

T
838

 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES Y FORMACION
ARCHIVO NACIONAL

78388

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**



Casa abierta al tiempo

**EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD EN LOS RECIÉN
EGRESADOS DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

TESIS

**Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva
PRESENTA**

Addis Abeba Salinas Urbina

**Director de tesis: Dr. Edgar C. Jarillo Soto
Asesora de tesis: Dra. Emily Ito Sugiyama
Asesora de tesis: Dra. Debora Billings**

México D.F. Agosto de 2008

Resumen

La sexualidad es un tema que en el campo de la salud ha sido abordado bajo el lente del enfoque médico, postura que destaca el componente biológico e impide identificar los aspectos socio-culturales que le rodean. Esta situación limita la comprensión de los procesos de salud enfermedad en los cuales subyace el componente sexual. Así, el personal de salud y específicamente los médicos se enfrentan con la dificultad de abordar problemas de salud pública que tienen sus raíces en procesos sociales.

Siguiendo los postulados de la Teoría Fundamentada (Charmaz, 2006), cuyo interés se centra en profundizar en el mundo de significados constituidos a partir de la interacción de las formas particulares de mirar de cada individuo. Esta investigación se enfoca en los significados de la sexualidad en el campo profesional de los pasantes de la carrera de medicina.

Para cumplir con el objetivo se realizaron siete entrevistas a profundidad a hombres y mujeres pasantes de la carrera de medicina, quienes se encontraban realizando su servicio social en distintas comunidades del estado de Hidalgo, México. Los temas que se plantearon fueron: sexualidad en su formación académica y en su práctica clínica. En el primer caso se consideró tanto a la institución educativa donde se forman, como a las instituciones de salud donde asisten a su práctica profesional. En ambos escenarios se exploró el manejo de la sexualidad entre pares, y entre estos y los profesores.

El análisis de la información dio como resultado el esquema de significados de la sexualidad, con una categoría central denominada "confrontación" de esta se derivan cuatro conceptos básicos: natural-biológico, individuo-profesional, sexualidad definida-sexualidad en la comunidad, y la sexualidad en los contenidos académicos. De cada una de estas emergieron una serie de dicotomías.

El proceso de análisis de la información bajo un enfoque cualitativo dejó al descubierto las contradicciones que estos jóvenes enfrentan al reconocer que los conocimientos adquiridos durante su formación profesional los limitan para dar respuesta a los problemas de salud que se presentan en las distintas comunidades. Por ejemplo, la violencia sexual, situación fuertemente arraigada en algunas comunidades y que por la construcción social de la que se parte es difícil erradicar.

Otro de los temas relevantes, es la disociación que enfrentan estos pasantes cuando no logran identificar, cómo aproximarse a la población para abordar temas de sexualidad, se cuestionan si debe ser desde lo personal o desde lo profesional; desde lo biológico, o desde lo cultural. Sin embargo, cualquiera que sea la decisión, están desprovistos de habilidades que les permitan dar atención a los problemas sexuales presentes en los servicios de salud, donde inician su práctica profesional.

La salud colectiva tiene un reto importante para atender estos graves problemas de salud, se requiere reestructurar la visión de sexualidad, más allá del enfoque biológico.

Abstract

THE MEANING OF SEXUALITY FOR RECENT MEDICAL STUDENT GRADUATES OF THE UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

In the area of health, sexuality is a subject which has been dealt with mainly from a medical perspective. This approach emphasizes the biological component and hinders the identification of its surrounding socio-cultural aspects. This situation limits the understanding of health-disease processes in which the sexual component plays an underlying role. Hence, health personnel, particularly doctors, face difficulties in approaching public health problems that have their roots in social processes.

This study focuses on the meanings of sexuality for professional medical candidates using Grounded Theory (Charmaz, 2006) to dig into the world of meanings which result from the interaction of the particular outlooks of each individual.

To fulfill this objective, seven in-depth interviews were carried out with male and female medical candidates who were doing their social service in different communities in the state of Hidalgo, Mexico. The subjects covered were sexuality during their academic formation and in their clinical practice. Both the educational institution where they were formed and the health institutions where they carry out their professional practice were explored. In both settings, how sexuality was handled was examined both between peers and between peers and faculty.

