

CULTURA Y SALUD

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
COORDINADORAS

ADRIANA EVELYN BONILLA CANALES
IVETTE ALEJANDRA GARCÍA MORALES
YOVANNA SEVERIANO ROSAS
ALEJANDRA ISABEL PLASCENCIA ALVAREZ
CAÍN SALAS TORRES
ANA LAURA VALENCIA DÍAZ



CULTURA Y SALUD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DRA. TANIA HOGLA RODRÍGUEZ MORA
RECTORA

MTRO. CÉSAR ENRIQUE FUENTES HERNÁNDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

MUSEÓGRAFO FERNANDO FCO. FÉLIX Y VALENZUELA
COORDINADOR DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

ÁNGELES GODÍNEZ GUEVARA
RESPONSABLE

ANA BEATRIZ ALONSO OSORIO
DANIEL VALENTIN CRUZ
FLORINA PIÑA CANCINO
SERGIO JAVIER CORTÉS BECERRIL

CULTURA Y SALUD

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
COORDINADORAS

ADRIANA EVELYN BONILLA CANALES
IVETTE ALEJANDRA GARCÍA MORALES
YOVANNA SEVERIANO ROSAS
ALEJANDRA ISABEL PLASCENCIA ALVAREZ
CAÍN SALAS TORRES
ANA LAURA VALENCIA DÍAZ

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

Cultura y salud / Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, Coordinadoras. -- Primera edición. -- México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2024.

108 páginas ; 21 cm.

Con textos de: Adriana Evelyn Bonilla Canales, Ivette Alejandra García Morales, Yovanna Severiano Rosas, Alejandra Isabel Plascencia Álvarez, Caín Salas Torres, Ana Laura Valencia Díaz.

ISBN 978-607-8939-71-8

1. Promoción de la salud. – 2. Adultos mayores – Salud. – 3. Embarazo en las adolescentes -- Aspectos de la salud. – 4. Salud sexual. – 5. Víctimas de tortura--Salud mental. -- I. Rosales Flores, Roselia Arminda, coordinadora. – II. López Ortiz, Claudia Alicia, coordinadora.

LC RA451

Dewey 362.10972

Cultura y salud

primera edición, 2024

© Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, Adriana Evelyn Bonilla Canales, Ivette Alejandra García Morales, Yovanna Severiano Rosas, Alejandra Isabel Plascencia Alvarez, Caín Salas Torres, Ana Laura Valencia Díaz
D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México
García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,
06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8939-71-8

Para el forro se utilizaron fotos de estudiantes de fotografía tomadas de los libros: *Órbita mano mujer 1*, *Órbita mano mujer 2* y *Encierro*

https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca_Estudiante

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

PRESENTACIÓN

Un reto importante para los estudiantes de una formación profesional es sintetizar los saberes y habilidades adquiridos dentro de su trayectoria formativa en estudios concretos de la realidad, que les permita entenderla, identificar las problemáticas, analizarlas e idear posibilidades de intervención en busca de solución. Es decir, entender la profesionalización como una actitud en la que, de ser estudiantes, se convierten en estudiosos de un campo o disciplina.

En este sentido, las diferentes formaciones tienen en sí mismas diversas vertientes o posturas de interpretación del fenómeno u objeto de estudio que les es propio. Estas posturas se abordan a lo largo del mapa curricular de la profesión y se aspira a que los estudiantes logren apropiarse de ellas identificando sus diferencias. Para ello existen elementos en el proceso educativo que hay que tomar en cuenta, tales como la amplitud de los contenidos necesarios e indispensables para estudiar los fenómenos; la profundidad con la que se pueden abordar los conocimientos conceptuales y metodológicos; las condiciones propias de cada grupo que deben empatar con el tiempo dispuesto institucionalmente para la organización académica; la selección de contenidos, así como su organización. Todo esto, aunado a la serie de decisiones sobre dinámicas y actividades que se van tomando para solventar eventualidades, genera en estudiantes y profesores incertidumbres sobre si lo revisado en el curso ha sido suficiente para llevar a la práctica los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidos para poder estudiar una problemática concreta.

En la Licenciatura de Promoción de la Salud (LPS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) a partir del sexto semestre, se imparten algunas materias en las que se abordan los fundamentos teóricos y metodológicos de la perspectiva sociohistórica del Proceso Salud/Enfermedad (PSE), los cuales se adaptaron de forma colegiada para ir avanzado en profundidad, dado el carácter complejo de este proceso, tal como se concibe desde esta perspectiva.

Dada la falta de referentes previos sobre la vertiente y considerando el tiempo disponible, las estrategias para verificar comprensión se reducen al análisis de casos propuestos por el docente y no necesariamente extraídos desde el interés particular de cada estudiante. El propósito del análisis es poner a prueba sus habilidades de búsqueda, bases teóricas y procedimentales para realizar un estudio y, si fuera el caso, diseñar una intervención, no así su capacidad de observación y la interpretación de la realidad y la subsecuente construcción del objeto de estudio particular que despierte su interés.

A partir de esta reflexión, un grupo de profesores(as) que hemos trabajado de forma conjunta, tanto en proyectos de servicio social como en dirección de tesis, hemos observado y constatado que los estudiantes que optan por plantearse como proyecto de investigación el PSE, desde la vertiente sociohistórica, logran desfragmentar lo aprendido y realizar de forma consistente, teórica y metodológicamente, el abordaje del estudio sobre un grupo o colectivo para identificar su perfil patológico, así como estudiar la complejidad de las desigualdades en salud en contextos determinados.

De ahí el interés de dar a conocer los trabajos realizados, como una forma de que los estudiantes que inician puedan tener un material que les servirá tanto como apoyo en la comprensión y apropiación teórica de la perspectiva, así como en la promoción de

confianza sobre sus propias habilidades y conocimientos, desde el espejo de la puesta en práctica de otros(as) estudiantes, reconociendo no solo lo estudiado por el profesor, que generalmente tiene mayor trayectoria, sino desde el grupo de pares cuya diferencia es haber obtenido más créditos o haber concluido el total de la licenciatura. Para ello se ha propuesto esta serie de libros, integrados por la recopilación de trabajos realizados por estudiantes como parte de sus actividades de servicio social o de su tesis para la obtención del título de licenciatura. Para la conformación de cada trabajo se priorizó el estudio de una de las dimensiones de la determinación social.

La estructura general de los diferentes números de esta colección inicia con los fundamentos teórico-metodológicos, es decir, con la exposición de las categorías teóricas y analíticas que son pertinentes para cada problemática en particular. A continuación, se presentan trabajos realizados en grupos o colectivos en los que se estudia el PSE a partir del análisis de las categorías previamente discutidas.

La primera serie trata de la determinación social del PSE. En el primer número de esa serie se entregaron estudios de casos en los que se aborda una población común: los operarios del transporte público, y en la cual se indaga sobre las condiciones laborales. En el segundo, los estudios se realizaron en distintos colectivos, haciendo referencia a cómo las condiciones materiales de vida determinan las condiciones de salud de cada grupo. En esta recopilación de trabajos se abordan estudios de caso que bosquejan la determinación cultural/ideológica y con perspectiva de género sobre la salud.

Metodológicamente, hay trabajos con un enfoque cualitativo en los cuales se estudian los significados y prácticas culturales, obteniendo, a partir de distintas técnicas, los testimoniales que permiten el análisis de las diferentes categorías de exploración teórica y que develan las desigualdades sociales y de salud en las que viven y mueren los distintos colectivos.

Las propuestas para la serie son variables en las formas de abordar el problema e incluso las temáticas. Al igual que en los números que le preceden sobre condiciones laborales y salud y condiciones materiales de vida y salud, en el primer apartado se entrega una propuesta teórica con los principales elementos conceptuales para la comprensión ahora de las dimensiones de cultura/ideología y género, además se plantean técnicas e instrumentos idóneos para su estudio. Con ello se busca dar el panorama complejo de la determinación social del PSE.

I. MARCO CONCEPTUAL Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PARA EL ESTUDIO DE LA CULTURA Y LA SALUD

CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ CULTURA, GÉNERO, PRÁCTICAS SOCIALES Y SALUD

El conocimiento sobre la salud y sus problemas, desde un análisis integral, debe relacionar las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura (Breilh, 2016). Se considera, desde esta perspectiva, que los problemas de salud/enfermedad de los grupos humanos y las prácticas para resolverlo están determinados por procesos económicos, políticos e ideológico-culturales (Pereira, Rosales, Muñoz, Delgado, 2020).

En el Proceso de Salud/Enfermedad (PSE), una de las aristas que tiene importancia, es la historicidad de la desigualdad y su relación con los daños a la salud, por lo tanto, el estudio de las condiciones estructurales en que se generan estas inequidades es fundamental. Para ello, se debe comprender que lo social presenta una doble existencia: se expresa tanto en las condiciones materiales de vida como en las subjetividades —esquemas de percepción, de pensamiento, de acción que constituyen socialmente nuestra subjetividad— (Breilh, 2016). En el abordaje de la desigualdad social en las investigaciones es frecuente considerar la determinación económica con la categoría de clase social, y en la dimensión de cultura sobresalen los estudios de género.

Lo social (prácticas y procesos sociales) está multideterminado, por lo que sólo puede ser explicado a partir de la vinculación de los elementos económicos, políticos y culturales que se presentan simultáneamente. Las estructuras objetivas tienen la capacidad de orientar e imponer las prácticas sociales a las colectividades, así la distribución diferencial del capital (social, simbólico y cultural), cualquiera que sea, es la que define la posición relativa que cada agente va a ocupar en un campo. El campo es entendido como el espacio social en el que los agentes tienden a agruparse o alejarse en relación muy estrecha con la posesión o no, de cierto tipo de capitales, y dado que la distribución de los recursos en circulación es desigual, este espacio se configura de forma asimétrica y jerárquica (Cerón, 2019). De ahí que la sociedad esté estructurada en grupos sociales y en permanente lucha por la imposición de sus intereses específicos.

Como se observa, es necesario definir los capitales con los que cuentan los agentes:

1) El *capital social* se define como el conjunto de las relaciones sociales de las que dispone un individuo o grupo; la posesión de ese capital implica un trabajo de establecimiento de las relaciones, vale decir, un trabajo de sociabilidad: invitaciones recíprocas, placeres en común (Bourdieu, 1979).

2) El *capital simbólico* corresponde a los rituales (como la etiqueta o el protocolo) ligados al honor y el reconocimiento. Es la autoridad conferida a un agente por el reconocimiento y la posesión de las otras formas de capital. Este tipo de capital tiene la capacidad de neutralizar el carácter injusto de la distribución del capital, de tal manera que cuando entran en juego los agentes perciben la situación de desigualdad como natural (Bourdieu, 1979).

3) El *capital cultural* se define como los conocimientos y las habilidades que se adquieren a través de la familia y las instituciones (estructura) y corresponde al conjunto de las valoraciones intelectuales, sean producidas por el sistema escolar o transmitidas por la familia. El capital cultural y su reproducción se compone de tres formas: 1) estado incorporado, como disposición duradera en el cuerpo; 2) el estado objetivado, como bien cultural (posesión de cuadros, obras, libros, diccionarios, instrumentos, máquina) que puede ser transmitido en su materialidad, desde el punto de vista jurídico, en forma instantánea, es decir, por herencia, donación o puede ser obtenido por capital económico. La apropiación material no implica sus predisposiciones, es decir, no se transmiten de la misma manera una máquina y las habilidades y reglas que es necesario disponer para operarla. Los bienes culturales suponen el capital económico para su apropiación material y el capital cultural incorporado para su apropiación simbólica; 3) el estado institucionalizado refiere a lo socialmente acreditado por instituciones (como títulos). Es así como el capital cultural institucionalizado da al sujeto que lo posee un valor convencional, constante y garantizado jurídicamente. El título escolar homologa y hace intercambiables a sus poseedores; esto posibilita establecer tasas de cambio entre el capital cultural y el capital económico, garantizando el valor, en dinero, de un capital escolar (Bourdieu, 1979). Por lo tanto, la cultura no es solamente un código o un repertorio común de respuestas a problemas recurrentes, es un conjunto compartido de esquemas fundamentales, previamente asimilados, a partir de los cuales, se articula una infinidad de patrones particulares directamente aplicados a situaciones específicas (Bourdieu, 1990).

Para completar la eficacia de la articulación entre el campo y los sujetos que en su accionar estructuran, Bourdieu (1994) introduce el concepto de *habitus* o el estado incorporado de la cultura, refiriéndose con él a la interiorización de los principios de un arbitrario cultural que hará posible la reproducción social. El *habitus* es un

sistema de disposiciones durables y transferibles —estructuras estructuradas pre-dispuestas a funcionar como estructuras estructurantes— que integran todas las experiencias pasadas y funcionan en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes de cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir. (Sánchez de Horcajo, 1979, p. 88)

Así pues, el *habitus*, no es ni instintivo ni racional, sino prerreflexivo, prerracional, pre-consciente, un «operador de cálculo inconsciente», una «intencionalidad sin intención» capaz de reproducir y modificar de forma simultánea las condiciones sociales que le formaron (Cerón, 2019).

Hay un vínculo indisoluble y de condicionamiento entre el *habitus* y el campo, en el que el *habitus* contribuye a construir el campo como mundo significativo, dotado de

sentido y valía para los agentes para que desplieguen sus energías, de esta forma, las estructuras objetivas (campo) y la subjetividad (*habitus*) quedan relacionadas (Castro, 2016).

En el capitalismo, la reproducción de la fuerza de trabajo se lleva a cabo fuera del lugar de producción, a través del aparato ideológico que es la escuela. En ella se aprende escritura, lectura, cálculo, algunas técnicas y otros elementos que se podrán aplicar en el desempeño de los diferentes roles productivos.

Pero, además, en la escuela se aprenden las *reglas*, los usos habituales y correctos, es decir, se deben observar según el cargo que está *destinado* a ocupar todo agente de la división del trabajo: normas morales, normas de conciencia cívica y profesional, todo lo cual quiere decir, en una palabra, reglas del respeto a la división técnico-social del trabajo; reglas, en definitiva, del orden establecido por medio de la dominación de clase. (Althusser, 1977, p. 102)

Se debe reconocer que el poder económico sólo puede reproducirse y perpetuarse cuando logra hegemonizar el poder cultural y ejercer el poder simbólico. Es decir, la dominación de una clase social sobre otra se asienta en el ejercicio de este poder (*hegemonía*).

El *campo* (Bourdieu, 1994), como se mencionó anteriormente, es la estructura objetiva del espacio social e histórico, donde los agentes luchan por la apropiación de un capital y ocupan posiciones subordinadas y dominantes. Es un sistema estructurado, espacio de conflicto y competencia. Lo que sucede en el campo permite analizar los *habitus* de los agentes —lo social inscrito en el cuerpo.

Para que exista un campo debe haber capital en lucha, lucha por su apropiación. Las formas de violencia y de lucha son simbólicas: violencia ejercida con la complicidad del dominado, es decir, los agentes desconocen que esa violencia es tal. La violencia simbólica sirve para mantener el orden, el equilibrio, a través de ella se logra el poder cultural y se ejerce el poder simbólico, lo que Gramsci llamó *hegemonía*. La hegemonía como dispositivo logra imponer leyes, normas y el funcionamiento de los espacios estructurados o el campo. Estos espacios se han configurado como expresión de las desigualdades sociales, han definido el lugar que los colectivos ocupan en el campo y, como ya se ha visto, configuran el *habitus* (García Canclini, 1984).

El término *disposición* expresa el contenido del concepto de *habitus* en cuanto designa una manera de ser, una predisposición, tendencia, inclinación a actuar de determinada manera. Es producto de condicionamientos objetivos que organizan las prácticas y contribuye así a la reproducción de las estructuras (Bourdieu, 1994). En el campo de la salud, y particularmente, en el de Promoción de la Salud, es importante estudiar estos conceptos porque permiten analizar las relaciones existentes entre los elementos de los procesos que estructuran el campo y el *habitus* de los colectivos, además de examinar los movimientos sociales, las prácticas y las acciones de los sujetos que se enfrentan, resisten y transforman esas cuestiones estructurales que están relacionadas con las desigualdades sociales y que no les permiten a los colectivos el desarrollo de sus habilidades y capacidades humanas.

La *práctica social* es el producto de la relación dialéctica entre una situación y un *habitus* que, como sistema de disposiciones durables y transferibles, funciona como matriz

de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible el cumplimiento de tareas infinitamente diferenciadas. La práctica, entonces, tiene que ver con las condiciones objetivas que precedieron la constitución del *habitus* y con las condiciones presentes que definen la situación donde la práctica tiene lugar. No obstante, es a través de la reflexión de las experiencias, de articular el sistema de ideas y percepciones y el accionar, la forma en la que se pueden reestructurar, reestructurando lo estructurado (Bourdieu, 1994).

Es importante, por lo tanto, diferenciar, el concepto de *habitus* de la noción de costumbre; mientras ésta última se caracteriza por la repetición, el mecanicismo, el automatismo; el *habitus* se caracteriza por su poder generador de nuevas prácticas. Si bien esta capacidad se encuentra limitada por su constitución histórica, no siempre se reduce por completo a sus condiciones de producción; los ajustes impuestos por las necesidades de adaptación a situaciones nuevas e imprevistas pueden determinar transformaciones durables del *habitus*; no obstante, estas modificaciones permanecen dentro de ciertos límites, ya que el *habitus* define la percepción de la situación que lo determina. Esta discusión teórica permite explicar de diferente forma cómo la cultura determina el PSE. La mirada conservadora interpreta a las acciones, como actividades que hacen los individuos por elección y las relacionan con los procesos patológicos, conceptualizándolas como aquellos estilos de vida que, en el caso de ser no saludables de acuerdo con el discurso médico, son factores de riesgo para las patologías relacionadas en especial con las enfermedades metabólicas. En tanto que la mirada crítica refiere que las prácticas sociales, como manifestación de la cultura dominante, crean las condiciones de desigualdad que colocan a ciertos colectivos en circunstancias de vulnerabilidad y riesgo (Granados, 2002).

El *habitus* explica los procesos de *Reproducción Social* de las estructuras objetivas y analiza cómo —mediante el trabajo de inculcación y de apropiación de la cultura dominante— estos niveles estructurales penetran en los agentes individuales y toman la forma de disposiciones duraderas. Por esta razón, todos los individuos sometidos a condiciones objetivas de existencia similares tienen en consecuencia sistemas de disposiciones parecidos (Bourdieu, 1994).

En ese sentido, la cultura tiene una base material innegable. Las ideas compartidas por un grupo, la ideología de la clase social y las representaciones en conjunto, se expresan en instituciones y prácticas específicas. Son producidas y reproducidas por individuos condicionados por el campo en el que se desarrollan y ponen en juego sus capitales (Granados, 2002).

Los conceptos de *hegemonía* y *subordinación* permiten comprender el predominio de ciertas ideas sobre otras, así como el grado de coherencia entre las ideas y las prácticas que proporciona a los individuos representación de la sociedad como una totalidad orgánica y el estado de las cosas como el ideal. Las ideas dominantes son resultado de la lucha de las fuerzas productivas en un momento histórico dado. Son elaboraciones sociales e históricas, compartidas por un grupo social y pueden generar conflictos. Cada grupo social y cada sociedad tiene su propio conjunto de ideas y representaciones, es decir, su propia cultura (García Canclini, 1984).

El mecanismo mediante el cual se produce la cultura es el de la aplicación de las estructuras de pensamiento por medio del *habitus*, que genera acciones acordes con los códigos provistos por las estructuras de sentido. La cultura puede ser aprehendida a través del *habitus* y las estructuras de pensamiento se expresan en códigos que comparte

un grupo social otorgando significados precisos a las acciones de sus individuos. Existen posiciones distintas desde donde se da la apropiación, ordenamiento, transformación y consumo del mundo material y simbólico (Bourdieu, 1984).

Otra noción importante para explicar la determinación cultural del PSE es *Identidad*, definida como la unidad donde convergen los diversos referentes simbólicos por medio de los cuales el sujeto se sabe diferente a unos y similar a otros. Es un conjunto de normas y reglas que conforman un sistema de identificaciones, el *deber ser y no deber ser*, los mandatos y las prohibiciones. La identidad se establece por medio de, y a pesar de, la tensión no resuelta que implica la confrontación entre la autodefinición y la percepción de los demás; tal y como se expresa en relaciones de desigualdad (Melucci, 1995). La identidad adquiere materialidad en el cuerpo y la psique de un individuo concreto que tiene un margen para su modificación, el individuo adquiere sentido de sí mismo precisamente porque es capaz de reflexionar y definir su acuerdo o desacuerdo acerca de la reglamentación social y actuar en consecuencia. Se construye a partir de tres mecanismos: 1) La distinción; valoración positiva de un atributo propio, 2) la diferenciación; identificación del otro, y 3) la oposición; valoración negativa de un atributo del otro (Granados, 2002).

Estas formas diferenciadas de apropiación del capital cultural generan la existencia de una cultura dominante y otras subordinadas. La formación social tiene cierto impulso por la expansión basada en la semejanza, esto implica la incorporación del otro incluso mediante formas violentas, dando como resultado posiciones asimétricas e integraciones relativamente frágiles y amenazadas por la resistencia a la opresión. Así se conforma la *Alteridad*. Los sujetos definen un yo mismo y otro. El carácter de tal proceso es cognitivo: definen al otro como extraño y las semejanzas que lo definen como igual, es una confrontación dialéctica. El otro es construido como elemento que altera el orden social, la alteridad. Es una diferencia que vincula con la «experiencia de la extrañeza»: la confrontación de las particularidades encontradas en los otros y no el simple intercambio del capital cultural. Ruptura de un orden, ya que capta el fenómeno de lo humano de una forma especial (Krotz, 2002).

La alteridad se conforma por la diferencia en la apropiación de la cultura dominante. La existencia de la alteridad bajo el dominio de la semejanza es asumida como un fracaso en la asignación diferencial de capital cultural, como un error o defecto de la normalización de los cuerpos (Granados, 2002).

Las fuentes de transmisión cultural son principalmente la familia, escuela y los medios de comunicación, ejerciendo una influencia significativa en la posición social y junto con ella, las imágenes culturales en torno a determinados grupos o personas que refuerzan la propia exclusión de quienes han sido categorizados como diferentes (Peña, 2019).

Así la cultura hegemónica va «dictando» los polos entre lo normal en relación con la semejanza revestida de valores positivos y todo aquello diferente que debe ser eliminado. Siguiendo a Skilar:

[...] lo normal es lo preferible, lo deseable, aquello que está revestido de valores positivos, su contrario deberá ser inevitablemente aquello que habrá que considerar como detestable, aquello que hay que repeler o enclaustrar para repeler. Desde el momento en que todo valor supone un dis-valor, debemos afirmar que entre la

normalidad y la patología no existe exterioridad sino polaridad. Una se reconoce y se afirma por la mediación del otro. (2015, p. 139)

Las prácticas sociales que ejercen los individuos frecuentemente entran en conflicto por su apego o desapego con la cultura dominante, por ejemplo, una de las matrices culturales hegemónicas más importantes que permean la Reproducción Social es la matriz heteronormativa. Hay una serie de conceptos que es necesario abordar para explicar esta matriz y revisar las prácticas sociales que determinan los PSE, por ejemplo, sexo, asignación de género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual. Lo importante es visualizar la idea dicotómica que sustenta la mirada hegemónica del mundo: hombre-mujer, femenino-masculino, salud-enfermedad, factores de riesgo-factores protectores, lo normal-anormal, lo bueno-lo malo, el equilibrio-la alteración.

Cuando no se cumple con las reglas que imponen estas matrices culturales dominantes, los portadores de la alteridad son excluidos y se conforman las culturas marginales. Estas culturas son reprimidas y el grado de tolerancia depende de la intención de la cultura hegemónica por eliminarlas o integrarlas (Krotz, 2002). Para ello, se orientan prácticas de penalización que se manifiestan en discriminación. Al ser la identidad un sistema articulado de referentes, son diversas las categorías que pueden motivar la exclusión: xenofobia, homofobia, racismo. Las prácticas discriminatorias se expresan en la vida cotidiana: con las instituciones y con los sujetos. Los discursos normativos son emitidos por las instituciones, por ejemplo, el Estado, a través de las leyes y normas, dictando como delito todo aquello que altera el equilibrio, el orden social. La institución médica lo refiere como «anormal» o patológico y la Iglesia como «pecado». Esto significa que estas instituciones fortalecen la idea de lo normal/anormal en todos aquellos que son portadores de la alteridad (Granados, 2002).

Los portadores de la alteridad, sea sexual, racial o de nacionalidad, conforman su identidad desde un espacio periférico al capital cultural dominante y son depositarios de actitudes y prácticas que tienen un impacto negativo, en su bienestar físico y psíquico, así como, en el acceso a los recursos necesarios para enfrentar las eventualidades de los riesgos a la salud (Granados, 2002).

Derivado de lo anterior, la mayor probabilidad de enfermar y morir de un grupo es resultado de un conjunto de características de los contextos políticos, económicos y culturales que amplían el riesgo individual, uno de los ámbitos en que se concreta esta vulnerabilidad es el cultural.

La determinación cultural permite comprender el grado de integración social de los individuos que estaría definiendo el nivel de apoyo social a partir del sentido de pertenencia (Pearlin, 1984). Integrarse es un recurso indispensable para la conformación de una identidad individual, que permite asumir conductas preventivas, las características de la cultura pueden explicar las posibilidades de los grupos discriminados para evitar o disminuir los riesgos que la desigualdad social impone en sus trayectorias de vida. El grado de integración también posibilita el análisis de la capacidad de los marginados por constituirse en identidades de resistencia y modificar su posición en el sistema de relaciones sociales con las clases dominantes que origina mayores daños a la salud.

Una forma particular de expresión de la cultura dominante es el *género*. Género es una teoría que explica la construcción social y cultural de las diferencias que existen

entre los sexos a partir de los caracteres sexuales secundarios. En estas ideas también se observa una base material (el cuerpo) cuya dimensión biológica es el sexo y que se expresa en esos caracteres sexuales expuestos al nacer. A partir de ahí, se asigna si es mujer y varón, y desde esta rotulación se inculca en los hombres y mujeres el «deber ser» y el «no deber ser», que marca la dimensión social con la división sexual del trabajo y la cultural con el género (Granados, 2002).

Los problemas que se abordan retomando estos elementos en su dimensión biológica son la existencia de una variabilidad biológica como la intersexualidad y no la idea dicotómica de dos sexos. En la construcción binaria de género se explican las desigualdades sociales entre varones y mujeres y el impacto que tienen en el PSE.

En la identidad de género, que alude a la vivencia tal como cada sujeto la experimenta, hay problemas, ya que puede corresponder o no con sus caracteres sexuales. Al no identificarse con el género asignado son portadores de alteridad y, como ya se ha mencionado, son depositarios de prácticas sociales que los exponen a riesgos. Algo similar sucede a la expresión de género y con la orientación sexual. Es decir, en todos los casos, aquellos colectivos que se encuentran en alteridad están expuestos a historias de vida que los colocan en mayor riesgo que los que no.

En función de lo planteado, el PSE está determinado por macroprocesos económico, político y cultural/ideológico/género. Es decir, la forma de enfermar y morir está ligada al desarrollo de la sociedad, a la forma en cómo se organiza la vida y el trabajo, a las formas en que se resuelven las necesidades y todo ello está atravesado por la cultura hegemónica. Cuando la cultura con sus prácticas sociales no permite la integración de los sujetos, éstos no desarrollan sus capacidades y habilidades humanas por lo que los niveles de salud se ven impactados.

Referirse por lo tanto a estos elementos teóricos de la determinación cultural, aporta una mirada para la comprensión de la construcción social de la salud/enfermedad/atención/cuidado/muerte, su distribución desigual y la respuesta integral e interseccional para la resolución de problemas de salud que, desde la Promoción de la Salud, se pueden aplicar en diferentes campos partiendo de la premisa de que es «el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla [...] incluye tanto acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, como a disminuir la brecha de inequidad modificando los determinantes sociales, ambientales y económicos con impacto en la salud» (OMS, 1986).

METODOLOGÍA

Para el diseño metodológico de estudios que aborden la determinación cultural del PSE, las propuestas y los enfoques son por lo general cualitativos. Los enfoques cualitativos responden a la pregunta: ¿por qué?, y ¿cómo?, son metodologías deductivas, parten de abstracciones generales como son los fundamentos teóricos y se aplican a cuestiones particulares. Una de sus especificidades es que plantean la subjetividad, no solo de los objetos de estudio, sino, además, del investigador. No obstante, esta subjetividad es revisada.

Una de las propuestas más robustas de los enfoques cualitativos es la *Teoría fundamentada*, si bien existen otros métodos como el interaccionismo simbólico, el estudio de caso, la hermenéutica, la etnografía, etc. A través de ellos se buscan significados y

construir teoría, pero a diferencia de los enfoques cuantitativos, no se pueden extender los resultados a toda la población, ya que son específicos para los grupos que se están estudiando. Las técnicas y los instrumentos que se emplean deben indagar en la subjetividad de los individuos o grupos abordando sus significados y prácticas.

En los estudios de corte cualitativo se debe realizar una investigación documental que permita dividir la construcción de las prácticas y significados en la historia sobre el tema que se esté tratando, para comprender en qué consisten las matrices ideológicas hegemónicas. Así se podrán identificar los sistemas de identidades a través de los elementos delineados en el marco teórico, como las normas y reglas que le dan contenido. Posteriormente se debe describir el contexto, para ello se realiza *observación de campo*, y se pueden utilizar como instrumento de recolección de datos el *Diario de campo* y las *fichas de observación o bitácoras*, en ellos el investigador registra lo que observa, escucha o percibe. Después, se indagan directamente con los sujetos de estudio los significados y procesos. Es necesario elegir el instrumento que se aplicará para la obtención de la información y los testimoniales, además de seleccionar bajo ciertos criterios de inclusión-exclusión a los informantes, ellos conformarán la muestra a estudiar sin que sea estadísticamente representativa del universo o población en estudio (Sampieri, 2014).

Para la investigación cualitativa se han diseñado diferentes técnicas e instrumentos. Dentro de ellas se encuentran las historias de vida, que pueden ser individuales o colectivas (una familia, por ejemplo), en ellas se utilizan entrevistas en profundidad y revisión de documentos y artefactos históricos (Sampieri, 2014). La historia de vida presenta la visión que tiene de su vida la persona, expresada a través de sus propias palabras, en gran medida como una autobiografía común (Taylor y Bogdan, 1992). Las entrevistas abiertas cuentan con una guía general de contenido y el investigador tiene toda la flexibilidad para modificarla, en tanto que las entrevistas semiestructuradas consisten en una guía de preguntas a realizar y el investigador puede añadir otras que le permitan resolver dudas o profundizar temas (Sampieri, 2014). Las entrevistas en profundidad se conforman con preguntas abiertas y se dirigen al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. Taylor y Bodgan las definen como: «reiterados encuentros cara a cara entre entrevistador y entrevistado, encuentros [...] dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias y situaciones» (1992, p. 101).

Los grupos focales son una técnica en la que el investigador y varios participantes se reúnen como grupo para discutir un tema de investigación determinado. Hay un moderador que dirige la discusión sobre un número reducido de temas a los que los participantes dan respuestas a profundidad (Martínez, 2012). Como puede observarse, en todas ellas se indaga sobre procesos no cuantitativos, sino cualitativos como son los significados, las percepciones y la opinión que tienen los participantes sobre un fenómeno.

REFERENCIAS

- ALTHUSSER, L. (1977). Ideología y aparatos ideológicos de Estado. En *La filosofía como arma de la reacción*, México, Siglo XXI.
- BOURDIEU, P. (1979). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Ed. Taurus. (2002). México.
- BOURDIEU, P. (1990). *Sociología y Cultura*. México. Grijalbo/CNCA.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques, sur la théorie de l'action*, París, Ed. du Seuil [Razones prácticas, sobre la teoría de la acción, Barcelona, Anagrama, 1997]
- BREILH, J. (2016). La salud enfermedad como un hecho social. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-chile/salud-publica/resumenes/breilh-salud-enfermedad-como-hecho-social/5128338/view>
- CASTRO, M del C. (2016). *En letras Chiquitas: construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud*. El Colegio de Sonora.
- CERÓN, A. (2019). Habitus, campo y capital. Lecciones teóricas y metodológicas de un sociólogo bearnés. *Cinta moebio*. (66) 310-320. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n66/0717-554X-cmoebio-66-00310.pdf>
- GARCÍA Canclini, N. (marzo-abril 1984). Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular. *Nueva Sociedad*. 71, 69-78. https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comunicacionyrecepcion/wp-content/uploads/sites/135/2020/05/garcia_canclini._gramsci_con_bourdieu.pdf
- GRANADOS, J.A. (septiembre 2002). Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo. *Nueva Antropología*, vol. xviii (61, pp.19-97), Asociación Nueva Antropología A.C. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15906104.pdf>
- KLANDERMANS, B. *Social Movements and Culture* (pp 41-63). Minneapolis, University of Minnesota Press.
- KROTZ, E. (2002). *La otredad cultural, entre utopía y ciencia*. México, FCE-UAM, Iztapalapa,
- MARTÍNEZ, N. (enero-mayo 2012). Reseña metodológica sobre los grupos focales. 6 (9).47-53. Editorial Universidad Don Bosco. <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2063/1/4.%20Resena%20metodologica%20sobre%20los%20grupos%20focales.pdf>
- MELUCCI, A. (1995). The Process of Collective Identity. En: Hank, Johnston y OMS. (1986). *Carta de Ottawa*. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- PEARLING, L. (1984). Social Structure and social support. En: S., Cohen y L. Syme. (Eds). *Social Support and Health*. New York, Academic Press.
- PEÑA, C. (2019) Análisis de los conceptos de discapacidad y anormalidad. En Judith Pérez-Castro y Alicia López Campos (Coor.) *Discapacidad Inclusión social y educación* (pp.39-58). UNAM-IISUE.
- PEREIRA, C., Rosales, R., Muñoz, C., y Delgado, V. (julio-diciembre, 2019). Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos. *Revista Salud Problema*, segunda época, año 12 (26), 151-166. ISSN: 2007-5790.
- SAMPIERI, R., Collado, C., Baptista y M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (sexta edición p. 63) McGraw-Hill / Interamericana Editores, México.
- SÁNCHEZ de Horcajo, J. (1979). *La cultura reproducción o cambio: el análisis sociológico de P. Bourdieu*. España, Centro de investigaciones sociológicas.

