteriores como lo señala la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2010).

El *bullying* se puede definir como la intimidación, abuso, maltrato físico y psicológico de un estudiante o grupo de estudiantes sobre otro u otros de manera constante, en un determinado tiempo. Incluyendo una serie de acciones que implican, bromas, burlas, apodos, palabras obscenas, golpes, discriminación e intimidación (Cortez, 2011).

Los actos de *bullying*, se prolongan durante un período de tiempo, pudiendo consistir en actos violentos que lo integran: agresiones físicas, amenazas, humillaciones, insultos o

en el aislamiento deliberado de la víctima que degenera en una relación jerárquica de dominación-sumisión entre acosador/es y acosado. También se caracteriza por el deseo consciente de herir, amenazar o asustar por parte de un alumno frente a otro no sólo físicamente, sino también psicológicamente o emocionalmente que es menos visible para los profesores, pero que es extremadamente doloroso (Brenes, 2006).

El *bullying* físico implica toda acción corporal como golpes, empujones, patadas, formas de encierro, daño o robo de pertenencias entre otras. Estos abusos pueden ser catalogados de acuerdo a su nivel de gravedad como: leves, moderados o severos. Los maltratos físicos leves son aquellos que no requieren de atención médica, igualmente los daños físicos moderados son aquellos que requieren algún tipo de diagnóstico o tratamiento y los severos son aquellos que requieren hospitalización y atención médica inmediata (Rodríguez, 2002).

El *bullying* psicológico, implica diferentes formas de agresión, amenaza o exclusión que por lo común se llevan a cabo a cualquier estudiante que pueda advertir la situación y, en consecuencia, ayudan a quien expresa estos gestos y señas a permanecer en el anonimato causa daño en las habilidades de una persona, lesionando su autoestima, su capacidad de relacionarse y su habilidad para expresarse y sentir; esto ocasiona un deterioro en la personalidad, socialización y en general en el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades, limitando e

inhabilitando su desarrollo potencial (Jiménez, 2016).

El *bullying* verbal incluye acciones de carácter no corporales, pero igualmente dañinas que las físicas, estas comprenden en poner apodos, insultar, amenazar, generar rumores, expresar dichos raciales o sexistas cara a cara con la finalidad de discriminar, difundir chismes, realizar acciones de exclusión, bromas insultantes y repetidas, etc. Este tipo de palabras quedan grabadas en la víctima, debido a que los niños todavía no tienen formada la idea de su propia personalidad y los comentarios de sus iguales tienen una función importantísima en la formación de la misma, por este motivo este tipo de acoso afecta de gran manera a los niños (Cerezo, 2006).

El *bullying* sexual implica tocar de manera inapropiada, hacer chistes acerca del cuerpo de alguien o de cómo se está desarrollando, sugerir una orientación sexual diferente a la que se tiene, insultar al respecto, acoso sexual, comentarios obscenos, comentarios, bajar los pantalones a alguien frente a otros, subir la falda, jalar el resorte del brasier, y fotografiar alguna parte del cuerpo sin autorización (Ramírez, 2013).

El *ciber-bullying* puede ser definido como la intimidación psicológica u hostigamiento que se produce entre pares, frecuentemente dentro del ámbito escolar (no exclusivamente), sostenida en el tiempo y cometida con cierta regularidad, utilizando como forma de agresión, la tecnología de los medios electrónicos (Huerta, 2016).

Las víctimas se caracterizan por una actitud pasiva y de sometimiento. Son alumnos que generalmente no encuentran un lugar dentro del grupo y sufren de baja autoestima, les gastan (repetidamente) bromas desagradables, les llaman por apodos, les insultan, menosprecian, ridiculizan, desafían, amenazan, les dan órdenes, son objeto de burlas y risas, les molestan, los intimidan, empujan, golpean y les proporcionan patadas y no saben defenderse, se ven envueltos en discusiones y peleas en las que se encuentran indefensos y de las que tratan de huir (posiblemente llorando); les quitan los libros, el dinero y otras pertenencias, o se las rompen y se las tiran; tienen contusiones, heridas, cortes, arañazos o roturas de ropa (Horta, 2016).

En México, dos terceras partes de las niñas, niños y adolescentes de escuelas de educación básica en el país expresaron haber recibido al menos una agresión física. El 90% de la población escolar de sexto de primaria y secundaria ha sufrido alguna vez humillaciones o insultos y cerca de la mitad del personal docente en las escuelas (43.2%) ha mencionado que se han detectado casos de *bullying* en su escuela (UNICEF, 2013).

En las últimas décadas, la sensibilidad social frente a la violencia en los medios de comunicación, en especial la televisión, ha aumentado significativamente. Diferentes investigadores han demostrado que las imágenes emitidas por estos medios ejercen una influencia importante sobre la conducta del individuo (Pérez, Pinzón y González, 2004).

Uno de los análisis más completos sobre TV comercial en Estados Unidos, realizado por un equipo de expertos que dirigió Gerbner, demostró que el ochenta por ciento de los programas emitidos contenían al menos un incidente violento y que los programas de dibujos animados tenían la más alta frecuencia de actos violentos (Cohen, 1998).

Los efectos que produce la recepción pasiva (no crítica) de programas de TV sobre las personas y esencialmente sobre los niños y adolescentes se puede analizar objetivamente a través de las reacciones que ellos mismos experimentan. Mediante diversos estudios se ha podido comprobar la existencia de reacciones específicas cuando los niños son expuestos a programas con escenas predominantemente violentas. En estos casos los efectos pueden agruparse básicamente en siete categorías: imitación, liberación, estereotipo, refuerzo, miedo, acostumbamiento e identificación (Cohen, 1998).

La exposición a escenas de contenido violento induce al receptor pasivo a internalizar que la única manera de resolver sus problemas y conflictos es por el camino de la violencia, con lo cual se fomenta la formación de patrones violentos, impropios del hombre como individuo y como ser social (Cohen, 1998).

La televisión, constituye una fuente efectiva en la creación y formación de actitudes en los adolescentes, ya que desde temprana edad, son sometidos a su influencia, se sabe que los adolescentes seleccionan los programas que

divierten más que los que educan. A pesar de que se transmiten programas educativos, pocos adolescentes los prefieren sobre un programa divertido (Arbocco y Brien, 2012).

Se realizó una comparación con la intervención realiza por Contreras en el año 2016, tuvo como objetivo identificar las actitudes que tiene el alumnado de cuarto semestre de la carrera de Psicología en relación a la violencia escolar (*bullying*) desde la perspectiva de género.

Como segundo programa se analizó el programa implementado por Robledo y Arias en el año 2009, tiene como objetivo es prevenir el bullying escolar por medio de la sensibilización grupal sobre el tema, inculcando a los alumnos actitudes, valores y normas de convivencia positivas y fomentando el propio autoconocimiento y autorregulación emocional, conductual y las relaciones interpersonales cordiales y mutuamente satisfactorias con los iguales.

Como tercer programa de intervención es el implementado por Mendoza y Torres en el año 2016, el cual fue de tipo cualitativo con un diseño investigación acción, debido a que se buscó expandir el conocimiento y las posibles soluciones de la problemática del *bullying*.

De acuerdo a la revisión de la información se identifica que es necesario implementar un programa de alfabetización para reducir el *bullying*, ya que los programas solo se centran en brindar información y no aplicar ninguna intervención con los estudiantes.

Por lo anterior el objetivo del programa es: Diseñar, implementar y evaluar un programa

de alfabetización en los medios de comunicación para reducir el *bullying* en adolescentes de secundaria.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseñar, implementar y evaluar un programa de alfabetización en los medios de comunicación para reducir el *bullying* en adolescentes de secundaria.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis alterna

La implementación de un programa de Educación para la Salud, si podrá disminuir los índices de *bullying* en adolescentes.

Hipótesis Nula

La implementación de un programa de Educación para la Salud no podrá disminuir los índices de *bullying*.

METODOLOGÍA

Método

La presente investigación es de carácter longitudinal y explicativa.

Diseño de investigación

La investigación es de tipo cuasi-experimental.

Muestra

La población total de la muestra fue de 29 adolescentes en el grupo control y 32 adolescentes en el grupo de intervención, conformados por 30 hombres y 32 mujeres, que corresponden a primer año de una secundaria pública ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl Estado de México; con

edades que oscilan de 11 a 14 años de edad con una desviación estándar de 0.624.

Instrumento

Para el estudio se utilizó el cuestionario de evaluación de la violencia escolar infantil y primaria aplicado por Albadejo (2011) el cual está conformado por un total de 29 ítems, adecuados para evaluar los tipos de violencia escolar entre iguales y su frecuencia en tres situaciones de violencia o victimización: actos presenciados, sufridos y realizados. Así mismo, se utilizó un segundo cuestionario implementado por Gutiérrez (2008) para obtener la recolección de los datos más relevantes para poder identificar cuáles son los programas de televisión que más ven y de qué manera estos influyen en sus actividades cotidianas. El cuestionario tiene un total de 22 ítems, los cuales tienen diferentes opciones de respuesta distribuidas por incisos.