Analysis of the data resulted in a scheme of meanings of sexuality, with a central category denominated "confrontation"; four basic concepts are derived from it: natural-biological, individual-professional, sexuality defined-sexuality in the community, and sexuality in academic programs. A series of dichotomies derived from each of these.

Analysis of the data using this qualitative approach highlighted a series of contradictions that these young physicians face when they realize that the knowledge they acquired during their professional training does not prepare them to respond adequately to certain health problems that appear in different communities. For example, sexual violence, which is so deeply rooted in the socio-cultural structure of some communities, that it is difficult to eradicate.

Another relevant topic that emerges is the dissociation experimented by the candidates when they are not able to determine how to broach aspects of sexuality with people in the community. They wonder if it should be from personal, professional, biological, or cultural points of view. Whichever their decision, they realize that they lack the skills to get close to sexual problems which emerge in health services where they start their professional practice.

Collective health faces an important challenge with respect to these serious problems. It is necessary to redefine sexuality, beyond the biological component.

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a:

Leonor, Linda, Ana, Elba, Susana, Gerardo y Luis

Por su entusiasmo y deseo de ser parte de este proyecto. Por la confianza depositada en mi persona, pero sobre todo por compartir sus experiencias.

A mi asesor

Dr. Edgar C. Jarrillo Soto

No sólo por su guía a lo largo de este trabajo, sino también por su apoyo y comprensión en las vicisitudes personales que emergieron paralelas a este proyecto.

A las integrantes del comité de tesis

Dra. Emily Ito Sugiyama

Dra. Debora Billings

A los integrantes del jurado de mi examen de grado

Dra. Carolina Martínez Salgado

Dr. Francisco Mercado

Porque gracias a sus enseñanzas en algún momento de mi trayectoria académica despertaron el interés por el tema y el tipo de abordaje en esta investigación. Además por su interés y detallada revisión de este documento. Sus sugerencias y anotaciones fueron de gran relevancia.

*A mis padres
hermanos*

Por acompañarme y motivarme a cumplir un reto más.

*Y como dejar de mencionarte a ti,
Jaime, mi compañero*

*Quien me ayuda a despejar los caminos difíciles
para que sea más ágil el recorrido.
Sintiéndome no sólo una mejor persona,
también una orgullosa mujer.*