SKILIAR, C. (2015) Saber, mito y sentido entre la normalidad y la alteridad. *Diálogos y perspectivas en educación especial*. 2 (1) 139. https://www.academia.edu/31013627/saber_mito_y_sentido_entre_la_normalidad_y_la_alteridad

TAYLOR, S. y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.

II EL ADULTO MAYOR, SU MASCULINIDAD Y RELACIÓN FAMILIAR

ANA LAURA VALENCIA DÍAZ
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

■ INTRODUCCIÓN

La masculinidad es el resultado de un constructo cultural impuesto por la sociedad de manera rigurosa que permite el cumplimiento del rol de género tradicional aceptado para un momento histórico-social determinado. Estudiar cómo experimentan su masculinidad los adultos mayores al paso de los años y el contexto de transformación de dicha construcción —que dista de la que ellos incorporaron en la infancia— permite detectar problemas de salud generados por la desigualdad y la exclusión del ámbito laboral, social y familiar.

Los atributos, conductas y habilidades que colocaron al varón ante la sociedad como el hombre dominante y patriarca sobre los miembros de la familia, se transforman al entrar a la etapa de la vejez, poniendo en riesgo su identidad masculina, ya que se debilita el rol de género asumido en su juventud en los diferentes ámbitos sociales.

El reconocimiento social de la vejez, se ha deteriorado en el contexto actual de la sociedad occidental (Chaparro, 2016), como consecuencia del sistema capitalista moderno en el que prevalece una estructura social con intereses de carácter económico, productivo y de consumo de tipo individualista; provocando competencias constantes por un lugar privilegiado y el disfrute del placer individual, que deriva en la sobrevaloración del cuerpo joven en tanto se vincula con adjetivos de fuerza y vitalidad, por encima de la esencia y experiencia del propio sujeto.

Estas ideas estereotipadas abren camino para que los adultos mayores sean discriminados en diferentes ámbitos dado que, al cumplir la edad establecida por ley en que finaliza su etapa laboral, se limita su participación social, se les considera personas viejas y disfuncionales por su apariencia física, y en ocasiones por la pérdida de energía, cognición, autonomía y disminución en sus funciones sensoriales y motrices. Esta imagen negativa se ha construido social y culturalmente por el hecho de sobrevalorar al cuerpo joven sobre las cualidades de cada etapa de la vida.

Así pues, este sector de la población fue educado con especial rigidez para cumplir con el rol de género que en el esquema de la familia tradicional consistía en ser el principal proveedor económico y jefe de familia; esto como consecuencia de la representación y organización social construida e impuesta desde la niñez, y que el individuo se ha apropiado para sí mismo.

La construcción de la masculinidad de esta población está determinada por su propio momento histórico, sin duda, las próximas generaciones de adultos mayores tendrán sus propios significados y prácticas en torno a la masculinidad, como ha sucedido a lo largo de la historia.

El rol de género no se percibe como problema durante la etapa productiva de los actuales adultos mayores, puesto que los hace identificarse como hombres proveedores económicos de las familias. En palabras de Lucero Jiménez:

La identidad masculina es construida a partir de su función de sostén y protector del hogar y proveedor de los bienes que la familia necesita. La sociedad refuerza en el varón la voluntad de acatar este mensaje, premiándolo con el privilegio del poder y el predominio en la esfera pública. (s/f., 103)

Sin embargo, en esta etapa, si ya no está dentro del campo laboral por su condición física y/o edad cronológica, el adulto mayor ve vulnerada su masculinidad al no poder cumplir más con el rol de género impuesto. Así, en este momento histórico, el viejo tiene que enfrentarse a nuevas condiciones tanto sociales como familiares.

Aunado a lo anterior, en la década de los setenta, ante los cuestionamientos sobre la inequidad de género, se han impulsado cambios en las formas de pensamiento, detonando fuertes modificaciones en torno a los roles de género.

El concepto de género comienza a surgir a mediados de los años setenta, según la OEA, como respuesta a las interrogantes teórico-metodológicas planteadas por la constatación de evidentes asimetrías y desigualdades existentes entre hombres y mujeres en función de su sexo (Chiarotti, 1995).

Derivado del fenómeno anterior, las investigaciones se dirigen principalmente a las mujeres, debido en parte a la visión histórica que se ha tenido de ellas, al considerarlas como cuidadoras de los hijos, encargadas de lo doméstico, y por tanto quienes se encuentran en condiciones de desventaja frente a los varones. Paralelamente, están las investigaciones acerca del rol de la mujer activa que ha logrado posicionarse en el ámbito laboral y político.

En México, los trabajos de investigación sobre el rol de género masculino son escasos, más aún cuando se trata de estudios sobre hombres, adultos mayores, primero por la concentración de trabajos hacia la población femenina y segundo por estar fuera de la etapa productiva.

La relevancia del estudio de esta población se fundamenta, en primer lugar, en que según el INEGI (2014) la población de adultos mayores será en poco más de veinte años, el grupo etario más numeroso de nuestro país, dada la transición demográfica que está en curso; en segundo lugar se encuentra el aumento de la esperanza de vida al nacer que, según el Programa Nacional de Salud 2007-2012, en 1950 era de 50 años y en la actualidad es de 80 años; de modo que se ha incrementado 30 años en el último medio siglo, por lo que es importante entender a los adultos mayores desde el aspecto social y no sólo biológico.

Esta investigación está enfocada en varones adultos mayores que han dejado de tener un vínculo laboral formal o informal remunerado, habitantes de la alcaldía Iztapalapa. Esta elección responde a que los contextos sociales de esta metrópoli son muy diversos, teniendo poblaciones urbanas, rurales y urbano-rurales. Por ello, contar con una población homogénea para el análisis disminuirá posibles sesgos. En este sentido, según el INEGI (2010), en los resultados arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2010, Iztapalapa es la alcaldía más poblada de la Ciudad México con 1 millón 815 mil

786 habitantes, además de ser una delegación en la que la mayoría de sus habitantes se encuentra dentro de la clase media.¹ Del total de la población de dicha delegación 5.99 % son adultos mayores; 2.56% corresponde a hombres y 3.42% a mujeres (Censo de Población y Vivienda, 2010).

Para fines de este trabajo es importante abordar la salud desde su promoción con una perspectiva sociohistórica, lo que nos refiere que las condiciones de salud son una expresión, en los grupos sociales, de la desigualdad social ya sea económica, cultural, de género y/o generacional, lo que determina el perfil epidemiológico de este colectivo.

La importancia de realizar estudios sobre el adulto mayor radica en que las condiciones de salud física que caracterizan a este grupo etario, y la limitada participación social de que son objeto afectan su identidad construida desde la masculinidad.

■ METODOLOGÍA

Nuestro punto de partida es un enfoque cualitativo, de carácter descriptivo que analiza la percepción de la masculinidad, la vejez y las relaciones familiares desde las propias palabras, tanto habladas como escritas, de cada entrevistado, así como la conducta observable del sujeto de investigación. Este tipo de enfoque permite identificar y destacar la influencia de la sociedad sobre características y atributos de la masculinidad, y cómo esto se refleja en el varón adulto mayor en su relación con el entorno social.

Para esta investigación se utilizaron estos criterios del estudio cualitativo:

- La *Inducción*, que consiste en realizar una o más preguntas al inicio de la investigación. En este caso la pregunta fue ¿cómo percibe el adulto mayor su masculinidad en la interrelación con su familia?, lo que permitió visualizar los datos y hechos particulares sobre los adultos mayores.
- Entender a los adultos mayores varones desde una perspectiva *holística* en su contexto y grupos sociales, considerándolos como un todo y no sólo como variables. Además, se estudió a estas personas desde la narrativa del contexto de su pasado y de su situación presente.
- Mostrar sensibilidad en la interacción con los adultos mayores, por lo que se realizaron entrevistas a profundidad, para que fuese una conversación más fluida desde la propia narrativa del entrevistado, se solicitó que los sujetos de investigación eligieran la hora y el lugar que les fuera más cómodo para facilitar la confianza en el momento de la entrevista.
- Comprender a los adultos mayores varones en su contexto social para reconocer cómo viven la realidad respecto de su masculinidad, dentro del entorno familiar, con el propósito de entender su estado emocional.
- Dejar de lado las predisposiciones del investigador y el entrevistado sobre sus propios significados de la vejez y la masculinidad, ya que los conceptos pueden

¹ INEGI usa «clase media» para referirse a las características de la población de la alcaldía Iztapalapa sin definir el término. Para una visión más compleja sobre la operacionalización del concepto clase social véase Bronfman y Tuiran (1984).

ser subjetivos. Se procuró no realizar juicios de valor sobre las respuestas del entrevistado.

- Al ser un método cualitativo, se buscó la percepción del adulto mayor sobre cómo se ve a sí mismo en su masculinidad, a partir de su experiencia de vida.

Estos criterios se desarrollaron durante la investigación de campo, lo cual justifica el tamaño de la muestra, la elección de la técnica de recolección de datos y el método de análisis.

Para fines de esta investigación se utilizó el método fenomenológico puesto que busca comprender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de la persona, en este caso el adulto mayor varón.

MÉTODO FENOMENOLÓGICO

La selección del método se basó en los criterios establecidos por la pregunta y los objetivos, ya que se buscó desde su propia voz la serie de experiencias individuales de los adultos mayores varones que ya no trabajan; haciendo un recorrido de su transcurrir por la vida desde su juventud hasta la fecha, considerando su relación en el ámbito laboral y familiar, así como las acciones que los caracterizan como varones a partir de los atributos impuestos socialmente. Con el objetivo de entender cómo se perciben en su masculinidad en esta etapa de su vida en relación con los otros.

Este método fenomenológico propuesto por Edmund Husserl tiene como objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes la han tenido y con ello entender el mundo vivido del sujeto (Álvarez y Jurgenson, 2003, p.85). Este enfoque se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, teniendo en cuenta cuatro conceptos clave:

- Temporalidad: el tiempo vivido
- Espacialidad: el espacio vivido
- La corporalidad: el cuerpo vivido
- Relacionalidad o comunalidad: la relación humana vivida (Álvarez y Jurgenson, 2003).

MUESTREO NO PROBABILÍSTICO

A partir de un muestreo no probabilístico que tiene como objetivo recolectar experiencia de vida de los sujetos y no resultados estadísticos, se seleccionó a cinco adultos mayores varones; esto permitió elegir a los sujetos a partir de los criterios establecidos para esta investigación. Se decidió este tamaño de muestra por el tipo de dato que se desea obtener, ya que lo importante es el potencial de cada experiencia vivida, para con ello poder entender su presente.

Los criterios que debían cumplir los sujetos de la muestra fueron:

- Hombre
- De 60 años o más
- Actualmente desempleado

- Poblador de la delegación (ahora alcaldía) Iztapalapa

Para elegir a los adultos mayores con esas características se utilizó la técnica «bola de nieve», que consiste en que los entrevistados presenten a informantes potenciales. Para iniciar, el primer entrevistado se dio a través de un contacto personal.

El instrumento aplicado para conocer las experiencias de vida de los adultos mayores varones y su masculinidad fue la entrevista en profundidad, técnica que se abordará a continuación.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

A partir de los objetivos de la investigación, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad que ayuda a reconocer la perspectiva y los significados de las experiencias de cada uno de los entrevistados. Con esta técnica se realizaron preguntas abiertas para que el adulto mayor respondiera con sus propias palabras y expresara sus sentimientos acerca de sus experiencias de vida.

Para aplicar la entrevista se realizó una guía de preguntas que permitió explorar los temas ejes de la investigación. Esta guía se dividió en cinco rubros: datos generales, historia laboral, salud, interrelación familiar y género. Las preguntas de cada apartado llevaron al adulto mayor del pasado al presente en sus experiencias, para conocer su entorno familiar y su sentir con respecto a su masculinidad en esta etapa de la vida. Si bien, la guía llevaba un orden en las preguntas, éstas sólo fueron para el investigador con el propósito de no olvidar los temas relevantes ya que, en el momento de tener la conversación con el adulto, las preguntas se plantearon sin seguir el orden con rigor, puesto que en el diálogo el entrevistado vinculaba de manera natural los temas de la guía.

La entrevista se piloteó una vez con diferentes objetivos, como probar las preguntas y definir si era necesario hacer modificaciones, y conocer el tiempo aproximado de la aplicación del instrumento. La prueba piloto es importante considerando que el entrevistador debe manejar diferentes tácticas en el momento de la entrevista como repetir o reformular la pregunta para que el informante entienda con claridad, saber guardar silencio cuando el entrevistado se expresa, recapitular situaciones ya mencionadas, cambiar de tema si causa enojo, sensibilidad, incomodidad o simplemente se divaga.

Para establecer el *rapport* fue importante la presentación de la entrevistadora como estudiante de la Licenciatura en Promoción de la Salud, así como explicar el propósito de la entrevista que, una vez aceptada se inició mencionando la forma de intervención al adulto mayor y se le preguntó si estaba de acuerdo con que fuera grabada en audio; al estar de acuerdo se le pidió a cada entrevistado que eligiera el lugar, día y hora para realizarla con la finalidad de priorizar su comodidad.

De las entrevistas grabadas en audio, se obtuvieron aproximadamente diez horas de grabación. Posteriormente se realizó su transcripción, lo que dio como resultado ciento tres cuartillas de texto para su análisis.

ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO

Para analizar la información aportada por los adultos mayores varones a partir de las entrevistas en profundidad con el método fenomenológico, se reflexionó y se seleccionaron los testimoniales respetando lenguaje, opiniones y creencias, con el propósito de comprender desde su voz, su realidad y transformar la experiencia vivida en una expresión textual.

En este sentido, para clasificar la información a partir de los objetivos de investigación, se consideró el eje de análisis la masculinidad del adulto mayor en la familia y las categorías en las que se refleja: proveedor económico (encargado de la manutención de la familia), fortaleza física (atributo ligado al varón con respecto a la apariencia física y conducta), enfermedad en etapa productiva (son aquellas que no están relacionadas con el desgaste laboral), poder (dominio y autoridad sobre otros), actividad sustituta (actividades que el adulto mayor varón realiza en el hogar y que sustituyen a las actividades laborales, éstas pueden estar o no vinculadas a su rol de género), representación social sobre ser joven y viejo (percepción de los adultos mayores sobre las características de los jóvenes y los viejos), estado emocional (emociones que son causadas por sucesos particulares y que tienden a desaparecer una vez terminado el suceso), estado anímico actual (emociones que permanecen a largo plazo) e identidad masculina (características del sujeto respecto a su género, determinado por el momento histórico, cultural).

Una vez clasificada la información derivada del instrumento de recolección y definido el método de análisis, se llevó a cabo el apartado de resultados.

■ RESULTADOS Y ANÁLISIS

De acuerdo con el método fenomenológico, la primera etapa del análisis consistió en la recuperación de la información concerniente a cada una de las categorías definidas en la metodología. Para organizar esta información recuperada se le vertió en matrices. Esto es, cada matriz contiene una categoría determinada y la respectiva información por cada entrevistado. El orden en que se presenta el análisis de las categorías es el siguiente:

PROVEEDOR ECONÓMICO

De los datos que se obtuvieron con respecto al ámbito laboral podemos observar que los sujetos entrevistados iniciaron su vida laboral entre los ocho y nueve años de edad, salvo uno que inició a los diecisiete años: «[...] yo empecé a trabajar desde 8 años de edad [...] mi primer trabajo fue en una fábrica de cuadros para retratos en ese tiempo [...]» (Informante 4).

La tendencia nos indica que en general estos adultos mayores comenzaron su actividad productiva desde temprana edad. Para ellos, que empezaron a trabajar desde la niñez, el rol de proveedor económico comienza a ejercerse desde esa edad por diferentes circunstancias, es decir, por necesidad económica, por la muerte del jefe de familia o por el sólo hecho de ayudar en el trabajo familiar: «[...] pos [sic] cuando uno está joven tiene necesidá [sic], como caiga [...] ya donde se necesita ganar dinero [...]»

(Informante 3), «[...] porque te obligaba la necesidad que tenías ¿no? [...] yo pagaba todo...» (Informante 4)

[...] empecé a trabajar haciendo mandados para subsistir o sobrevivir en este caso mmm [...] porqué cuando quedé huérfano éramos dos de familia. Mi madre, mi hermano más chico y yo, pero llegábamos al grado de que comían ellos, no comía yo [...] yo no disponía de nada de dinero porque se lo daba todo a mi madre [...] (Informante 5)

[...] pues fue el primero y el último porque mi padre tenía un taller como el que yo tengo, de fabricación de piezas de lámina, piezas de aluminio, piezas para trofeos, piezas para cocina o sea se le llama rechazado. Ahí entré muy chiquito para sacudir, barrer, acomodar los moldes y ya más grandecito fui aprendiendo a cortar lámina [...] Después mi padre puso otro taller y ya yo trabajé en ese taller solo [...] (Informante 2)

En cambio, para el informante 1, la obligación de proveer económicamente inicia en la etapa de su juventud, a partir del sistema de parentesco, esto es evidente cuando dice:

[...] inicialmente empecé de ocho de la mañana a dos y media de la tarde, pero fue poco tiempo, pocos años y después me pasé a ese turno que a mí me convenía más porque tenía mayor tiempo disponible para otro trabajo o para... pues para buscar más dinero y pues como tenía muchos hijos [...] los compromisos aumentaban ¿no? eh... pagar renta. [...] yo llegué a tener tres trabajos. Precisamente, fue para juntar dinero y comprar aquí [...] (Informante 1).

Pese a las diferencias entre las ocupaciones y condiciones de trabajo de los informantes, destaca el hecho de que se cumple con el rol de género y con las conductas asignadas socialmente como proveedor económico del hogar y protector de los integrantes de la familia. Dichas acciones le permiten al sujeto reforzar la identidad de su masculinidad, así como obtener la subordinación de la familia por el poder monetario que le otorga la sociedad a través del ámbito laboral. Esto confirma lo señalado por Foucault (1991) respecto al poder:

La forma de poder se aplica a la inmediata vida cotidiana que categoriza al individuo, lo marca por su propia individualidad, lo adhiere a su propia identidad, le impone una ley de verdad que él debe reconocer y que otros tienen que reconocer en él.

Estos hombres, en su momento niños, tenían que aportar recursos puesto que en las familias tradicionales no se permitía que las mujeres salieran a trabajar para apoyar económicamente en el hogar. El informante 2, hace mención de ello: «[...] mi mamá nunca trabajó [...]». Por lo que a temprana edad estos sujetos salieron a cumplir con el rol impuesto, en principio para apoyar en la economía como integrante de la familia, y posteriormente, para asumir la responsabilidad como jefe de ésta.

En el momento histórico-social en el que fueron educados estos adultos mayores, se consideraba primordial que se cumpliera con el rol de género por lo que éste fue impuesto de manera rígida y tradicional por los padres como lo señala el sujeto 2:

[...] yo fui educado duro, mi padre me traía bien cortito, yo llegaba de la escuela y lo saludaba de beso en la mano; lo que él me mandaba a hacer [...] nunca le pude decir «no, no lo hago» [...] él me enseñaba con el ejemplo. Nunca faltó nada en la casa, yo no recuerdo que me haya faltado algo, aunque sea huevo con frijoles o lo que sea, pero nunca faltó de comer [...] (Informante 2).

Sin embargo, esta educación no siempre se aprende en el núcleo familiar; en ocasiones las experiencias son las que marcan el actuar de las personas a partir de las necesidades económicas y las demandas sociales:

[...] uno mismo se tiene que educar, si uno mismo ve que no hay pa [sic] comer, no hay pa [sic] vestir, no hay pa [sic] pasar la vida pos [sic] uno mismo tiene que buscar [...] si el padre o el abuelito o la abuelita no da consejo pos [sic] uno mismo tiene que pensar [...] uno mismo se tiene que educar porque la familia no sabe educar. (Informante 3)

Esto refleja, que la transmisión sobre el deber ser como varón se da dentro de la familia o fuera de ella, independientemente de ello, se cumplirá con el rol establecido ya que es un mandato social. Teniendo como consecuencia el reconocimiento «natural» del varón de ser proveedor económico, protector y jefe de familia dentro del sistema de parentesco del cual habla Marta Lamas (2002); estas conductas son las que posicionaron a los entrevistados a cumplir con el lugar de prestigio que fue otorgado por la sociedad.

En el ámbito laboral, el «deber ser» como proveedor económico está incorporado y aceptado incondicionalmente, por lo que en la etapa adulta el sujeto se ve obligado a cumplir con su rol, independientemente de si está satisfecho con su labor o si es la actividad para la que se preparó por un gusto especial. Esto se puede observar en todos los sujetos entrevistados, y se muestra un contraste: la satisfacción que tenían con su actividad laboral, por ejemplo, sólo el informante 2 contesta de manera afirmativa: «[...] sí, yo creo que, por eso, así sin vanidad, por eso me convertí en muy experto en mi trabajo». (Informante 2)

En cambio, los informantes 3 y 5 responden de manera semejante indicando que no les gustaba su trabajo y sólo lo hacían por necesidad:

no pos [sic] no me gustaba [...] no, casi a nadie le gusta el trabajo, lo que uno quiere es ganar dinero; cualquier chamba a nadie le gusta todo lo hacen por necesidá [sic] de ganar dinero. (Informante 3)

Por otro lado, los informantes 1 y 4 responden que era necesario realizar el trabajo, sin embargo, les causaba satisfacción la actividad que realizaban, así lo expresa uno de ellos: «[...] pues alguien lo tenía que hacer [...] Por el tiempo que trabajé fue en el hospital, trabajé muy a gusto». (Informante 1)

Lo anterior deja ver que no importa si les complacen o no las actividades laborales, ya que todos sin excepción, estaban obligados a cumplir y responder el mandato social como responsables económicos de la familia. Esto evidencia lo que llama Kaufman (199, p. 2) «experiencias contradictorias del poder» puesto que no siempre el poder da libertad, ya que la exigencia del cumplimiento del rol puede provocar angustia durante la vida productiva.

Cuando estos sujetos rebasan la «edad productiva», según el pensamiento de la sociedad actual, la estructura familiar tradicional se ve obligada a cambiar, como lo menciona Minuchin (1990). Ahora los hijos toman parcial o totalmente la posición de proveedores económicos.

Sobre la situación del Proveedor Parcial se pueden encontrar algunos ejemplos, entre ellos los informantes 1, 2, 4 y 5:

[...] mi hija Vero cuando ella puede le da dinero a su mamá. Luego cuando ya me doy cuenta: chin ya me cortaron el cable, dice ella: yo lo pago papá no te preocupes; y este mes lo pagó Alejandro. Todos disfrutamos, pues todos tenemos que pagar algo, ¿no? (Informante 2)

Los hijos no se hacen cargo totalmente de los padres considerando que estos adultos mayores aún cuentan con alguna remuneración, ya sea por jubilación como los informantes 1 y 4, o por pequeños trabajos que aún pueden realizar de manera informal como los informantes 2 y 5. Así, la responsabilidad de proveer es compartida ya que no sólo recae en el adulto mayor, sino también en los hijos ya adultos.

En relación con el proveedor total, es decir, cuando el adulto mayor deja de percibir económicamente y los hijos se hacen cargo completamente de la manutención de los padres, se puede observar lo siguiente:

[...] mis hijos me llevan algo para pasarla [sic] la semana y ya con eso, ya no le pido nada a Dios [risa] [...] le dije a los hijos: me van a dar algo cada ocho días y ya no voy a trabajar; «ah pos [sic] sí pa [sic] ya descanse, ya no trabaje y nosotros le llevamos dinero». (Informante 3)

Los cambios de rol de proveedor económico se llevan a cabo sin importar si los hijos aún viven en el núcleo familiar o no. Siguiendo en el mismo punto, cuatro de los entrevistados, exigieron el apoyo económico de los hijos; con excepción del informante 5, si bien, obtiene apoyo económico, él dice: «[...] yo siempre hago lo posible por mantener a mi familia por eso siempre trato de trabajar, porque no soy como los demás que quieren todo peladito y a la boca». (Informante 5)

Se puede observar con este último informante que el apoyo económico que recibe de los hijos afecta su masculinidad considerando que fue educado para ser el principal proveedor económico.

El impacto en la masculinidad de estos adultos mayores radica en el hecho de reconocer que ya no se es autosuficiente y que ahora se depende parcial o totalmente de los hijos, independientemente de si es hija o hijo y si éste es el de mayor o menor edad. La afectación en la masculinidad de estas personas, a partir de los cambios en este rol,

no necesariamente son reconocidas, precisamente porque ellos hacen el esfuerzo de mantener su masculinidad, y este proceso generalmente no se da de manera consciente.

Como se dijo en la introducción se supuso que esta situación afectaría emocionalmente de la misma manera a todos los adultos mayores por perder su posición en la estructura familiar como principales proveedores. Sin embargo, se encontró que, por el contrario, esta nueva estructura les permite ser libres, ya que la presión y las preocupaciones en el cumplimiento de la protección económica de los hijos disminuye, como lo mencionan los siguientes informantes:

Pues mira también eso con la jubilación percibe uno, no con el sueldo que uno tenía, pero como ya los hijos [...] ya no hay escuela para con los hijos, ya no hay tenis, ya no hay calzado, ya no hay para la torta, para el refresco; ya son grandes, y son casados vamos a decir ya son autosuficientes [...] ya no dependen de nosotros, los hijos. (Informante 1)

Ahora yo ya no siento mucha necesidad, ahora yo veo lo mío muy personal. (Informante 4)

Esta situación les permite pensar en las necesidades de sí mismos una vez cubierta la imposición cultural de la estructura familiar como responsables de las necesidades económicas de la familia.

FORTALEZA FÍSICA

Otro de los atributos que caracteriza al varón es la fuerza física. Este distintivo le ha dado identidad masculina en los diferentes ámbitos sociales sobre todo a sí mismo, posicionándolo como el hombre dominante tanto en apariencia física como en conducta.

Esta característica es valorada por estos adultos mayores, ya que en las entrevistas fueron muy recurrentes al hablar de la fortaleza, energía, apariencia física, valentía, vigor y salud orgánica que tenían durante su juventud.

Por ejemplo, el informante 2 fue el que hizo más referencia durante toda la entrevista a su fuerza, apariencia y poder tanto en el ámbito laboral como en los grupos de convivencia, llámese amigos, vecinos y familiares durante su etapa de juventud:

En esa época tenía mis brazos muy gruesos de tanto cortar con tijera [...] Yo a los 30 años era bien salvaje, estaba yo muy fuerte, fuerte, a mí las tijeras me dio mucha, mucha fuerza, yo me podía poner a echar fuerza con 10, 20, 30 gentes no me ganaban [...] se me veían los brazos y se me veían que se me explotaban y la venas se me saltaban incluso cuando iba a una cantina siempre iba de playerita [...] Lo que he notado, cuando era más joven, antes de esto me gustaba andar siempre de playera, siempre tenía como que mucho calor, muchas calorías. (Informante 2)

En cambio, el informante 3 no habla de fuerza como apariencia física, ni del poder que le daba ante los demás como el informante anterior, sino de los problemas de salud que padeció a partir del uso de la fuerza, ya que dice:

[...] toda la gente que tienen hernia porque [...] peor [sic] cuando uno está joven hombre o mujer se le hace fácil alzar una cubeta de agua de 20 litros, a veces agarran y levantan con una sola mano y ahí es cuando sale la hernia. (Informante 3)

Los informantes 1, 4 y 5 expresan que la fuerza les permitió realizar el trabajo pesado en el espacio laboral, por mencionar a alguno:

[...] en la soledad de la merced íbamos a hacer cargas al mercado de las terminales de los camiones que tenían ya la gente con todo su mandado, entonces nosotros hacíamos los viajes en un carro de esos de ruedas, le cargábamos todas sus cosas. (Informante 4)

Lo que se puede observar, es que estos adultos mayores usaron la fuerza para diferentes propósitos, es decir, como expresión de identidad masculina y valentía o como herramienta de trabajo, no obstante, todos ellos reflejan la educación tradicional que se les dio desde la niñez sobre las conductas que debían de adoptar como varones.

Pero en la actualidad, las condiciones físicas y orgánicas que les daban identidad como hombres fuertes ante la sociedad empiezan a cambiar por el deterioro natural del ciclo vital, llevando a estos adultos mayores a tener conflicto con su masculinidad, problemas en su estado emocional y disminución en su autonomía, de modo que empiezan a sentirse frustrados por diferentes causas, como el no poder realizar actividades que requieren de fortaleza física: «[...] no hace falta qué hacer, pero muchas veces ya no te alcanza la fuerza para hacer muchas cosas [...] por falta de fuerza y eso es lo que no me gusta». (Informante 4) Por problemas en la salud orgánica: «[...] entonces digo cómo es que yo lo hacía de joven todo y ahora ni de chiste ahora con tantita fuerza que haga yo se me para el corazón». (Informante 2)

Pérdida de autonomía e individualidad al trasladarse de un lado a otro haciendo uso de herramientas de apoyo y acompañamiento familiar para su movilidad, esta causa fue la reportada por el informante 2, al preguntarle si lo acompañaban al médico:

[...] bueno antes me iba yo solo con la pierna dormida y todo, pero desde que me caí, me dijeron: sabes qué, tú ya no puedes andar solo en la calle porque un día te vaya a pasar otra cosa; y sí porque últimamente he andado medio torpe y pues traigo el bastón. (Informante 2)

O simplemente es una forma de hacer evidente que han entrado a otra etapa de la vida:

[...] anteriormente, yo cargaba 20 polines en cinco minutos, ahora para cargar 20 polines lo hago quizá en 20 minutos, tons [sic] es ahí donde nos damos cuenta de que ya nos estamos haciendo más viejos y ya nos estamos acabando y la juventud a la vez. (Informante 5)

Estos sujetos se sienten doblemente deteriorados; físicamente, por no poder realizar actividades que hacían en el pasado y socialmente por la pérdida de reconocimiento, pues sus conductas de valentía y fuerza determinaban su masculinidad ante los demás.

En estas experiencias de vida es evidente que los adultos mayores piensan frecuentemente en la fuerza que tenían en el pasado, y eso confirma lo que dice Kravetz (2013) sobre que «el pasado deviene presente permanentemente en tanto conjunto de representaciones sociales que se ponen en juego en cada nueva situación sea para confirmarla o para modificarla».

ENFERMEDADES EN ETAPA PRODUCTIVA

A partir de lo dicho sobre los atributos asignados al varón, existe una relación entre el cuidado de la enfermedad en la etapa productiva y el cumplimiento del rol como proveedor en su masculinidad.

En las entrevistas, al cuestionarles sobre su estado de salud para asistir a laborar, se reflejó que, durante la etapa productiva de estos adultos mayores, la salud orgánica no es un asunto prioritario, debido en parte a la construcción de su masculinidad: «[...] sí, sí porque nosotros lo tomábamos a juego [sic]; tienes tos, tienes gripa no había ningún problema». (Informante 5)

Esto indica, que los hombres no consideran la enfermedad como un problema, en este caso, ante los compañeros de trabajo.

Por otro lado, una posible inasistencia por enfermedad podía tener implicaciones económicas dentro del núcleo familiar, dado que implicaba disminución en el salario. Esto fue expuesto por todos los entrevistados. Por citar a alguno:

[...] si faltabas te quitaban el día [...] luego cuando me lastimé la rodilla yo me iba con la rodilla así, que no podía caminar, a trabajar [sic] cuando ya se había terminado la incapacidad, ¿por qué?, porque hasta estando incapacitado si no vas a trabajar te reducen el sueldo eh. (Informante 4)

De modo que las condiciones de salud en las que se presentaba al trabajo pasaban a segundo plano.

Asimismo, el sujeto 2 desarrolló enfermedades crónico-degenerativas a causa del trabajo excesivo, en cumplimiento de su rol como proveedor económico: «[...] me empecé a enfermar de la presión, de tanta presión por ver qué hacía con tanto trabajo [...] y pues con esa presión desde entonces empecé a tomar pastillas para la presión desde los treinta años hasta la fecha». (Informante 2)

Lo que se hace evidente es que la falta de cuidado de la salud de estos varones, lejos de ser un descuido deliberado, sucede a causa de la imposición social de proveer económicamente a la familia, por encima de su propio estado de salud, además de asociar enfermedad con debilidad, y poner en entredicho su fortaleza; básica para su identidad en la propia masculinidad ante la sociedad.