Procedimiento

Se contactó a las autoridades correspondientes de la escuela secundaria para el permiso de llevar a cabo la intervención con los estudiantes de primer año. Se le entregó un consentimiento informado a la directora del plantel para que lo firmara y lo sellara, así mismo se les entregó a los estudiantes el asentimiento informado y una carta informativa para sus padres para que estos tuvieran conocimiento acerca de los temas a tratar en las sesiones. Por consiguiente, se aplicó la preprueba con ambos grupos y se prosiguió a aplicar las ocho sesiones, divididas en dos sesiones por semana, al terminirlas se procedió a aplicar la

posprueba con ambos grupos para obtener los resultados de los conocimientos adquiridos por parte de los estudiantes a lo largo de las sesiones impartidas.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se diseñó un programa de intervención llamado “el *bullying* no es símbolo de risa” con el objetivo de alfabetizar a los adolescentes acerca de los contenidos violentos que son transmitidos por diversos canales de televisión, para que de esa forma comprendan las consecuencias que conllevan realizar actos de *bullying* hacia sus compañeros.

Así mismo, se diseñaron ocho sesiones de una duración de cincuenta minutos por sesión con una población de 11 a 14 años a quien va dirigido el programa, para lo cual se diseñaron diferentes actividades las cuales tienen el objetivo de que el adolescente se involucre con las sesiones y pueda tener un aprendizaje significativo acerca de los temas que se brindaran, los cuales son: definición de *bullying*, tipos de *bullying*, actores que intervienen en el *bullying*, consecuencias del *bullying*, impacto de los programas de televisión.

PLAN DE ANÁLISIS

Para analizar los datos se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), después de haber aplicado los dos cuestionarios a los dos grupos control e intervención, durante la preprueba y la postprueba, con el fin de comparar resultados en ambos momentos de la aplicación y de los

dos grupos, utilizando la prueba estadística de comparación de medidas repetidas en la que si significancia tuvo un puntaje menor a 0.05, se aceptara la hipótesis alterna y se rechazara la nula, y si sale un puntaje mayor a 0.05 se aceptara la nula y se rechazara la alterna con el fin de conocer el impacto del programa sobre los estudiantes del grupo intervención.

RESULTADOS

Al realizar el análisis del cuestionario para el alumnado sobre bullying, se pudo identificar que de 29 preguntas que componen el cuestionario, solo 10 obtuvieron un puntaje menor o igual a 0.05 siendo estas las que tuvieron mayor significancia al realizar la intervención, las cuales son: la pregunta 8, 11, 12 y 13, la pregunta 19, 21 y por último la pregunta 26.

Es importante destacar que las preguntas que resultaron significativas, al hacer una comparación entre la media de la preprueba y la postprueba, los índices de la media redujeron de manera positiva debido a que se redujeron acciones de *bullying* después de aplicar la intervención.

Respecto a las medias de las 5 preguntas que tuvieron una significancia, redujeron al aplicarse la intervención, esto representa que

los estudiantes dejaron de realizar actividades negativas del uso de la televisión y la poca convivencia con su familia por positivas, las cuales permitieron identificar que el programa si tuvo un impacto en los estudiantes.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo reducir los índices de *bullying* en estudiantes de secundaria. Respecto a los objetivos específicos se abordaron de la siguiente manera:

Los resultados indicaron que los estudiantes han presenciado actos de *bullying* verbal y físico que han sufrido sus compañeros dentro de la escuela e incluso, algunos señalan que también han sido víctimas en ciertas ocasiones de estos actos dentro del plantel. Estos resultados son similares a los obtenidos por Contreras (2016) debido a que antes de impartir el taller, se registró que los estudiantes identificaban situaciones de *bullying* verbal dentro de las aulas y de la misma universidad, así como el conocimiento previo de esta problemática antes de las sesiones, además a lo largo de estas, algunos estudiantes manifestaron haber cometido actos de *bullying* hacia sus compañeros o incluso haber sido víctimas de estas agresiones.

TABLA 1.

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL GRUPO CONTROL E INTERVENCIÓN EN LA PREPRUEBA Y POSTPRUEBA PARA LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO PARA EL ALUMNADO SOBRE BULLYING.

Pre		Post	
Control	Int	Control	Int

Variable	M (De)	M (DE)	M (DE)	M (De)	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
1 He visto situaciones de insultos en clase.	1.97 (.82)	2.09 (.84)	2.10 (1.01)	2.15 (.80)	0.62	.80	.00
4 He visto situaciones de golpes en el recreo.	1.62 (.78)	1.94 (.61)	1.55 (.78)	1.12 (.33)	14.14	.00	.19
8 He insultado en clase.	1.66 (.77)	2.03 (.64)	1.69 (.71)	1.06 (.24)	29.24	.00	.33
11 He pegado en el recreo.	1.28 (.46)	1.82 (.53)	1.48 (.83)	1.03 (.17)	28.40	.00	.32
12 He empujado o fastidiado en las filas	1.21 (.49)	1.45 (.71)	1.48 (.60)	1.30 (.47)	5.28	.03	.08
13 He molestado o no he dejado trabajar	1.14 (.44)	1.45 (.75)	1.45 (.69)	1.27 (.45)	6.05	.01	.01
16 He dejado de jugar con algún compañero.	1.66 (.94)	1.67 (.65)	1.69 (.66)	1.18 (.39)	4.22	.04	.07
19 Me insultan en el recreo.	1.31 (.54)	1.91 (.68)	1.66 (.72)	1.12 (.42)	37.06	.00	.38
21 Me pegan en el recreo.	1.07 (.26)	1.94 (.86)	1.21 (.41)	1.30 (.47)	16.78	.00	.01
26 Me dejan jugar los compañeros con ellos.	2.69 (1.29)	2.91 (1.10)	2.34 (1.26)	1.55 (1.00)	6.00	.02	.09
29 Me dejan jugar si les doy lo que me piden o hago lo que me dicen.	1.00 (.00)	2.09 (.88)	1.38 (.62)	1.03 (.17)	55.33	.00	.48

Nota: M=Promedio, DE= Desviación Estándar, F=Anova de medidas repetidas, P= Significancia, D= tamaño del efecto.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2.
MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR PARA EL GRUPO CONTROL E INTERVENCIÓN EN LA PREPRUEBA Y POSTPRUEBA PARA LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO DE TELEVISIÓN VERSIÓN PARA ESTUDIANTES.

Pre	Post

Variable	Control	Int	Control	Int	<i>f</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M (De)	M (DE)	M (DE)	M (De)			
1¿Te gusta la TV?	1.10 (.31)	1.12 (.33)	1.10 (31)	1.12 (.33)	2.47	.22	.04
4¿Ves la TV con tus padres?	1.21 (.41)	1.85 (.36)	1.31 (.47)	1.48 (.51)	8.31	.00	.12
5¿Comes con tu familia?	1.07 (.26)	1.76 (.44)	1.07 (.23)	1.36 (.49)	8.04	.01	.12
12¿Ves programas para adultos?	1.83 (.38)	1.88 (.33)	1.83 (.38)	1.45 (.51)	9.23	.00	.01
16¿Tus padres te ayudan a escoger lo que ves en la televisión?	1.34 (.48)	1.88 (.33)	1.66 (.48)	1.39 (.50)	26.09	.00	.30
17¿Cuándo no entiendes algo en la TV tus padres te lo explican?	1.21 (.41)	1.79 (.42)	1.34 (.48)	1.55 (.51)	6.23	.02	.09
19¿Ves TV a la hora que tú quieres?	1.45 (.51)	1.03 (.17)	1.45 (.51)	1.97 (.17)	82.7	.00	.06

Nota: M=Promedio, DE= Desviación Estándar, F=Anova de medidas repetidas, P= Significancia, D= tamaño del efecto.

Fuente: Elaboración propia.

Como segundo objetivo de la investigación fue, impartir un taller informativo-interactivo a los adolescentes para sensibilizarlos acerca del *bullying* y su relación con los medios de comunicación, para lo cual se diseñó basándose en la población y la edad de estos, al igual que el programa que realizaron

Robledo y Arias (2009), el cual tuvo como principal objetivo:

- (1) Reducir el *bullying* a través de diferentes sesiones, las cuales se enfocaron en brindar cierta confianza a los participantes para que estos pudieran participar en las actividades,

(2) que aprendan a saber que deben realizar en caso de estar ante una situación de *bullying*, a realizar acciones de prevenciones, además de que estos involucraran a sus profesores como principales fuentes de apoyo y

(3) que estos pudieran diferenciar que en ocasiones los contenidos de los programas que observan no son reales o incluso los actos de violencia que se observan en estos no son símbolo de admiración.

Como último objetivo de la investigación fue evaluar si las sesiones tuvieron impacto en los alumnos, para lo cual se realizó la preprueba y la postprueba con el fin de identificar si este había tenido un impacto en la población estudiantil del grupo intervención, esta evaluación fue parecida a lo que realizaron Mendoza y Torres (2016) ya que estos evaluaron a lo largo del taller si los participantes habían cometido actos de *bullying* o presenciado en el aula, por lo que identificaron que varios estudiantes, consideraban las burlas y los insultos, como una forma positiva de convivencia e incluso algunos mencionaban que cometían actos de forma cotidiana, por lo que con el paso de las actividades implementadas, estos demostraron interés por las actividades implementadas y de esta forma fueron aprendiendo las consecuencias que conllevan cometer estos actos, así como una aplicación de un cuestionario, el cual permitió identificar la percepción que tenían ante las situaciones de *bullying* obteniendo resultados positivos,

determinando de esa forma que si se obtuvo un impacto en los participantes.

Sin embargo, a pesar de que Mendoza y Torres (2016) evaluaron durante las actividades realizadas, esta investigación utilizó la preprueba y la postprueba con el fin de identificar si los contenidos de las sesiones tuvieron impacto, así como se pidió a los participantes que en un papel bond, escribieran la evaluación de las sesiones así como las recomendaciones que harían al programa de intervención.