Posteriormente, cuando estos sujetos alcanzan la etapa de envejecimiento, se da un cambio con respecto a la atención y el cuidado de la salud. A diferencia de las enferme-

dades que padecían en la etapa productiva, en la vejez los problemas de salud son principalmente enfermedades no transmisibles. Como lo reflejan los siguientes informantes:

[..] hasta eso yo he sido sano, pero eso de la diabetes, ha evolucionado eso y este... afecta en los dientes... se pican fácil, tengo los dientes picados de aquí [señala los dientes superiores]. (Informante 1)

En un año me hicieron 3 o 4 cateterismos [...] tengo el problema del Túnel del Carpo, tengo un problema en el hombro porque me duele mucho [...] tengo un problema de la pierna [...] insomnio crónico, ahorita lo de la angina de pecho, desde joven he sufrido de hemorroides y ahorita lo de la pierna dormida y tengo las manos dormidas y pues es causa de la columna que la tengo lastimada. (Informante 2)

Ante estas circunstancias, estos varones hacen uso de manera frecuente de los servicios de salud, como comentan los informantes 1, 2 y 4, por ejemplo:

Ahorita he estado yendo porque tengo citas, ahorita están dando las citas a 3 meses y a 6 meses. Ahorita ya tengo citas para marzo, para mayo, octubre y diciembre. Veo al cardiólogo, veo al urólogo, veo al de medicina interna, veo al neurocirujano, veo al otorrino, veo al geriatra. (Informante 2)

Los servicios de salud utilizados son o públicos o privados, para ilustrar este aspecto se muestran las siguientes respuestas:

Yo me atiendo en el Central Militar, como mi hijo es militar él me aseguró de ahí desde los 55 años. (Informante 2)

Hace poco tuve una infección tremenda con vómito y diarrea casi a desfallecer; mi hija me llevó a una clínica particular. También tenía la glucosa alta, me controlaron la glucosa. (Informante 1)

Los informantes 3 y 5 dicen que no usan con frecuencia el servicio de salud: «[...] nomás cuando lo necesito, si no lo necesito no acudo.» (Informante 5)

El uso de servicios de salud es una necesidad inevitable en esta etapa de la vida, ya que existe un deterioro natural del organismo. Sin embargo, la razón de acudir al médico por parte de estos informantes en su etapa productiva era principalmente para atender enfermedades infecto-contagiosas o relacionadas con el desgaste excesivo causado por largas jornadas laborales. Actualmente las razones por las que acuden al médico están ligadas a su vejez. Esto provoca afectaciones en su masculinidad ya que para ellos esto implica proyectar debilidad ante la sociedad.

PODER

Como se dijo anteriormente, estos adultos mayores perdieron el poder económico que les daba reconocimiento de manera natural por parte de sus hijos y esposa, esta situa-

ción los llevó a transformar ese poder de distintas formas: el informante 4, exige respeto de los hijos de edad adulta puesto que ya no son sus subordinados:

Pues en lo que cabe tienen un respeto porque soy su padre [...] pero siempre creo yo que, hablando con los hijos, porque lo mejor es la comunicación es como mejor se pueden llevar las cosas ¿no? O busca alternativas para imponer el poder ante los nietos, los nuevos miembros de la familia «[...] yo soy muy exigente, yo soy muy enojón y así soy yo. Entonces me respetan en lo que cabe. También empiezan de flojos en la escuela y que los papás ya no los pueden dominar, porque hay padres que ya no pueden dominar a sus hijos, entonces conmigo no es eso porque yo soy una persona fuerte, ruda a pesar de que ya estoy viejo. (Informante 4)

Para los informantes 1 y 2, al ver disminuido su poder buscan la convivencia familiar con la descendencia de los hijos:

Les digo a mis nietos: vengan voy a desayunar para que desayunemos juntos o a comer o a cenar, la cosa es que no comamos como perritos. Antes comía con mis hijos, siempre tenemos un horario de comida y ahora trato de hacerlo con mis nietos; le digo a los muchachos: vamos a hacer esto. (Informante 2)

Es evidente que estos adultos mayores se aferran al dominio sobre la familia, puesto que el poder les ha dado identidad en su masculinidad durante toda su vida, por lo que buscan en los nietos reforzar ese dominio, liderazgo e identidad como varones.

Sin embargo, los informantes 3 y 5 viven de manera diferente la transformación del poder; el informante 5 se niega a ser subordinado de los hijos al depender económicamente de ellos:

[...] estar sujeto a los hijos, para mí, es estar sujeto, lo cual no se lo toman mal pero como que no, para mí no va eso [...] no me gusta estar esperanzado a lo que los hijos me den. (Informante 5)

El informante 3, se doblega ante las decisiones de los hijos; se les subordina: «[...] cuando voy con mi hijo me dice: "no debes tomar nada ni carne de marrano, ni pollo, ni alcohol, ni cerveza, pura agua", y pos digo: "ah, bueno"». (Informante 3)

En este caso, no significa que el tomar o comer ciertos alimentos hay sido siempre nocivo para su salud, sino que ahora este adulto mayor ha perdido el poder en la toma de decisiones ante su salud, y lo ha cedido a sus hijos.

ACTIVIDAD SUSTITUTA

Se trata de aquellas nuevas actividades del adulto mayor alrededor del hogar, que sustituyen a las laborales. Están vinculadas al rol de género a partir del uso de la fuerza, de las habilidades que se tienen como varón, y a la emoción que causa cambiar de

actividades respecto a las que se realizaban en el ámbito laboral. Estos adultos mayores aceptan tareas para seguir sintiéndose útiles en el ámbito familiar, y mencionan algunas:

Que mi casita ya se descarapeló pues la pinto, que ya no me gusta esa lámpara y ahí tengo otra, pues la pongo, que el socket ya no prende, pues lo cambio. (Informante 1)

No pues, no hago nada, le ayudo a poner los cubiertos a mi mujer en el restaurancito, a veces le tiendo la cama, o ando levantando la basura, que los platos o cualquier cosa. (Informante 2)

Ah pos me pongo a barrer, no me gusta ver basura dentro, ni afuera en la calle. (Informante 3)

Esta lavadora está nuevecita, tons [sic] me dijo un amigo: 'ya no me sirve cabrón, se le está saliendo el agua'; entonces yo sé que si yo la armo y le meto lo que le hace falta a lo mejor la puedo vender y me puedo gastar quinientos pesos y la puedo vender barata. Ése es mi «modus operandis» [sic] a hoy, hago cualquier cosa. (Informante 4)

Ir al súper o ir al mercado nada más. (Informante 5)

Las actividades descritas se muestran como un refugio ocupacional, aunque no sean satisfactorias, tal como lo expresan: «[...] no me queda de otra». (Informante 3) «[...] pues no es que me gustara, era la necesidad». (Informante 5)

En general, estos adultos mayores enfocan sus actividades a tareas hogareñas, como consecuencia de estar excluidos del espacio laboral. Para algunos, estas nuevas actividades pueden ser satisfactorias puesto que aún están relacionadas con su género, pero para otros no son nada satisfactorias ya que las actividades que realizan corresponden «tradicionalmente» al sexo opuesto.

REPRESENTACIÓN SOCIAL SOBRE SER JOVEN Y VIEJO

Ante la vejez, la juventud se ha sobrevalorado, puesto que implica la fuerza en su máxima expresión, atributo que los adultos mayores mencionan constantemente durante las entrevistas puesto que es valorado como parte de su identidad masculina. Por esta razón al hacer el cuestionamiento sobre qué significa ser joven, responden:

Es cuando el ser humano tiene la fuerza para enfrentarse a la vida, [el tono de voz cambia con sentimiento de tristeza y los ojos se llenan de lágrimas] fuerza mental, fuerza física y este... cuando debe de estudiar, cuando debe de trabajar mejor que nunca. Es eso cuando tienes la fuerza para estudiar, para trabajar y no nada más de un trabajo sino de dos o tres trabajos. (Informante 1)

No pos [sic] ya pasó. (Informante 3)

Cuando ya se te acabó la fuerza. (Informante 4)

Uno cuando deja de ser joven pues, en cuestión del trabajo, se ve, se nota porque uno ya no tiene el mismo desempeño que uno de joven a una persona mayor, ¿por qué mayor?, porque su agilidad ya no es la misma. (Informante 5)

Lo que se puede observar es que estos sujetos lamentan el ya no encontrarse en esa etapa de la vida, puesto que la juventud está acompañada de fuerza y agilidad, uno de los atributos más importantes en la construcción de su masculinidad, y que les permitió introducirse en el ámbito laboral y social. Esta pérdida provoca sentimientos de tristeza y resignación al saber que su «mejor etapa» ha pasado, además de que evidencia su deterioro biológico y los cambios en su entorno social, que implican haber dejado atrás los momentos de éxito y felicidad.

Además, los informantes 1 y 3, refieren su juventud como una etapa del pasado, y asumen su etapa actual de pérdida de fuerza, aunque refieren un momento transicional de la juventud a la madurez en la toma de decisiones:

Pos [*sic*] cuando cumplí los 20 años [...] porque ya cualquier asunto que yo arreglo ya estoy hablando como persona grande, con palabra de respeto, porque ya no estamos jugando porque ya somos gente grande; fue trato derecho, por decir. (Informante 3)

En cambio, el informante 2 se percibe de manera diferente:

Yo me siento joven y tengo 72 años, y no me siento como me veo en el espejo y en las fotos, pero yo digo, como dicen: el que es joven de corazón es joven toda su vida. Estoy viejo, pero me siento joven. Yo me siento joven a pesar de todos mis males que traigo. (Informante 2)

Lo cual permite decir que la percepción que tiene de sí mismo no concuerda con su apariencia y con la representación social sobre la etapa en la que se encuentra.

La representación social de la vejez como debilidad, deterioro físico y orgánico, así como la desvalorización de sí mismo como persona en proceso de envejecimiento es evidente en las respuestas de cuatro de los cinco informantes, por ejemplo:

Bueno adulta es que empiezan a mermar las facultades corporales, muchas veces ya empieza uno con dolores de las rodillas, que te duele la cadera por el desgaste de la vida. (Informante 1)

Ah porque uno y no tiene fuerzas para trabajar, cuando uno esta joven cualquier cosa es fácil [...] que ya no sirve. (Informante 3)

Es importante señalar que estos adultos mayores entrevistados se perciben viejos no por apariencia física, sino por la disminución de su fuerza y deterioro en su salud física. La representación social de la vejez y la percepción de sí mismos de estos adultos

mayores, según Le Breton (2002), indica la utilidad de su cuerpo y el lugar que ocupa dentro de su sociedad.

ESTADO EMOCIONAL

El atributo de la fuerza no sólo atañe a la actitud física, sino también a las emociones; cultural y socialmente se ha impedido a los varones mostrar sus sentimientos de dolor, miedo y tristeza puesto que son considerados sinónimos de debilidad, contrarios a la masculinidad. Sin embargo, pareciera que en la etapa de la vejez se les otorga o se auto otorgan libertad en la posibilidad de expresar sus sentimientos.

Este cambio en la posibilidad de expresar sentimientos anteriormente inhibidos se pone de manifiesto en todos los informantes, esto es:

Falleció mi madre; por la tensión nerviosa que esto conlleva [...] de ahí viene mi enfermedad de la diabetes, yo decía en ese momento: estoy bien, pero no es lo que tú digas sino lo que tu cuerpo siente o cómo te digo. [sí, usted quería ser fuerte ante los demás] [...] exacto [la voz se entrecorta por el dolor que le causa hablar de su mamá], pero la verdad es que no era así. (Informante 1)

Por ejemplo, cuando voy al médico no se si voy a regresar, cuando me voy al hospital y sé que voy a acabar ahí, lo único que pido es que no me duela nada, que sea en un suspiro y que no me duela tanto. (Informante 2)

Ah y también una hernia, pero no he ido a que me la quiten porque me da mucho miedo. (Informante 3)

Yo siempre he sido de un carácter que a lo mejor no demuestro mis debilidades y el día que las demuestro las demuestro con lágrimas, pero sí soy muy recio, trato de ser fuerte. (informante 4)

Trato de salir todo el tiempo solo, para no molestar a terceras personas [...] mientras yo pueda lo voy a evitar, ya cuando no pueda entonces Dios dirá. (Informante 5)

Las respuestas obtenidas en este aspecto ponen de manifiesto el estado emocional del adulto mayor. Es claramente observable el miedo a la muerte, a la debilidad que refleja su edad avanzada, así como a la pérdida de poder y autonomía tan imprescindible para ejercer socialmente la masculinidad.

ESTADO ANÍMICO ACTUAL

Como se dijo, el adulto mayor sufre varios cambios sociales y personales en esta etapa de su vida, por ejemplo, en el ámbito laboral con la pérdida de trabajo, o también, en el ámbito familiar con la reestructuración de su posición como líder y principal proveedor económico. Así, en esta etapa, los adultos mayores entrevistados reflejan

problemas en su salud emocional al enfrentarse a su nueva forma de vida, y así describen su estado anímico:

Si tú te jubilas y no haces nada te vas a aburrir y te vas a desesperar y hasta te vas a enfermar. (Informante 1)

Me empecé a desesperar porque yo quería trabajar, yo quiero hacer cosas; ahora quiero hacer cosas. (Informante 2)

Nada más cuando uno siente que está uno acostumbrado a trabajar. Estando uno en la casa anda uno como aburrido de no hacer nada. (Informante 3)

Te encuentras sin hacer nada y quieres seguir en la misma rutina [...] son cambios de ánimo porque ya no tienes el mismo movimiento. (Informante 4)

Parecía yo león enjaulado [...] me sentía encerrado. (Informante 5)

De las respuestas se observa que, en general el estado anímico de los informantes se caracteriza por sentimientos de angustia, desesperación, soledad y enojo. Si bien estos sentimientos negativos pueden deberse a diferentes causas, también son atribuibles al incumplimiento del rol que define su masculinidad socialmente.

Esto es, por ejemplo, la pérdida o exclusión del empleo por edad cronológica o por su condición física, así como no reconocer su experiencia, detonan un sentimiento de enojo:

Por la edad ya no te dan trabajo en ningún lado [...] sentía mal en el estado de ánimo, porque tú crees que ya no sirves para nada. O sea, yo tengo una cabeza y tengo una experiencia y puedo hacer muchas cosas, y las sigo haciendo ¿no? pero dicen que la gente ya no sirve, para esas gentes tú por la edad ya no sirves; pero están equivocados porque se puede sacar más de un señor que ya esté grande y que tenga experiencia, que de un chamaco que le tengas que enseñar para que aprenda y si eso puedes hacer pues te doy trabajo para que le enseñes a fulano de tal y no lo corro. [...] Ahora ya no te preguntan si te quieres jubilar, ellos te dicen: ahí está tu liquidación y te liquidan y adiós. (Informante 4)

Por otra parte, también aparece la soledad, que está presente prácticamente en todos los entrevistados y hacen énfasis en ello. El informante 2 es muy descriptivo en torno a este sentimiento: «[...] me empecé a desesperar porque yo quería trabajar, yo quiero hacer cosas; ahora quiero hacer cosas y ahora me desespero y lo dejo... si no salgo estoy solito aquí arriba». (informante 2)

Este mismo sentimiento, pero descrito de otra manera se puede observar aquí: «[...] nada más cuando uno siente que está uno acostumbrado a trabajar. Estando uno en la casa anda uno como aburrido de no hacer nada.» (Informante 3)

Es importante mencionar que el estado emocional que causa la pérdida de autonomía y los episodios de enfermedad que reflejan debilidad prevalecen en el estado anímico

actual de estos viejos, ya que el enojo, la soledad y la desesperación son consecuencia de la transformación en su masculinidad.

IDENTIDAD MASCULINA

En cuanto al significado de ser hombre, la masculinidad como lugar de prestigio se observan las siguientes respuestas:

El hombre lleva más responsabilidad en hogar, porque debe de cuidar del hogar también sobre todo por... pues como hombre. (Informante 1)

Poder tener hijos. (Informante 2)

O aseveraciones como:

Me siento contento y dichoso por haber nacido hombre [...] En una mujer no, porque [...] siempre está esclavizada al hogar. (Informante 5)

Durante toda la entrevista estos adultos mayores hablaron de manera implícita de los atributos que le dan identidad a su masculinidad, sin embargo, cuando se les pregunta de manera explícita sobre qué es ser hombre, fueron muy puntuales en sus respuestas al mencionar el rol que desempeñan en el hogar. Unos hablan de la responsabilidad que tienen sobre la familia, acción impuesta por la sociedad y otros sobre las libertades y poder que les brinda dicha construcción. Las diferentes opiniones son parte de su identidad masculina, esta dicotomía de poder es lo que Kaufman (1994) llama «las experiencias contradictorias del poder».

Para estos adultos mayores dichos atributos y conductas fueron relevantes para su identidad como varones, pero actualmente han dejado de realizar algunas funciones de prestigio, como consecuencia de los diferentes cambios sociales y familiares que han sufrido al iniciar la etapa de la vejez; perjudicando con ello el significado del ser hombre, poniendo de manifiesto la contradicción en su identidad masculina.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de haber analizado los testimonios de los sujetos, se concluye lo siguiente: la masculinidad que se cree inherente a los hombres tiene su raíz en constructos sociales y por ende varía según las características culturales que identifican a determinada sociedad, que contribuye a definir el rol que los varones juegan en diferentes ámbitos como el familiar y el laboral. La apropiación de la masculinidad se construye desde la infancia, pero se ejerce con mayor énfasis en la etapa productiva. Sin embargo, estos adultos mayores, no sólo la construyeron, sino además ejercieron ese rol de género a temprana edad. Las circunstancias económicas de su familia o el contraer matrimonio en la juventud, los obligaron a ser económicamente activos. Por lo que estos sujetos, fueron proveedores económicos la mayor parte de su vida.

Estos varones que fueron educados de manera rigurosa y tradicional, en la vejez empiezan a tener afectaciones en su salud emocional. Experimentan diferentes pérdidas que transforman su identidad y, por lo tanto, afectan su masculinidad, por ejemplo, la pérdida del trabajo, al ser excluidos por el hecho de haber cumplido la edad cronológica señalada por la ley; problemas para mantener el poder ante la familia puesto que dejan de ser el principal proveedor económico; la afectación en su salud orgánica por el deterioro natural del ciclo vital, así como la pérdida de la fuerza que los hacía auto reconocerse como hombres dominantes. Esto conlleva al deterioro en su identidad masculina y consecuentemente repercute en su estado emocional y calidad de vida.

Como un atributo del rol incorporado, estos sujetos estaban obligados a trabajar para poder mantener a la familia. El cumplir esta responsabilidad impuesta socialmente no necesariamente significa que haya sido gratificante. Sin embargo, estos adultos mayores encuentran gratificante liberarse de la manutención y responsabilidad de los hijos cuando estos ya son adultos, pues ven los resultados de haber cumplido el mandato social como principales proveedores económicos precisamente en la emancipación de los hijos.

Actualmente, para estos adultos mayores, la necesidad de estabilidad económica es cubierta con el apoyo de sus hijos de manera parcial o total. No obstante, tal apoyo económico no impide que tengan problemas de salud anímica, si bien aceptan haber dejado de ser el principal proveedor económico, lo que les afecta emocionalmente e incide en su masculinidad es la pérdida de poder ante la nueva estructura familiar, es decir, al dejar de ser el principal proveedor, automáticamente pierden el poder ostentado ante los miembros de la familia. Tal pérdida conlleva a que se pase de ser un varón dominante a uno subordinado, sin un lugar de prestigio dentro de la familia; de modo que tal libertad tiene un costo en su identidad y masculinidad.

A partir de los cambios en la estructura familiar, estos viejos han tenido que adaptarse a nuevas tareas que «tradicionalmente» no son propias de su género. Ahora son adultos mayores ayudantes de las actividades del hogar y fomentadores de la convivencia familiar. Estas nuevas tareas, impiden ejercer los atributos desde su constructo de masculinidad. Si bien, este deterioro en su salud emocional puede deberse a diversas causas, el cambio de rol tiene un peso importante.

Así mismo, la disminución de la fuerza física es un determinante en el deterioro de la masculinidad de estos adultos mayores, ya que es uno de los atributos que los posicionan como hombres dominantes, independientes para realizar actividades que requerían esfuerzo. Esta limitación de la fuerza pone en entredicho su dominio y virilidad generándoles frustración al depender de la familia para su movilidad, cuando antes fueron independientes.

Todo esto es muestra de que, en esta última etapa de estos hombres, no sólo ven afectada la salud orgánica, sino también, presentan un deterioro de su salud emocional a partir de la transformación de su identidad masculina causada por la exclusión del ámbito laboral, social y familiar, puesto que en el pasado ejercían su masculinidad en las actividades productivas, en el rol de hombre dominante, proveedor económico, individuo con fuerza y aspecto físico distinto al actual.

Sin embargo, es relevante mencionar que este último atributo causa grandes problemas en el estado anímico de estos adultos mayores, ya que refleja debilidad ante los

demás y por lo tanto surgen afectaciones en su identidad masculina. La sobrevaloración que le dan estos adultos mayores al cuerpo joven provoca sentimientos de vulnerabilidad y tristeza, puesto que reconocen el deterioro de su cuerpo, por ello en la actualidad añoran la juventud. Para estos adultos mayores al hablar del pasado los transporta a los momentos de éxito y virilidad que les otorgó tal atributo.

Este problema de salud ha sido poco identificado, no sólo institucionalmente sino también en el núcleo familiar. Como consecuencia de esta falta de atención, el adulto mayor queda desprotegido por las instituciones públicas que sólo ofrecen servicios orientados a la salud orgánica y el deterioro físico, en el mejor de los casos apoyos económicos y actividades ocupacionales; descuidando los problemas emocionales de los adultos mayores que son causados por tratar de mantener su identidad masculina. Así también, el núcleo familiar, que lejos de atender las causas del deterioro en su salud emocional, los delegan a tareas que en su juventud no respondían a su rol de género.

En suma, los entrevistados se encuentran en una pobreza social que les impide satisfacer sus necesidades de identidad masculina. Es decir, en la necesidad del *Ser* puesto que ha dejado de ser el principal proveedor económico del núcleo familiar, en el *Tener* ya que se han reducido las oportunidades laborales, en el *Hacer* teniendo en cuenta que hay una transformación y disminución en las responsabilidades atribuidas a lo masculino y, por último, en la necesidad del *Estar* pues se encuentran en un aislamiento social.

Desde la noción de los determinantes sociales y la promoción de la salud, podemos identificar como un problema de salud el deterioro de la masculinidad en la vejez en su entorno familiar, a partir de las exclusiones sociales de las que han sido objeto los informantes desde el inicio de esta etapa. Una vez identificado este problema, es necesario un nuevo acercamiento a esta población. que permita diseñar acciones para subsanar el estado emocional, provocado por la transformación de la identidad masculina.

La principal contribución de esta investigación, desde la mirada de la promoción de la salud, con respecto a la masculinidad en los adultos mayores en su relación familiar, es haber identificado un problema de salud en este ámbito. Es importante señalar que este problema de salud no ha sido atendido, puesto que la mirada hegemónica considera las necesidades del adulto mayor como ocupacionales, orgánicas y económicas, y las acciones emprendidas hasta ahora, dirigidas a este sector poblacional no conducen a que estos individuos se sientan satisfechos en esta etapa de su vida.

Para entender y trabajar este problema es importante que los promotores sean conscientes de los determinantes sociales que afectan la salud-enfermedad desde la masculinidad de esta generación de adultos mayores. Si bien, este problema de salud no está catalogado como tal, como se ha señalado, esta investigación ha permitido comprobar que esta población se ve afectada en esta etapa de su vida por la construcción rigurosa de la identidad de su género.

Por lo que se tienen que desarrollar programas encaminados a la concientización sobre el significado de la vejez y la identidad masculina de los adultos mayores varones, con el objetivo evitar la desvalorización de la vejez que impera en esta sociedad capitalista. Dicha transformación del significado se debe trabajar tanto en la sociedad en su conjunto como en el propio adulto mayor, y será útil para ello valorarlo y fomentar en la sociedad un rol constructivo que compense el deterioro de la masculinidad construida en la generación de estos adultos mayores, para disminuir el problema de

salud emocional ocasionado por los cambios en la identidad masculina, y que impera en esta etapa de la vida.

REFERENCIAS

- ÁLVAREZ, J. y Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós Educador.
- CHAPARRO, A. (18 abril 2016) La vejez vista desde la historia y las culturas, Ecuador: Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. <https://fiapam.org/la-vejez-vista-desde-la-historia-y-las-culturas/>
- CHIAROTTI, N. (1995). Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, México 1975. <http://base.d-p-h.info/es/fiches/premierdph/fiche-premierdph-2359.html>
- FOUCAULT, M. (1991). *El sujeto y el poder*. Barcelona: Carpediem.
- INEGI. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos. http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1
- JIMÉNEZ, M. (2007). Algunas ideas acerca de la construcción social de las masculinidades y las feminidades, el mundo público y el mundo privado. En Jiménez, M, y Tena, O. (Coor.) *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. (pp. 99-118) UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. *Masculyempleo.pdf* (clacso.edu.ar)
- KAUFMAN, M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres [versión revisada de Harry Brod y Michael Kaufman (1994). *Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power, Theorizing Masculinities*, pp. 142-165. Thousand Oaks, Sage Publications. La primera versión en castellano fue publicada en Luz G. Arango, Magdalena León, Mara Viveros (comp.), *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, Bogotá, Tercer Mundo, 1995, pp. 123-146. *los-hombres-el-feminismo-y-las-experiencias-contradictorias-del-poder-entre-los-hombres.pdf* (michaelkaufman.com)
- KRAVETZ, T. (2013). La vejez y los nuevos roles de los viejos en la sociedad capitalista moderna. *X Jornada de sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires: UBA.
- LAMAS, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus
- LE BRETON, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- MINUCHIN, S., (1974). *Familias y Terapia familiar*. (2003, octava reimpresión) Barcelona, España, (2004, 1ª. reimpresión) México: Gedisa. *Familia y Terapia Familiar Minuchin* | PDF | Psicoterapia | Asma (scribd.com)

III EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y PROYECTO DE VIDA

YOVANNA SEVERIANO ROSAS,
ADRIANA EVELYN BONILLA CANALES
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ INTRODUCCIÓN

La adolescencia y el embarazo, así como su relación con el contexto social, se abordan como objeto de estudio en este capítulo, vinculado a la noción de proyecto de vida en mujeres que se embarazaron entre los 15 y 19 años de edad, en la Ciudad de México. La finalidad de este trabajo es indagar si dichas mujeres continuaron o retomaron un proyecto de vida después de haber sido madres adolescentes, así como reconocer los significados y prácticas para construir, reconstruir o retomar sus aspiraciones a partir de un evento considerado disruptivo como es el embarazo en la adolescencia.

El propósito de la indagación es propiciar una mirada directa hacia las mujeres que han experimentado el embarazo en la adolescencia y hacia el impacto que éste puede tener en el proyecto de vida, a través de las categorías conceptuales de autonomía y empoderamiento. Consideramos los factores biopsicosociales y las determinantes sociales como razones en la interrupción de los proyectos de vida en mujeres que se embarazan durante la adolescencia.

Este trabajo de investigación se sustenta en un marco teórico a través del cual se analiza cómo una madre adolescente retoma, reconstruye o construye su proyecto de vida.

Para poder realizar una indagación a profundidad sobre esta problemática se requiere un enfoque cualitativo. El propósito es aprehender las experiencias destacadas de la vida de estas personas y las definiciones que aplican a tales experiencias, al expresar de viva voz la visión de su vida, revelar su interior, sus luchas morales, sus éxitos y fracasos, en el esfuerzo por realizar su destino en un mundo que con demasiada frecuencia no coincide con ellas en sus esperanzas e ideales (Taylor y Bogdan, 1987). El fin es conocer la subjetividad de las mujeres que experimentaron un embarazo en la adolescencia, de tal forma que podamos entender cómo los procesos de su tiempo (económicos, políticos, culturales, ideológicos) tienen relación con su salud y con la experiencia que viven.

CONTEXTO

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, además de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil (Secretaría de Salud, 2002). De acuerdo con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica la adolescencia entre los 10 y 19 años, cuando en el interior de este parámetro se encuentra un embarazo y parto, se habla precisamente de embarazo en la adolescencia; y es considerado precoz.

En este estudio delimitamos la adolescencia entre los 15 y 19 años, y un embarazo en este margen de edad se considera un problema de salud pública, ya que es la segunda causa de mortalidad en mujeres a nivel mundial (OMS, 2014).

El embarazo adolescente es un fenómeno con alta incidencia y múltiples consecuencias, como la deserción escolar, pues pocas adolescentes que atraviesan por esta situación retoman sus estudios inconclusos. Además del ámbito educativo, existen otros aspectos sociales, culturales, psicológicos, económicos-laborales y de salud que se ven afectados en esta problemática, pues el hecho de asumir una responsabilidad cuando aún no es tiempo, como lo es enfrentarse a la maternidad, puede ocasionar un desequilibrio físico, emocional y social.

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública en el que intervienen factores biológicos, culturales y sociales. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, lo que tienen en común es la edad; viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. El problema es complejo, sin embargo, las políticas y programas implementados al respecto no incorporan las nociones de determinación social y de los determinantes sociales de la salud, aunque se trata de un fenómeno que tiene una construcción histórica, y que precisa ser trabajado desde diferentes dimensiones y perspectivas para darle una atención integral.

El embarazo en la adolescencia, desde la mirada biomédica implica un riesgo por las complicaciones fisiopatológicas que conlleva, tales como la toxemia, hipertensión, anemia, parto prematuro y/o placenta previa, diabetes gestacional, parto distócico, hemorragias, retraso del crecimiento intrauterino, infección del tracto urinario, preeclampsia, y complicaciones del parto (León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008). El riesgo de muerte en madres de 15 años o más jóvenes es 60 % mayor que en madres de 20 años (Gamboa y Valdés, 2013).

En México, se estima que uno de cada seis embarazos se da en jóvenes de 15 a 19 años (16.1%); el Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla fueron las entidades con más adolescentes en condiciones de maternidad (Secretaría de Educación Pública, 2012).

Otras problemáticas a las que se enfrentan las jóvenes es que disminuyen las posibilidades de adquirir capitales y desarrollo de habilidades y capacidades que les permitan identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades básicas para alcanzar el pleno desarrollo humano y el bienestar, es decir, serán jóvenes madres que no alcanzarán su autonomía de agencia. Además, como madres prematuras, de pronto se ven ante perspectivas como ser amas de casa, madres solteras o formar una familia, o dar seguimiento a sus estudios y vida académica que haga factible una mejor sustentabilidad económica, emocional y social, tomando decisiones que conlleven a mejorar su vida.

EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

A nivel internacional, de acuerdo con las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2013, se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por cada 1000. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) corresponden a 16 millones de jóvenes adolescentes de 15 a 19 años; cada año aproximadamente 1 millón de adolescentes dan a luz, esto acontece por lo regular en países que subsisten con medianos y bajos ingresos. Cada año, aproximadamente 3 millones de jóvenes se someten

a abortos inseguros, a complicaciones durante el embarazo y el parto, principales causas de muerte en todo el mundo, lo que significa que en este grupo hay desigualdades en salud, es decir, formas diferentes de enfermar y morir determinados por las desigualdades sociales. Los bebés de madres adolescentes de 15 a 19 años tienen un mayor riesgo de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida, además registran una mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer, con el riesgo de tener efectos a largo plazo. A diferencia de aquellas madres de los 20 a los 29 años que tienen un menor riesgo, solo por identificar problemáticas desde una perspectiva biomédica, sin considerar los problemas que podrán presentar después para su completo desarrollo y un adecuado bienestar físico, psíquico y social (OMS, 2014).

En América Latina y el Caribe (ALC), se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio del 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos son de madres adolescentes. En la mayoría de los países de la región, el acceso a los servicios de salud para los adolescentes y jóvenes sigue siendo difícil y su cobertura insuficiente (UNICEF/OPS, 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona problemas biológicos sobre la morbilidad materno-fetal, el recién nacido llega a presentar bajo peso, y enfermedades genéticas, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso. También se reportan complicaciones como nutrición infantil deficiente y son más vulnerables a padecer enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico (OPS, 2008; Guerrero, Cabrera, Rodríguez, y Castellanos, 2012; León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008; Ulanowicz, Parra, Wendler, y Monzón, 2006).

A nivel nacional, referente al inicio de vida sexual activa, del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y el 10.7% se encuentra en su etapa de gestación. De acuerdo con lo anterior, la tasa de fecundidad en 2011 fue de 37 nacimientos por cada 1000 mujeres (ENSANUT, 2012). Se destaca que en el año más inmediato (2013) ocurrieron 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años (INEGI y CONAPO, 2014).

Estudios realizados en México, abordan la problemática del embarazo en la adolescencia a partir de estadísticas generadas por la OMS y la ENSANUT, las cuales hacen énfasis en el incremento de las tasas de embarazo del 2005 al 2011, así como también se ocupan de la mortalidad materna e infantil y la necesidad de implementar una política pública en el trabajo interinstitucional (Gamboa y Valdés, 2013; Menkes y Suárez, 2003).