Así mismo, a pesar de que no todas las respuestas tuvieron una significancia positiva, en las 10 preguntas del primer cuestionario que registraron significancia, se identificó que el valor de la media en hubo una reducción al aplicarse la postprueba, ya que en la preprueba su valor era mayor, de esta manera se pudo identificar que los casos de *bullying* presenciados y realizados tuvieron una reducción.

CONCLUSIONES

La aplicación del programa de alfabetización en los medios de comunicación para reducir el *bullying* en adolescentes, ha contribuido para que los adolescentes que participaron en el programa incrementaron sus conocimientos acerca del tema, ya que al realizar el análisis de los cuestionarios en el grupo intervención se redujeron los índices de la media, identificando que los estudiantes dejaron de sufrir agresiones por parte de sus compañeros, así como se redujeron los índices de acciones presenciadas y

realizadas, además se registró que los estudiantes tenían mayor comunicación con sus padres para escoger los programas de televisión.

Al terminar las sesiones, los estudiantes calificaron al programa con 9.5 y recomendaron que se implementaran actividades al aire libre, que se siguieran llevando programas en donde ellos participaran más en realizar actividades de juegos, actuación y sobre todo que fueran escuchados y se les prestara la atención necesaria por parte del instructor.

Es importante que los programas tengan un seguimiento y que estos sean recurrentes, para que de esa forma los estudiantes no olviden los contenidos de las sesiones implementadas, así como la utilización de herramientas en la que los estudiantes participen y se sientan parte fundamental de los programas.

LIMITACIONES Y PROPUESTAS

Durante la aplicación del programa, se presentaron diversas situaciones que obstaculizaban que este fuera implementado con éxito, dentro de estas se encuentra la indisciplina que tenían los estudiantes del grupo intervención e incluso insultaban y se burlaban de los propios profesores que se encontraban en el salón. Así mismo, las constantes interrupciones por parte de los profesores que tenían clases con ellos, ya que expresaban cierta inconformidad, debido a que el programa intervenía en sus horas de clase a pesar de que ya se les había

informado por parte de la directora de la secundaria.

Es importante destacar, que en ocasiones no se tuvo el apoyo necesario por parte de las autoridades, al pedir que un profesor estuviera presente para que los estudiantes estuvieran más disciplinados, pero existieron sesiones en las que no estuvo presente un profesor, por lo que resultó más complicado que los estudiantes no realizaran actos de indisciplina.

Dentro de las propuestas se debe implementar sesiones durante un tiempo de 40 a 60 minutos, con el fin de poder realizar diversas actividades que ayuden a retroalimentar información y brindar la confianza necesaria a los adolescentes, los cuales en ocasiones necesitan ser escuchados por algún profesor el cual pudiera brindarles información que requieran.

BIBLIOGRAFÍA

- Albadejo, N. (2011). *Evaluación de la violencia escolar en educación infantil y primaria*. Tesis de doctorado en ciencias de la salud. Universidad de Alicante, España.
- Arbocco, M., y Brien, J. (2012). *Impacto de la televisión basura en la mente y la conducta en niños y adolescentes*. Consultado el 24 de Octubre de 2016 en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/avances_arbocco_5.pdf
- Brenes, G. (2006). *Diseño y Producción de Sean Bienvenidos como estrategia para la concientización social en casos de Bullying*. Tesis de licenciatura en Diseño y Comunicación Verbal. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cerezo, F. (2006). "Violencia y victimización entre escolares. El bullying: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del Test Bull-S". *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(18), 333-351.
- Cohen, D. (1998). *La violencia en los programas televisivos*. Consultado el 28 de Octubre de 2016 en: http://www.revistalatinacs.org/a/latina_art69.pdf

- Contreras, C. (2016). *Prevención de la violencia escolar (bullying) entre pares de estudiantes de cuarto semestre de la carrera de Psicología. Un enfoque de género*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cortez, J. (2011). *Somos comunidad educativa: Hagamos equipo. Propuesta para erradicar el Bullying*. Consultado el 25 de Noviembre de 2016 en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/Proyecto_Somos_comunidad_educativa.pdf
- Gutiérrez, D. (2008). *Influencia de los programas televisivos en la conducta escolar de los niños y niñas de 5 a 6 años*. Tesis de licenciatura en educación inicial. Universidad Bolivariana De Venezuela. Venezuela.
- Horta, G. (2016). *La inteligencia emocional en niños preescolares como prevención primaria para el bullying*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Huerta, D. (2016). *Propuesta de un taller de prevención al bullying en estudiantes de secundaria*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Jiménez, K. (2016). *Caracterización de los adolescentes involucrados en el bullying*. Tesis de maestría en psicología. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Mendoza, S., y Torres, A. (2016). *Proceso de un grupo de escolares tras la aplicación de una intervención para la prevención del bullying*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Pérez, I., Pinzón, A., y González, J. (2004). "Influencia de la televisión violenta en niños de una escuela pública de Bogotá, Colombia". *Revista de salud pública*, 7(1), 70-88.
- Ramírez, C. (2013). Violencia, conflicto y agresividad en el escenario escolar. *Educación*, 16(3), 411-431.
- Robledo, R., y Arias, A. (2009). *Programa de prevención del bullying en las aulas de educación primaria*. Consultado el 7 de Noviembre de 2016 en: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t1/t1c21.pdf>
- Rodríguez, M. (2002). *Bullying (Acoso escolar)*. Consultado el 18 de Septiembre de 2016 en: https://maristas.org.mx/gestion/web/Material_de_Bullying_psic_ma_guadalupe.pdf
- Secretaría de Educación Pública. (2010). "Igualdad de género y prevención de la violencia en educación media superior". *Práctica docente*, 2(1), 1-135.
- UNICEF, (2013). *Informe anual UNICEF México 2013*. Consultado en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEFReporteAnual_2013_final.pdf

BIOÉTICA Y CONSCIENCIA MORAL EN LA SALUD MENTAL*

BIOETHICS AND MORAL CONSCIOUSNESS IN MENTAL HEALTH

Diego Fernando Velasco Cañas ¹

RESUMEN

Este escrito tiene como objetivo reflexionar acerca del lugar de la consciencia moral del sujeto en el contexto de una bioética liberal. El análisis se lleva hasta las consideraciones bioéticas que se deben tomar en el caso de los enfermos mentales. Se discute acerca de qué postura bioética es más adecuada para la solución de dilemas bioéticos de estos pacientes, comparando el influyente principalismo de Beauchamp y Childress con la teoría de la narrativa de Burrell y Hauerwas. En una primera sección se define la postura ética desde la que se plantea el escrito. La segunda sección trata de definir la consciencia moral en el contexto de una ética liberal. Al final, la tercera sección contiene la discusión entre el principalismo y la teoría de la narración. Se concluye destacando las ventajas de esta última para el caso de la salud mental.

Palabras clave: consciencia moral, bioética, enfermedad mental, principalismo, teoría de la narración.

RESUMEN

This writing aims to reflect on the place of the moral conscience of the subject in the context of a liberal bioethics. The analysis is carried out to the bioethical considerations to be taken in the case of the mentally ill. It discusses what bioethics stance is best suited for the solution of these patients bioethical dilemmas by comparing Beauchamp and Childress influential principlism with Burrell and Hauerwas narrative theory. In a first section the ethical stance is defined from which is stated in the writing. The second section tries to define the moral conscience in the context of liberal ethics. At the end, the third section contains the discussion between principlism and narrative theory. It concludes by highlighting the advantages of the latter in the case of mental health.

Key words: moral conscience, bioethics, mental illness, principlism, narrative theory.

Universidad Autónoma del Estado de México.

* Trabajo presentado como ponencia en el curso *Bioética y Neuroética*, realizado el 20 y 21 de octubre de 2016 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Recibido: 13-noviembre-2017/Aceptado:15-enero-2018.

INTRODUCCIÓN

Si se parte de la pregunta sobre cuál es el tipo de reflexión que la salud mental provoca frente a los asuntos bioéticos, es posible ofrecer una respuesta que nos dirige a la indagación por la forma en que se asume la consciencia moral de quienes padecen algún tipo de trastorno mental. Una de las condiciones para establecer la personalidad moral radica en la posibilidad que los sujetos tienen para desarrollar una consciencia moral. En el caso de los enfermos mentales, se entiende que

aquellos padecimientos que sufren limitan en distinta medida dichas posibilidades.

De esa problemática se derivan dos cuestionamientos que se intentarán responder en este trabajo, el primero tiene que ver con la manera en que éticamente se deben enfrentar las limitaciones que las enfermedades mentales imponen al desarrollo de la consciencia moral y sus posibles consecuencias para evaluar moralmente los actos de los enfermos; la segunda tiene que ver con el papel que los médicos que se encargan de estos pacientes juegan respecto de las limitaciones que ellos sufren y las

actitudes éticas específicas que deben adoptar frente a ellos.

Consideramos que para dar solución a los problemas que hemos señalado, es necesario establecer una postura crítica frente a una de las líneas de reflexión bioética más difundidas que es la teoría del principalismo. Hemos de hacer notar que esta es una aportación desde la filosofía moral, el abordaje de los temas médicos en cuanto a los trastornos mentales se sustenta en investigaciones documentales realizadas con el fin de tener un panorama de información claro que nos permita rehuir del error argumentativo.

En una primera sección definiremos la postura bioética desde la que abordamos el problema planteado, continuaremos con el análisis ético del problema de la consciencia moral y sus consecuencias sobre las acciones humanas, al final reflexionaremos sobre cuáles deben ser las pautas éticas que se deben considerar en pacientes que ven afectado el desarrollo de su consciencia moral.

TOMA DE POSTURA: LA BIOÉTICA LIBERAL

La bioética ha significado una revolución tanto para las ciencias biológicas como para las humanidades y especialmente para la filosofía. Se ha constituido como un campo novedoso desde el que se pueden tratar aquellas problemáticas que se relacionan con la salud, con la investigación médica, biomédica, los desarrollos tecnológicos y recientemente aquellos problemas sociales,

políticos y económicos que se relacionan con lo anterior.

La bioética ha ido conformando sus fundamentos filosóficos y epistemológicos desde diversos derroteros, principalmente hay dos líneas que se distinguen de forma radical.

A la primera se la nombrará en este trabajo la postura religioso-naturalista. Se fundamenta en argumentos cuyos principios provienen principalmente de una percepción religiosa de la realidad y del ser humano. Consecuentemente contempla la necesidad de cumplir con los códigos que una cierta construcción religiosa plantea en términos morales, generalmente dichos preceptos coinciden con una ley natural que de igual forma se considera como una directriz irrevocable para las acciones humanas, dado que ir en contra suya implica ir en contra de la naturaleza misma y alejar con ello a los seres humanos de su origen divino. Cabe señalar en este punto que los preceptos religiosos y la ley natural a la que apelan se relacionan debido a la consideración de la naturaleza como una creación divina. De tal forma, obedecer la ley natural significa obedecer a la ley de dios.

La segunda línea la identificaremos como la postura liberal. Esta establece su base en argumentos que apelan al sujeto dentro de su dimensión moral, lo que implica considerarle un sujeto que a partir de ganar su autonomía y su libertad se muestra como un sujeto responsable y capaz de adoptar una postura moral correcta frente al mundo y sus compañeros de interacción. Como agente moral responsable le es reconocida la

capacidad de establecer un plan de autorealización que podrá llevar a buen término gracias a que la sociedad en que se desenvuelve garantiza por distintos medios – políticos, jurídicos, económicos, culturales- las condiciones para ello.

Las reflexiones en este trabajo se adherirán al tipo de argumentaciones que pertenecen a la segunda línea. Se parte de la consideración de que los temas éticos deben tener sustento en argumentaciones capaces de ofrecer alguna prueba racional que satisfagan una pretensión de universalidad, entendida esta como un fundamento de la aceptación mínima de los principios, normas y teorías desarrolladas. Al mismo tiempo, consideramos que la bioética debe privilegiar un marco de discusión incluyente de las distintas posturas morales, abarcadora de las distintas posibilidades de solución a los problemas que se le presentan y capaz de situar al sujeto como agente moral en todos los planos de acción humana, lo cual sólo es posible de lograr desde una postura con las características antes citadas.

Se considerará también que es necesario partir de la postura señalada en el abordaje de los problemas bioéticos que se pueden presentar alrededor de los problemas de salud y específicamente de los que se presentan en el caso de la enfermedad mental dado que en su mayoría implican alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta, y las relaciones con los demás (OMS, 2016).

La bioética liberal permitirá hacer una reflexión acerca de las cuestiones alrededor de las afectaciones que el paciente mental puede sufrir sobre su capacidad de generar una consciencia moral sólida, acerca no sólo de los medios de protección de su integridad moral y física, sino también de cómo se deben afrontar tales limitaciones sin que ello juegue en contra suya, sino siempre buscando su mayor beneficio.

En la siguiente sección se ofrecerá una explicación de lo que entenderemos como consciencia moral y se tratará de introducir en el contexto de la bioética liberal que se ha adoptado.

¿QUÉ SE DEBE ENTENDER POR CONSCIENCIA MORAL?

Se entiende por consciencia moral aquella capacidad individual de adoptar una postura de forma voluntaria y racional frente a los actos propios y los de los demás, además de que permite evaluarlos moralmente.

La consciencia moral se refiere a la posibilidad de que conscientemente, cada uno de los seres humanos exploten las dos facultades que los distinguen del resto de los animales –voluntad y racionalidad- para situarse frente a la necesidad de reconocer que los actos humanos se insertan siempre dentro de una dimensión moral que obliga al agente a dos requisitos esenciales: el primero un esfuerzo por hacer que nuestros actos tengan una justificación racional resultante de un juicio moral; el segundo, que en dicho juicio siempre se tome como punto de partida una posición imparcial, es decir, que podamos dar

igual importancia a los intereses de todos quienes pueden estar involucrados en nuestros actos.

Dentro de un sistema ético la consciencia moral implica un punto de partida esencial para que el agente sea capaz de realizar evaluaciones morales de sus propios actos, pero también para que pueda realizar dichas evaluaciones respecto de los actos de los demás y de las instituciones sociales que lo rodean y afectan en su vida. Esa misma consciencia moral es la que permite ofrecer una justificación racional a los actos y las evaluaciones como agentes morales. Es la que eleva de seres humanos desnudos o despojados de un estrato moral a considerarlos agentes morales.

Justo en eso radica la importancia de considerar a la consciencia moral dentro de las discusiones de la bioética en general, y en este caso específico en las discusiones sobre lo que se debe esperar en términos bioéticos respecto del trato con enfermos mentales.

Existen varias posturas filosóficas alrededor de la consciencia moral como problema de la ética, en general se puede decir que constituye un sustrato antropológico dentro de la ética. Si ésta última tiene como objeto específico a la moral y como tarea la “elaboración de análisis y teorías sobre la naturaleza, la función y el valor de los juicios morales” (Blackburn, 2006:17), entonces se ha de afirmar que la consciencia moral consiste en la capacidad humana que posibilita la postura desde la que se realizan dichos juicios morales, pero también desde la

que se elaboran dichos análisis, y teorías acerca suyo. La posibilidad de desarrollar una consciencia moral indica que un sujeto posee la capacidad de realizar juicios morales y de evaluarlos éticamente como parte de su propia constitución como ser humano.

Desde su origen en el mapa del pensamiento humano, la bioética ha tomado la fuerza de un huracán. Ha arrasado con muchas de las limitaciones que se estaban presentando a la filosofía moral, que se había estacionado bajo la afirmación aristotélica de que nada nuevo hay bajo el sol. Una de las causas por las que la bioética ha prosperado tanto es que existe una enorme cantidad de fenómenos sociales, científicos, tecnológicos frente a los que la filosofía moral no había tomado parte, en buena medida debido a un atraso temporal. Mientras que la vida social, la vida de las ciencias y la tecnología avanza aceleradamente, los progresos y alcances de la filosofía moral son lentos.

Las reflexiones sobre esos problemas hechas desde la bioética tuvieron el atino de tomar de la filosofía moral sólo aquellos elementos teóricos y filosóficos que no constituían un sobrepeso que las pusiera en desventaja con los acelerados avances de las ciencias, la tecnología y las necesidades sociales que estas van generando.

En dicho sentido, la fuerza arrasadora de la bioética constituyó un respiro para la filosofía moral, al tiempo que una alerta acerca de su letargo. Alerta a la que se ha respondido tomando el ejemplo de la bioética y tratando de generar éticas aplicadas a fenómenos

particulares, lo que les permite una mayor dinamicidad y una mayor capacidad de abordaje de problemas que requieren atención.

Este tipo de reflexiones éticas aplicadas ha provocado una sana reflexión acerca de la bioética misma. Se ha comenzado a pensar acerca de cuáles son los fundamentos de la filosofía moral que la bioética no puede pasar por alto, pues de hacerlo pondría en peligro la base de su reflexión y las ventajas que había ganado frente a otras formas de reflexión normativa.

Desde este panorama, se propone introducir en el plano de la bioética a la consciencia moral como un contenido filosófico moral que aporte sustancia a las reflexiones, las teorías, los principios y las pautas que la bioética ha sostenido frente a los temas que le ocupan. Esta tarea es esencial para garantizar un devenir de la bioética con carácter plural, sistemático y humanista.

No perder de vista la consciencia moral como sustrato humano de las acciones que la bioética analiza, sobre las que reflexiona, las que evalúa y sobre las que puede interponer apelaciones a la razón, a la mejor conveniencia para el futuro bienestar humano imprimirá en sí mismas un carácter que no podemos perder de vista: el carácter humano de nuestras acciones.

La ciencia, la tecnología, la medicina, la política, la economía son todas actividades humanas autorreferentes, nos referimos a que son acciones que los humanos desarrollan

con el fin de preservarse como especie, considerando siempre sus necesidades sociales y naturales. Reconocer que todos quienes realizan estas acciones poseen una consciencia moral implica la posibilidad de hacerlos responsables por ese bienestar que están obligados a preservar, reproducir y garantizar para su presente y para las generaciones futuras.

En el universo que la bioética ha creado, la consciencia moral ha solido darse por supuesta y ha quedado velada por principios o valores a los que se les otorga un carácter deontológico. Se propone que traer a la consciencia moral al frente de estos principios y valores es una buena forma de llamar la atención también sobre el agente moral, sobre sus responsabilidades y por lo tanto sobre la forma en que se pueden hacer operativos esos principios y valores en un contexto mucho más cercano a la realidad de las acciones humanas, y de ese modo eliminar algunas de las críticas que se han lanzado contra algunas de las principales teorías bioéticas.