Las encuestas (ENSANUT) mencionan que la mayor parte de las adolescentes mexicanas en su primera relación sexual no utilizaron ningún método anticonceptivo, lo que lógicamente es determinante en el incremento de embarazos no deseados. Desde una mirada tradicional, se plantea, que dicho incremento está en la falta de oportunidades y está limitada la capacidad de controlar sus impulsos, dando como consecuencia la toma de decisiones inadecuadas e inoportunas; en contrapartida hay otras perspectivas que plantean la determinación cultural en las prácticas sociales en las cuales se condiciona la libertad para elegir cómo y cuándo iniciar la vida sexual activa realizada a través de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas), de los padres, y los modelos culturales predominantes; el acoso sexual, las reglas y normas que rigen las

relaciones erótico/afectivas entre varones y mujeres o la violación sexual (Beltrán, 2006; Mirabal, Modesta y Pérez, 2002; Menkes y Suárez, 2003)

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos son no deseados. Por un lado, más de la mitad de este tipo de embarazos se producen en mujeres que no usan ningún tipo de anticonceptivos y, por otro lado, la mayor parte del resto de embarazos se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos (Guerrero, Cabrera, Rodríguez y Castellanos, 2012).

Los datos anteriores se refieren de manera general a las tasas de fecundidad y mortalidad en México, sin embargo, este problema de salud pública muestra desigualdades sociales y en particular de género, pues el comportamiento no es el mismo en todas las entidades federativas.

Es importante destacar, la determinación económica, por ejemplo, con las variables que se utilizan para estudio como el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, establecen relaciones, ya que el comienzo de ésta a menor edad se presenta en niveles socioeconómicos más bajos y, a mayor edad en los niveles más altos, lo que implica a los determinantes sociales estructurales.

Siguiendo la lógica de la mirada hegemónica, en el embarazo adolescente los principales factores de riesgo son tres: 1. menarquia precoz, 2. bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y 3. escasa habilidad de planificación familiar (Guerrero, Cabrera, Rodríguez y Castellanos, 2012; León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008), En cuanto a factores de riesgo familiares se establecen: disfunción familiar; antecedente de madre o hermana embarazada en la adolescencia; pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. No obstante, si se quiere explicar y comprender el problema desde una mirada de mayor complejidad es necesario incorporar otras perspectivas más críticas.

Los modelos sociomédicos tradicionales integran elementos sociales, como lo concierne a los factores de riesgo de tipo social: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, habitar en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del «amor romántico» en las relaciones sentimentales de los adolescentes. Así como, falta de comunicación o violencia intrafamiliar (Robayo, 2014), sin embargo, siguen sin incorporar las desigualdades sociales como una determinante de esta problemática.

Por ejemplo, socialmente, el embarazo adolescente puede ser aprobado, ya que en algunas sociedades existen comportamientos, roles de género identificados culturalmente dentro de un matrimonio y no implica un estigma social, pero este hecho determina factores y altas tasas de embarazo en la adolescencia. Generalmente estos embarazos se dan en países subdesarrollados y en particular en ciertas culturas (Guerrero, Cabrera, Rodríguez, y Castellanos, 2012; León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008).

Cabe mencionar que estos problemas derivan de las condiciones sociales en las que viven estas jóvenes adolescentes (Ulanowicz, Parra, Wendler y Monzón, 2006), pues como se observó en los estudios, los factores sociales son las principales determinantes sociales de un embarazo en la adolescencia (Cueva, Olvera y Chumacera, 2005; Martín y Reyes, 2003).

En la conducta sexual (Martín y Reyes, 2003) las estrategias de enfoque integral desde la Promoción de la Salud proponen que se formulen acciones en las que participen

las organizaciones sociales, el sistema de salud, el de educación, la familia e individuos, para tener como resultado el favorecimiento del comportamiento sexual y, por ende, contribuir a disminuir la incidencia de embarazos y abortos en la adolescencia (Martín y Reyes, 2003). A pesar de todos los estudios, como se ha delineado anteriormente, se sigue estudiando la problemática desde una mirada limitada y convencional.

PROYECTO DE VIDA COMO CATEGORÍA CONCEPTUAL

El proyecto de vida es una herramienta que facilita identificar y alcanzar las aspiraciones. En este sentido, la capacidad saludable refiere a la intersección entre la autonomía y el poder que los individuos o grupos tienen para la libertad en la toma de decisiones. Las aspiraciones de un sujeto o de un grupo, representa lo que se desea ser o hacer, de modo que se identifican y alcanzan los proyectos deseados en un determinado momento.

Un proyecto de vida o las aspiraciones en la adolescencia puede visualizarse y planearse para tomar decisiones a corto, mediano y largo plazo, dichas decisiones suelen ser más complejas e importantes cuando el/la adolescente ejerce la independencia y autonomía, las mismas que pueden o no repercutir en un futuro (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2013).

La toma de decisiones es fundamental en la Promoción de la Salud (PS) y, en la adolescencia se enfrenta una transición de salud física, mental y social, que implica que las adolescentes tomen decisiones y se responsabilicen de ellas, pues eso garantiza su seguridad en los niveles de salud. Al mismo tiempo desarrollan las capacidades y la adquisición de capitales que les dan autonomía y empoderamiento para elegir las relaciones personales y sociales, los valores y las aspiraciones que impulsarán el desarrollo de su capacidad saludable con base en ideales, identidad y principios ya adquiridos durante su vida.

En este punto incide el estudio; la propuesta es que, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, se pueda trabajar con estos conceptos (habilidades y capacidades humanas, capitales, empoderamiento y emancipación) para construir autonomía y aumentar los niveles de salud.

Para poder construir un proyecto de vida, o ser capaces de identificar y alcanzar las aspiraciones deseadas, se requiere atender también aspectos sociales, como la adquisición de capitales o de políticas sociales que les permitan la libertad de elegir y actuar por sí mismas, así como las relaciones interpersonales que influyen en la vida cotidiana de un adolescente, y en su toma de decisiones.

Se puede considerar que las madres prematuras tienen ante sí diferentes obstáculos, ya que no han desarrollado suficientemente sus capacidades y adquiridos capitales que les permitan la libertad para elegir y actuar. El embarazo y el parto se convierten en momentos disruptivos que las pone en contextos de vulnerabilidad y es necesario reconsiderar sus aspiraciones, ya sea como amas de casa, madres solteras, o formando una familia, incluso dar seguimiento a sus estudios, forjar una vida académica de modo que les sea factible una mejor condición económica, emocional y social, es decir la adquisición de capitales.

Las acciones bajo la perspectiva de la PS empoderante y emancipatoria implican que a través de las políticas sociales y públicas se pongan a disposición de los individuos y

grupos los elementos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas para alcanzar el florecimiento humano. Ello implica que todos los que forman la sociedad, tengan responsabilidades y esfuerzos compartidos entre individuos, familias, amigos, organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educativo con la finalidad de promover transformaciones sociales a nivel individual, grupal y social que permitan alcanzar las aspiraciones.

En cuanto a la autonomía de los individuos y grupos, en este caso, de las adolescentes, debe facilitarse el ejercicio de sus derechos; protegerles contra la violencia, contra el casamiento prematuro, y darles oportunidades de volver a estudiar después de tener un hijo (UNFPA, 2013), también está el tipo de familia en la cual el adolescente ha sido socializado o con la que habita, pues tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas (Pantelides, 2004).

Las familias y la adquisición de capital social ofrecen un espacio de protección; los adolescentes provenientes de contextos que promuevan su autonomía tendrían un riesgo menor de adoptar prácticas deteriorantes, es decir, para la toma de decisiones. De acuerdo con algunos estudios, las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre, registran la mayor frecuencia de prácticas de riesgo, su falta de autocuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores (UNFPA, 2013; Secretaría de Educación Pública, 2012; Cubas y Esquivel, 2014). Sin embargo, hay factores directos e indirectos que propician el embarazo adolescente y que influyen independientemente del núcleo familiar, ya que son determinantes los medios de comunicación, los estereotipos y modas, entre otros (Soto, Contreras y Becerra, 2015).

Para conseguir una mirada integral del problema, la línea de pensamiento de la PS desde perspectiva emancipadora da claves para ello. La PS consiste en «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente».¹ Así pues, la salud se percibe no como el objetivo, sino como una metacapacidad. Se trata, por tanto, de una noción que se enfoca en los recursos sociales y personales, así como en las aptitudes físicas. Asimismo, los capitales y capacidades humanas ayudan a afrontar los obstáculos que limitan la salud y causan problemas sobre ella (García, 2012).

La acción de empoderar se define como la devolución del poder a los actores sociales; incluye el desarrollo de habilidades y capacidades humanas; y de instituciones gubernamentales, así como políticas incluyentes (Chapela, 2007).

Un aporte importante de la definición proporcionada por la Carta de Ottawa, para avanzar en el entendimiento de la PS, es el reconocimiento de la capacidad de los sujetos para identificar y lograr sus proyectos individuales y colectivos, lo que conduce a considerar la salud como «la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables» (Chapela, 2007).

¹ Así define la OMS (1986) la Promoción de la Salud.

Las prácticas de PS desde un abordaje emancipador utilizan herramientas que permiten el desarrollo de valores, conocimientos y habilidades individuales y colectivas para lograr la participación social y autonomía de agencia. Requieren también del desarrollo de habilidades y conocimientos para buscar información que favorezca el entendimiento, ante problemas individuales y colectivos para tomar decisiones viables (Chapela, 2007).

El sujeto que busca la PS emancipatoria es al que se le denomina *sujeto saludable*: es aquel capaz de gestionar y usar sus conocimientos, habilidades, y capacidades para mejorar la salud en su cuerpo-territorio y en su entorno simbólico y concreto, es decir, un sujeto capaz de desarrollar significados, conocimientos, valores y prácticas saludables. Durante este proceso, los sujetos saludables están deconstruyendo, reconstruyendo y construyendo conocimiento a partir del saber popular y la experiencia, emplean su sentido común, y realizan prácticas sociales saludables que les permiten alcanzar sus proyectos de vida. Todo este proceso forma parte de la condición vital humana (Chapela, 2007).

Para construir un proyecto de vida, la autonomía juega un papel significativo ya que tiene que ver con el crecimiento y desarrollo a nivel individual de una persona, es un proceso continuo y cambiante que está relacionado con los juicios que va construyendo sobre sí misma. Dos de las razones más importantes por las cuales la mayoría de las personas encuentran una limitación para descubrir y desarrollar sus aspiraciones son la descapitalización y los condicionamientos que no permiten la libertad para elegir y actuar (De Oto, 2015).

Es en este punto en el que la autonomía de agencia es viable porque permite que un individuo alcance «la comprensión que una persona tiene sobre sí misma y en la interacción con otras, que forman parte de su entorno y comunidad debiendo aprender pautas de comportamiento y habilidades personales, instrumentales, cognitivas, lingüísticas, conducta social» (Luque, 2009, p. 206).

El proyecto de vida es consecuencia inmediata del poder, entendido como la libertad para elegir y actuar, así como de la autonomía de agencia; tanto el poder como la autonomía basada en habilidades sociales y cognitivas y la adquisición de capitales: social, material, simbólico y cultural tienen influencia en el desarrollo del empoderamiento y la emancipación (De Oto, 2015).

El plantearse un proyecto de vida conlleva una íntima relación entre un individuo y su medio exterior e interior. Por una parte, hablar del medio exterior es referir al contexto social; el espacio donde se desenvuelve el sujeto, las instituciones donde se desarrolla, la familia y amigos. Por otra parte, el medio interior se trata de conocerse uno mismo, de entenderse, valorarse y plantearse metas y objetivos, porque todos estos factores determinan si puede imaginar, construir y realizar aspiraciones.

La PS puede ser una herramienta para abordar e impulsar un proyecto de vida, en particular para mujeres que tuvieron un evento disruptivo y que deseen replantearse. Con este fin se busca una perspectiva integral para abordar problemas de salud que implique un ángulo distinto al tradicional. Para ello es indispensable abarcar una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud, la calidad de vida de manera individual y colectiva mediante el desarrollo de la capacidad saludable y la solución de los problemas de salud; no centrarse, únicamente, en el tratamiento y la curación y/o rehabilitación. Lo anterior implica una mirada de bienestar y salud de manera integral, enfocada en la determinación social de la salud: lo

económico, político-ideológico, cultural y social, englobando las condiciones materiales (alimentación, vestido, trabajo, educación, vivienda) que influyen en la capacidad de identificar y alcanzar las aspiraciones (Carta de Ottawa, 1986).

El control de la salud reside en los individuos o grupos sociales, y la responsabilidad de facilitar ese control está a cargo del Estado (Martínez, 2008). Es importante señalar que, para realizar un proyecto de vida, un individuo o grupo necesita conocer su propia información lograr entendimiento y comprensión sobre quién es, cuál es su problema, su contexto, sus recursos para poder aspirar a visualizarse en un futuro y alcanzar sus aspiraciones (Martínez, 2008).

Al exponerse y develarse la condición de los sujetos en relación con ellos mismos, con sus grupos de pertenencia y con el resto de las organizaciones e instituciones sociales, al reconocer cómo las dimensiones de poder y la significación se inscriben en el cuerpo propio y en el del otro, al revelarse la autonomía de la vida propia, de la palabra, el conocimiento y el valor del significado, aparecerán posibilidades de reintegración de los sujetos, en sus dimensiones propias y colectivas, y con ello surgen posibilidades de modificación de las inscripciones en sus cuerpos y en sus entornos materiales. En eso consiste promover la salud (Martínez, 2008).

Es necesario, además, definir los capitales que son importantes para el desarrollo de un proyecto de vida: el capital material, entendido como los recursos materiales (satisfactores de las necesidades básicas); el capital cultural, entendido como el conjunto de saberes que una persona posee derivados de sus experiencias escolares, de vida cotidiana, del trabajo, entre otros. El capital social, el conjunto de relaciones sociales que posee una persona, que en un momento dado puede ser intercambiado por otro capital o por un servicio; el capital simbólico, entendido como el reconocimiento o la influencia que tiene una persona en un determinado grupo, como por ejemplo un líder social muy popular y/o reconocido (García, 2012).

Las capacidades humanas se siguen desarrollando en la adolescencia, así como la adquisición de capitales, también los individuos deben ser capaces de transformar o adaptarse a su entorno para favorecer, identificar y lograr las aspiraciones, para la construcción de un proyecto de vida a futuro. Tales capacidades son: el razonamiento (*sapiens*), el imaginar (*ludens*), el motivarse o apasionarse (erótica), el trabajar (*faber*), tomar decisiones (política) y económica (García, 2012).

■ METODOLOGÍA

Para poder realizar una indagación sobre esta problemática se requiere de una entrevista a profundidad que revise la historia de vida con un análisis cualitativo.

Esta técnica aborda lo vivido y las explicaciones que la persona aplica a las experiencias, pues las declara, corre el velo de su interior, sus decisiones en el esfuerzo por realizar su destino (Taylor y Bogdan, 1987). El fin es conocer la subjetividad de las mujeres que experimentaron un embarazo en la adolescencia, de tal forma que podamos entender cómo los procesos de su tiempo (económicos, políticos, culturales/ideológicos) tienen relación con su salud y con la experiencia que viven.

A través de las entrevistas se busca reconocer su historia de vida recabando información importante que propicia el análisis de la pregunta de investigación y el objetivo al que se desea responder. Este proceso parte de la subjetividad, que revela en emociones y sentimientos, en formas de pensar y en el discurso de los informantes. El medio donde se encuentran los significados y percepciones en un momento sociohistórico dado, ya que es ahí donde se construyen y reproducen este tipo de discursos (Camarena, Morales, y Necochea, 1994).

Al rescatar los testimonios orales, sobre experiencias y vivencias (Camarena, Morales, y Necochea, 1994) se busca conocer en qué contexto se desarrolló el proceso de un embarazo en la adolescencia y cómo influyó éste para retomar o plantearse proyectos. Consideramos que los testimonios son la mejor herramienta para recabar la información.

El informante habla sobre su vida, cómo era el contexto y cómo desde su punto de vista experimentó el suceso. Hace énfasis en su experiencia y en su historia de vida personal (Camarena, Morales, y Necochea, 1994), el entrevistador debe cuidar el ambiente de manera que el entrevistado pueda sentirse con la libertad y confianza de poder ser escuchado y decida qué contar de su vida, sin limitar el tiempo de escucha, hasta que él mismo decida cuándo terminar.

Es así como se eligió una metodología cualitativa para indagar en la historia de mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia y cómo fue el proceso de construir un proyecto de vida.

Para orientar la conversación se construyó una guía temática sobre los aspectos que interesa abordar en este trabajo. Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas en tres sesiones de una hora. En la primera sesión se pidió el consentimiento informado y se estableció el *rapport*.

Cabe señalar, que los resultados que presentamos constituyen solo una muestra, de ninguna manera son generalizados. También es necesario mencionar que las entrevistadas son mujeres adultas (pues fue difícil conseguir el consentimiento informado de los tutores de adolescentes), que ya han transitado por un proceso que las ha llevado a conseguir metas y planearse un futuro viable. No obstante, el posible sesgo que da esta situación, creemos que se entrega información que puede ser de utilidad para desarrollar programas para adolescentes que estén cursando por embarazos.

Una vez acordadas las citas con las participantes, planteamos la posibilidad de usar una grabadora de voz bajo el consentimiento de la informante; los *stickers* sirvieron para su identificación. En ese momento se nos pidió el anonimato; la libreta quedó a cargo del observador para hacer pequeñas anotaciones u observaciones que surgieran durante la entrevista.

El trabajo de sistematización consistió en clasificar las transcripciones en categorías conceptuales cultura y género (rosa); contexto social (azul); y proyecto de vida (amarillo).

En la primera etapa del análisis, se sintetizaron los resultados para sistematizar la información, y así poder relacionar las experiencias de las informantes con lo documentado en la delimitación del problema. Para la entrega de resultados se dividió el trabajo en tres apartados cuyas principales características se retomaron del marco teórico.

■ RESULTADOS

PROYECTO DE VIDA DE LAS ADOLESCENTES

El proyecto de vida es una planificación personal de lo que se anhela tener, se realiza al formular objetivos o metas a corto, mediano o largo plazo, teniendo como resultado una satisfacción. Se realiza en diferentes etapas de la vida: la adolescencia, la juventud, adultez o vejez. Deberán tomarse en cuenta los comportamientos, razonamientos y emociones donde intervienen las relaciones sociales y su contexto.

Luego de retomar este concepto se realizó el análisis de los testimonios de las informantes sobre el tema.

Las adolescentes empiezan a proyectar su futuro con base en objetivos que se proponen alcanzar, se observó una visión a futuro basada en la proyección de deseos que generaban una satisfacción, que las conducían al establecimiento de metas y a la reflexión para poder conseguir las.

Quería estudiar publicidad, siempre he querido estudiar publicidad, entonces yo decía yo voy a estudiar la preparatoria voy a terminar con las mejores calificaciones y me voy a ir a un intercambio, yo siempre [...] quise irme a Canadá[...]quería irme a vivir a Canadá, quería irme de intercambio y allá estudiar la carrera, trabajar hice un plan b, yo quería estudiar aquí, trabajar y a los veinte, veintitrés años me quería ir a vivir sola[...] (Informante 1)

En el ámbito académico, la informante 2 menciona asistir a la primaria y posteriormente a la secundaria, no señala tener aspiraciones, metas u objetivos en particular, es decir, no tenía planteado un proyecto de vida en su etapa adolescente. Para los y las adolescentes es importante la opinión de los padres ya que se involucran en sus emociones, razonamientos y comportamientos para la elección de una carrera, profesión u ocupación. Asimismo, esto permite que se responsabilicen de sus decisiones y del futuro que tienen planeado: «[...]entonces mis padres estaban súper felices, súper orgullosos, porque decían: aspiras a más, no, no te quieres quedar aquí» (Informante 1).

Algunas veces las condiciones materiales de vida, costumbres o roles que son condicionados por su núcleo familiar y los problemas en el mismo, provocan que los adolescentes no tengan forma de proyectar un futuro viable, y sus objetivos son a corto plazo:

Todavía hasta el primer año de preparatoria esa era como que mi fijación, hasta que empezaron los problemas en mi casa...yo empecé a detenerme por mi mamá, empecé a estancarme en mi vida por ayudar a mi mamá. [...] cuando cumplí con x como siete meses, entonces yo en ese momento, ya había platicado de que quería tener un bebé y él me dijo que también, que lo quería tener conmigo y yo viceversa, entonces yo salgo embarazada, cuando yo tenía diez y siete años. (Informante 1)

Los y las adolescentes planean cómo ir estructurando sus aspiraciones, hacia dónde quieren ir, de qué manera pueden conseguir paso a paso su proyecto de vida. Toman en

cuenta que podría haber limitantes, pero siempre piensan en una segunda opción sin perder el eje que habían trazado en su vida. Sin embargo, algunos(as) adolescentes no se plantean un proyecto de vida, ya que sus condiciones materiales de vida, así como sus condiciones sociales, no son propicias para plantearse uno, además de los problemas sociales en el hogar o diferentes razones en particular. Cabe mencionar que la etapa adolescente es un momento clave para adquirir o construir nuevos conocimientos y habilidades, tomar decisiones con mayor responsabilidad.

Para construir un proyecto de vida, la autonomía juega un papel significativo ya que tiene que ver con el crecimiento, la independencia y el desarrollo a nivel individual de una persona y cómo ésta se va construyendo a sí misma y lo que la rodea. Además, están los juicios ajenos o inculcados en el hogar, si en este momento no se construye o se ayuda a construir una autonomía en los adolescentes es difícil que se sientan empoderados y con una actitud positiva. Tampoco pondrán en práctica sus habilidades sociales y cognitivas propias del crecimiento, ni serán capaces de desarrollar sus capacidades humanas para ser independientes y, finalmente asumir responsabilidades propias.

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Para sistematizar la información de las informantes sobre cómo sucedió su embarazo, se realizó una primera lectura de su narrativa donde se fueron reuniendo frases importantes que nos permitieran identificar el contexto en el que se encontraban y de qué manera éste influyó en su decisión de ser madres, y el proceso de su vida durante esta etapa. Se mencionó, de igual manera, cómo los problemas sociales dentro del núcleo familiar llegan a influir de forma directa en su estado emocional y cómo éste se ve afectado en la toma de decisiones, lo que propicia el embarazo como un punto de inflexión en su proyecto de vida.

Las condiciones sociales son un factor determinante para incentivar un embarazo en la adolescencia, además de los conflictos o problemas intrafamiliares; la falta de comunicación con los padres, la disfunción familiar, o la pérdida de la figura materna o paterna, hecho que afecta el desarrollo de las habilidades sociales y cognitivas de los(as) adolescentes, y los(as) orilla a salir del conflicto de otras maneras y a tomar decisiones que influyen en su proyecto de vida.

Toda mi vida viví con mi abuelo, hasta que, pues él falleció, a los siete años [...] Fuimos una familia muy completa, muy unida, muy alegre, el problema fue cuando mi papá empezó a trabajar en lo que ahorita actualmente está trabajando, fue como cuando se empezó como que a separar la unión que teníamos como familia, entonces pues ahí dejamos de ir a los parques, dejamos de jugar, de pasar tiempo con él, de ver televisión, empezaron los problemas entre pareja entre ellos, mi madre cometió el gran error de empezarme a comentar a mí sus problemas cuando entré a la secundaria [...] empecé a tener conflictos con mi papá, porque él siempre fue un hombre, muy [...] posesivo, no dejaba que yo saliera [...] Mi papá [...] le tuvo una traición hacia mi mamá, que es la que comúnmente todos conocen no, que es el engaño, empiezo a rechazar a mi papá, empiezo decirle que pues que él ya no es mi papá. (Informante 1)

Tengo siete hermanos: son cinco hombres, y dos mujeres, tuve un papá y actualmente tengo a mi mamá. (Informante 2)

Para los y las adolescentes es importante tener independencia, hacer las cosas a su manera, piensan que lo hacen correctamente, pero están subordinados a sus padres, quienes son los encargados de darles órdenes y establecerles obligaciones:

Entonces pues yo era muy chica la verdad como que me cargaba mucho la mano de decir sabes que es tu obligación dejarles de comer a tus hermanos, lavarles la ropita [...] este, como que me dejaba a mí, ahora entiendo y comprendo que no era mi rol hacerla de mamá. (Informante 2)

Al sentirse atrapados (as) en los problemas familiares, algunos adolescentes comienzan a buscar refugio en otras personas, conocidos, amigos, novios, etcétera:

Yo tenía una muy amiga [...] empecé a juntarme con ella [...] entonces yo creo que nos llevábamos muy bien porque también tuvo problemas con su papá por lo mismo, de que su papá engañó a su mamá [...]. (Informante 1)

Los y las adolescentes viven el cortejo, noviazgo y enamoramiento; sus sentimientos y emociones son determinantes; se sienten identificados y aceptados por otras personas ajenas a su núcleo familiar. Asimismo, empiezan a adquirir mayor responsabilidad ante sus acciones, así como habilidades sociales y cognitivas fundamentales.

Dentro de este contexto ambas informantes nos mencionaron cómo entablaron una relación durante su etapa de noviazgo adolescente:

Conozco a x que es mi marido ahorita, lo invito a una fiesta, va conmigo a esa fiesta, no entra a la escuela, pues porque yo ya no entraba, él ya no entró, se fue conmigo [...] y ahí empezamos como que, a jugar, me pidió que fuera su novia, yo le dije que sí, o sea realmente todo empezó como un juego, porque ni nos conocíamos, si sabíamos nuestro nombre era mucho. (Informante 1)

Pues yo lo conocí cuando empecé a ir a la secundaria, pero yo cuando lo vi, me impresionó, la verdad sí me impresionó porque él jugaba futbol americano e iba vestido con su ropa de futbol americano y como es muy alto. (Informante 2)

Durante un noviazgo en la adolescencia se da el embarazo; surgen molestias y desacuerdos por parte de la familia, ante el hecho y el reto de que las jóvenes se conviertan en madres y comiencen a adquirir responsabilidades que les tocaría asumir en la edad adulta: «a mis catorce años yo ya estaba embarazada [...] y estaba yo viviendo también con mi esposo». (Informante 2)

A consecuencia de un embarazo los adolescentes se ven obligados a asumir su responsabilidad, sin tomar en cuenta que por ser menores de edad sus padres tienen gran influencia en sus decisiones, o incluso llegan a decidir por ellos:

En ese momento voy con mis padres, dieron el grito en el cielo, lo corrieron a él, se quedaron platicando conmigo y resulta que a mí me dicen: «¿sabes qué? tienes que abortar. Si no abortas [...] pero x se va a la cárcel, o abortas» [...] entonces prácticamente me obligaron, es la peor experiencia del mundo porque tú entras al [...] quirófano y te hacen sentir [...] como un animal, porque te amarran las piernas, te amarran los brazos, te los extienden, te ponen una tabla bajo la espalda y este [...] te los amarran para que no te muevas. (Informante 1)

En algunos casos los y las adolescentes presentan rebeldía y, por lo tanto, los padres asumen la responsabilidad de sus actos. Esto provoca conflictos en las emociones, en los pensamientos de ambos, así como en el comportamiento de los propios adolescentes, lo cual los lleva a soluciones esporádicas para tratar de «afrontar el conflicto»:

[...] crece más mi resentimiento hacia mi papá, empiezan mis conflictos psicológicos, aprendí a vivir con eso, yo seguí adelante con mi relación con x, cumulo los diez y ocho años, me salgo de mi casa y agarro mis cosas, me voy con x y llegamos a la casa de sus papás. Yo estuve viviendo con ellos dos semanas y a la tercera semana, yo me voy a vivir con mi abuela, pero resulta que las cosas no van muy bien, empezó como que, a tener resentimiento hacia mí, cuando yo dejé de quedarme con ella por estar con él. (Informante 1)

Salgo embarazada nuevamente, mi marido pues se enteró que estaba embarazada, que estaba más feliz del mundo, empieza a trabajar, empieza a buscar trabajo por aquí por su casa, cuando salgo embarazada le digo a mi mamá, a los tres meses. (Informante 1)

Me fui porque ya estaba yo embarazada tenía un mes de embarazo y pues cuando yo me voy, así como era mi papá (*sic*) de muy machista pues [...] se tuvo que molestar e inclusive intentó demandar a mi esposo, pero [...] él se estaba haciendo responsable de mí. (Informante 2)

El embarazo en la adolescencia puede implicar problemas biológicos para la madre joven, ya que su cuerpo no está aún maduro para asumir el embarazo, entre las complicaciones destacan la preeclampsia, la eclampsia, la depresión postparto entre otros que pueden derivar incluso en la mortalidad materna y neonatal.

Me puse muy mal, tanto que llegué al hospital por la presión, es muy peligroso cuando estás embarazada, entonces me dijeron que, si no me tranquilizaba, tenía peligro de abortar, entonces pues me tranquilicé lo más que pude, porque dije, no ya viví una vez eso, y dices no puedes volver a pasar lo mismo [...] piensas más en el bebé que en ti obviamente. (Informante 1)

Me dicen sabes que tu hijo no está en posición, tu hijo está hasta arriba y no va a querer salir y tú [...] este, no tienes nada de dilatación, tú ya te estás pasando de los

nueve meses y entonces la doctora dice y tu hijo no tiene mucha respiración yo me pongo como loca. (Informante 1)

Empiezan los problemitas, tu bebé tiene un problema en los pulmones y si no le das medicamento correctamente, le puede dar [...] este, cómo se llama [...] bronquios, este [...] asma, este [...] ¿bronco qué?, bueno como si fuera el asma, pero son espasmos nada más, entonces se le iban a empezar a cerrar las vías respiratorias. (Informante 1)

Cuando se da el proceso del embarazo, los padres del adolescente generalmente asumen la responsabilidad de la pareja adolescente, de forma económica, afectiva, brindando apoyo y la estabilidad de un hogar para la llegada del bebé:

Cuando aceptan todo, yo les digo a mis papás que me voy a vivir con x, me salgo de su casa a los cinco meses de embarazo, me vengo a vivir con mi marido, a mi marido al mes de que estoy con él lo despiden del trabajo. (Informante 1)

Nace mi bebé, tuve unos suegros muy buenos conmigo; mi suegra fue como una amiga y una madre también para mí, me llevó a un centro de salud para no tener luego otro bebé. Este [...] después ella vio la posibilidad de que yo terminara la secundaria, posteriormente hice una carrera de secretariado, de un año, ya a los diecisiete años, sin embargo, no trabajé. (Informante 2)

Como se ha visto en la experiencia de las informantes existen diversos factores para que se propicie un embarazo en la adolescencia, como son los problemas familiares, la violencia, la asignación de roles, el noviazgo en una etapa prematura, la falta de comunicación y, durante el embarazo, los problemas relacionados con la inmadurez del cuerpo. Esto conduce a reconstruir la familia ya que en este caso los suegros son los que asumen el rol de padres de ambos jóvenes adolescentes.

■ PROYECTO DE VIDA DESPUÉS DEL EMBARAZO

Un proyecto de vida implica diferentes condiciones y sucesos en la vida de una persona; las aspiraciones pueden estar dirigidas a lo académico, emocional, espiritual, entre otros, o enfocarse según la necesidad que tenga la persona de plantearse un objetivo o meta a corto, mediano o largo plazo, en función del cual desarrollará capacidades o actitudes, con el fin de mejorar.