Propuestas bioéticas como el principalismo han dado por supuesta la consciencia moral al apelar como principio a la autonomía. Ningún agente moral podría considerarse autónomo sin el aval de la consciencia moral, sin ella carecería de las condiciones y habilidades para desarrollar juicios morales autónomos, ni tomar decisiones racionalmente justificadas; al no considerar la consciencia moral como parte de la propia autonomía que llama a respetar, el principalismo deja vacío su propio principio deontológico.

No es posible obviar la consciencia moral y luego exigir un respeto a la autonomía, dado que este término se vacía de contenido filosófico moral y resulta en una simple capacidad de toma de decisiones. Lo que podría debilitarle deontológicamente, llevándolo incluso a convertirse en una fuerza que juegue en contra de los sujetos que entran en interacción, dado que uno de ellos abandona la responsabilidad de sus actos escudado en la aceptación voluntaria del otro.

En su texto *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp y Childress (2009) consideran que una acción es autónoma cuando es intencionada, comprendida por el agente, y carece de influencias externas que la determinen. Si bien en esta comprensión de la acción autónoma existen algunos rasgos de consciencia moral, dan por supuesto que estas características de la acción autónoma son suficiente consideración para formular una serie de reglas que garanticen su respeto. Sin embargo, aceptan desde el inicio que estas condiciones teóricas y normativas no son suficientes para proteger a aquellos que sufren alguna condición que les impida un grado de autonomía suficiente para llevar a cabo acciones autónomas.

En otro extremo, las posturas religioso-naturalistas no sólo dan por supuesta a la consciencia moral, sino que al partir de la idea de un origen divino para los seres humanos, limitan la posibilidad de que sea él mismo quien desarrolle una capacidad de toma de decisiones, de asunción de la responsabilidad y de generación de la autonomía y libertad como producto de la apropiación de su

personalidad moral. Posiciones como esta limitan la reflexión bioética a un marco argumentativo que parte de una petición de principio: la existencia de dios como entidad no sólo creadora del universo, sino también normadora de la vida que en él se desarrolla.

Por consideraciones como las mostradas en los dos párrafos precedentes, es necesario introducir la consciencia moral como aquello que transforme a los sujetos humanos en agentes morales responsables. En el apartado siguiente se mostrará la operatividad de nuestra propuesta tomando como contexto de explicación el entorno bioético de la enfermedad mental.

LA CONSCIENCIA MORAL EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (OMS, 2016).

La propia OMS reconoce que el aumento de este tipo de padecimientos afecta tanto a nivel socioeconómico como en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (OMS, 2016), este hecho nos lleva a poner mayor atención sobre las consideraciones éticas que deben tenerse sobre el tratamiento de las enfermedades mentales tanto a nivel médico como a nivel social.

En el catálogo que la OMS hace de los trastornos mentales (depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y otras psicosis,

demencia, discapacidades intelectuales y trastornos del desarrollo como el autismo) es posible notar que todos estos padecimientos tienen como consecuencia alteraciones graduales de la conducta del paciente, incluyendo sus relaciones intersubjetivas. Dichas alteraciones ponen al paciente en un estado grave de vulnerabilidad frente a la sociedad y sus instituciones, frente a aquellos que lo rodean y deberían constituirse en un círculo de apoyo, pero también frente al personal sanitario que está pendiente de su estado de salud.

Frente a esta situación de vulnerabilidad, la bioética está obligada a establecer una defensa de la integridad no sólo física y mental del paciente, sino también de su calidad moral.

Si como se ha mencionado antes, las afectaciones resultantes de los padecimientos mentales ponen en tela de juicio la capacidad del paciente para tomar decisiones conscientes respecto de sí mismo, es consecuencia esperable que la consciencia moral de la que se habló antes se vea afectada también de forma grave. Siguiendo la argumentación planteada al inicio, esta situación pone al paciente en un paréntesis moral que la bioética debe atender.

Desde el plano procedimental resulta más o menos sencillo paliar esta situación: se han instaurado una serie de estrategias de protección de su autonomía, por ejemplo, la necesidad de cumplimentar consentimientos informados que autoricen de manera consciente acerca de los procedimientos

clínicos a los que será sometido, para ello se recurre a un tercero que asuma la responsabilidad por el cuidado del paciente y que sea capaz de tomar esas decisiones desde un cálculo de riesgo-beneficio.

Si bien estos procedimientos pueden cumplir su cometido y ser efectivos en la protección de la autonomía e integridad física del paciente, lo que dejan al descubierto es la consideración en términos morales que del mismo se tiene. Como la propia OMS menciona en las descripciones que hace de los trastornos mentales, las afectaciones que provocan son graduales, así como hay pacientes con depresiones severas que pierden la posibilidad de hacerse cargo de las decisiones sobre sí mismos, hay depresiones leves que permiten que el paciente asuma parte de esa responsabilidad con la vigilancia de un tercero que se asegure de que esa capacidad continúa presente en el momento de la toma de decisiones.

Reconocer que los pacientes de trastornos mentales tienen una capacidad de desarrollar una consciencia moral es necesario para motivar su recuperación y eventual reinserción en la sociedad y permitirles el desarrollo de una vida productiva, lo que debería ser el fin de todo tratamiento médico sobre estos pacientes.

Lo qué es más, dado que a excepción de los trastornos del desarrollo que pueden tener su origen desde el nacimiento, el resto de los padecimientos se presentan en edades que van de la niñez, la juventud hasta la adultez, muchos de estos pacientes en algún momento

pudieron contar con la capacidad plena para desarrollar esa consciencia moral o la han desarrollado ya para el momento en que se presenta el padecimiento.

De modo que los conflictos en términos de bioética que se presenten no podrán resolverse sólo desde el ámbito procedimental y las reglas que establece un principalismo. Será necesario optar por otras estrategias de evaluación que impliquen teorías mucho más abarcadoras de la historia de vida y el contexto de surgimiento del padecimiento en la vida del paciente, y con ello, identificar el momento en que sus capacidades para desarrollar una consciencia moral o continuar con una que se hubiese desarrollado ya se ven interrumpidas por el padecimiento mental. De tal modo se podrá definir si es necesario considerar algunas prerrogativas morales para el paciente que está en posibilidad o no de retomar ese cauce moral perdido en algún momento de su vida y comenzar a tomar decisiones por sí mismo de forma autónoma.

Como se mencionó antes, al considerar los conflictos éticos que giran en torno a estos pacientes únicamente desde la perspectiva principalista, su solución estará puesta en duda debido a que en estos casos específicos la consciencia moral de los pacientes forma parte constitutiva de su padecimiento, es más, se puede convertir en un indicador de su recuperación.

Abordar de forma efectiva los problemas éticos de los pacientes con trastornos mentales será más efectivo desde otro tipo de planteamientos bioéticos que sí contemplen la

posibilidad de dar un lugar relevante a su capacidad para desarrollar una consciencia moral.

Frente a la metodología sumamente estrecha que plantea el principalismo, especialmente el de Beauchamp y Childress (2009) aún con sus últimas revisiones, existe una metodología que plantea una visión mucho más amplia del problema moral que tenemos enfrente en los casos de los trastornos mentales.

David Burrell junto con Stanley Hauerwas (1981) presentan un intento de recomponer la estructura de los análisis éticos que han caído en el error de despreciar el significado de la narración. Ellos denuncian que en pos de dar un mayor contenido racional a las teorías éticas contemporáneas se ha negado la posibilidad de construir una teoría ética desde la revisión del contexto de formación de los problemas que esta puede analizar. Basados en la metodología narrativa de San Agustín, ellos plantean que es posible dar un significado ético a la narrativa desde dos tesis:

La primera intenta negar que la única posibilidad de dar sustento racional a la ética es estableciendo un principio que asegure que no existen rasgos de subjetividad o arbitrariedad en los supuestos éticos que sirven para analizar un hecho, ellos aseguran que el carácter moral de los términos de la ética sólo toman significado dentro del contexto de una narración; al mismo tiempo plantean que la narrativa y la explicación están íntimamente relacionadas, dicha relación implica que los desacuerdos morales están

envueltos en la explicación de las dos historias que se enfrentan. Lo que ellos plantean en esta primera tesis es recuperar un tipo de ética existencial que contemple el caso ético no como un hecho, sino como un proceso.

La segunda tesis es más sencilla: trata de mostrar, por medio de la reconstrucción de las narraciones de San Agustín, el carácter de confiabilidad que se puede conferir a la narración como un medio para el aprendizaje y obtención de conocimiento, al mismo tiempo que definen sus límites.

Desde estas dos tesis, los autores ven la vida como un proceso moral, en el que la enfermedad se puede entender sólo como un episodio en dicho proceso. Ellos entienden la vida como una suerte de novela o narrativa, en la que la consciencia moral del sujeto le permite ir definiendo un argumento dentro de su propia narrativa. Así, la enfermedad es parte de un proceso que determina sólo un capítulo, pero no define el argumento total.

La importancia del lugar que asignan a la consciencia moral del sujeto, es radicalmente superior a los supuestos que de ella hacen otras posturas bioéticas y permite conocer de modo más profundo y concreto la situación específica del sujeto convertido en paciente con trastornos mentales en el momento de la necesaria evaluación de los dilemas morales que pueda presentar.