Durante el desarrollo de un proyecto de vida habrá numerosas condicionantes según cada persona, y los diversos contextos sociales. Después de un embarazo en la adolescencia se encuentran dificultades, ya sean, familiares, problemas de independencia económica, violencia de género, física, entre otras determinantes causales que obstaculizan el retomar el proyecto de vida; las jóvenes madres se ven detenidas en un rol, donde ellas asumen toda la responsabilidad y cuidado del bebé, o incluso su obligación es ser amas de casa y esposas:

Entonces, ya durante el embarazo, hasta la fecha yo no trabajo porque quiero dedicarle todo el tiempo a mi hijo. Realmente mi marido era un hombre muy mujeriego muy, muy mujeriego o sea le gustaba andar con una y con otra, pero hubo un momento en la relación en la que yo me sentí ¡tan insegura con él! [...] ¡no era así!, o sea, con él era de: «y si me está engañando y si esto y si el otro, y si esto» entonces empecé yo con inseguridades y empecé yo a ser muy celosa». (Informante 1)

Me dediqué al bebé, creció mi hijo, y tuve otra niña, y entonces él me pega una infección vaginal y su mamá pues me lleva al médico. Yo, a lo mejor me comportaba como una niña y él, pues ya era un hombre entonces esa experiencia pues sí pesa, porque no pasó ni un mes cuando él me engañó con otra persona, y en una ocasión él me lo dijo: «es que la otra [...] este, pues sí es una verdadera mujer y tú no». Yo le tenía mucho miedo porque pues, cualquier cosa y agarraba y me pegaba, o agarraba y me corría [...] me llegó a sacar de la casa con él bebe, me decía: «pues si te quieres ir vete» y ya, me cerraba la puerta y yo me quedaba afuera y yo decía: «¿qué hago? [...] cuando se le pase el coraje me tiene que abrir y yo me tengo que meter con el bebé». Pues así era, pasaban las horas [...] ya cuando quería pues ya me dejaba entrar. (Informante 2)

A veces influye también el cómo te eduquen en tu casa porque yo veía el maltrato con mi mamá que mi papá, que en paz descansa, llegaba y golpeaba, y mi mamá se aguantaba, y luego pues mi mamá decía: «pus es que una mujer se debe de aguantar porque es tu esposo [...]». Yo creo que todo eso influye, ¿no? a que cuando te casas y dices: «bueno es que es mi esposo y tengo que aguantar esto porque pues, es mi esposo». (Informante 2)

Uno de mis hermanos fue el que nos empezó a ayudar a construir la casa. Como les repito, mis hermanos son albañiles. Entonces, él me dijo: «oyes y entonces esa casa se la vas a dejar a él, o a quién, tienes a tu hijo», y yo: «pues sí, pero es que yo ya no quiero estar con él». Mi mamá dijo: «pues es que como sea él tiene un salario [...] algo no te falta», pues sí obvio no me faltaba económicamente pues yo estaba bien. (Informante 2)

Como se mencionó anteriormente, las condiciones materiales de vida, la falta de un sustento económico propio conlleva a las adolescentes a mantenerse en un estado de estancamiento, de baja autonomía, pues no se ven más que sujetas a las condiciones, reglas y normas que les establecen los adultos con los que viven:

Hubo un tiempo en el que él dejó de trabajar como dos meses, o algo así y pues mis suegros nos daban de comer, y pues mis suegros nos llevaban y mis suegros nos traían, o sea, nosotros vivíamos aparte, pero teníamos que bajar a comer con ellos, y me tenía que esperar yo hasta que ellos quisieran comer o hasta que ellos quisieran desayunar, hasta que ellos quisieran cenar, para nosotros también hacerlo. Mis suegros le compraban la leche, su madrina le compraba cosas, su bisabuelo le llevaba leche, le llevaba ropa, o sea, yo no soportaba esa situación. (Informante 1)

Llegan mis suegros, yo lo dejo hoy, ellos llegan a otro día, hablan con mi hermano, con mi mamá y pues le dicen que tengo que regresar por el niño que no puedo dejar así la casa que yo estoy casada con él y que él ya había dicho que si no regresaba con él, bueno, que me iba a acusar de abandono de hogar pues como él tenía más estudios que yo, él ya sabía más de todo, entonces todo eso[...]me hicieron como que intimidar ¿no?, en cierta manera, de decirme: «está bien, si todo mundo me dice que tengo que regresar, pues tengo que regresar», y pues ya, regresé, por mi hijo. Me siento estancada, me siento [...] hay veces que sí me pongo a llorar; ¿dónde quedaron mis planes?, ¿dónde quedó mi vida?, ¿dónde quedaron mis ganas de ser la persona que quería ser? (informante 1)

A partir de los sucesos ocurridos en la vida, surgen los planteamientos de comenzar nuevamente a proyectarse una vida a futuro, realizar actividades que durante el embarazo en la adolescencia no se pudieron hacer, alcanzar sueños, terminar proyectos e iniciar nuevos.

[...] y fue cuando yo le dije que yo quería estudiar porque pues si él pensaba tener otra vida o hacer otra vida con otra mujer pues que me diera la oportunidad de realizar mis sueños, que a lo mejor quedaron truncados al casarme con él, al ser mamá. Empecé a estudiar, vi que a pesar de los años que había dejado de estudiar, pues tenía la facilidad de que se me quedaran las cosas, fui aprobando las materias y dije pues de aquí no paro sigo adelante. (Informante 2)

Ahorita ya hice un examen para la preparatoria, reprobé una materia, voy a tener que volverla a repetir, pero yo repitiendo esa materia y pasándola, voy a empezar a hacer mi proceso para ver si me quedo en UNAM o UAM, quiero seguir estudiando y, digo, más allá de ya pensar como la adolescente o la chava que era, ya piensas más en tu hijo, ya es el que yo quiero terminar una carrera para que él se sienta orgulloso. Yo quiero terminar una carrera para que mi hijo tenga su casa, para que mi hijo tenga su cuarto, para que nadie le llegue y le diga a mi hijo: «sabes qué, ésta no es tu casa vete», yo quiero darle sus cosas a mi hijo. Entonces ya no piensas en ti, tú pasas a segundo plano completamente, trabajar para darle su casa, para darle su ropa, para darle su carro, para darle su dinero, para darle todo, entonces tú dejas de existir. (Informante 1)

Aun al plantearse un proyecto de vida y tenerlo claro, hay ciertos factores que llegan a limitarlo, sin embargo, el esfuerzo, las capacidades, actitudes y aptitudes demuestran que un individuo al empoderarse es capaz de cambiar y volverse autónomo e independiente, de obtener una capacidad propia para lograr sus metas si se lo propone y lo desea:

Yo creo que yo nada más seguía el transcurso de la vida; que tenía que amanecer y tenía que anochecer y de la comida a tu cama y así. No, pero yo creo que ahora hay muchas cosas que me hacen sentir como mujer, siento que tengo muchas cosas más por hacer, me valoro más y siento que todas las cosas que me rodean tienen un valor, no que antes, pues no lo alcanzaba yo a comprender. Ahora soy otra, creo, desde hace unos años para acá, soy otra. Creo que me siento con muchas energías para hacer cosas mejores. (Informante 2)

Aprendes a luchar por lo que tú quieres y a valorar a la persona, a las personas que quieres. Yo siento que eso es lo que más aprendes respecto a lo que vives, cuando te juzgan, a cuando te aplauden, a cuando te pisotean, a cuando te ayudan a levantarte, aprendes a valorar a las personas que de verdad quieren apoyarte, ayudarte y no son hipócritas y aprendes a hacer a un lado a las personas que solamente estorban en tu camino, entonces se podría decir que es lo que más te deja el pasar todo lo que pase. (Informante 1)

■ CONCLUSIONES

Como se señaló antes, y de acuerdo con lo estudiado por diversos autores, un embarazo en la adolescencia puede implicar problemas de enfermedad tanto para la madre como para el hijo, lo que ubica a las adolescentes en contextos de mayor vulnerabilidad; además de estar determinados por condiciones como: bajos recursos económicos, disfunción familiar, violencia familiar, hacinamiento, violencia y roles de género, falta de autonomía, contexto social, romanticismo durante la etapa adolescente, falta de comunicación, e incluso el hecho de vivir en una zona rural. A ello se añaden problemas psicológicos, que se derivan o se agudizan a partir de que surgen conflictos por condicionamientos y opiniones sobre la concepción, confrontación de convicciones de tipo moral, o ideas acerca de la vida y las relaciones humanas. Ante la problemática que representa el hecho se ponen a prueba las capacidades de formar en valores, los comportamientos, las actitudes sexuales, y la construcción de una adecuada autoestima, responsabilidad e independencia (León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008).

En ocasiones, los y las adolescentes buscan el embarazo como opción para salir de determinadas problemáticas, sin pensar que les exigirá asumir otras responsabilidades. Por eso, es importante el desarrollo de las habilidades sociales y cognitivas en la adolescencia para que se cumplan cabalmente los derechos sexuales de los y las adolescentes, y para que éstos desarrollen autonomía de agencia, ya que hoy en día se carece de programas en materia de desarrollo social que se enfoquen en esta perspectiva.

A pesar del conocimiento de esta problemática en materia de salud pública, la prevención se basa en la toma de anticonceptivos, pero no se cuenta con programas enfocados hacia el desarrollo de autonomía de agencia para que los y las adolescentes construyan proyectos de vida viables.

En México, existen pocos programas sociales que brinden apoyo a jóvenes que se embarazaron durante la adolescencia, consideramos que son de suma importancia al momento de enfrentarse a la realidad. Además, están los factores económicos y sociales que determinan a todas aquellas mujeres que pretenden retomar un plan de vida en el ámbito académico. Si bien un proyecto de vida implica múltiples aspectos, los intereses y las dimensiones de este trabajo se delimitaron y enfocaron sólo a este punto. Los programas sociales deberían intensificarse ante esta problemática, para que las adolescentes puedan seguir con sus estudios o capacitarse y desarrollar las habilidades cognitivas y sociales necesarias para el desarrollo de su autonomía. Es necesario pensar en la existencia de un apoyo directo para cuando una persona decida retomar o plantearse una meta u objetivo en su vida. Asimismo, falta que los programas ofrezcan estrategias que

permitan a las adolescentes desarrollar y diseñar proyectos de vida que no sean condicionados o limitados por las cuestiones ideológicas y culturales.

De acuerdo con lo anterior, desde la PS es necesario fomentar la autonomía de agencia, el empoderamiento, el desarrollo de las capacidades humanas y las habilidades cognitivas y sociales de los sujetos en general y en particular de los y las adolescentes, en especial de las mujeres que estén en esta situación.

Sin lugar a duda, se está ante una problemática compleja que implica enfocarse desde la educación secundaria, trabajar en conjunto con promotores de salud, maestros y padres de familia para que la comunicación con los y las jóvenes adolescentes sea eficiente y efectiva, y así puedan recibir asesoraría. También se deben desarrollar programas enfocados en las mujeres que fueron madres durante la adolescencia, porque ellas tienen proyectos que retomar.

Desde ese punto, observamos la posibilidad de trabajar para crear un programa social donde se impartan talleres en las instituciones educativas y tengan un programa permanente de reflexión/acción, donde las adolescentes vean, analicen e indaguen que hay otras construcciones sociales además de la maternidad. Desde la PS emancipadora, el enfoque es desarrollar las capacidades, la autonomía y el empoderamiento de estas mujeres para fomentar su independencia, el aprendizaje, el diálogo, el compartir experiencias; de manera que el concepto de salud sea visto desde dicha perspectiva. Se trata de alcanzar un adecuado estado de salud física y mental, para transmitir un aprendizaje significativo a sus hijos, familiares, conocidos y personas de su círculo social, y así crear ciudadanos que participen activamente, que sean independientes y responsables, que logren sus objetivos y metas propuestas. Se trata de generar sujetos que busquen y planifiquen el bienestar colectivo.

La PS es la acción coordinada por todos los gobiernos, sectores sanitarios, sociales, económicos, locales, industriales y medios de comunicación; así como por los individuos, familias y comunidades. Las estrategias y programas de PS deben adaptarse a necesidades locales de cada país, tomando en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

REFERENCIAS

- BELTRÁN M. (2006). *Embarazo en Adolescentes* (pp.1-7). <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
- CAMARENA, O. Morales, L. y Necochea, G. (1994). *Reconstruyendo Nuestro Pasado: Técnicas de historia oral*. México: CONACULTA.
- CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (1986). Salud para Todos en el año 2000. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- CHAPELA M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf
- CUBAS, H., y Esquivel, H. (2014). Factores socioculturales y prácticas de autocuidado en gestantes adolescentes. Hospital de Especialidades Básicas, La Noria, Trujillo, 2013. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería. Escuela Académico Profesional de Enfermería. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13827/1582.pdf?sequenc=>
- CUEVA A. Olvera G. y Chumacera L. (2005). Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. En *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) 267- 271. <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745542012.pdf>
- DE OTO, G. (2015). Encuentra tu pasión. En *Siete pasos para emprender tu proyecto de vida*, Granica. https://books.google.com.mx/books?id=GKeZCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_atb&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT) (2012). Síntesis Ejecutiva.1-36. http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), Plan Nacional en Materia de Derechos Sexuales y Reproductivos y Defensoría del pueblo (2013). *Adolescencia, tú decides tú futuro; Proyecto de vida durante la adolescencia* (1-16). http://onu.org.ve/wp-content/uploads/2014/05/C7_06092013.pdf
- GAMBOA, M. y Valdés, R. (2013). *El embarazo en adolescentes*. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
- GARCÍA, D. (2012). *Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud*. [Comunidad virtual de aprendizaje para promotores de salud con perspectiva crítica]. <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- GUERRERO, M. Cabrera, M. Rodríguez, M. y Castellanos, M. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. En *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 333-342. http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm
- INEGI y CONAPO (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1-3. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- LEÓN, P., Minassian, M., Borgoño, R. y Bustamante F. (2008). Embarazo Adolescente. En *Revista Pediatría Electrónica*. 42-51. http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_embarazo%20adolescente.pdf
- LUQUE P. (2009). Las necesidades educativas especiales como necesidades básicas. Una reflexión sobre la inclusión educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (206). México. <http://www.redalyc.org/pdf/270/27015078009.pdf>

- MARTÍN A. y Reyes D. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 183-187. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014
- MARTÍNEZ, C. (2008). Una definición de salud para promover la salud. En *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social* (pp. 13-29).
- MENKES C.; y Suárez L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Revista Papeles de Población*, .1-32. <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203511.pdf>
- MIRABAL M. Modesta M. y Pérez D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 175-183. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300008
- OMS (2014). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>
- OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas, 1-8. <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarzoadolescente.pdf>
- PANTELIDES E. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Revista Notas de población*. 1-31. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12759/np78007033_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ROBAYO, W. (2014). Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período marzo-junio del 2013. Tesis para obtener el grado de Médico. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8381/1/Robayo%20Villafuerte,%20Washington%20Marcelo.pdf>
- SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP) (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven*. http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
- SECRETARIA DE SALUD (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
- SOTO M., Contreras. M. y Becerra, R. (2015). *Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada* .1-25. <http://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
- TAYLOR, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados* (pp.194-216). http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Lic_virt/Mercadotecnia/IMMC208/Unidad%204/44_lec_La%20entrevista%20a%20profundidad.pdf
- ULANOWICZ, M. Parra, K. Wendler, G. y Monzón, D. (2006). Riesgos en el Embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 13-17. http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm
- UNFPA (2013). *Maternidad en la Niñez; Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes* , 1-132..
- UNICEF/Organización Panamericana de la Salud/. (2018). Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe. https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reduccion_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf

IV. PRÁCTICAS Y SIGNIFICADOS DEL TRABAJO SEXUAL

ALEJANDRA ISABEL PLASCENCIA ÁLVAREZ

CAÍN SALAS TORRES

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ INTRODUCCIÓN

La desigualdad social, y no sólo la económica, aunque se haya delineado más esta última vertiente en estudios científicos, influye en que algunas mujeres encuentren espacio para obtener ingresos en el *trabajo sexual voluntario*, término que busca diferenciarlo de la *trata* y otras situaciones que implican que las mujeres estén en contra de su voluntad en este circuito. En México, como en muchos lugares, el trabajo sexual es una actividad mal vista, tiene significados negativos sobre quienes se dedican a esto, las coloca en espacios clandestinos, y las expone a sufrir violencia, rechazo y discriminación social (Granados, 2006).

Las condiciones sociales y económicas tienen relación con la salud y la enfermedad de los diferentes grupos sociales, la determinación cultural ejerce presión sobre los individuos, porque marca las conductas, creencias e ideologías sobre los sujetos, y establece un orden social y un sistema de ideas dominante que legitima el *statu quo*. En primer lugar, se observa que las prácticas de las trabajadoras sexuales no corresponden al rol de la mujer dentro de la sociedad, y en segundo, tales prácticas, probablemente están orientadas por la construcción simbólica de las instituciones médicas, legales, religiosas, la familia y los medios masivos de comunicación sobre la prostitución.

La cultura e ideología determinan las prácticas para resolver los problemas de salud, y para el logro o no de la autonomía; la clandestinidad coloca a las trabajadoras sexuales en contextos de vulnerabilidad, les limita el desarrollo de habilidades y capacidades humanas por el difícil acceso a bienes y servicios, y les disminuye la capacidad de participación social. Si bien, el debate sobre el tema no termina aquí, se deben transformar sus condiciones sociales para que tengan una mejor calidad de vida no sólo para ellas sino también para sus familias.

El estudio de los significados del trabajo sexual se enfoca en sus prácticas deteriorantes o de protección, y permite explicar al menos una parte del fenómeno; sus condiciones de salud, no sólo en cuanto a problemas de enfermedad, sino a la noción de *salud* como metacapacidad humana que permite el desarrollo y la autonomía.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Trabajo Sexual Comercial (TSC) como toda «Actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien» (Trejo y Álvarez, 2007, p. 2). Esta definición concibe al trabajo sexual como cualquier otro trabajo.

Para las Naciones Unidas el término *prostitución* designa «a los efectos jurídicos, a toda persona de uno y otro sexo que, percibiendo una remuneración cualquiera, en especie o en natura, se entrega de una manera habitual y en la forma que sea, durante toda o una parte de su tiempo, a contactos sexuales, normales o anormales, con diferentes personas, sean de su mismo sexo o de sexo opuesto» (Trejo y Álvarez, 2007, p. 2).

Los diferentes modelos o sistemas legales establecidos internacionalmente para el control del trabajo sexual han cristalizado en la creación de un discurso jurídico que, como resultado de los procesos culturales, ha conceptualizado al trabajo sexual como un atentado contra la moral establecida (Robles, 2000).

Existen cuatro sistemas legales para el control del trabajo sexual: prohibicionista, reglamentarista, legalista y abolicionista. La principal diferencia entre ellos es la forma en cómo plantean el trabajo sexual y el trato que dan a las personas dedicadas a esta actividad. En el sistema prohibicionista las(os) trabajadoras(es) son consideradas(os) delincuentes, por lo tanto, el trabajo sexual se prohíbe y castiga. Dentro del sistema reglamentarista, esta actividad es considerada un mal necesario tolerado y al mismo tiempo reglamentado. En el sistema abolicionista se lucha por su erradicación y se ve a las trabajadoras sexuales como víctimas y, por último, en el sistema legalista se lucha por establecer derechos y obligaciones sociales y laborales para las personas que la ejercen (Corbera, 2009).

En México, el trabajo sexual no se considera un delito y tampoco se aborda en ningún artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin embargo, algunos afirman que han predominado dos sistemas jurídicos en el comercio sexual: el abolicionista y el reglamentarista. A nivel federal, ha subsistido el sistema abolicionista, por ello no se incluye en las leyes la figura de la prostitución o Trabajo Sexual Comercial (TSC), ni para regularla, ni para sancionarla (Trejo y Álvarez, 2007, p. 20). Actualmente, en la Ciudad de México, se han propuesto varias iniciativas de ley cuyo objetivo principal es regular el trabajo sexual, y además recientemente se aceptó una ley para reconocer a las(os) trabajadoras(es) sexuales como trabajadoras(es) no asalariadas(os).

Las instituciones han creado una dualidad alrededor del trabajo sexual, pues, por un lado, lo permiten, pero por el otro, lo castigan. En ciertos ámbitos el trabajo sexual se concibe como una práctica inmoral, por ejemplo, la Iglesia lo considera un pecado, mientras que el Estado lo considera un mal necesario, que al no poderse erradicar se debe controlar a través de la institución médica.

En el ámbito legal, el trabajo sexual no cuenta con el reconocimiento jurídico como lo tienen otras profesiones y oficios, sin embargo, en distintos momentos históricos y espacios ha sido reglamentado mediante una serie de lineamientos en cuanto a horarios, vestimenta, zonas de trabajo, entre otros. Pese a ello, a las(os) trabajadoras sexuales «se les sitúa como un grupo que se mantiene al margen de la ley, dando pie a que no se les tome en cuenta y por tanto no puedan ejercer los derechos que tienen como cualquier ciudadano» (Rodríguez, Reyes, Hoyos y Gutiérrez, 2002, p. 57).

Dada la historia, se establece al trabajo sexual como un fenómeno difícil de erradicar porque existen factores económicos, políticos y culturales que impiden hacerlo y además porque permite la acumulación de capital de diversos grupos (Rodríguez, Gutiérrez y Vega, 2003).

La heteronormatividad, como elemento de poder cultural, incluye instituciones que mantienen el dominio a través de sus discursos (las Iglesias, el Estado, la familia y la institución médica) y otras formas de regulación social (Adrián, 2012) que en conjunto normalizan y controlan las conductas de los sujetos, estableciendo así «el deber ser y el no deber» femenino y masculino, pero al mismo tiempo establecen conductas y colocan a la mujer en una posición de desigualdad frente al hombre, «al darle a éste preeminencia en las relaciones sociales y consolidando su poder» (Adrián, 2012, p. 153).

Al normalizar la conducta humana, se obtiene como resultado de forma inconsciente la interiorización de las normas establecidas, y quienes no se ajustan a ellas son sancionados con el no reconocimiento a sus derechos humanos, al convertirlos en objetos de exclusión y segregación social, obstaculizando su acceso a la educación, la participación política y atención médica. Desde el campo de acción de cada institución (Iglesias, Estado, Médica), se establecen las conductas para cada género y se marca la supremacía del hombre frente a la mujer (Granados, 2006).

El discurso religioso dice que «la prostitución es una forma ilícita de relación sexual porque ocurre al margen de las normas establecidas, es decir fuera del matrimonio» (Rodríguez, Reyes, Hoyos, y Gutiérrez, 2002, p. 57). La dicotomía entre las mujeres puras e impuras establece a la pura como «la madre, cuerpo sin goce y sin sexo, [...] territorio de monogamia y fidelidad, exilio del deseo y del erotismo, lugar de obediencia y sumisión, síntesis de pureza [...] es aquella que reproduce vida» (Chacón, 1992, p. 25). Y la mujer impura es la prostituta a quien «la filosofía cristiana coloca en el lugar de la inmundicia, representada como veneno mortífero que mata desde el lugar del pecado a los hombres [...], es aquella mujer sucia que reproduce muerte» (Chacón, 1992, p. 26).

Con respecto a la institución médica, en su discurso hegemónico y biomédico promueve la sexualidad sana para la reproducción biológica, «reservándoles el placer de ser madres y de cuidar a sus hijos» (Rodríguez, 2004, p. 3). Entonces «el modelo médico hegemónico tiene supuestos éticos y políticos acerca de las funciones del cuerpo femenino vinculados a la idealización de la maternidad, además dichos ideales condicionan las conductas y las prácticas de los agentes de salud» (Rodríguez, 2004, p. 5).

Desde el modelo biomédico la prostitución es una actividad de riesgo para la sociedad, las prostitutas son consideradas como portadoras de enfermedades contagiosas de tipo sexual, especialmente de VIH/SIDA, razón por la cual, las mujeres dedicadas al trabajo sexual deben llevar un control sanitario riguroso, expresado en vigilancia por parte del personal de salud (Rodríguez, 2004).

Por lo tanto, desde los campos —en el sentido de Bourdieu (1994)— religioso, legal y médico, las trabajadoras sexuales son consideradas pecadoras, delincuentes y un foco de infección, en otras palabras, son portadoras de la alteridad. La *alteridad* se entiende, de forma general, como las experiencias de la extrañeza, «como un problema que rompe con el orden, planteándose como nudo problemático a todo lo que no cumple con su respectiva función para el mantenimiento del equilibrio» (Granados, 2006, p. 302).

Una de las matrices culturales dominantes es la ideología impuesta por instituciones heteronormativas y se revela en el *doxa*¹ social que la familia adopta y reproduce, de

¹ En la teoría de Bourdieu (1994), el *doxa* es el conjunto de opiniones e ideas que ya no son

esa forma el trabajo sexual se construye en un imaginario social representado por ideas que no necesariamente son verdaderas, pero son aceptadas e interiorizadas por todos los miembros de la sociedad (Bourdieu, citado en Vizcarra, 2002).

Dentro del imaginario social se encuentran las representaciones y los significados, es así como a las trabajadoras sexuales se les atribuyen calificativos despectivos y categorías particulares diferenciándolas de otras mujeres y haciéndolas acreedoras al desprecio y rechazo social (Garaizabal, 2008).

Este imaginario pone a las trabajadoras sexuales en una posición de alteridad y de marginación, las coloca en situaciones de vulnerabilidad en comparación con el resto de las mujeres, pues al existir ideas negativas sobre su actividad y su persona se convierten en un grupo social «generador» de conflictos sociales (Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2007).

Las trabajadoras sexuales mediante el *habitus* interiorizan la discriminación y el rechazo, y al mismo tiempo que los corporeizan expresan su malestar a través prácticas que en ocasiones las pueden exponer a riesgos para la salud. La subjetividad de este grupo de mujeres está sujeta al rechazo, construyendo estructuras de pensamiento en las que imperan sentimientos de autorrechazo, autodevaluación y sufrimiento psíquico (Chihu, s/f., p. 186).

Al percibirse aisladas y excluidas socialmente, las mujeres se ubican en situaciones de riesgo por el consumo y abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, experimentan pérdida o deterioro de la autoestima, inseguridad, ansiedad, estrés, agresividad, aislamiento, envejecimiento prematuro e intentos de suicidio, lo que repercutirá en su vida familiar y social (Ávila, 2011).

En el trabajo sexual hay otras prácticas que ponen en riesgo a las trabajadoras sexuales. Las investigaciones en el tema de adicciones vinculado al trabajo sexual se enfocan en el consumo de alcohol y sustancias adictivas (Rodríguez, Vega y Gutiérrez, 2004; 2003). Se observó que mientras más violento es el medio donde se realiza el trabajo sexual, es más probable que se dé el consumo de drogas y que las trabajadoras sexuales de los clubes o bares suelen consumir más alcohol (Rodríguez, Vega y Gutiérrez, 2004).

Acerca de las ideas de las trabajadoras sexuales y sus prácticas sexuales, en la implementación del uso del condón o no, se lleva a cabo el «cuidado selectivo», es decir, las trabajadoras sexuales deciden si sus clientes están «limpios» o son «peligrosos» para el uso del preservativo. Un cliente peligroso es aquel que practica la bisexualidad o viaja mucho fuera del país, con este tipo de clientes ellas utilizan condón, sin embargo, si los clientes rechazan el sexo anal por considerarlo sucio o perverso las mujeres no utilizan condón, pues para ellas estos clientes son «limpios» o «menos peligrosos» (Lamas, 1993).

Otra forma de ejercer su trabajo es «fatalista» porque las mujeres basan sus prácticas sexuales en argumentos religiosos, omitiendo totalmente el uso del condón y no por falta de información, sino porque adoptan una actitud responsabilizando a Dios por su salud, bajo esta idea evitan la responsabilidad de autocuidado en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual (Lamas, 1993).

Pero también hay mujeres que desarrollaron otro tipo de ideas debido a la convivencia con personas que fallecieron por causa del VIH, provocando que algunas de ellas

cuestionados y que parecen inherentes a las prácticas sociales.

decidieran utilizar condón, aunque afirman que, para que un cliente acepte utilizar un preservativo deben convencerlo y para lograrlo implementan el erotismo y el sentido del humor (Lamas, 1993).

Otro hallazgo de las investigaciones sobre el tema refiere que no todas las trabajadoras sexuales usan condón con todos los clientes, porque afirman que utilizarlo en más de tres ocasiones les provoca irritación vaginal, escoriaciones y llagas, que uno de cada 12 clientes que se acerca a negociar se niega a usar condón y son pocos los que solicitan el uso de éste (Lamas, 1993).

Existen diferencias en las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales con sus clientes y con sus parejas. Con los clientes no aceptan la penetración anal por considerarla antinatural, no permiten los besos en la boca y ponen una barrera emocional entre ambos para no sentir placer. En cambio, con sus parejas todas las prácticas sexuales son aceptadas, no usan condón porque simboliza una barrera entre ellas y sus parejas, y el no usarlo representa la forma de diferenciar su sexualidad privada de la profesional. Pero en general, las trabajadoras sexuales tienen conocimientos sobre el uso del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual como el VIH (Allen, Cruz, Rivera, Castro, Arana, y Hernández, 2003).

El tema de la violencia y el trabajo sexual se enfoca en el rechazo social, la estigmatización y la exposición a vivir episodios de violencia de tipo físico, emocional o sexual, siendo las personas involucradas sus compañeras de trabajo, clientes, propietarios de bares y policías. Las mujeres refieren que después de un episodio de violencia sienten coraje, odio, miedo, impotencia, frustración, desesperación, tristeza, depresión, estrés, fobias o ataques de pánico (Hidalgo y Rodríguez, 2014).

Uno de los motivos por los cuales las trabajadoras sexuales son víctimas de prácticas sociales discriminatorias y de exclusión, es que el trabajo sexual es disruptor de la idea de lo femenino. A través del tiempo el ideal femenino se ha ido construyendo en la estructura de la cultura patriarcal, cuya matriz dominante se refleja en la heteronormatividad, que además de imponer las relaciones heterosexuales entre los sujetos y reconocerlas como la expresión sexual más válida entre los seres humanos, «perpetúa el rol de la mujer exclusiva o principalmente como madre y criadora» (Adrián, 2012, p. 153). Consideran a las trabajadoras sexuales como transgresoras del orden social, pero al mismo tiempo que son satanizadas y juzgadas, también son buscadas y deseadas por los hombres; se les rechaza y se ignoran sus necesidades y problemáticas, pues al final son aceptadas sólo para satisfacer las necesidades y fantasías sexuales masculinas (Hidalgo y Rodríguez, 2014).

Con respecto al tema de la salud de las trabajadoras sexuales y la existencia de políticas al respecto dirigidas a este grupo social se reportan tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) más altas entre las trabajadoras sexuales que en el resto de la población; algunas infecciones como la gonorrea y clamidia, al complicarse, pueden progresar a enfermedad pélvica, que provoca dolor pélvico crónico, embarazos ectópicos y esterilidad, también se incrementa el riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino porque frecuentemente están expuestas al virus del papiloma humano (Morales, 2003).

Los estudios refieren que la mayoría de las trabajadoras sexuales no tiene acceso a la atención de la salud u otros servicios sociales; las principales barreras son sociales como la estigmatización y el rechazo generado alrededor de su trabajo y la mayoría de los pro-

veedores de salud no están capacitados para atender, sin prejuicios, las particularidades de los problemas de salud de estas mujeres (Morales, 2003).

Sobre las políticas públicas orientadas al trabajo sexual, las investigaciones reportan que no existen específicamente orientadas al sexoservicio y en consecuencia prevalece la percepción de la trabajadora sexual como un sujeto sin derechos (Morales, 2003).

En conclusión, las investigaciones en torno a este fenómeno social se basan en temas diversos como el consumo de alcohol y drogas, las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales, sus condiciones de salud, la violencia física, psicológica y simbólica que se ejerce en contra de estas mujeres, y la situación legal del trabajo sexual alrededor del mundo. Estas investigaciones aportan la información precisa que abre el panorama real de las condiciones sociales, de vida, de salud, económicas, etc., en las que viven las trabajadoras sexuales.

Pero independientemente de la atención que brindan las instituciones de salud, es importante impulsar el conocimiento de las acciones de la Promoción de la Salud entre la población, dado que los alcances de la PS en cuanto a brindar los medios necesarios para que las personas puedan tener salud y aumenten sus posibilidades de lograr ese estado adecuado de bienestar físico, mental y social, que permite a los individuos o grupos ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Chapela, 2008, p. 2).

En este sentido, la Promoción de la Salud nos habla de sujetos que satisfagan sus necesidades al modificar las condiciones de su entorno y de ese modo tener capacidad saludable.

La propuesta, es que las trabajadoras sexuales sean sujetos autónomos capaces de identificar los elementos que tienen a su alcance, y que les puedan ser útiles para construir futuros viables y mejorar sus condiciones de vida y de salud, pues una vez logrado ese cambio se convertirán en aquel sujeto al que la Promoción de la Salud Emancipatoria denomina *sujeto saludable*.

■ METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Se trata de un estudio cualitativo de los significados y las prácticas de las trabajadoras sexuales y de cómo influyen en sus condiciones de salud, para conocerlos indagamos en la vida y las experiencias de una trabajadora sexual (Informante X) y, a través de ella, se logró conocer cómo las personas perciben e interpretan el trabajo sexual. Optamos por el instrumento de recolección de información *historia de vida*, modalidad de la metodología cualitativa que nos permite como investigadores indagar en el discurso de los sujetos participantes y así conocer la forma en que perciben el mundo que los rodea: en este caso específico, los significados y las prácticas de las informantes sobre su quehacer como trabajadoras sexuales.

Una vez establecido el *rapport*, es decir, la confianza entre la informante y nosotros como investigadores, se dio una comunicación fluida, se realizaron preguntas disparadoras para explorar los temas: condiciones de vida; experiencias; significados y prácticas en torno a su trabajo.

Se realizaron lecturas sistemáticas de la entrevista a la luz de las categorías conceptuales. El trabajo se dividió en cuatro apartados: 1. Construcción de significados, 2. Construcción de prácticas, 3. Prácticas sociales para la resolución de problemas de salud, y 4. Estrategias de apoyo para enfrentamiento de prácticas de violencia y discriminación. Cada uno de estos temas incluye subtemas para su mejor organización.

■ CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS

EN TORNO AL TRABAJO SEXUAL

A lo largo de nuestras vidas los significados no surgen espontáneamente, sino que se adquieren porque son el producto de la cultura que nos rodea, se inscriben de forma cognitiva y los interiorizamos: los construimos, razón por la que determinan la forma en que entendemos el mundo.

Los significados pueden ser transformados, pero el hecho de que los sujetos de una misma sociedad interioricen de manera similar uno o más significados se debe al imaginario social que, como construcción sociohistórica, abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos compartidos por un determinado grupo social, son afirmaciones que, aunque no sean verdaderas se convierten en una realidad que determina el modo de vida de las personas (Miranda, 2014).