CONCLUSIÓN

Los trastornos mentales representan un reto mayor para la bioética, si bien la importancia de los esfuerzos de varias teorías bioéticas por defender la autonomía de los sujetos, su

bienestar y el sentido de integridad moral que intentan garantizar en los pacientes con estos padecimientos es de reconocerse, la efectividad de teorías como el principalismo queda puesta en duda cuando ella misma reconoce su incapacidad de afrontar conflictos de pacientes cuya autonomía se ve limitada.

Por otro lado, la confianza en la tutela de un tercero en cuanto a la toma de decisiones tampoco parece ser suficiente en estos casos pues la gradualidad de las afectaciones de los trastornos mentales sobre la conducta y las capacidades volitivas y de generación de una consciencia moral que sufren estos pacientes hace poco estable la valoración de su estado, obligándonos a reconocer aquellos momentos en los que su lucidez les permite tomar parte –si no absoluta al menos limitada- dentro de las decisiones respecto de su salud.

Por ello se hace necesario recurrir a otras teorías bioéticas que consideren la posibilidad de considerar a los pacientes con trastornos mentales en su especificidad y que nos permita una metodología más efectiva a la que recurrir para solucionar los conflictos bioéticos que se les presentan.

Se propone la teoría narrativa o de la narración de Burrell y Hauerwas (1981) como una alternativa al muy difundido e influyente principalismo. Esta teoría permite considerar al sujeto en su contexto de vida, considera que la narración de los acontecimientos que han construido su vida hasta el momento de verse interrumpida por un trastorno mental es importante para la valoración y análisis de su propia situación moral durante el capítulo de

su enfermedad. Esta forma de consideración nos permite situar al sujeto como el guionista de su propia narración que por momentos se interrumpe debido a las consecuencias del trastorno que padece, pero que por momentos es él mismo quien vuelve a establecer el rumbo del argumento de su narración.

Con esta forma de ver la vida del paciente, y su enfermedad dentro de ella, será posible cuidar la autonomía del paciente desde la certeza de que su vida ha transcurrido como un proceso en el que ha construido, a partir de su consciencia moral una narración de la cual tomará el control una vez que su trastorno se controle o desaparezca, de ese modo el papel del tutor se dimensiona dentro del contexto mismo del paciente, le brinda la oportunidad de participar de sus decisiones en los momentos en que le es posible y le garantiza la posibilidad de retomar el control de su vida en el momento en que sea posible. Todo esto

ajustándose por medio de la reconstrucción de la narrativa de la vida del sujeto a sus propias necesidades, sin imponer desde fuera principios rígidos que normalicen una intervención de terceros en su vida incluso en los momentos en que él puede tomar partido por sí mismo de forma completamente autónoma y responsable.

BIBLIOGRAFÍA

- Beuchamp, T. y Childress, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York.
- Blackburn, P. (2006). *La Ética: fundamentos y problemas contemporáneos*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Burrell, D. y Hauerwas, S. (1981). "From System to Story: An Alternative Pattern for Rationality in Ethics". En Callahan, D y Engelhardt, T. (1981) *The Roots of Ethics*. Plenum Press, New York and London.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). "Trastornos mentales". *Nota descriptiva* No. 396, Abril de 2016. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>. Consultado el 15 de noviembre de 2017.

NEUROSIS DE ANGUSTIA Y FRAGILIDAD DEL YO, EN VIAJEROS QUE TRANSITAN EN AEROPUERTOS. UNA MIRADA EN LA TRANSDISCIPLINA

NEUROSIS OF ANGUISH AND FRAGILITY OF THE I, IN TRAVELERS WHO TRANSIT IN AIRPORTS. A LOOK AT THE TRANSDISCIPLINE

Elisa Bertha Velázquez Rodríguez ¹ y Carlos Ulises Cortez Velázquez ²

RESUMEN

El presente artículo tiene por finalidad exponer las formas en que se manifiestan algunos síntomas neuróticos como la incertidumbre y el miedo de los viajeros que cruzan por los aeropuertos. Miedo y soledad, vacío y fragilidad que experimentan en el inicio de un viaje, la sintomatología comienza cuando la fortaleza de su persona disminuye. La sensación de vacío y fragilidad que se experimenta en las salas de espera de los aeropuertos, representan el síntoma del conflicto neurótico. La experiencia de incertidumbre refiere un desequilibrio de las emociones. La incertidumbre del viajero se desarrolla en el contexto de la vida líquida que habla de la fugacidad de los valores humanos. Nuestra vida está escrita por la liquidez que anuncia la volatilidad del individuo ante el capital y el poder del mercado, la liquidez convoca a la incertidumbre: de pertenecer a una familia, de amar a una pareja, de conservar el trabajo, de ser violentado por el crimen; por no saber de nuestros familiares y amigos, que con frecuencia están desaparecidos, por la ruptura de identidades, por las distintas nacionalidades adoptadas, por convivir con las tradiciones de los pueblos originarios, por participar en los intereses de distintas colectividades, de pertenecer a los idearios de algunos grupos políticos y de los estilos de vida de cada miembro de nuestra familia. Es la descripción de la vida cotidiana de todo individuo que habita el mundo líquido, y al participar en estos escenarios ocurren con frecuencia algunos desequilibrios en sus afectos, emociones y representaciones de la realidad, los cuales son causa fundamental de ansiedad, obsesiones, manías y depresiones, componentes del conflicto neurótico..

Palabras clave: incertidumbre, viajeros, conflicto neurótico, miedo y liquidez.

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe the ways in which some neurotic symptoms manifest themselves, such as the uncertainty and fear of travelers crossing airports. Fear and loneliness, emptiness and fragility that they experience in the beginning of a trip, conjugating the uncertainty with the lightness of the existence; its fragility begins when the strength of its person diminishes, especially in the plane of the determinants of its freedom with excess regulations and wills of the others. The feeling of emptiness and fragility that is experienced in the airport waiting rooms represents the symptom of the neurotic conflict. The experience of uncertainty refers to an imbalance of emotions. The uncertainty of the traveler is developed in the context of liquid life that speaks of the transience of human values. Our life is written by the liquidity that announces the volatility of the subject before the capital and the power of the market, liquidity calls for uncertainty: to belong to a family, to love a couple, to keep the job, to be violated by the crime; for not knowing our relatives and friends, who are often missing, for the rupture of identities, for the different nationalities adopted, for coexisting with the traditions of the indigenous peoples, for participating in the interests of different communities, for belonging to the ideas of some political groups and the lifestyles of each member of the family. It is the activity of every citizen of the liquid world that causes an imbalance in their affections, emotions and certainties of reality. Fundamental cause that triggers states of anxiety, obsessions, manias and depressions, which are the components of neurotic conflict..

Key words: uncertainty, travelers, neurotic conflict, fear and liquidity.

(1) Profesora investigadora en el CU UAEM Nezahualcóyotl; (2) Profesor en Pedagogía en la Fes Aragón-UNAM.

Recibido: 10-octubre-2017/Aceptado:18-enero-2018.

RELATOS ASOMBROSOS

El sentido de la “liquidez” que aporta Bauman (2016) a la sociología, refiere la tesis de un mundo en el que los individuos viven

determinados en su libertad por el imperio del capital, es el plano de la realidad donde la existencia humana se ha convertido en una luz fugaz, con un peso tan leve que la hojarasca de otoño y las partículas de polvo

tienen más peso que los valores morales, la dignidad de la persona, su salud, su proyecto de vida y su bienestar. Lo importante para este mundo líquido es la competencia en el mercado.

¿Qué es la «vida líquida»? La manera habitual de vivir en nuestras sociedades modernas contemporáneas. Se caracteriza por no mantener ningún rumbo determinado puesto que se halla inscrita en una sociedad que, en cuanto líquida, no mantiene por mucho tiempo una misma forma. Lo que define nuestras vidas es, por lo tanto, la precariedad y la incertidumbre constantes. Y el motivo de preocupación que más obstinadamente nos apremia es el temor a que nos sorprendan desprevenidos, a no ser capaces de ponernos al día de unos acontecimientos que se mueven a un ritmo vertiginoso, a pasar por alto las fechas de caducidad y vernos obligados a cargar con bienes u objetos inservibles, a no captar el momento en que se hace perentorio un cambio de enfoque y quedar relegados. Así, dada la velocidad de los cambios, la vida consiste hoy en una serie (posiblemente infinita) de nuevos comienzos... pero también de incesantes finales. Ello explica que en nuestras vidas resulte abrumadora la preocupación por los finales rápidos e indoloros a falta de los cuales los comienzos serían impensables. Entre las artes del vivir líquido moderno y las habilidades necesarias (Bauman, 2000).

En la vida líquida se activa la movilidad de los individuos de territorio en territorio, convirtiendo el desplazamiento de sus

existencias en la gran migración de la época, es la búsqueda de la felicidad en un lugar o en otro, su levedad se encarna en el ideal de viajar. Ante esto, se desborda en los aeropuertos nacionales e internacionales la pasión por viajar, en muchos casos el destino no importa, en otros, viajar significa quedar atrapado en el juego del mercado, a veces, se equipara a mostrar un status social, en los imaginarios de la clase pudiente que confunde la felicidad con la acumulación del capital.