La sociedad en general dice que el trabajo sexual es malo y que la gente que lo realiza es huevona porque le gusta el dinero fácil y que no busca otra manera de vivir (Informante x).

Las mujeres te ven como bicho raro y siempre dicen que eres mala, dicen: 'No pases por ahí porque están esas fulanas que son sucias' y cosas así (Informante x).

AUTODISCRIMINACIÓN Y EXCLUSIÓN

El imaginario social en torno al trabajo sexual y a las prácticas sociales las que están expuestas las mujeres que se dedican a esta actividad se caracteriza por la construcción de ideas negativas, incluso la propia informante construyó significados de autodiscriminación y de baja autoestima por dedicarse al trabajo sexual:

Me siento mal porque no lo logré, soy mala porque defraudé a mi mamá al dedicarme a esto, y entonces de repente caigo en depresiones y lloro, y digo «híjole, no hice lo correcto». (Informante x)

Junto con el imaginario social aparece la matriz heteronormativa reafirmada por instituciones como la familia, el Estado, las Iglesias y la institución médica, que en conjunto ejercen poder sobre los sujetos para normalizar y normatizar su conducta y mantenerlos bajo control. Además, la heteronormatividad a través de las instituciones refuerza los roles de género y establece «el deber ser femenino» y «el deber ser masculino». Los sujetos

que no se comportan como «debe ser» alteran el orden social y se hacen acreedores a ciertas formas de castigo social como la discriminación.

SIGNIFICADOS DEL TRABAJO SEXUAL Y EL ROL DE LA MUJER EN FAMILIA

La familia es la primera institución con la que tenemos contacto, a través de ella aprendemos las reglas del mundo que nos rodea, y es dentro del núcleo familiar donde construimos nuestros primeros significados, sin embargo, dicha construcción se ve influenciada por el imaginario social que las instituciones han establecido.

Por lo general, en la familia se educa a las mujeres para que desarrollen un carácter sumiso, enfocado al servicio y cuidado del esposo, los hijos y los padres, dejando de lado sus propios deseos, necesidades y autocuidado:

En mi familia me dijeron que las mujeres teníamos que ser sumisas, estar cuando el marido quisiera y que los maridos eran así: infieles por naturaleza y además de infieles eran golpeadores, y que por eso una debía portarse bien, de atenderlos, cuidarlos para que no la golpearan a una, o sea que me portara bien. (Informante X)

Con respecto al trabajo sexual, su familia reproducía los significados que la sociedad ha construido:

Lo único que querían saber es por qué les fallé y por qué no me porté bien. (Informante X)

TABLA 1
SIGNIFICADOS DEL ROL FEMENINO EN LA FAMILIA

FAMILIA	SIGNIFICADO DEL ROL FEMENINO	SIGNIFICADO DEL TRABAJO SEXUAL
Logra que los sujetos interioricen los significados culturales existentes en el interior de la sociedad	«Las mujeres [debemos ser] sumisas, estar cuando el marido quisiera [...] atenderlos, cuidarlos». «Me avoco mucho a la pareja, cuando él llega, lo primero que hago es servirle de comer, cuando termina, el baño ya está listo y su ropa limpia y planchada y cuando descansa yo lo atiengo de todo».	«Me dijeron: en ese momento de empezar a trabajar en eso, ¿tú no pensaste en la familia, en que tenías un padre, una madre, unos hermanos y que eso es muy bochornoso porque es malo?».

Elaboración propia a partir de la historia de vida

SIGNIFICADOS DEL ROL DE LA MUJER Y DEL TRABAJO SEXUAL DESDE LA MIRADA MÉDICA

La institución médica establece un discurso hegemónico basado en supuestos éticos que reafirman que las funciones del cuerpo femenino están vinculadas a la maternidad

(Rodríguez *et al.*, 2004). Desde este enfoque, se considera que las mujeres que se dedican al trabajo sexual transmiten enfermedades, en especial infecciones de transmisión sexual. Considerar a las mujeres como transmisoras de enfermedades, en ocasiones se traduce en maltratos y discriminación al momento de solicitar y recibir atención médica.

TABLA 2
INSTITUCIÓN MÉDICA Y EL DISCURSO MÉDICO

INSTITUCIÓN MÉDICA	SIGNIFICADOS DE LA REPRODUCCIÓN BIOLÓGICA
<p>Discurso hegemónico, basado en supuestos éticos que reafirman que las funciones del cuerpo femenino están vinculadas a la maternidad (Rodríguez <i>et al.</i>, 2004).</p> <p>Las mujeres que se dedican al trabajo sexual son transmisoras de enfermedades, en especial de infecciones de transmisión sexual (Chacón, Gutiérrez, Ortiz, 1992), esto se traduce en malos tratos y discriminación al solicitar atención médica.</p>	<p>«Ya tenía siete hijos y estaba embarazada, pensé en abortar y fui al doctor, él me dijo que tomara una pistola y le disparara a mi hijo menor y yo le dije asustada que no que eso era asesinar y entonces me preguntó, ¿cuál es la diferencia entre tu hijo menor y el que está dentro de ti?».</p> <p>«El doctor me dijo que las mujeres no debemos sacarnos a los hijos».</p>

Elaboración propia a partir de la historia de vida.

SIGNIFICADOS DEL ROL DE LA MUJER Y DEL TRABAJO SEXUAL DESDE EL ESTADO

Para el Estado, la mujer es el pilar de la familia y en ella recae la responsabilidad de mantener la unión familiar, pero a las trabajadoras sexuales se les considera infractoras de la ley, y aunque se les permite ofrecer sus servicios sexuales, su actividad se ve como algo inmoral.

TABLA 3
SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DESDE EL ESTADO

ESTADO	SIGNIFICADOS DEL TRABAJO SEXUAL
<p>A las trabajadoras sexuales se les sitúa como un grupo que se mantiene al margen de la ley, dando pie a que no se le tome en cuenta y por tanto no puedan ejercer los derechos que tienen como cualquier ciudadano (Rodríguez, Galván, Vega y Gutiérrez, 2002, p. 57).</p>	<p>«Bueno, según sí está prohibido porque se considera una falta administrativa el que, pues estés comerciando en la calle con tu cuerpo, es una falta administrativa, se ve mal, te dicen que está prohibido».</p>

Elaboración propia a partir de la historia de vida.

SIGNIFICADOS DEL ROL DE LA MUJER Y DEL TRABAJO SEXUAL DESDE LA RELIGIÓN

Desde el punto de vista de la Iglesia, la mujer debe serle fiel a su marido y sólo con él debe tener relaciones sexuales, las que de preferencia deben tener fines reproductivos (Tabla 4). Las trabajadoras sexuales son representantes de la maldad y del erotismo femenino, son mujeres pecadoras porque provocan a los hombres.

TABLA 4
SIGNIFICADOS DEL ROL FEMENINO Y DEL TRABAJO SEXUAL DESDE LA IGLESIA

IGLESIA	SIGNIFICADO DEL ROL FEMENINO	SIGNIFICADO DEL TRABAJO SEXUAL
El discurso religioso establece una dicotomía entre mujeres puras e impuras, pero las mujeres impuras son las trabajadoras sexuales (Chacón, 1992: 25). «El trabajo sexual es, una forma ilícita de relación sexual porque ocurre al margen de las normas es decir fuera del matrimonio» (Rodríguez <i>et al.</i> , 2002:57).	La mujer pura es obediente y sumisa, la que reproduce vida, y cuyo cuerpo está libre de erotismo y goce sexual (Chacón, 1992, p. 25).	«Los sacerdotes dicen que las mujeres prostitutas son malas, que les gusta eso y que no buscan otra manera de vivir». «Dicen que Dios te va a castigar y ya traes eso muy metido, muy arraigado y eso es lo que vas a creer toda tu vida, ellos te dicen, Dios te está viendo y si tú haces algo malo Dios te va a castigar y que el Diablo te está diciendo que lo hagas y que en cualquier momento el Diablo va a venir por ti porque te ve que lo estás haciendo; entonces una dice '¡Ay, no!, ¡Ay, no!'».

Elaboración propia a partir de entrevista

RESIGNIFICACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

Como ya se dijo anteriormente, los significados se pueden modificar porque son conceptos que se construyen a través de la experiencia de vida que van acumulando los sujetos.

Al principio cuando empiezas, pues sí es una pena horrible, lloras de miedo, de vergüenza, de angustia, te dan ganas de destrozar a todo el mundo, sientes mucho odio, mucho coraje. (Informante X)

Ya después lo único que significa para ti es un medio de sacar a tu familia adelante, de mantener a tus hijos; no, pero no te pones a pensar en los demás, no piensas en nada, tu mente se nubla y en lo único que piensas es en que tienes que llevar alimento a tu casa. (Informante X)

CONSTRUCCIÓN DE PRÁCTICAS EN TORNO AL TRABAJO SEXUAL

La práctica se entiende como la forma en que los sujetos transforman la realidad a partir de acciones basadas en su experiencia y para darle solución a determinadas situaciones.

Las prácticas dependen de los significados que los sujetos construyen a través de su experiencia, por lo que dentro de cada institución se ejecutan prácticas determinadas por los significados que socialmente se han construido en torno del trabajo sexual.

Alrededor del trabajo sexual hay un discurso creado: que las personas dedicadas a esta actividad son sujetos que desafían el orden social. La imposición de significados sobre el cuerpo y el comportamiento, por parte de las instituciones —familia, Iglesias, médicos, instancias del orden público— propician prácticas basadas en significados que consideran al trabajo sexual como una actividad vergonzosa, ilegal, un pecado y una acción anormal.

PRÁCTICAS FAMILIARES Y RELIGIOSAS QUE REPRODUCEN QUE EL TRABAJO SEXUAL ES VERGONZOSO Y UN PECADO

La Iglesia es una institución que deposita sus significados en la familia, logrando la reproducción del discurso religioso que dicta que las mujeres deben ser castas, realizando prácticas que honren a Dios y les den respeto a sus familias, pero si realizan prácticas contrarias se les considera pecadoras y una vergüenza para sus familias. (Tabla 5)

PRÁCTICAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA QUE REPRODUCEN QUE EL TRABAJO SEXUAL ES UNA ACTIVIDAD ANORMAL

El discurso médico coloca al trabajo sexual como una práctica «anormal», y a las personas que lo practican como sujetos «peligrosos», así como en su tiempo se consideró a los enfermos de lepra y de peste. La situación de exilio, exclusión y rechazo que en aquella época vivieron los enfermos, es semejante a la situación que desde hace años han vivido las personas que se dedican al trabajo sexual, pues al igual que a los enfermos se les considera un peligro para la sociedad por ser un foco de infección para el resto de la población y que pueden contagiar a los demás de enfermedades de transmisión sexual (Tabla 5), y aunque las trabajadoras sexuales no son exiliadas en el sentido estricto de la palabra, sí son víctimas del rechazo y la discriminación social.

El trabajo sexual no está tipificado como un delito ni como actividad ilegal, sin embargo, y debido a que la sociedad lo considera inmoral, por mucho tiempo las autoridades encargadas de mantener el orden público (policías, autoridades ministeriales) han extorsionado y violentado los derechos humanos de las mujeres que se dedican al trabajo sexual, bajo el argumento de que su actividad altera el orden público. (Tabla 5)

TABLA 5
PRÁCTICAS SOCIALES QUE IMPLEMENTAN LAS INSTITUCIONES

INSTITUCIÓN	PRÁCTICAS
Familia	«Algunos familiares me dejaron de hablar y me desconocieron porque se avergonzaron de mí cuando se enteraron a lo que me dedicaba y hasta dejaron de invitarme a sus fiestas».
Institución médica	«Si íbamos a los hospitales, al decirles que nos dedicábamos al trabajo sexual, nos trataban como con pincitas, nos hablaban muy feo y nos ignoraban porque nos dejaban esperar mucho tiempo para una consulta y mejor nos íbamos o unas hasta salían llorando por el mal trato». «Si ibas al hospital Juárez, al que está ahí en San Pablo, había como mucho hermetismo y todo, y dejamos de ir, precisamente por lo mismo; porque luego salían hasta llorando, diciendo ¡Ay, es que nos tratan bien mal!, me hablan muy feo, se nota que no nos quieren atender». «Había médicos y enfermeras que no nos querían atender, ni siquiera tocar, actuaban como si de algún modo les diéramos asco».
Iglesia	«Los sacerdotes nos daban pláticas porque trataban de persuadirnos, para convencernos de dejar esa vida llena de pecado.»
Estado	«Pasaban los policías nos extorsionaban, nos pedían dinero o un rato gratis a cambio de no llevarnos al "torito", o a veces nos subían a la panel y nos pegaban y siempre nos insultaban». «Los policías hacen redadas en los cabarets y si encuentran condones ya dicen que en el lugar ahí se trafica con las mujeres, pero no necesariamente es eso».

Elaboración propia a partir de entrevista

PRÁCTICAS QUE REALIZAN DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES ENCAMINADAS A RESOLVER SUS PROBLEMAS DE SALUD

Como ya se mencionó para la institución médica el trabajo sexual se considera una actividad por medio de la que se contagian infecciones de transmisión sexual y que las personas que la realizan no ejercen el control de su propia salud.

En concordancia con el discurso médico, durante muchos años se logró mantener bajo control el estado de salud de las trabajadoras sexuales, por medio de una tarjeta sanitaria que era expedida por la Secretaría de Salud.

Por lo tanto, si una trabajadora sexual quería trabajar, estaba obligada a realizarse estudios médicos que avalaran su buen estado de salud; en especial, que no tuviera alguna infección de transmisión sexual; si estaba enferma ya no le permitían trabajar o lo podía hacer sólo a partir de que se curara.

Cuando se preguntó por la tarjeta sanitaria y qué estrategias ponen en práctica para cuidar de su salud, la respuesta fue:

Antes yo tenía mis papeles en regla, todo lo del CONASIDA y todo, yo era muy constante con mis revisiones médicas. (Informante X)

Ya no, fíjate que antes sí, tenía uno que tener la tarjeta del CONASIDA, pero en él, este, 2006 fue cuando dijeron que ya no iban a pedir la tarjeta, que no era responsabilidad del gobierno obligarlas a que fueran a su revisión. Y eso fue por las feministas, que era obligación de nosotras mismas por nuestra persona atendernos, que porque se les hacía de mal gusto que el gobierno obligara a la trabajadora sexual a atenderse. Era una forma de tener un control, exactamente, antes era muy remoto que saliera una trabajadora sexual con Sífilis o con SIDA, y ahora ya es muy usual. (Informante X)

Entonces ellas son responsables de cuidar su salud, de implementar prácticas y estrategias que les ayuden a lograr esto. La primera atención ante los problemas de enfermedad, en la sociedad de clases, se realiza en el espacio familiar o comunitario; la realizan los grupos para atender sus problemas de enfermedad sin que intervenga ningún profesional sanitario.

Cuando nos enfermábamos había veces que no nos «pelaban» en algunos hospitales y corríamos a ver [a una señora] que vivía en una de esas vecindades del centro, ella era como curandera o algo así, nos daba remedios y nos decía cómo tomarlos para que nos compusiéramos. (Informante X)

Utilizaba cremas, unas que me recetó el doctor (ya no me acuerdo del nombre), era una medicina que me recetó para que no quedara embarazada, y me ponía cremas y me hacía lavados para no tener infecciones. (Informante X)

Usaba, por ejemplo, pomadas para que no tuviera rozaduras, no tuviera ningún problema. Este, me hacía limpiezas vaginales y todo, o sea, tenía muchísimo cuidado con todo eso; cuando estaba menstruando trabajaba con esponja, me ponía la esponja y así trabajaba y nunca tuve problemas, también me hacía mis limpiezas vaginales y todo, y compraba yo cosas que, aunque me costaban caras, pero sabía que eran efectivas para no tener ningún problema. (Informante X)

ESTRATEGIAS QUE REALIZAN LAS TRABAJADORAS SEXUALES ENCAMINADAS A RESOLVER LOS PROBLEMAS

Por *estrategia* se entiende el conjunto de acciones que los sujetos ponen en práctica para conseguir un determinado objetivo.

Entonces, cuando las trabajadoras sexuales tenían problemas tanto con clientes como con policías, ponían en práctica estrategias para defenderse de sus abusos:

Cuando un cliente no quería pagarle a una de las chicas lo que hacíamos era gritar, y ya sabíamos qué pasaba y todas salíamos y lo atrapábamos y lo obligábamos a pagar; también cuando les pegaban, lo agarrábamos entre todas y le dábamos una buena madriza. (Informante X)

PRÁCTICAS DETERIORANTES QUE SE PRESENTAN DENTRO DEL TRABAJO SEXUAL

El entorno en el que se desenvuelve el trabajo sexual provoca que continuamente las mujeres estén en contextos de vulnerabilidad y en riesgo de prácticas de violencia, consumo de drogas y alcohol, además de las enfermedades de transmisión sexual por no usar condón.

PRÁCTICAS DE VIOLENCIA

Hay una vertiente que considera a las trabajadoras sexuales como sujetos vulnerados por las condiciones sociales, entre otras violencia y abusos sexuales sufridos anteriormente. El trabajo sexual es resultado de la esclavitud, del secuestro y del abuso físico que obligan y orillan a las mujeres a dedicarse al trabajo sexual, tal y como sucede en el caso de la trata de personas.

Muchas veces una se tiene que pelear hasta con otras de las mismas mujeres por los clientes o por los lugares. (Informante x)

Hay clientes que te pegan porque están borrachos o drogados o sólo porque les gusta pegar; hay unos que maltratan y golpean muy, muy feo a las mujeres. (Informante x)

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

El medio que rodea al trabajo sexual callejero favorece el que las mujeres consuman alcohol y otras drogas de manera excesiva, debido a los problemas generados por el estrés, las trabajadoras sexuales ingieren alcohol previo al contacto con el cliente, bajo diversos argumentos: soportar la situación, para agradarle al cliente, para ganar más dinero o hacer ganar más al encargado del lugar donde trabajan y que las consecuencias por el consumo de alcohol son la pérdida o el deterioro de la autoestima, inseguridad personal, ansiedad, estrés, agresividad, aislamiento, envejecimiento prematuro e intentos de suicidio (Ávila, 2011):

Yo sola empecé a ver cómo ahí se drogaban algunas y yo sola la empecé a probar y también agarré hasta el cemento y lo que se me ponía enfrente. (Informante x)

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL USO DE CONDÓN

Varias compañeras que abortaron, se tomaban cosas que les decían otras compañeras, hacían muchas cosas para abortar y se ponían bien mal, ya una andaba corriendo al hospital o con alguien que nos ayudara, son cosas muy duras que pasa una aquí. O los clientes les pegaban y eso las hacía abortar. Gracias a Dios yo nunca aborté. (Informante x)

Muchas no usan condón sólo porque no quieren. (Informante x)

Realizar prácticas deteriorantes como no utilizar condón las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual. Por ejemplo, con los clientes que no aceptan penetración anal, ni los besos en la boca, entre otras cosas, y con sus parejas personales realizan las prácticas sexuales que ellas quieren y además no utilizan preservativos (Tabla 6).

Nosotras teníamos una regla y decíamos «¿Sabes qué?, en la boca no me beses, no me toques los pechos», pero como unos no te hacían caso y querían tocarte poníamos los brazos cruzados sobre el pecho y así si se quieren recargar y eso, «No, retírate». (Informante x)

Yo, por ejemplo, con mis parejas nunca usaba condón porque era como feo, pero con los clientes, con esos sí lo usaba. (Informante x)

No es cierto que todas usen preservativo, porque mira, si ya lleva una un buen rato esperando cliente, y no hay nada, y después te llega uno que te dice que te da digamos 200 pesos por un rato, pero sin condón, pues claro que te vas, porque no has juntado para la comida de ese día para tus hijos, o para a completar la cuenta del padrote. (Informante x)

TABLA 6
PRÁCTICAS PARA CUIDAR LA SALUD

PRÁCTICAS PARA CUIDAR LA SALUD	«Corríamos a ver a una señora que era curandera, que nos daba remedio para que nos compusiéramos y como también era partera pues varias chicas iban a buscarla para que les ayudara con sus partos». «Una vez me enfermé y yo no creía en esas cosas de brujería, pero me llevaron con un brujo que me hizo unas limpias, me dio unas cosas a tomar y con eso me curé, pero[...] me vi muy mala y ni los doctores me curaban».
PRÁCTICAS PARA EVITAR LA VIOLENCIA	«Los policías eran bien malditos con nosotras, pero cuando entraron los derechos humanos, cambiaron un poco las cosas porque cuando nos subían a la panel para llevarnos a la delegación, nosotras mismas nos pegábamos o nos rasgábamos la ropa y el cuerpo, hacíamos eso porque los policías no te pueden presentar así al ministerio porque se meten en broncas».

<p>PRÁCTICAS DETERIORANTES</p>	<p>«Aquí, una no gasta tanto en droga o en alcohol porque los clientes te las llevan o las que trabajan en bares toman para acompañar a los clientes y ellos les invitan las copas».</p> <p>«Hay veces una se siente tan mal, y te drogas y te sientes peor porque sabes que todo está mal en tu vida, te deprimes mucho, hubo compañeras que tomaban cosas o se pasaron de drogas y casi se mueren; y sí, porque te sientes tan triste tan mal que te quieres matar, había veces que yo quería matarme, pero pensaba en mis hijos y decía '¡Híjole no, no!'».</p> <p>«Hay clientes que te dicen que lo hagas sin condón y que te pagan más, y pues la verdad una acepta, lo haces porque hay veces que no tienes dinero ni para darle a tus hijos de comer, y todavía tienes que pagar el cuarto o completar la cuenta para el padrote. O unas no usan porque no quieren».</p> <p>«Las mujeres andan muy mal, no tienen un control médico hay muchísimo papiloma, sífilis y VIH».</p>
------------------------------------	--

Elaboración propia a partir de entrevista

PRÁCTICAS DE AYUDA QUE ALGUNAS INSTITUCIONES REALIZAN PARA LAS TRABAJADORAS SEXUALES

Hay instituciones que tienen por objetivo ayudar o trabajar a favor de las trabajadoras sexuales, y en efecto, algunas las ayudan con talleres, otras con algún tipo de servicio médico y otras en la defensa de sus derechos humanos, pero la información que nos proporcionó la informante X dejó en claro que las «buenas acciones» de algunas asociaciones no son lo que aparentan:

Por ejemplo, el Instituto de las Mujeres [Instituto Nacional de las Mujeres], que según para las mujeres o más bien digo, que pisotea el derecho de las mujeres. Según tiene un programa o no sé qué para las mujeres, pero no sé a quién ni a dónde ayudan; según hay, pero no sabemos dónde. Está como esa de Humanos del Mundo, que tenía un salón muy grande, rentaba un departamento muy grande y las bancas estaban llenas de polvo porque nadie las ocupaba, pero las tenían ahí para cuando llegara la gente a checar lo de los financiamientos. (Informante X)

Las Oblatas [congregación Hermanas Oblatas del Santísimo Redentor] a veces dan despensas y ayudan a cuidar a los niños de las mujeres, pero sólo a las que van a los talleres y las que van a hacer limpieza a la iglesia, pero si no, no; todo estaba condicionado. (Informante X)

Cuando Brigada Callejera empezó ahí en La Merced, por cinco pesos le daban a una harta verdura, después ya daban abasto como café, leche, jabón, pasta de dientes, todo eso y lo daban barato... No niego que te ayuden con servicio médico, te hacen estudios como papiloma, ultrasonido, para los Brigada les sacó a muchas sus tarjetas

de trabajador no asalariado, pero nunca les explicó para qué son y lo que no me gusta de ellos es que últimamente se han dado a la tarea de que se les haga el estudio del sida, de la sífilis y de cualquier otra enfermedad venérea, pero en cuanto alguna mujer sale con problemas inmediatamente pasan el chisme a las demás mujeres, y entonces empieza la agresión porque les empiezan a gritar «¡Tú tienes sida!». (Informante x)

El Centro de Estudios Sociales y Culturales Antonio de Montesinos (CAM), era lo mejor que había porque antes daba 150 pesos en vales para despensa y 20 pesos para pasajes a las mujeres que iban a los talleres, pero les quitaron el apoyo y todo y ya no fueron a dar talleres, que eran de superación personal, de qué significa ser mujer, te enseñaban, pues, que también las mujeres somos fuertes y unidas [...], que podíamos derribar a las madrotas porque no era posible que siguieran ahí extorsionando y mandando. (Informante x)

En Casa Talavera [...] me han dejado hacer mis eventos de acopio tres veces al año, también [imparten] talleres como de esos de estilista, pero cortitos, son una gente muy linda, se han portado bien lindos con nosotros, y siempre nos han apoyado en todo. (Informante x)

PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Los programas de índole público son diseñados para brindar ayuda a ciertos sectores de la población, especialmente para la población más vulnerable de nuestro país. Estos programas deben hacerse tomando en cuenta tanto las necesidades como la opinión de la población a la que van dirigidos:

Yo no conozco programas que sean del gobierno y que sean para ayudar a las mujeres, no, ¿eh?, no conozco nada, ni siquiera ese que decían que el Instituto de las Mujeres tenía porque yo nunca vi nada de eso, pura mentira. (Informante x)

CONCLUSIONES

Los significados que giran alrededor del trabajo sexual permean y determinan las prácticas desde la esfera de lo social, y determinan las condiciones de vida y las condiciones de salud de las trabajadoras sexuales. Dichos significados y prácticas tienen una connotación negativa que afecta en todos los aspectos la vida de las trabajadoras sexuales, pues permanece un discurso dominante que reproduce que el trabajo sexual es pecado, ilegal y anormal, lo que provoca que las instituciones realicen prácticas encaminadas a discriminar, excluir y marginar a las trabajadoras sexuales.

El rechazo y la discriminación, a los que habitualmente están expuestas las trabajadoras sexuales, puede ocasionarles una constante depresión, colocándolas en una posición de desventaja y en contextos de vulnerabilidad; así sucede a las trabajadoras sexuales que se encuentra en la Plaza Loreto del Centro de la Ciudad de México, quienes generalmente han construido significados desfavorables, tanto de su condición de mujeres como de su quehacer como trabajadoras sexuales, lo que las lleva a realizar

tanto prácticas que afectan su salud, como prácticas protectoras, es decir, desarrollan estrategias que en el ámbito grupal les ayudan a defenderse de los abusos de los clientes y de servidores públicos.

La marginación y la discriminación que viven las trabajadoras sexuales no permiten el desarrollo de todas sus capacidades; provocan que se sientan rechazadas, en ocasiones esto puede desembocar en sentimientos de tristeza y sufrimiento emocional. Son mujeres que viven situaciones de violencia y exclusión, determinando prácticas sexuales de riesgo que afectan su salud, así como el abuso de alcohol y otras drogas.

El trabajo sexual es un tema complejo presenta muchas aristas y muchas problemáticas que pueden analizarse desde varios enfoques y disciplinas. Es un fenómeno que surge dentro de las sociedades patriarcales, pero también es generado por la pobreza y la falta de acceso a políticas sociales, educativas, laborales y de desarrollo; es un problema relacionado con la violencia de género y la falta de eficiencia del sistema legal para defender los derechos humanos de las mujeres.

REFERENCIAS

- ADRIÁN, T. (2012 julio-diciembre). La preservación de la heteronormatividad y la heterosexualidad obligatoria como mecanismo para obstaculizar el progreso de la igualdad de género o las razones del intento de los fundamentalistas de (re)naturalizar el género en las Naciones Unidas. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, 17 (39), 149-160. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/3828
- ALLEN, B., Cruz, A., Rivera, L., Castro, R., Arana, M., y Hernández, M. (2003). Afecto, besos y condones: El ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 45 (5), 594-607. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609904>
- ÁVILA, A. (2011, febrero). Dolor y Sufrimientos psíquicos. *Revista de electrónica de Psicoterapia*, volumen 5 (1), 129-145. http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeLR/V5N1_2011/09_A_Avila_Dolor-y-Sufrimiento-Psiquicos_CeLR_V5N1.pdf
- BOURDIEU, P. (1994) *El sentido práctico*. Siglo XXI.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. (2007). Acercamiento a la discriminación. De la teoría a la realidad en el estado de México. <http://www.codhem.org.mx/localuser/codhem.org/difus/libros/libro/20discriminacion.pdf>
- CORBERA, C. (2009). *Políticas Legislativas Internacionales sobre Prostitución: Reflexiones desde la Intervención*. (ponencia) Congreso virtual (feb. 2008) Prostitución: Regularización de la prostitución y derechos humanos. https://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/02_1-pon_corbera.pdf
- CHACÓN, L. (1992, diciembre). La mujer prostituta: cuerpo de suciedad, fermento de muerte, en *Revista de Ciencias Sociales*. http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp_content/revistas/58/chacon.pdf
- CHAPELA, M. (2008). *Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC_066.pdf
- CHIHU, A. (S/F) *La teoría de los campos en Pierre Bourdieu*. <http://www.polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/345>
- GARAIZABAL, C. (2008, 21 de junio). Alteridad y cultura: Ninguna mujer nace para puta. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*. <http://www.revistakairos.org.mx>
- GRANADOS, JA. (2006, enero-abril). Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión. *Cuicuilco*. 13 (36) 293-319. Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión (redalyc.org)
- HIDALGO, H y Rodríguez, N. (2014). *El valor simbólico de la prostitución: un análisis a partir de la mirada de las mujeres que la practican y la sociedad que las observa , en la provincia de Puntarenas*. [Tesis de licenciatura. Universidad de Costa Rica]. http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg_l_sr_2014-01.pdf
- LAMAS, M. (1993). El fulgor de la noche: Algunos aspectos de la prostitución callejera en la ciudad de México. En *Debate feminista*. <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/elfulg1124.pdf>
- MIRANDA, E. (2014). *El imaginario social bajo la perspectiva de Cornelius Castoriadis y su proyección en las representaciones de Cartagena de Indias*. [Tesis. Universidad de Cartagena] EL IMAGINARIO SOCIAL BAJO LA PERSPECTIVA DE CORNELIUS.pdf (unicartagena.edu.co)
- MORALES, M. (2003). *Articulación de las organizaciones de sexoservidoras con las políticas de salud en México: barrio de la merced 2003*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/ilassa/2004/moralessantiago.pdf>
- ROBLES, J. (2000). *Derechos de la mujer, moral, sexual y prostitución. Un debate pendiente*. Tercer certamen de ensayo sobre derechos humanos.
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2282/3.pdf>
- RODRÍGUEZ, E., Reyes, J., Hoyos, L. y Gutiérrez, R. (2002). La prostitución en mujeres con bajos recursos. En: M. Lara y N. Salgado (Ed), *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito...La salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 56- 69). México: Pax.
- RODRÍGUEZ, E., Gutiérrez, R y Vega, L. (2003). Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de la Merced. *Salud Mental*. 6 (5), 73-81. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/971/969
- RODRÍGUEZ, E., Vega, L., y Gutiérrez, R. (julio 2004). Etnografía urbana: acercamiento a poblaciones ocultas. El caso de las prostitutas. *Liberaddictus*, A. C.
- https://www.liberaddictus.org/varios/908_etnografia_urbana_acercamiento-a-las-poblaciones-ocultas.-el-caso-de-las-prostitutas.html
- RODRÍGUEZ, R. (2004). *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de Trompas de Falopio en la provincia de Mendoza*. [Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina] http://www.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6030/tesis-grado-fcpys-uncuyo-rosana-rodriguez.pdf
- TREJO, E. y Álvarez, M. (2007). *Estudio de Legislación Internacional y Derecho*. México: Centro de Documentación, Información y Análisis. <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-14-07>
- VIZCARRA, F. (diciembre, 2002). Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. VIII (16), 55-68. México: Universidad de Colima. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31601604.pdf>

V. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA TORTURA

IVETTE ALEJANDRA GARCÍA MORALES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

■ INTRODUCCIÓN

Este capítulo aborda la representación social de la tortura. Se trata de un análisis comparativo entre servidores públicos involucrados en la detección del delito y promotores de la salud.

El término tortura ha sido descrito de forma diferente de acuerdo con los momentos sociohistóricos. Para este trabajo se tomará la definición actual, que se estableció en 1984 por la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, la cual a la letra señala:

Todo acto por el cual se imponen intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar sobre cualquier persona por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación; por parte de un funcionario público u otra persona que se encuentre ejerciendo funciones públicas, o por su propia autorización o consentimiento, no se considerarán tortura los dolores o sufrimientos que sean consecuencia de sanciones legítimas. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2004, p. 1)

En México esta práctica sigue presente a pesar de su prohibición en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; específicamente en su artículo 20 apartado B II sustentada en el derecho de toda persona imputada y en el cual se menciona: «queda prohibida y será sancionada por la ley penal, toda incomunicación, intimidación o tortura. La confesión rendida sin la asistencia del defensor carecerá de todo valor probatorio» (Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión, 2020, p. 23).

En la Ciudad de México y en otros estados del país se ejerce tortura principalmente por parte de servidores públicos policiales y ministeriales a nivel de gobierno, cuya labor principal es salvaguardar la paz pública y la seguridad de los ciudadanos apegados a los principios de legalidad, eficiencia, honestidad, justicia, respeto a los Derechos Humanos y al Estado de Derecho (Secretaría de Participación Ciudadana de la CDMX, 2020).

La tortura es una práctica institucional caracterizada por ser sistemática y generalizada; sistemática pues existe un proceso para emplearla, el cual comienza por una detención arbitraria de parte de un servidor público a un ciudadano, seguida por un traslado a lugares¹ donde se infligen intencionalmente agresiones físicas y/o psicológicas con el

¹ Estos lugares pueden ser las mismas instituciones donde laboran los servidores públicos o centros de detención ilegales

propósito de castigar y/o extraer confesiones o información incriminatoria, y su posterior puesta a disposición ante una autoridad que podrá permitir su ingreso a reclusión; y generalizada porque se extiende a los demás estados del país. Un acto se considera como tortura en materia penal, al ser ejercido por servidores públicos, como lo son policías, judiciales, militares o marinos. Estas acciones se llevan a cabo a través de indagatorias judiciales de un delito perseguido; usualmente el interés que hay detrás de las personas que lo ejercen es ser gratificados con bonos al encontrar a las personas presuntamente culpables de delitos denunciados² (Negrete, Fernández, Sosa e Ibarra, 2008).

En la construcción de esta investigación se parte de la premisa de que la tortura es un problema de salud, y que la Promoción de la Salud (PS) considera a ésta como la principal fuente de desarrollo personal, económico y social, asimismo el desarrollo saludable está determinado por condiciones estructurales, intermedias y proximales, tales como factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, biológicos que la favorecen o la dañan, en este sentido la tortura se convierte en un problema de salud individual y colectivo.

Así, la tortura es un problema de salud porque es una práctica que afecta física, mental y socialmente al individuo. Físicamente al ser agredido, psicológicamente al ser humillado y maltratado y, socialmente porque al ser una forma de castigo del delito y del no delito se aplica a toda persona sin importar edad, sexo, raza, condición social y escolaridad; además se extiende hacia otros territorios, en vez de erradicarse. Es por esto que la seguridad social se ve afectada al no poder confiar en las personas que se supone son las encargadas de salvaguardar la paz social, ya que cuando una sociedad se sustenta en el temor de ser torturada, se pierde la confianza en las autoridades y se atrofia el desarrollo social, esto trae consigo un deterioro comunitario porque la gente está temerosa de salir a la calle pensando que en cualquier momento puede ser víctima de las autoridades, en contrapartida una sociedad sana es en la que se puede andar libremente confiando en sus autoridades.

La salud es fundamental en la vida cotidiana, permite a las personas el avance hacia la mejora de sus aptitudes físicas, sus recursos sociales y personales. De ahí la relevancia de su promoción.

En la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se establece que ésta consiste en: Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para así poder alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (OMS, 1986, p. 1)

La salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, por tanto, este concepto se considera positivo ya que acentúa los recursos sociales y personales, así como

² Testimonio tomado del largometraje documental realizado en el Reclusorio Oriente de la Ciudad de México y en los Tribunales de Justicia que narra la historia de José Antonio Zúñiga y su lucha en contra del Sistema Penal y Judicial mexicano.

las aptitudes físicas. El concepto también engloba el bienestar y la idea de formas de vida sana y digna (OMS, 1986, p. 1). De acuerdo con lo anterior, la PS tiene la facultad de realizar intervenciones en diferentes campos donde se identifique alguna problemática, estas intervenciones deberán ser destinadas a beneficiar y proteger la salud, siendo uno de sus objetivos el hacer que las condiciones donde se desarrollan las personas sean favorables para obtener un bienestar social y la capacidad saludable de identificar y alcanzar aspiraciones, es por esto que, este campo de estudio va más allá de la atención sanitaria, colocando a la salud dentro de la agenda de quienes elaboran políticas públicas en todos los sectores y a todos los niveles, orientando a concientizar que las decisiones que se toman, tienen consecuencia sobre la salud y así asumir esta responsabilidad (OMS, 1986, p. 2).

Esta investigación aborda el problema desde la perspectiva de los derechos humanos y de la salud. Al respecto se hace referencia a la Observación General N°14 que establece, «el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud» (Naciones Unidas, 2000), en su numeral 3 y 8 se indica que el derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, éste incluye el derecho a no ser torturado ni privado de la libertad. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 5° se establece que «nadie deberá ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, ya que esto atenta contra la dignidad de las personas» (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1984); en concordancia con lo que plantea la Promoción de la Salud, que es reconocer la salud desde un enfoque integral.

La salud como derecho humano implica no solo la atención de la enfermedad, sino una amplia lista de factores socioeconómicos, en el artículo 25° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1984, se retoma la salud como derecho humano y se establece que, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Los fines últimos del derecho a la salud son salvar la vida, restablecer y mantener la salud, y/o aliviar el sufrimiento (De Currea, 2005).

El reconocimiento de la salud como derecho asegura que el objeto y el fin del derecho queden protegidos y se garanticen. Con esto las obligaciones que adquieren los Estados no pueden ser consideradas como deberes transitorios susceptibles de ser removidos de acuerdo con las nuevas políticas económicas o sociales impuestas por nuevos gobiernos, más bien las estrategias que un Estado establezca deberán ser diseñadas para respetar y cumplir las obligaciones adquiridas con el reconocimiento del derecho. La base que sostiene la salud como derecho humano está ligada a la existencia misma del ser humano y a su completo desarrollo como tal, razón por la cual la salud debe estar protegida contra las relaciones de poder, ya sean económicas, políticas o sociales que impiden la completa realización de este derecho (Montiel, 2013).

Por lo tanto, para que el derecho a la salud se cumpla, se necesita gozar de varios derechos al mismo tiempo, si bien para la protección contra la tortura se cuenta con reformas o leyes propias, conformando parte de un derecho fundamental, al violarlo se afectan más derechos, así como las condiciones de los sujetos; ahora bien, tomando en cuenta que los servidores públicos son personas que tienen cargos a nivel guber-

namental, al violar este derecho es el Estado quien debe resarcir o responder por estos daños, en apego a los compromisos y obligaciones mencionados y sin olvidar que son precisamente los servidores públicos quienes deben garantizar el pleno ejercicio de los derechos.

De acuerdo con lo anterior, es posible proponer un estudio desde la Promoción de la Salud que examine qué significado tiene la práctica de la tortura en la sociedad desde tres grupos distintos de actores profesionales, para identificar su representación y las posibles razones en que se sustenta.

Lo que se analiza en este trabajo, son las similitudes y diferencias que existen en las representaciones sociales sobre la tortura entre servidores públicos de dos instituciones y se toma como grupo testigo a promotoras de la salud. El primer grupo que se entrevistó fue de servidores públicos médicos que laboran en una institución defensora de Derechos Humanos, cuya función principal es la defensa de las violaciones a los derechos humanos; la función principal del segundo grupo —Servidores Públicos Policiales— es, ante un delito o falta grave que altere la paz social, realizar una investigación para encontrar al responsable de ello, y el grupo testigo es de promotoras de la salud, el cual permitió identificar qué aportes o carencias reconocen desde su formación profesional sobre el tema y cómo visualizan la intervención alrededor de la práctica de la tortura desde su campo de estudio.

Se entrevistó a sujetos de esos grupos de servidores públicos, porque al indagar en la normatividad y el discurso jurídico actual,³ se señala que la aplicación de la tortura no se debe aceptar por ningún motivo y en ninguna circunstancia, mucho menos como medio para obtener un fin, y aunque en el discurso se establece su prohibición, en la realidad existen varias instancias que se dedican a investigar sobre ella y elaborar documentos con el objetivo de prohibir su práctica, inclusive hay algunos dirigidos a autoridades con el fin de exigir que se detenga la tortura. Es por ello, que, se infiere una representación distinta entre los servidores públicos que están implicados directamente en la detección del delito y entre servidores públicos que defienden los derechos humanos de los ciudadanos y la existencia de un discurso que no aprueba por ningún motivo esta práctica.

■ METODOLOGÍA

El marco metodológico se basó en la categoría de *Representaciones Sociales* (RS). La investigación fue de corte cualitativo con tipo de estudio descriptivo testimonial. Para la recolección de datos cualitativos, el instrumento que se utilizó fue una entrevista semiestructurada. Las preguntas que se elaboraron en este formato se realizaron de acuerdo con las dimensiones que, desde las RS, conforman los universos de opinión: dimensión de información, campo de representación, y actitud.

Las entrevistas son instrumentos de recolección de datos comúnmente utilizadas para la investigación de RS, ya que permiten reconocer el discurso de los sujetos mediante un diálogo que transmite riqueza y profundidad únicas, además de recolectar

³ Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos y Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar La Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

información del tema a investigar (Cuevas, 2016). El tipo de entrevista semiestructurada consiste en elaborar un guion a seguir, las preguntas que lo componen son abiertas para que, al momento de estar entrevistando, puedan surgir otras de acuerdo con cómo se está presentando el diálogo con el entrevistado; la secuencia de preguntas es flexible de tal manera que el entrevistador decide si sigue o no el orden de éstas, dependiendo de cómo vaya fluyendo la conversación sin dejar de abordar los ejes de análisis de la investigación.

Este instrumento de recolección de datos se aplicó a los tres grupos: 1. Promotoras de la Salud, 2. Médicos(as) forenses defensores de derechos humanos y 3. Policías de Seguridad Pública. Por cada grupo se entrevistó a tres personas, esto porque se identificó que después de tres entrevistas los datos eran repetitivos o redundantes y al revisar las respuestas que estaban compartiendo, en éstas ya no se encontraban nuevas categorías y los datos recabados encajaban fácilmente en el esquema de categorías, a este tipo de recolección de datos cualitativa se le denomina saturación de categorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Los criterios de participación fueron los siguientes:

- Servidores públicos médicos con especialidad en medicina legal y que laboraran en una institución defensora de derechos humanos, por lo tanto, que fueran defensores de derechos humanos y su función principal consistiera en la defensa contra la violación de los derechos humanos.
- Servidores públicos policiales, que laboraran en instituciones gubernamentales, que fueran policías de primer contacto, es decir aquellos que patrullan en las calles. Cabe mencionar que en este grupo participaron policías que tenían a cargo una jefatura y que laboraban en otro estado de la república, esto porque se complicó conseguir participantes de la Ciudad de México. La función principal de este grupo fue, ante un delito o falta grave que altere la paz social, realizar una investigación para encontrar al responsable.
- Promotoras de la salud, egresadas de la licenciatura y que estuvieran ejerciendo la Promoción de la Salud. Sus testimonios permiten identificar qué aportes o carencias reconocen desde la formación como promotoras de la salud y cómo visualizan posibles intervenciones alrededor de la práctica de la tortura desde su campo de estudio.

Se elaboraron tres formatos guía de entrevistas de acuerdo con los tres grupos, solo la primera parte del formato de las entrevistas fue igual para todos; en ésta se colocó una referencia al pie de página donde se describen las dimensiones de la RS que se tomaron para relacionar a la pregunta que se estaba elaborando, seguido del nombre del grupo al que se le aplicó la entrevista. Posteriormente se elaboró un pequeño párrafo donde se explica brevemente el por qué y la intención exclusiva de la entrevista con fines académicos y con respeto a la confidencialidad, se guardó un espacio para anotar la fecha y datos personales. La segunda parte del formato fue diferente para cada grupo, en ésta se encontraban las preguntas de acuerdo con las dimensiones de las RS y las respectivas características de cada grupo de informantes.

La función de las RS es la interpretación de la realidad que rige las relaciones de los sujetos con su entorno físico y social, permitiendo determinar sus comportamientos o sus prácticas (Cuevas, 2016, p. 112), es por ello por lo que se eligió como eje analítico para el presente trabajo; estas constituyen modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal; presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos o de los procesos de representación referidos a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás (Moscovici, 1986).

Las RS se configuran a partir de la estructura cultural de la sociedad, aportando categorías básicas con que se constituyen condiciones económicas, sociales, históricas, sistemas de creencias y valores que crean una relación entre los sujetos, para construir el principal precepto que sigue una RS: la transformación de lo no familiar en familiar, es decir, que en la búsqueda de responder a la pregunta de por qué se crean esas representaciones, puede afirmarse que una RS es creada cuando algo nuevo, no familiar, debe ser incorporado a los universos conceptuales preexistentes (Lacolla, 2005). Por ello, permiten abordar las problemáticas que se identifican desde diferentes campos de estudio de las ciencias sociales, en este caso también desde las ciencias de la salud, ello permitió identificar que el objeto de estudio de esta investigación son las RS sobre la tortura, y que para elegir los sujetos de estudio también se debía identificar el contexto en el cual se involucran para poder aportar elementos que permitan determinar y conocer dónde probablemente se origina la naturalización de la tortura. El análisis de la información de campo se basó en reconocer las similitudes y diferencias existentes en las RS sobre la tortura entre servidores públicos de dos instituciones y se tomó como grupo testigo a promotoras de la salud.

Para analizar y sistematizar la información de cada una de las entrevistas se determinó elaborar cuadros de acuerdo con las categorías que se plantearon, éstos se conformaron por dos columnas; la primera se tituló fragmento de la entrevista, que contiene extractos de las respuestas que proporcionaron los y las informantes; la segunda columna se tituló referencias bibliográficas y contiene información tomada del marco teórico relacionada con la práctica de la tortura, y de acuerdo con las categorías planteadas. La primera columna se dividió en tres filas, una para cada persona entrevistada, y al final de cada cuadro se hizo un apartado de comentarios donde se explican las diferencias o coincidencias que se encontraron entre lo que contestaron los entrevistados y la teoría con la que se comparó, para posteriormente realizar el análisis sobre las similitudes o diferencias de la representación social de la tortura entre estos tres grupos.

Como se ha mencionado, Moscovici considera las RS como universos de opinión, que pueden ser analizados con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones (Mora, 2002).

- La dimensión de información es la organización o suma de conocimientos que posee un grupo respecto a un objeto, acontecimiento, hecho o fenómeno social (Mora, 2002, p. 8).
- La dimensión de campo de representación es la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada variando de un grupo a otro e inclusive

dentro del mismo, lo cual permite visualizar las propiedades cualitativas o imaginativas del contenido (Mora, 2002, p. 8).

- La dimensión de actitud es la orientación favorable o desfavorable que se tiene en relación con el objeto de representación (Mora, 2002, p. 8).

■ RESULTADOS

A continuación, se muestran las referencias bibliográficas que se colocaron en los cuadros de análisis, y que se relacionan con cada dimensión de las RS como resultado de la investigación documental y que permite sistematizar la información para cada una (tabla 1).

TABLA 1

DIMENSIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	
INFORMACIÓN	<p>Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.</p> <p>Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004.</p> <p>Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, de 1984: «Se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.» La tortura suscita profunda inquietud en la comunidad mundial. Su objetivo consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades</p>

	<p>enteras. Es algo que concierne a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia y de nuestras esperanzas de un futuro mejor.</p> <p>Para el Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad es: Todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no cause dolor físico o angustia psíquica. El objetivo de la tortura es destruir la integridad psicológica y social del sobreviviente. La persona es reducida a una posición de indefensión, impotencia y amenaza, que provoca la desintegración cognitiva, emocional, conductual y social, a corto, mediano y largo plazo. Está bien documentado que cuando alguien vive tortura, no solo queda afectada la persona que la vive directamente, sino también se afecta a su entorno próximo, es decir, familia y comunidad.</p>
<p>CAMPO DE REPRESENTACIÓN</p>	<p>Martínez Portillo, Gildardo Aaron (2009) <i>Delito de abuso de autoridad mediante la tortura</i> [Tesina. Universidad de Sonora. Unidad Regional Norte]</p> <p>Según la Ley Federal para prevenir y sancionar la tortura: comete el delito de tortura el servidor público que, con motivo de sus atribuciones, inflija a una persona dolores o sufrimientos graves, sean físicos o psíquicos con el fin de obtener, del torturado o de un tercero, información o una confesión, o castigarlo por un acto que haya cometido o se sospeche ha cometido, o coaccionarlo para que realice o deje de realizar una conducta determinada. El objetivo puede ser variado: obtener una confesión o información de la víctima o de una tercera persona, como venganza por un hecho cometido por la víctima o de una tercera persona, como preludio de una ejecución (en cuyo caso se habla de muerte-suplicio) o simplemente para el entretenimiento sádico del torturador</p> <p>Durante todos los tiempos la tortura ha sido utilizada en sus múltiples formas con el fin de controlar, someter y quebrantar la resistencia del sujeto, y su objetivo ha consistido en obtener información, una confesión, o bien castigar, o intimidar, ya que el agente activo de la tortura es un servidor público u otra persona a instigación del primero, para poder manejarlo bajo el control de las instituciones a través de los más sofisticados instrumentos, intentando llegar a los límites de la resistencia humana, generalmente la tortura implica abuso por parte de autoridades, que</p>

	<p>cometen también delitos como: la privación ilegal de la libertad. Todo esto provoca serias alteraciones en la vida de los sujetos o los inculpados, en sus familias y su entorno social. La tortura se caracteriza por ser intencional, para producir daños que pueden ser físicos, psicológicos, sociales y sexuales, que afecten de manera importante la salud.</p>
ACTITUD	<p>Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2016). Documento Ejecutivo sobre los resultados del Diagnóstico Nacional de la Percepción de la Población sobre la Práctica de la Tortura, México.</p> <p>El documento da cuenta de una investigación en que se aplicó una encuesta a 1200 residentes de poblaciones urbanas de 15 años y más. Las respuestas arrojaron como resultado que un porcentaje significativo reconoce y sabe detectar qué es la tortura, quiénes son los perpetradores y que es un problema social. Se confirmó que la tortura es aceptada o se legitima su uso como práctica hacia personas que presuntamente son culpables de algún delito o inclusive que se puede comprobar su culpabilidad, e incluso se justifica emplearla como instrumento eficaz para obtener la verdad o como forma de sometimiento o castigo</p>

Fuente. Elaboración propia, a partir de los documentos consignados

A continuación, se exponen los principales resultados de las entrevistas desde cada dimensión de RS, indicando al inicio las principales preguntas detonadoras para cada grupo:

DIMENSIÓN DE INFORMACIÓN

Para las informantes Promotoras de Salud se hicieron preguntas como: ¿qué es para ti la tortura?, ¿has tenido contacto directo con algún caso de tortura?, ¿podrías platicarme de ello?

Sus respuestas coincidieron en que torturar es agredir física y psicológicamente, sin embargo, asocian la práctica con diversos referentes, ya que dijeron que es cualquier tipo de violencia, incluso una falta de respeto o un tipo de manipulación o faltarle el respeto a una persona, que es algo cotidiano visible en cualquier tipo de violencia, que es el ejercicio de un poder de un individuo hacia otro. Se deduce de estas respuestas que no cuentan con una definición concreta, consideran que en la tortura intervienen otras cosas, sus ideas sobre el concepto están basadas en diversas series de representaciones.

Para los médicos se hicieron preguntas como: ¿qué es para ti la tortura?, ¿has atendido casos de tortura?, ¿sabes sobre algún caso de tortura?, ¿se considera tortura agredir a una persona que ya está reclusa y que ya se encuentra juzgada?

En este grupo de informantes se encontró que la tortura implica agresiones físicas y psicológicas, que tiene como finalidad quebrar a la persona, romper su esfera biopsicosocial, arrebatar su dignidad para que al sentirse indefensa haga lo que la otra persona le indique, como confesar un delito no-cometido; que este tipo de agresiones se atribuyen a

servidores públicos, específicamente a los que laboran en el ámbito policial y ministerial, para quienes la principal labor es salvaguardar la seguridad de los ciudadanos. Complementan sus respuestas diciendo que es un método viejo realizado en la década de los setenta para intentar hacer justicia y que este método no solo constaba de agresiones físicas y psicológicas, sino que también los desaparecían, los separaban de su familia o de su comunidad, los recluían sin conocimiento de sus familiares, y de esa forma también dañaban a la familia ya que ésta no sabía dónde estaban y tenía esa incertidumbre de no encontrarlos, los dejaban sin alimentos, sin ropa o en malas condiciones y después de todo eso los liberaban. Agregan que otra finalidad de la práctica de torturar es castigar, que la mayoría de las agresiones son iguales, tienen una sistematización al aplicarlas, con ciertas variaciones de acuerdo con la personalidad de quien las ejerce; consideran esta práctica un delito y que es utilizada como un tipo de investigación.

Las preguntas que se les hicieron a los policías fueron: si la persona a la que están deteniendo miente sobre su detención (respecto a haber sido torturado), ¿usted cómo se puede defender?, ¿han cambiado esas reglas?, ¿cómo debe de actuar con los detenidos?, ¿ha sufrido agresiones durante su servicio?, ¿cómo debe de actuar ante eso? Últimamente se ha oído sobre el tema de la tortura y han salido videos; alguno de sus compañeros ¿ha sido acusado de eso?, ¿en qué grupos ha escuchado sobre esos casos?, ¿ha conocido casos de tortura? Cuando algo no es satisfactorio, ¿qué es lo que pasa?

Los informantes manifiestan que la tortura es un método usado por policías para confirmar un supuesto delito; existiendo diferentes técnicas y métodos pero que al final son agresiones físicas que presionan a la persona para la aceptación de que cometió un delito, también se puede interpretar que esas técnicas las usan para la «investigación» de delitos graves, esto porque mencionan su aplicación por la policía investigadora y judicial al tener una persona bajo su custodia y si esa persona tuviera que confesar algo, a través de esos métodos la persona confesaría lo que ellos quieren confirmar; uno de los informantes menciona que en donde él trabaja también se llegaron a generar esas situaciones; utilizar tortura como medio de investigación, también menciona que la policía uniformada es menos violenta y ese tipo de situaciones se dieron hasta el 2006.

DIMENSIÓN DE CAMPO DE REPRESENTACIÓN

Las preguntas que se aplicaron a las Promotoras de la Salud en esta dimensión son: ¿crees que la tortura siga existiendo en la actualidad?, ¿has tenido contacto directo con algún caso de tortura? Hay casos en los que se comprueba que una persona ha cometido un delito, pero no se puede proceder porque la confesión fue obtenida a través de tortura y se invalida todo el proceso, ¿qué piensas de eso? ¿Crees que la tortura sigue existiendo en la actualidad? ¿En dónde crees que se practique? En nuestra sociedad, ¿quiénes cometen tortura? ¿Qué personas crees que han sido torturadas?

Para esta dimensión las informantes promotoras de la salud refuerzan su explicación de la tortura como agresiones físicas y psicológicas; mencionan que se lleva a cabo por parte de personas que tienen cierto grado de poder y autoridad, e incluso se pueden hallar en instituciones gubernamentales o bien se dedican al narcotráfico, inclusive se percibe que colocan al gobierno al mismo nivel que al narcotráfico. Con estos comentarios se descubre que reconocen la participación del Estado, la autoridad, y las institu-

ciones gubernamentales en esa forma de realizar «investigaciones», ejerciendo tortura, por otra parte, se identifica que el crimen organizado comete ese tipo de actos hacia cualquier persona y esto da lugar a la asociación del gobierno con el crimen organizado

Para los informantes servidores públicos médicos se preguntó: ¿qué tipo de personas están implicadas, en ese hecho?, ¿has atendido casos de tortura?, ¿me podrías platicar de alguno?, ¿también se le considera tortura, golpear a personas que ya están reclusas y que ya se encuentran sentenciadas?

En las respuestas de los informantes médicos se identifica perfectamente al servidor público como quien comete tortura, mencionan a las personas que específicamente laboran como policías patrullando las calles, y quienes tienen contacto directo con los ciudadanos, los policías ministeriales o de investigación que se quedan con las personas detenidas cuando ya son presentadas al ministerio público para seguir las investigaciones, también a los militares y marinos por mencionar algunos. Recordemos que estas personas entrevistadas han tenido contacto directo con personas que manifiestan haber sido víctimas de tortura; su principal labor en el lugar donde trabajan es elaborar dictámenes, que puedan servir o no como prueba a los abogados que defienden a defensores de estas personas que manifiestan haber sido torturadas, es por ello que deben tener la mayor parte de información verídica para que su dictamen se pueda considerar como una prueba pericial y así poder colaborar para que el delito de tortura vaya disminuyendo, o se dé cuenta de quienes cometen el delito. Los informantes agregaron ser los primeros policías con los que tienen contacto las personas detenidas, quienes inicialmente cometen actos de tortura al presentarlos al Ministerio Público, los otros policías con los que se quedan ya en el Ministerio Público, los de investigación, también los golpean, que incluso las víctimas pueden no tener nada que ver con un hecho delictivo, un informante comenta que lo más frecuente es que sean personas pobres, con nivel escolar bajo, comerciantes, sin un ingreso fijo, sin empleo formal y en su mayoría hombres. Comentan también que en los demás estados de la república son los policías municipales o estatales quienes cometen ese tipo de hechos y con las personas que ya están reclusas y sentenciadas los custodios comenten este tipo de irregularidades con la finalidad de castigar.

A los informantes policías se les preguntó: ¿cómo ha cambiado la corporación desde su ingreso hasta la fecha?, ¿cómo es un día en su trabajo?, ¿les dan capacitaciones para que ustedes sepan sobre sus derechos?, ¿cómo son las relaciones entre los compañeros?, ¿cómo es la relación con sus jefes?, ¿de qué hablan en la capacitación sobre uso legítimo de la fuerza?, ¿de cómo someter?, ¿usted ha sido víctima de algún delito?, ¿sigue siendo tedioso ir al Ministerio Público?, ¿algunos de sus compañeros han tenido problemas con el tema de abuso de autoridad?, ¿les dan capacitaciones sobre derechos humanos?, ¿qué les enseñan en esas capacitaciones?, ¿cómo es la relación entre la institución policial y los derechos humanos?, ¿cuánto tiempo de preparación debe de tener una persona que quiere ser policía?, ¿a quién le rinde cuentas? Cuando algo es satisfactorio de su trabajo, ¿cómo se lo reconocen?, ¿cómo debe actuar cuando quieran golpearlo o lo golpeen?

Los informantes respondieron que las actitudes o forma de actuar en el momento de ejecutar sus labores son conformadas a partir de sus capacitaciones en el lugar de trabajo y que estos comportamientos deben basarse en leyes y reglamentos internos institucionales, ellos como trabajadores reconocen qué se debe y qué no se debe hacer

al detener a una persona; por otro lado al ejecutar parte de sus funciones en otras instituciones con las que interactúan, generalmente son obstaculizadas ya que están acostumbrados a funcionar con un estímulo económico para poder cooperar en sus labores, en este trabajo se considera que este punto es otro factor que provoca que los policías sean orillados a recurrir a otra forma de facilitarse el trabajo. También comentan que la sociedad ya tiene al policía en un mal concepto, aunque hagan su trabajo honestamente, los ciudadanos están siempre a la defensiva o en contra de ellos, basta con un solo policía que actúe mal para juzgar todo el trabajo de los demás. Como consecuencia de recibir estímulos otorgados por la institución cuando sus jefes les ordenan o exigen realizar una búsqueda o detención, lo que también los orilla a lograr sus objetivos a como dé lugar, restándole importancia a colaborar con el esclarecimiento de la verdad de los hechos, principal objetivo de su labor como policías.

DIMENSIÓN DE ACTITUD

Las preguntas para las informantes promotoras de la salud fueron: ¿has tenido contacto directo con algún caso de tortura? ¿Crees que la tortura es necesaria para la detención de una persona? En algunos estudios, encuestas, diagnósticos, las personas creen que la tortura es justificable cuando una persona, cometió un delito, ¿tu qué crees? ¿Está bien que les peguen? En esta sociedad, ¿quiénes son torturados? ¿Has visto en la televisión, leído, oído en radio, en las redes sociales un caso que te haga pensar en tortura? ¿Qué piensas de las agresiones, hacia los estudiantes universitarios? ¿Qué emociones te genera, que la fuerza pública, reprima a la gente a través de agresiones?

Las informantes coinciden al decir, que a una persona que comete un delito, se le tiene que tratar de tal forma que pague o se castigue por el delito cometido, pero pesar de haberlo cometido, no se debe olvidar que es un ser humano con derechos; también las entrevistadas tienen el conocimiento de que si un policía detiene a una persona, este debe mostrar una orden de detención o indicar cuál es el motivo por el cual te está deteniendo; mencionan respecto a si los policías pueden agredir sin motivos cuando se encuentran realizando una detención, esta acción les hace pensar que los policías al agredir se están poniendo a la misma altura de la persona que cometió un delito. Comentan que incluso los policías se prestan a fabricar culpables o indicios falsos por necesidad económica o presión laboral, toman en cuenta el sentir por parte de las víctimas que les hará pensar que la persona que las lastimó sea lastimada de la misma forma como lo hizo, considerando que las investigaciones no las elaboran como se debe y por lo cual, la justicia no se hace presente para las víctimas de algún delito, en este discurso, se identifica que también existe contradicción, ya que si bien se posicionan en contra de la tortura, justifican a la persona que comete estas acciones a través de la institución.

A los informantes médicos se les preguntó: ¿has atendido casos de tortura? ¿Sabes sobre algún caso de tortura? ¿Cuáles son las características? ¿Qué postura tienes ante la tortura? ¿Crees que haya algún caso? ¿Alguna situación en la que se justifique la tortura? Si entrevistaras a una persona, de la que está comprobado que cometió un delito, y tu intervención ayudaría a recuperar su libertad, ¿qué harías? ¿Has llegado a ser agredida en alguna entrevista? ¿Qué sientes al ver que una persona de alguna forma puede estar presionada a no aceptar la ayuda? ¿Has llegado a comprobar casos de tortura? ¿Te han

tocado casos donde la persona ya sea juzgada, ya se comprobó que cometió el delito, pero aun así fue torturada?

Este grupo de informantes servidores públicos se encuentra en contra de la tortura, en contra de utilizarla como método de investigación y de que se aplique, siendo un delito injustificable y no necesario para una detención; comentan que la gravedad de las lesiones a veces puede influir en ellos, pues las personas exageran las versiones de los hechos para obtener el beneficio de ayuda, de acuerdo con esto, se considera que aparte de que su actitud es contraria a la tortura también es contraria a la mentira. Este fenómeno lo logran detectar, porque al preguntarles a las personas síntomas característicos de las lesiones, no saben describirlos, y por eso se dan cuenta de que en las narraciones aumentan detalles de lo que pasó, los informantes médicos creen que las personas hacen esto para que los dictámenes favorezcan su caso. Agregan que la tortura es un delito y por lo tanto la persona que la ejecuta lo está cometiendo, creen que la tortura sigue persistiendo porque a la sociedad no le es suficiente el castigo a través del encarcelamiento para alguien que cometió un delito. Ellos como profesionistas médicos, por el lugar donde trabajan, han aprendido a no juzgar a las personas por el delito del que se les culpa, cuando los van a entrevistar, siempre actúan de forma profesional, de acuerdo con las normas que rigen su campo laboral, en su ética médica y en la búsqueda de objetividad en su labor.

Las preguntas para los informantes policías fueron las siguientes: ¿Qué perfil debe de tener una persona que quiere ser policía? ¿Qué es lo que más le gusta de su profesión? ¿Cómo debe de actuar usted ante agresiones por parte de la persona que está deteniendo?, ¿lo han acusado por abuso de autoridad?, ¿hay casos en los que se justifiquen las agresiones de su parte?, ¿usted cree que en algún caso en algún momento se justifique la tortura?, ¿cómo es la relación de la Institución policial con las Instituciones defensoras de derechos humanos? ¿Cómo son las relaciones entre compañeros?

Los policías al verse involucrados en situaciones tensas, tratan de controlar o contener sus emociones y no perder la calma, tratan de entender las actitudes de las personas que están arrestando, ya que éstas a veces están intoxicadas con drogas y/o alcohol, lo que propicia que se encuentren en una situación de peligro, al estar en esa posición ellos o las personas que están presentes; los policías tienen permitido disparar a la persona provocadora de la situación en ciertas partes del cuerpo para inmovilizarla. Ellos reconocen como tal, el respeto a la persona por el simple hecho de ser persona y de alguna forma manifiestan que no se justifica un abuso de autoridad, pero, que sí se llega a rebasar este respeto, por perder la paciencia, es la forma de justificar las agresiones que cometen hacia los detenidos.

Los informantes policías que desempeñan el puesto de jefes comentaron que llevan una relación buena con las instituciones defensoras de derechos humanos, sin embargo, otro de los informantes policías comentó que hay cierto recelo entre estas instituciones porque los defensores de derechos humanos cuestionan mucho sus formas de trabajo y de actuar, los policías reconocen como su principal labor servir a los ciudadanos y a la nación, pero por las situaciones laborales a las que están sometidos se encuentran expuestos a muchas tentaciones y como cualquier ser humano comenten errores.

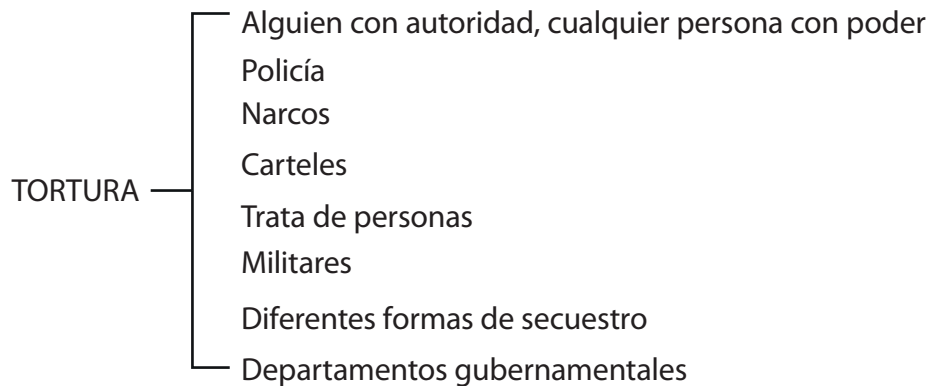
CONCLUSIONES

Como parte de esta investigación, para cada grupo se elaboraron una serie de hipótesis; a continuación, se detallan las hipótesis que se cumplieron.