En la vida líquida la confianza en el Estado y sus poder de protector de la vida y seguridad de los individuos, al igual de regulador jurídico en la convivencia social se desgasta velozmente, y en la familia como recinto de formación de los valores morales más excelsos, su imagen cada vez está más socavada. La liquidez se experimenta en la incertidumbre de obtener y permanecer en un trabajo que garantice seguridad social y los beneficios laborales que nos tranquilicen al ofrecernos calidad de vida. En la textura de nuestro tiempo de liquidez la incertidumbre de pertenecer a una familia, de amar a una pareja, de conservar el trabajo, de salir con seguridad a la calle sin cuidarse de la violencia y los sobresaltos que produce la actividad del crimen organizado o callejero, es un recuerdo del pasado. El presente se distingue justamente por lo contrario: por no saber de tus familiares y amigos desaparecidos, por la propia identidad que parece diluirse en la convivencia con la diversidad cultural y sexual en el multiculturalismo, interactuar con personas de diversas nacionalidades, etnias, colectividades, grupos políticos y

organizaciones nacionales e internacionales, es motivo suficiente para debilitar el yo del individuo que se fragiliza en la complejidad de la cultura moderna.

Por lo que toca a los viajeros que atraviesan por los aeropuertos, también viven la incertidumbre de continuar su viaje, de interrumpirlo, de ser sorprendidos por las organizaciones criminales, por el terrorismo, o por las fallas humanas que descuidan el funcionamiento de las máquinas aéreas, o en su caso, terrestres y marítimas; incertidumbre ante las fallas humanas de tripular las aeronaves, y algunas veces fallas de individuos sin la mínima responsabilidad social. Ser viajero es enfrentarse al miedo que expone Bauman (2013), miedo es el nombre que damos a nuestra incertidumbre de no poder controlar el comportamiento y los efectos de su voluntad. El miedo es la palabra que sintetiza la ignorancia del mañana, es el sobrecogimiento que provoca la incertidumbre por la amenaza difusa, insospechada, que se dispersa en el ambiente, como radicales libres, sin anclas, distantes a la relación causa-efecto que precipita el pánico como estilo de vida en el orden social. El miedo y el vacío de sentido, articulan el shock del viajero que anuncia la dimensión del estado neurótico.

Relatamos a continuación las experiencias de dos viajeros que con su voz revelan el estado de incertidumbre vivenciado en los aeropuertos.

1º. Caso

Una pasajera que viajó en Aeroméxico, de la Ciudad de Campeche a la Ciudad de México. D.F. documentó su equipaje por medio de una maleta color rojo oscuro en el Aeropuerto de Campeche, Campeche. A su regreso a la Cd. De México se colocó ante la banda de traslado de equipaje, en seguida identificó su maleta, la tomó y se dirigió a la salida de la sala nacional. Acto seguido, se dirigió a su domicilio, una vez instalada en su casa procedió a desempacar sus pertenencias entre las que iban unos documentos importantes que le habían encomendado en la Universidad Autónoma de Campeche; su pretensión era resguardarlos hasta su entrega a un alto funcionario universitario en el D.F.. No obstante, se encontró con la sorpresa de que sus pertenencias no eran de ella sino de un hombre, la maleta de color rojo oscuro, idéntica a la suya, contenía ropa interior de caballero, gafetes de la Comisión Federal de Electricidad y algunas otras identificaciones. De inmediato dio parte a la autoridad aeroportuaria indicando la confusión de la cual se deslindaba porque el código instalado en su maleta coincidía con la contraseña del guardia que controla el egreso de equipaje. Exigió al receptor de la queja que se le devolviera su maleta, sobre todo por la urgencia de resguardar los documentos que le confió una autoridad universitaria campechana. Pasaron dos días hasta que su presión telefónica tuvo el resultado esperado, y por la tarde fue citada en un departamento específico para entregarle su maleta a cambio de la otra. Nunca hubo revisión de acuerdo a

un inventario, ni conoció al dueño de la maleta equivocada.

Lo cierto es que la incertidumbre gobernó su vida por dos largos días.

2º Caso

Estudiante de la UAEM al que se le sembró cocaína en su maleta sale del penal federal de Nayarit.

Ciudad de México, 7 de agosto (Sin Embargo).— Óscar Álvaro Montes de Oca, el estudiante de la Universidad Nacional Autónoma del Estado de México, salió esta mañana del Centro Federal de Readaptación Social (Cefereso) 4, “Noroeste”, ubicado en Tepic, Nayarit, tras ser detenido el pasado 31 de julio por la Policía Federal en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM) acusado de transportar 20 kilogramos de cocaína proveniente de Sudamérica.

El caso de Óscar fue denunciado por sus familiares y amigos a través de las redes sociales donde se colocó una petición que llegó a sumar más de 20 mil firmas. El joven de 23 años también recibió el respaldo del Rector de la UAEM, Jorge Olvera, y del Gobernador del Estado de México, Eruviel Ávila Villegas.

En su cuenta de Twitter, el Rector Jorge Olvera informó: “Óscar Álvaro Montes de Oca se reencuentra con sus familiares en Tepic. @OscarEsInocente #TodosSomosUAEM ¡Gracias!”. Junto a la publicación, Olvera compartió imágenes del estudiante con sus padres.

Toluca, Edo. Mex.- “Fueron siete días de infierno”, admitió Oscar Álvaro Montes de Oca, estudiante de la UAEM, al resumir su detención por una maleta con droga que le fue “sembrada” y su remisión al penal de máxima seguridad de Tepic, Nayarit.

En todas las instituciones por las que pasó, la SEIDO y el penal federal número 4, sucedió exactamente lo contrario, se me consideró culpable y yo tenía que demostrar mi inocencia

“No necesariamente tienes que sufrir una agresión física por parte de guardias ni de custodios para que sea violencia, ésta se expresa de muchas maneras, desde el hecho de mantenerte aislado, separado, en un cuarto frío, con cobijas que huelen a orines y comida echada a perder”, describió.

Por eso, adelantó que la movilización social generada por su caso debe aprovecharse a favor de quienes han sido detenidos y remitidos de manera injusta a los penales.

LA FRAGILIDAD EN EL AEROPUERTO

Mientras la dignidad de la persona no sea de primerísima importancia y el capital unido al libre mercado sea el Dios supremo de la modernidad, hemos pasado del sueño de la dictadura del proletariado al de la dictadura del libre mercado mundial. En este clima internacional, el miedo es más temible cuando es difuso, disperso, poco claro; cuando flota libre, sin vínculos, sin anclas, sin hogar, ni causa, en el instante que nos ronda en la penumbra y se convierte en la amenaza insistente, compañera de los días y noches. Es la presencia del mundo líquido que reina

en la modernidad, y nosotros somos los otros que compartimos el escenario oculto con nuestra existencia muda, sin voz, sin mirada, solo escuchamos el ruido del capitalismo y sus pinzas de intervención en nuestros cuerpos mundanos, lejos de la auténtica calidad de vida y del bienestar social. Solo con nuestras neurosis que bajo los síntomas de la ansiedad, la inhibición de la agresividad, la evitación, el insomnio, y los gritos del organismo como la taquicardia y la hipertensión, (Fenichel Otto, 1999) lo que constituye una fuerte problemática de salud en el contexto internacional; se trata de un inciso más para la crisis social.

Cuando revisamos el Código de Ética de los Aeropuertos, la primera impresión es la de grandes textos que hablan de compromiso con los usuarios, lo cual reconforta la conciencia del viajero al suponer que será tratado con respeto, tolerancia y amabilidad durante su viaje y presupone que sus necesidades serán satisfechas al existir la infraestructura destinada a ofrecer eficiencia en los procesos que atañen a su responsabilidad corporativa, garantizando seguridad y calidad en sus servicios. El viajero da por hecho que encontrará personas (y no personal) que resguarden su seguridad, respetando su integridad con transparencia, y que será tratado con igualdad con los demás usuarios, a la luz de la cortesía y amabilidad en su tránsito, será escuchado y comprendido por personal capacitado que pueda resolver los problemas operativos que se presenten, toda vez que existe compromiso individual y

de grupo a nombre de la empresa que representa.

Sin embargo, el código de ética con frecuencia es violado por el personal del aeropuerto. No hay cortesía ni interés en la persona del viajero, el respeto y la tolerancia desaparecieron ante la corrupción, la impunidad, el abuso y la omisión de los derechos humanos de primer nivel. Antes que los intereses del libre mercado deben prevalecer los intereses de seguridad, salud física y mental, y sobretodo, resguardar la calidad de vida de los viajeros. Si bien su estancia en el aeropuerto es pasajera, no significa que tenga que pasarla de mal a peor como se ilustra en los casos mencionados. La vida se hace pasajera en un viaje aun cuando el destino final pone punto final a lo efímero.

“Bajo este concepto de administración y de gestión se engloban un conjunto de prácticas, estrategias y sistemas de gestión empresariales que persiguen un nuevo equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental que buscan conciliar eficacia empresarial con principios sociales de democracia, autoayuda, apoyo a la comunidad y justicia distributiva”

En 1999 y como iniciativa de Kofi Annan, - entonces Secretario de las Naciones Unidas-, se lanzaron una serie de iniciativas las cuales identificaron lineamientos o principios que debían ser considerados por las empresas, para contribuir al desarrollo de la sociedad, comunidades y los mercados. Las medidas establecidas en esta iniciativa involucran temas de derechos humanos, laborales, del cuidado al medio ambiente, así como medidas anti-corrupción, temas que abarcan los "Diez Principios" con que cuenta el Pacto Mundial, conocido como un global compact. Si bien las

empresas no se encuentran obligadas de forma jurídica alguna a la implementación y seguimiento de dichos principios, son lineamientos procedentes de un ideario dentro de su gestión, operaciones y estrategias, tomando en cuenta actuar y cumplir su compromiso dentro de un marco de Responsabilidad Social Corporativa establecido a nivel mundial.