- Para el grupo de informantes promotoras de la salud la hipótesis que se cumple es que no identifican qué prácticas son violatorias de Derechos Humanos.

En este grupo de informantes se encontró que la idea de tortura se asocia con distintos actores sociales, a continuación, se presenta un esquema con las ideas del grupo.

ESQUEMA 1
QUIÉNES COMENTEN TORTURA PARA PROMOTORAS DE LA SALUD



Fuente. Elaboración propia a partir de los resultados de las entrevistas a promotoras de la salud.

De acuerdo con lo anterior y con respecto a la definición de tortura se observa que las promotoras de la salud informantes no identifican claramente qué es, sin embargo la asocian con la violencia física y psicológica; al aplicar las entrevistas y cuestionarles su concepto de tortura y quiénes cometían tortura, al no recibir la respuesta esperada, se les compartió el concepto del que parte este estudio, esto influyó en las informantes y se recuperó información sobre el tema, porque lo empezaron a comentar, recordaron ideas, información o hechos directamente relacionados con la tortura. Se puede observar también que esta influencia sesgó las respuestas posteriores, ya que no se les dejó seguir contestando con los elementos que ellas conocían del tema antes de la entrevista y por lo cual no se cuenta con los elementos certeros para reconocer como ellas la conceptualizaban.

Con base en el Esquema 1 sobre lo que las promotoras de la salud asocian con tortura, podemos observar que sus consideraciones sobre qué es o quiénes cometen tortura están fundamentadas en una serie diferente de RS, sus fuentes de información y campo de representación sobre el tema involucran elementos construidos desde lo que ven y oyen en su vida diaria, probablemente, en la televisión, en la radio, en redes sociales, en periódicos, etcétera

En el Esquema 1, también se observa la idea de que un servidor público de cualquier institución gubernamental es quien posee poder, o a quien se le puede designar como autoridad y es por ello por lo que abusan de esta situación. Incluso mencionan al crimen organizado; a partir de sus testimonios se infiere que este último aparece en lo que ellas consideran tortura, porque la violencia que ejercen estos grupos se iguala a la práctica de la tortura. En la vida cotidiana, la televisión, radio, películas, periódicos, redes sociales, series, se encuentran invadidas de acontecimientos sobre ese tipo de violencia, es por lo que les suena tan parecido o incluso igual.

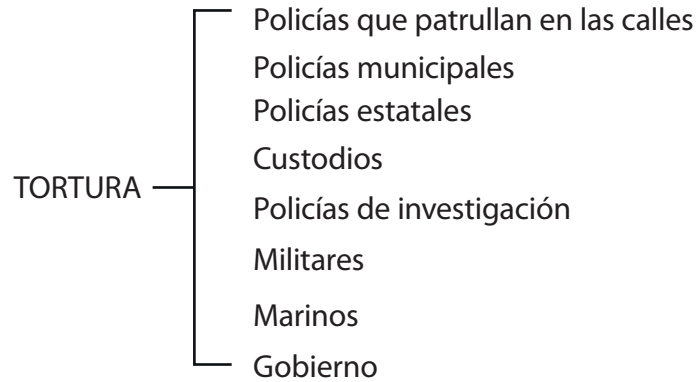
Las informantes promotoras de la salud no conocen con precisión el término tortura, aunque saben sobre derechos humanos, pues en su formación profesional cursan una materia donde se aprende sobre ellos; en este sentido cabe destacar que la situación de la tortura no se revisa a fondo como parte de los contenidos de dicha asignatura, solamente se da a conocer su abordaje en la declaración universal de los derechos humanos, específicamente en el artículo 5.

Este grupo de informantes no reconoce las prácticas violatorias de Derechos Humanos; porque al entrevistarlas se identifica que les cuesta distinguir una violación a los derechos humanos de un delito, esto porque no identificaron a la tortura como una violación a los derechos humanos, lo cual se plasma claramente en el esquema que se elaboró sobre quién consideran que tortura. Es importante recordar que las violaciones a los derechos humanos se cometen por servidores públicos que laboran en instituciones gubernamentales, parte del Estado, que está incumpliendo sus obligaciones de garantizar los derechos que se comprometió a proteger y realizar al aceptar ser Estado Parte de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, firmada en Nueva York, el 10 de diciembre de 1984, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, adoptada en Cartagena de Indias, Colombia, el 9 de diciembre de 1985; reconocimiento por parte de México de la Competencia del Comité contra la Tortura, establecido en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes del 10 de diciembre de 1984. El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, adoptado en Nueva York, el 18 de diciembre de 2002.

- Para el grupo de informantes servidores públicos médicos la hipótesis que se cumple es que tienen la preparación de Derechos Humanos y no admiten que la tortura se aplique como práctica de investigación para un delito.

En el siguiente esquema podemos observar quiénes son las personas que cometen tortura mencionadas por este grupo.

ESQUEMA 2
QUIÉNES COMETEN TORTURA SEGÚN LOS SERVIDORES PÚBLICOS MÉDICOS



Fuente. Elaboración propia con base en resultados de entrevistas a los servidores públicos médicos.

Los informantes médicos cuentan con la información sobre la definición de tortura, saben que es una violación a los derechos humanos por parte de servidores públicos con la finalidad de obtener una confesión o castigar, recordemos que ellos laboran en una institución defensora de derechos humanos, y esto influye totalmente en que conozcan bien los conceptos. Manifiestan que la tortura es una práctica que por ningún motivo debería ser utilizada o permitida en la investigación policial, que es totalmente inadmisibles y por ningún motivo debería ser aceptada ni ejercida.

Su principal labor como médicos defensores de derechos humanos es elaborar dictámenes aportando pruebas o elementos en las investigaciones de personas que alegan haber sido torturadas. Ellos al realizar su labor, en las investigaciones, evitan informarse del porqué la persona fue sentenciada o acusada, esto para evitar juzgar las situaciones en las que se dieron los eventos y así poder elaborar sus dictámenes sin ningún tipo de prejuicio, de manera neutral; ya que nadie merece ser sometido a tortura.

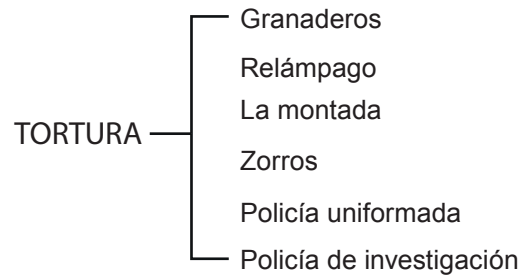
Se identifica en el actuar de los médicos el evitar en todo momento juzgar a la persona y laborar lo más correcto posible las características de un defensor de derechos humanos, por otra parte se debe tomar en cuenta que las condiciones en las que eligieron su vocación fueron convenientes; ellos querían estudiar medicina, ellos eligieron ser médicos forenses y en el camino, defensores de derechos humanos, su vocación fue deseada y lograda, lo cual se considera que influye de manera favorable en el desempeño de sus labores y como aporte profesional a la sociedad.

Al ser neutrales en su campo de trabajo, en la elaboración de sus dictámenes, en las investigaciones que realizan, al no darle importancia a si la persona que está enfrente de ellos cometió o no un delito, y en apego al protocolo, buscan reconocer cuando la denuncia por tortura es falsa o exagerada, no admiten que la práctica de la tortura sea ejercida sobre cualquier persona sin importar condición jurídica, incluso podría decirse, no admiten que se aplique a nadie sin importar su raza, condición social, religiosa, orientación sexual. Ya que lo consideran un delito totalmente injustificable.

- Para el grupo de informantes servidores públicos policiales la hipótesis que se cumple es que tienen claro qué es la tortura, sin embargo, se arriesgan a ejecutarla porque tienen otra serie de presiones institucionales que cumplir.

El siguiente esquema corresponde a las personas mencionadas por servidores públicos policiales como quienes ejecutan tortura.

ESQUEMA 3
QUIÉNES COMENTEN TORTURA SEGÚN LOS SERVIDORES PÚBLICOS POLICIALES



Fuente. Elaboración propia con base en los resultados de las entrevistas a servidores públicos policiales.

Los informantes policías reconocen y tienen claro qué es la tortura, quiénes la practican, cuáles son las técnicas y métodos, con agresiones físicas y psicológicas, que es una forma efectiva de obtener información o una confesión sobre un crimen, como se lo presentan u ordenan sus mandos superiores, asimismo, mencionan que esta práctica dejó de utilizarse en el año 2006, o que actualmente se utiliza en otras instituciones u otros grupos policiales, pero no en el que ellos laboran, de acuerdo con ello se debe señalar que era una práctica cotidiana y común, que se legitimaba por usos y costumbres, siendo una manera en la que estaban acostumbrados a obtener la información, sin considerarse como alguna falta en sus actividades laborales, aunque nos podemos dar cuenta por las fechas de las convenciones y tratados sobre la prohibición de tortura que en México, fue un tema que se retomó varios años después de la incorporación de los informantes a la corporación policial. Más adelante, cuando los derechos humanos empezaron a tomar fuerza en México, se logra que estos usos y costumbres sean vistos de distinta manera, se comienza a reestructurar la forma de elaborar investigaciones, su campo de representación es señalado y se tiene que modificar, es por esto que uno de los policías informantes en una de las entrevistas comenta que: «ya no se les puede empujar, jalonear, pegar tantito porque ya se quejan con derechos humanos; cuando antes nadie les cuestionaba sus prácticas de cómo obtener información o someter a los detenidos».

Entre otras cuestiones que influyen en la práctica están las presiones institucionales a cumplir, tales como pagar ciertas cuotas para acceder al material de trabajo, por ejemplo, uniforme, radio, automóvil, camionetas, motos, armas, entre otros, permitiéndoles mejores condiciones para trabajar. Además, deben pagar ciertas cuotas en otras instituciones con las que se vinculan al presentar a la persona detenida, para que sus labores no se

entorpezcan y por lo tanto sus mandos superiores no los arresten. Los mandos superiores otorgan estímulos al que encuentre con rapidez lo solicitado. Lidian con personas detenidas que se pueden encontrar alcoholizadas y/o drogadas y esto les genera situaciones donde su vida se pone en peligro y ellos claramente tienen que luchar por defenderse. También consideran que las instituciones policiales son vulnerables ante tentaciones y corrupción por las situaciones a las que están expuestas.

Los informantes servidores públicos policiales tienen claro el deber y no deber hacer en una detención y exponen que difícilmente en ésta no haya agresiones, que son parte del momento, siempre y cuando no se salga de control la situación, de lo contrario la institución no los respalda. Se percibió en las expresiones de los entrevistados, que desde la detención de la persona dan por hecho que cometió un delito, aunque también mencionan que las personas se merecen respeto por el hecho de ser personas, manifiestan que el abuso de autoridad no se justifica, pero si los detenidos/personas sobrepasan ese respeto, las agresiones por su parte se hacen justificables.

Por otra parte, se observa que la forma de ejecutar su trabajo está relacionada con las capacitaciones recibidas por parte de la institución, con la forma en la que los perfilan, incluso mencionan que ello está basado en leyes y reglamentos internos, es por esto que se da la contradicción con las instituciones defensoras de derechos humanos, pues a partir de que se incluyeron en las garantías individuales los derechos humanos, su trabajo se ha visto afectado y señalado, dado que en su formación inicial no los instruyeron con esa visión; reconocen como su principal labor servir a los ciudadanos y a la nación y que si ellos ejecutan tortura corren el riesgo de perder su trabajo.

Se pueden reconocer a partir de sus testimonios, las condiciones laborales a las que se encuentran sometidos día a día, sin embargo, esto no justifica que recurran a utilizar la tortura como forma rápida de realizar su trabajo dentro de la investigación. Se evidencia que las situaciones a las que se enfrentan no son fáciles y la existencia de un nivel de abandono y despreocupación a que está sujeta la institución, ellos identifican la razón por la que las personas ya no creen en ellos, no confían en las autoridades.

Ahora bien, respecto a las **diferencias y similitudes en la representación social de la tortura** entre los informantes servidores públicos médicos defensores de derechos humanos, servidores públicos policiales y promotoras de la salud; se observaron similitudes entre las definiciones dadas por los informantes servidores públicos médicos y policiales. En el siguiente esquema se integran los anteriores con la finalidad de observar la similitud de actores mencionados por los informantes servidores públicos médicos y policiales como los responsables de ejecutar la práctica de tortura. Se puede observar en el esquema (véase Esquema 4) que los informantes servidores públicos policiales mencionan específicamente cuáles grupos son quienes la ejecutan, los informantes servidores públicos médicos mencionan que en general son los policías quienes la ejecutan; los médicos agregan que se puede encontrar otro grupo de policías quienes practican tortura; estos son los custodios, lo que varía es la finalidad para utilizarla. Esta información fue obtenida de las preguntas que tenían que ver con el campo de representación tanto de los servidores públicos médicos como de los servidores públicos policiales. Los informantes servidores públicos médicos obtienen la información desde su campo laboral al igual que los informantes servidores públicos policiales; cabe destacar las condiciones e intereses distintos entre estos dos grupos sobre la elección de su labor siendo

para los médicos sus experiencias personales las que los llevaron a querer ser médicos, a diferencia de los servidores públicos policiales cuya necesidad económica los llevó a quedarse en la academia de policía.

La formación de estos servidores públicos y el trabajo que desempeñan está relacionado con la práctica de la tortura, uno la ejecuta y el otro participa en la investigación de ella, y los dos grupos de informantes son conscientes de que es una práctica injustificable que no debe utilizarse para obtener información, ni como castigo o técnica de investigación.

ESQUEMA 4
QUIÉNES COMETEN TORTURA, DE ACUERDO CON LOS GRUPOS ENTREVISTADOS



Fuente. Elaboración propia con base en resultados de las entrevistas con los tres grupos.

A diferencia de estos dos grupos informantes, el de promotoras de la salud reflejó falta de claridad sobre el significado de la tortura, pues la relacionan con diferentes prácticas cometidas por personas particulares o instituciones que no necesariamente se dedican a investigar delitos. En los otros grupos esta información fue obtenida a través de las

preguntas que tienen que ver con su campo de representación. Las similitudes entre los tres grupos de informantes están en su convicción de que, independientemente de quién la ejerza, la tortura es inaceptable y no se debe ejecutar por ningún motivo, esto lo expresan al responder las preguntas referidas a la dimensión de actitud.

Con todo lo anterior se puede observar que al grupo de informantes de Promoción de la Salud le falta preparación para reconocer la práctica, y tener conocimientos sobre el tema; desde la licenciatura de la UACM, la Promoción de la Salud es un campo de estudio que puede aportar elementos que colaboren en la atención de la problemática. Si la tortura continúa existiendo, si las leyes no bastan para evitar su práctica, pueden ser los profesionales de la promoción de la salud quienes detecten qué es lo que está pasando y hagan propuestas de acción. Por ello es fundamental preparar mejor a los promotores de la salud en temas de derechos humanos, para que cuenten con conocimientos sobre cómo funcionan, y para que puedan detectar conductas violatorias de éstos y a quienes son responsables.

En función de lo establecido en la carta de Ottawa⁴ sobre la significación y el alcance de la Promoción de la Salud, los promotores de la salud pueden intervenir en ese tipo de situaciones. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental y es necesario intensificar su promoción, ya que hoy en día es aún minoritaria la población que reconoce su relevancia. Por ello, es necesario implementar estrategias para que la exigibilidad de los derechos humanos sea posible entre reclusos, pues ante el desconocimiento se es vulnerable a una violación y no se sabe cómo actuar o identificarla. Habría que propiciar reflexión entre distintos grupos poblacionales sobre esta práctica y el problema que representa; avanzar hacia el reconocimiento de que su aceptación en las investigaciones policiales implica que éstas carezcan de veracidad. Así mismo, es vital insistir en el hecho de que las autoridades están para salvaguardar nuestra integridad, y que si su trabajo no se ejecuta debidamente no se puede obtener justicia ante la denuncia de un crimen, al contrario, se generan más injusticias. Consecuentemente, las denuncias de tortura pueden ser utilizadas, para manipular, abusar o mentir sobre su ejecución y con ello obstaculizar la lucha por su eliminación y vulnerar la justicia.

Desde la perspectiva que nos aporta la Promoción de la Salud, específicamente en cuanto a «desarrollar aptitudes personales», nuestra intervención en cada grupo de informantes nos condujo a proponer tres estrategias diferenciadas, ya sea en su forma o contenido, para propiciar o fortalecer el desarrollo de aptitudes que contribuyan a la erradicación de la tortura:

1. Para los servidores públicos médicos *se plantea realizar un taller* donde el objetivo sea analizar cómo la tortura va más allá de generar un daño físico y mental, reflexionando sobre las formas que adquiere en la cotidianidad en el interior de los espacios públicos. Con el propósito de brindar a los servidores públicos médicos información sobre las diferentes nociones de salud (incluyendo su concepción positiva) y los factores de los que depende.

⁴ Definición de Promoción de la Salud, (OMS, 1986).

2. Con los servidores públicos policiales *se propone dar una capacitación* en la que reconozcan y sean conscientes de las implicaciones que genera la tortura, además de que conozcan las generalidades de los derechos humanos de modo que, respecto a su desempeño cotidiano, logren evaluar todos los factores que están implicados al cometer una violación a los derechos humanos, así como las propuestas para evitarlo.

3. A la comunidad estudiantil, particularmente de la licenciatura en Promoción de la Salud, *se plantea realizar un taller* cuyo objetivo sea que los participantes discutan sobre los derechos humanos en general, compartan experiencias sobre acciones violatorias de derechos, reconozcan señales de alerta sobre abusos de autoridad y elaboren una ruta a recurrir si se encuentran en esas situaciones. El propósito es contribuir a su reconocimiento y concientización respecto a la lucha contra la tortura y, a partir de ello, al establecimiento de mecanismos comunitarios de mediación frente a este tipo de fenómenos.

A través de estas estrategias se busca la reflexión grupal y contextualizada, y el análisis de las representaciones sociales que permean el campo de desarrollo de cada colectivo. Así se abonará a la comprensión del fenómeno y al logro de un mecanismo para su erradicación como práctica social.

REFERENCIAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1984). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2020). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, última reforma DOF 18-12-2020:23. http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/1_181220.pdf 01/07/2020
- CUEVAS, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales* Año 11 (21), 110-140. <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v11n21/2007-8110-crs-11-21-00109.pdf>
- DE CURREA, V. (2005). La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*. (32), 11-127. Bilbao: Universidad de Deusto. La salud como derecho humano (deusto-publicaciones.es)
- HERNÁNDEZ, R., Fernández C. y Baptista P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- LACOLLA, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista ierEd: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea]. 1 (3), 17. <http://revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf>
- MONTIEL, L. (2011). *La salud en México: una perspectiva de los Derechos Humanos*. (Cuadernos de Derechos Humanos, 4). México: Universidad Iberoamericana.
- MORA, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. (2) 1-25. <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- MOSCOVICI, S. (1986). Psicología social, II. Pensamiento y vida social. En *Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Naciones Unidas. (2000). CESCR Observación General 14. Consejo Económico y Social. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- NEGRETE, L., Hernández, R., Sosa, M., e Ibarra Y (productores), Hernández, R. y Geoffre S. (directores) (2008). *Presunto Culpable* [documental] México: Abogados con Cámara; Instituto Mexicano de Cinematografía CONACULTA; Fondo para la producción cinematográfica FOPROCINE.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. (2004). Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Serie de capacitación profesional, 8(1), Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Ottawa. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de salud pública. Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>
- SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (2020). Subsecretaría de Participación Ciudadana y Prevención del Delito. <https://www.ssc.cdmx.gob.mx/organizacion-policial/subsecretaria-de-participacion-ciudadana-y-prevencion-del-delito>

A MANERA DE EPÍLOGO DE LA SERIE

Los tres títulos: *Condiciones laborales y de salud*, *Condiciones materiales de vida y de salud* y *Cultura y salud* que conforman esta serie, dirigida a los estudiantes en formación, integran los saberes y hallazgos de quienes realizaron cada investigación para obtener el grado que los licencia como profesionales en el campo de la promoción de la salud. Es importante resaltar que en ellos se muestra cómo para configurar los problemas de salud/enfermedad y su respuesta, desde una mirada transdisciplinaria, es importante analizar los fenómenos desde una perspectiva sociohistórica y de la teoría de la complejidad.

Se debe entonces partir del planteamiento de que los problemas de salud/enfermedad se caracterizan por ser complejos. Tal complejidad es un hecho inobjetable en tanto existen múltiples dimensiones y niveles de análisis para comprender cada problema. En este orden de ideas, la noción de salud admite múltiples definiciones dependiendo desde qué posturas y/o miradas teóricas se aborde. En general, se puede decir que se requiere de un enfoque transdisciplinar para comprender, explicar y atender toda problemática al respecto.

En cada uno de los casos expuestos, en general, se indica que el paradigma biomédico es una perspectiva restringida, pues se limita a estudiar los factores de riesgo proximales (biológicos, ambientales, conductuales) que afectan la salud de la población, lo que Kuhn llama la ciencia normal. En tanto que el paradigma sociohistórico se conoce como una perspectiva amplia: porque aborda las condiciones estructurales (políticas, económicas, culturales) de la sociedad, que afectan la salud de la población.

El abordaje de la perspectiva sociohistórica permite atender problemas en torno a la salud que no se abordan desde un paradigma tradicional, esto es, desde la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención/muerte que para la perspectiva crítica es esencial.

Así pues, los trabajos que integran esta serie están enfocados en entender y analizar las relaciones entre los elementos que configuran los (PSE) y otros procesos vitales como la nutrición, la sexualidad, la reproducción biológica. Nuestras indagaciones y hallazgos se fundamentaron en dos grandes orientaciones: *la dimensión material*, manifestada en su expresión orgánica, biología y social, y *la dimensión simbólica* que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la subjetividad colectiva.

En los dos primeros títulos de esta serie se abordó la dimensión material, desde las condiciones laborales y las condiciones materiales de vida. En este tercero, la dimensión simbólica, hacia cuya consecución se confirma la trascendencia de estudiar y elaborar teóricamente las categorías de cultura, ideología, género e identidad

El binomio salud/enfermedad expresado en la corporeidad y la psique humana nos exige comprender la relación entre los seres humanos y los procesos sociales. También es importante entender que los procesos de determinación social no actúan como agentes biológico-físico-químicos en la generación de la enfermedad, pues no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica dosis-respuesta (López y Blanco, 2003). Por ello, se requieren metodologías; técnicas e instrumentos variados. Cada una de estas

investigaciones realizadas enfatiza qué metodologías —cuantitativas y cualitativas— fueron seleccionadas para el abordaje del objeto de estudio.

Cada metodología es como una «caja de herramientas», descritas de manera específica de acuerdo con las necesidades del objeto de estudio y del marco teórico que se ha elegido para abordarlo. El instrumento o herramienta utilizada para recuperar información está determinado por el objeto de estudio, es decir por cada problemática específica, su concepción, su perspectiva teórica y metodológica. A veces es necesario utilizar dos o más técnicas o tipos de metodologías por la naturaleza del objeto de estudio, entonces, se pueden realizar estudios mixtos y/o triangulación de métodos, instrumentos y/o técnicas.

Cabe destacar que las técnicas, los instrumentos y los procedimientos no son neutros y siempre es necesario ubicarlos en los procesos y contextos en los que se aplican, y orientarlos en relación con las posturas epistemológicas y teóricas planteadas por quienes investigan y quienes intervienen en tales procesos.

Así pues, esta serie ofrece a los estudiantes aproximaciones a diferentes metodologías, técnicas e instrumentos, que son presentadas y planteadas para su comprensión, además de contar con referencias específicas y con el respaldo de una vasta y útil bibliografía que permitirán a los(as) lectores(as) profundizar en sus aprendizajes.

Esta serie está dedicada a los estudiantes y se ha configurado como un material valioso e inspirador para su trayectoria formativa, para que reconozcan los alcances de aquellos contenidos que, de forma básica, se aprenden durante el curso Salud Pública III, y que son apenas la semilla para la ulterior comprensión no solo de los fenómenos de salud, sino de las posibles soluciones a sus problemáticas, desde el amplio campo que la Promoción de la salud ofrece.

La condición para lograr tal comprensión es que los(as) estudiantes se hagan cargo de su propia formación; que desarrollen su capacidad de situarse frente a corrientes y enfoques teóricos, metodológicos e instrumentales.

Es importante señalar que si bien cada título hace referencia ya sea a la *dimensión material* o a la *dimensión simbólica*, se pretende que el estudiante pueda transitar ya sea del caso concreto a los postulados conceptuales, o bien desde lo teórico a lo metodológico y viceversa, según sean su interés y su reto cognitivo. Tal ha sido el propósito de nuestro abordaje desde el campo de la Promoción de la Salud a temáticas que pueden problematizarse en relación con la calidad de vida y la salud de los diferentes grupos sociales.

Sirva esta serie para despertar la creatividad e imaginación de los estudiantes, al plantearse abordajes para el estudio, cuyo rigor científico les posibilite ir construyendo, desde su práctica profesional acciones que contribuyan a combatir las inequidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LÓPEZ, O y Blanco, J (2003) «Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones», en: *Salud Problema*, Nueva Época, (México) Vol. 8 N° 14-15.

RESEÑAS CURRICULARES

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Es licenciada en Medicina, con grados de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la UAM - Xochimilco. Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Líneas de investigación principales: Condiciones laborales y de salud, Régimen de política social, prácticas sociales y procesos de salud-enfermedad.

CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

Es licenciada en Pedagogía por la Universidad Femenina de México, con grado de Maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo. Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Líneas principales de investigación: formación de recursos humanos, desigualdades sociales y salud, y desarrollo de estrategias de enseñanza aprendizaje para estudiantes con y sin discapacidad visual.

ADRIANA EVELYN BONILLA CANALES

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Actualmente radica en el Estado de México y es docente en la Preparatoria Oficial Núm 96 donde imparte clases de biología, química y salud integral del Adolescente.

IVETTE ALEJANDRA GARCÍA MORALES

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; ha participado en cursos, talleres y diplomados relacionados con los Derechos Humanos, Protocolo de Estambul y Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales; para su aplicación y práctica en los procesos de Promoción y Educación, impartidos por la CDHCM, Museo Memoria y Tolerancia, CNDH y Asilegal. Impartió una clase sobre la conceptualización social de la tortura en la Universidad del Claustro de Sor Juana. Publicó un artículo en la revista *Astrolabio*, participó como ponente en el 1er conversatorio entre estudiantes y egresados de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Actualmente labora en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.

YOVANNA SEVERIANO ROSAS

Licenciada en Promoción de la Salud egresada de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Participó en la línea telefónica de medicina a distancia proporcionando orientación y asistencia acerca de los servicios de salud en la Ciudad de México. Actualmente se desempeña en Salud Interactiva, donde se encarga de proporcionar sesiones de capacitación de atención preventiva en salud, así como de diversos servicios de salud ofertados por la misma empresa. Ha realizado cursos como Retorno seguro a la nueva normalidad; así como cursos referentes al Covid-19.

ALEJANDRA ISABEL PLASCENCIA ALVAREZ

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con el trabajo recepcional titulado: *Trabajo Sexual: Significados y prácticas de salud. Estudio de caso*. Capacitada para realizar distintos estudios a pacientes para conocer su capacidad y función respiratoria. En 2021 concluyó la formación de Hipnoterapia Avanzada, avalada y certificada por la Escuela de Hipnoterapia; Palo Alto School of Hypnoterapy, de California, bajo el título de: Hipnoterapista certificado.

CAÍN SALAS TORRES

Licenciado en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con la tesis: *Trabajo Sexual: Significados y prácticas de salud. Estudio de caso*.

ANA LAURA VALENCIA DÍAZ

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM-San Lorenzo Tezonco. Participó como profesora de la Licenciatura de Medicina Integral y Salud Comunitaria en la Universidad para el Bienestar Benito Juárez García (UBBJG). Actualmente es profesora de asignatura en la Licenciatura de Promoción de la Salud adscrita al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UACM. Su principal línea de investigación es sobre la Determinación del proceso salud-enfermedad en adultos mayores con análisis Cultural.

SUMARIO

Presentación	7
I. Marco conceptual y consideraciones metodológicas para el estudio de la cultura y la salud. <i>Claudia Alicia López Ortiz y Roselia Arminda Rosales Flores</i>	9
Cultura, género, prácticas sociales y salud	9
Metodología	15
II El adulto mayor, su masculinidad y relación familiar. <i>Ana Laura Valencia Díaz y Claudia Alicia López Ortiz</i>	19
Introducción	19
Metodología	21
<i>Método fenomenológico</i>	22
<i>Muestreo no probabilístico</i>	22
<i>Técnicas de recolección de datos y aplicación del instrumento</i>	23
<i>Análisis fenomenológico</i>	24
Resultados y análisis	24
<i>Proveedor económico</i>	24
<i>Fortaleza física</i>	28
<i>Enfermedades en etapa productiva</i>	30
<i>Poder</i>	31
<i>Actividad sustituta</i>	32
<i>Representación social sobre ser joven y viejo</i>	33
<i>Estado emocional</i>	35
<i>Estado anímico actual</i>	35
<i>Identidad masculina</i>	37
<i>Discusión y conclusiones</i>	37
III Embarazo en la adolescencia y proyecto de vida. <i>Yovanna Severiano Rosas, Adriana Evelyn Bonilla Canales y Roselia Arminda Rosales Flores</i>	41
Introducción	41
<i>Contexto</i>	41
<i>Epidemiología del embarazo adolescente</i>	42
<i>Proyecto de vida como categoría conceptual</i>	45
Metodología	48
Resultados	50
<i>Proyecto de vida de las adolescentes</i>	50
<i>El embarazo en la adolescencia</i>	51
Proyecto de vida después del embarazo	54
Conclusiones	57

IV. Prácticas y significados del trabajo sexual.	61
<i>Alejandra Isabel Plascencia Álvarez, Caín Salas Torres y Roselía Arminda Rosales Flores</i>	
Introducción	61
<i>Antecedentes</i>	61
Metodología y resultados	66
Construcción de significados	67
<i>En torno al trabajo sexual</i>	67
<i>Autodiscriminación y exclusión</i>	67
<i>Significados del trabajo sexual y el rol de la mujer en familia</i>	68
<i>Significados del rol de la mujer y del trabajo sexual desde la mirada médica</i>	68
<i>Significados del rol de la mujer y del trabajo sexual desde el Estado</i>	69
<i>Significados del rol de la mujer y del trabajo sexual desde la religión</i>	70
<i>Resignificación del trabajo sexual</i>	70
<i>Construcción de prácticas en torno al trabajo sexual</i>	71
<i>Prácticas Familiares y religiosas que reproducen que el trabajo sexual es vergonzoso y un pecado</i>	71
<i>Prácticas dentro de la institución médica que reproducen que el trabajo sexual es una actividad anormal</i>	71
<i>Prácticas que realizan de las trabajadoras sexuales encaminadas a resolver sus problemas de salud</i>	72
<i>Estrategias que realizan las trabajadoras sexuales encaminadas a resolver los problemas</i>	73
<i>Prácticas deteriorantes que se presentan dentro del trabajo sexual</i>	74
<i>Prácticas de violencia</i>	74
<i>Prácticas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas</i>	74
<i>Prácticas relacionadas con la Salud reproductiva y uso de condón</i>	74
<i>Prácticas de ayuda que algunas instituciones realizan para las trabajadoras sexuales</i>	76
<i>Programas y políticas públicas</i>	77
Conclusiones	77
V. Representación social de la tortura. Ivette Alejandra García Morales y Claudia Alicia López Ortiz	81
Introducción	81
Metodología	84
Resultados	87
<i>Dimensión de información</i>	89
<i>Dimensión de campo de representación</i>	90
<i>Dimensión de actitud</i>	92
Conclusiones	94
A manera de epílogo de la serie	103
Reseñas curriculares	107

Cultura y salud,
se terminó de imprimir en enero 2024
en el taller Reproducciones Gráficas del Sur,
Amatl 20, col. Sto. Domingo,
alc. Coyoacán, CP 04369, Ciudad de México,
con un tiraje de 500 ejemplares.
Corrección de estilo: Nancy Sanciprián
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

En la Licenciatura de Promoción de la Salud (LPS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) a partir del sexto semestre, se imparten algunas materias en las que se abordan los fundamentos teóricos y metodológicos de la perspectiva sociohistórica del Proceso Salud/Enfermedad (PSE), los cuales se adaptaron de forma colegiada para ir avanzando en profundidad, dado el carácter complejo de este proceso, tal como se concibe desde esta perspectiva.

El presente texto se recopilan trabajos que abordan estudios de caso que bosquejan la determinación cultural/ideológica y con perspectiva de género sobre la salud.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

Biblioteca
BE
del
Estudiante