El gran problema en los aeropuertos es que el código de ética y la RSC no se respeta la vida e intereses de los viajeros al quedar subsumidos a los intereses del mercado libre, que a fin de cuentas determinan la dinámica de los principios éticos que se imparten en esta empresa.

LA INQUIETUD EMOCIONAL

La vida líquida de los viajeros transcurre en los dominios del miedo. Miedo ante el instante inmediato que se abre como un telón empapado de incertidumbre, de preguntas, de angustias y temores en la conciencia de que los atropellos a los derechos humanos son la premisa de las reglas en las que se inscribe el viajero.

Ante esta engorrosa situación nacional e internacional, se desdobra una segunda escena para los viajeros:

Por su parte, los imaginarios del viajero giran en torno al estado de bienestar que experimentará en su tránsito, causa de su destino final. Un estado de bienestar que inicia con la seducción de la moda, y el goce del derroche más que de la acumulación del capital. El viajero se deja atrapar en la cultura de la seducción, en el gran espejo de la nada

que no devuelve una imagen significada, sino el vacío. En esta superficie plana no encontrará su otro, solo la frivolidad en el gran teatro del espectáculo que enmarca la modernidad líquida, en él solo circula la imagen despojada del sí mismo, del contenido de la persona, de su esencia, como si únicamente existieran los últimos gestos humanos reconocibles y la producción de la mirada.

El viajero con frecuencia encarna las imágenes de la moda que ha contribuido también a la construcción del paraíso del capitalismo hegemónico. Sin duda, capitalismo y moda se retroalimenta. Ambos son el motor del deseo que se expresa y satisface consumiendo; ambos ponen en acción emociones y pasiones muy particulares, como la atracción por el lujo, por el exceso y la seducción. Que llevan al vértigo del consumismo en la medida que no es un proceso racional conllevando a una voluntad que se manifieste solo en forma de deseo, clausurando otras dimensiones como la creación, la aceptación y la contemplación. Tanto la moda como el capitalismo producen un ser humano excitado, ansioso, compulsivo, rasgos significativos de las personalidades que habitan en las sociedades del espectáculo.

El viajero experimenta la seducción de la mirada de los otros, de sus rituales obscenos que le arrebatan la condición de sujeto para convertirlo en un cuerpo desnudo, descarnado, que solo muestra su presencia a través de una imagen solitaria, abyecta en sí misma. Son los síntomas del viajero tejiendo

complejas representaciones del vacío en la superficie de las imágenes lo cual nos lleva a pensar en la idea de obscenidad que refiere Baudrillard (1988:10) “Ya no nos proyectamos en nuestros objetos con los mismos afectos, las mismas fantasías de posesión, de pérdida, de duelo, de celos: la dimensión psicológica se ha esfumado, aunque podamos descubrirla en el detalle”. Si algún día existió la obsesión de parecerse a los demás y perderse en la multitud, hoy se esparce la seducción de la propia imagen que debe aparecer en todo lugar. La obsesión consiste en parecerse a uno mismo, estar en todas partes como imagen. Es un delirio narcisista...”Alienado de sí mismo, de sus múltiples clones, de sus pequeños yoes isomorfos” (Baudrillard, 1988:36).

En los aeropuertos la velocidad y la fugacidad de las imágenes se esparcen, las miradas oblicuas de algunos que deambulan provocan al instante en miradas rectilíneas que producen desencuentros con otros y el mundo de los objetos. Los viajeros se desplazan por todos los pasillos instalados sin reconocer a los otros, la existencia de los otros no importa, la emergencia es la importancia de sí mismo.

Los cuerpos, la moda y la sexualidad se desvanecen en la multitud. Los objetos del deseo se emparentan con los cuerpos y con los rostros, en las sombras se diluyen las imágenes que parecen deambular exhibiendo únicamente su genitalidad; a juicio de Baudrillard (1988:37) “lo que adquiere valor sexual es la promiscuidad del detalle, el aumento del zoom”. La experiencia visual de

los viajeros en el aeropuerto funcionan en el anonimato, la vida líquida anuncia el instante en que la historia personal ya no vale la pena narrarla o escucharla puesto que la imagen reiterativa y el cuerpo-sexo son dos fragmentos que se reúnen en un todo para adquirir significado en un modus obsceno expuesto a la luz. “Es la promiscuidad extrema de la pornografía, que descompone los cuerpos en sus menores elementos y los gestos en sus menores movimientos” (Baudrillard, 1988:37).

La fugaz existencia del viaje que dibuja la condición del viajero coloca la planicie del espejo para materializar el escenario del espectáculo en donde el viajero exhibe su cuerpo vacío por el que habla solamente el aliento de la moda. Cuerpos asexuados sin historia personal, en el vértigo gozoso de las prácticas aeroportuarias. Muchedumbre viajera sin sujetos, sin conciencias, sin comunicación intrínseca, solo en medio de la rotación involuntaria de una esfera que se mueve en una sola dirección: el uso de los procesos eficaces que excluyen la importancia del sujeto, su identidad y su conciencia individual e histórica. Y a la vez, sobrevivir en la inverosímil, en el aquí y ahora, que a fin de cuentas, es un fragmento de tiempo en la avalancha de la inmediatez.

El imaginario del viajero equivale a la membrana protectora de los peligros del exterior como los que ejerce la empresa aeroportuaria como su debilitada responsabilidad corporativa que muestra su insuficiencia para brindar condiciones de seguridad a las personas y su equipaje.

Viajar en los tiempos líquidos, en la época de la incertidumbre, es someterse a la seducción imperativa de las imágenes apuntaladas en el goce de los imaginarios en torno a los viajes, en el acorde de la soledad que se experimenta al interior de la muchedumbre.

ENCUENTROS CON LO REAL

Más allá de lo imaginario existe la dimensión de la patología en los sujetos, la enfermedad de las personas que permanece latente en sus mentes y cuerpos orgánicos. La organización del sujeto se divide en el cuerpo-imagen y los torrentes que circulan en el flujo psicodinámico, en el bucle de lo real, dando paso al conflicto neurótico. Al respecto Otto Fenichel explica:

“Los síntomas clínicos de los conflictos neuróticos son o bien expresión directa de la actividad de las fuerzas defensivas, es decir, manifestaciones de las contracatexis, o síntomas que surgen de las insuficiencias relativas del yo en el estado de estancamiento” (Fenichel, 1999:197).

La angustia, el temor y el miedo pueden presentarse de forma consciente o inconsciente. El mecanismo autónomo del inconsciente hace que algunas veces el individuo no tenga registro consciente de su comportamiento, y asuma actitudes y conductas insólitas para los demás, como la negación, la proyección y el aislamiento, sin embargo, solo se trata de reacciones impulsadas por la insuficiencia relativa del yo en estado de estancamiento.

“Fenichel agrega: “Hay síntomas negativos que consisten en inhibiciones generales de las funciones del yo, y síntomas positivos que consisten en sensaciones dolorosas de tensión y descarga...entre las que se cuentan crisis

emocionales de angustia y rabia y que dan lugar a perturbaciones del sueño a causa de la imposibilidad de relajamiento” (Fenichel, 1999:198).

Este recorrido del inconsciente y la respuesta del individuo ante los estados agresivos del mundo líquido, se hace acompañar del embate al organismo en el cuerpo físico, en los estadios de hipertensión, arterosclerosis, descompensación metabólica, la presencia del cáncer y diversos procesos degenerativos. Ante el espectro de lo Real, lo imaginario se transforma en fantasma de persecución, cambiando su contenido por estados de suma alteración de la conciencia, donde el miedo, la incertidumbre y el temor a la nada, se convierten en la presencia de lo patológico que posiblemente se oculta en el interior de los viajeros.

CONCLUSIONES

Hombres y mujeres libran la batalla diariamente contra el miedo y la amenaza de la inseguridad a las fuerzas de la naturaleza y al temor a los otros, en las sociedades, son el fantasma que inunda la atmósfera del miedo líquido (Bauman, 2013), el viajero por los aeropuertos es el individuo que vive la pesadilla de la inseguridad, un producto de los estados de angustia. El mismo hecho del temor a “lo otro” abre nuestro sistema de alerta al peligro y se incrementa la obsesión por la seguridad (Bauman, 2013). Esta obsesión desmedida impulsa el miedo y la ansiedad en cada individuo, sobre todo en los viajeros de los aeropuertos, quienes además de experimentar la fugacidad del instante y la

levedad de la existencia que se disfraza de cuerpo-imagen, hacen estallar su existencia en síntomas neuróticos que son característicos de nuestro tiempo líquido.

BIBLIOGRAFÍA

Budrillard Jean (1988). *La Crisis de la Representación en la Era Postmoderna El Caso de Jean Baudrillard*. Barcelona, edit. Anagrama

Bauman Zygmunt (2000). *Modernidad Líquida*. Barcelona, Paidós Ibérica

Bauman Zygmunt. (2016). *Tiempos Líquidos*. España Grupo Planeta

Bauman Zygmunt. (2013). *Miedo líquido*. México, edit. Paidós

Fenichel Otto. (1999). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México, Buenos Aires, Barcelona. Ed. Paidós

<http://www.sinembargo.mx/07-08-2015/1442015>

<https://www.unglobalcompact.org/what-is-gc/mission/principles>.