Índice

INTRODUCCIÓN	9
I. LA INSERCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL CAMPO MÉDICO	16
1. LA VINCULACIÓN SEXUALIDAD SALUD REPRODUCTIVA.....	16
2. EL PAPEL DEL PERSONAL DE SALUD EN EL CUIDADO DE LA SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	23
3. ESFUERZOS REALIZADOS EN MÉXICO PARA FORMAR AL PERSONAL EN TÓPICOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL.....	25
4. LA MEDICINA: SU POSTURA Y RETO ANTE EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD.....	28
II. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD	32
1. EL ESBOZO DE LA SEXUALIDAD MÁS ALLÁ DE LO BIOLÓGICO.....	32
III. LA BÚSQUEDA DE UNA MIRADA DIFERENTE	44
1. LOS PARADIGMAS PREVALECIENTES.....	44
2. EL ENFOQUE INTERPRETATIVO.....	45
3. EL ESCENARIO DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA.....	47
4. CRÍTICA A LA POSICIÓN INTERPRETATIVISTA.....	50
IV. ¿POR QUÉ LA SEXUALIDAD?	54
1. EL TEMA DE INTERÉS.....	54
2. LA LICENCIATURA DE MEDICINA EN LA UAM.....	56
3. ¿POR QUÉ EL PASANTE DE MEDICINA?.....	57
OBJETIVOS.....	58
V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	59
1. EL CAMINO PREVIO PARA INTEGRAR A LOS PASANTES A LA INVESTIGACIÓN.....	60
2. LUGAR DE LA ENTREVISTA.....	63
3. LA CONFORMACIÓN DEL GRUPO DE PARTICIPANTES.....	63
4. LA FUENTE DE INFORMACIÓN.....	64
5. LA OTRA PARTE DE LA ENTREVISTA.....	68
6. CUESTIONES ÉTICAS.....	69
VI. EL RECORRIDO PARA IDENTIFICAR EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD EN LOS PASANTES	71
1. LA INVESTIGADORA Y SU SUBJETIVIDAD.....	72
2. LAS LIMITANTES: LA MIRADA DE LA INVESTIGADORA.....	72
3. ¿QUIÉNES SON LOS JÓVENES PASANTES?.....	74
VII. EL SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD EN LOS PASANTES DE MEDICINA: LA CONFRONTACIÓN	79
1. LA CATEGORÍA CENTRAL.....	80
1.1. <i>Lo natural, biológico frente a lo socialmente construido</i>	82
1.1.1. Algo más que lo biológico: se vislumbra la percepción integral.....	86
1.1.2. La reproducción ante el placer.....	89
1.2. <i>El individuo versus el profesional</i>	92
1.2.1. Desde dónde mirar, cómo ubicar la línea entre personal y profesional.....	99
1.2.1.1. Las emociones presentes ¿qué hacer con ellas?.....	108
1.2.1.2. Cómo mirar el cuerpo del otro, el respeto a éste y a la intimidad sexual.....	115
1.2.2. Su formación como profesionales.....	122
1.2.2.1. La primera información sobre sexualidad.....	122
1.2.2.2. El curso de sexualidad.....	125
1.2.2.3. La formación en el tema.....	128
1.2.3. Explorando la sexualidad en el campo profesional.....	137
1.2.3.1. Historia clínica.....	137

1.2.3.2. La exploración.....	143
1.2.3.3. Tocar o no el cuerpo.....	144
1.2.3.4. La intimidad más allá del contacto con el cuerpo.....	147
1.2.3.5. La enseñanza de los temas en los programas dirigidos a la comunidad	148
<i>1.3. La sexualidad definida, la sexualidad vivida en la comunidad.....</i>	<i>165</i>
1.3.1. La sexualidad está, pero dónde se le ubica	179
1.3.2. Sexualidad en la comunidad	187
<i>1.4. Tres momentos en que se cruza el tema de la sexualidad</i>	<i>199</i>
1.4.1. La sexualidad en los módulos de la carrera	199
1.4.2. La sexualidad desde el enfoque de la sexóloga	204
1.4.3. El curso de inducción	206
<i>1.5. Dicotomías.....</i>	<i>215</i>
<i>1.6. Impacto de la investigación en los jóvenes</i>	<i>217</i>
VIII. CONCLUSIONES.....	219
REFERENCIAS	230

Introducción

Los temas referentes a la salud de los colectivos humanos han sido abordados desde distintas perspectivas, entre las cuales, la salud pública ha tenido un papel predominante. Sin embargo, sus abordajes se han centrado en aspectos relativos a los factores asociados y a la descripción de las situaciones de magnitud y trascendencia como se presenta en sociedades concretas. La interpretación que hace distingue algunos de los aspectos relacionados en un enfoque de causalidad directa.

Hay una crítica a estos enfoques desde la perspectiva de la salud colectiva, como un campo de conocimiento que está en proceso de construcción y que aún no logra constituirse en una perspectiva teórica y metodológica acabada íntegramente. Aún con ello, los desarrollos muestran un abordaje múltiple de distintos objetos de estudio con perspectivas de análisis que trascienden los límites impuestos por el discurso dominante, con una intencionalidad marcada por su compromiso con los procesos de cambio en determinadas sociedades.

Avanzar en el discernimiento de los problemas y de las condiciones donde ocurren posibilita poner en juego nuevos planteamientos que sean contruidos desde la misma teoría. Así, el tema de la sexualidad emerge como un objeto que forma parte de las circunstancias de existencia de los grupos humanos; su expresión concreta ha sido motivo de múltiples estudios, pero aún así quedan diversos aspectos a cuestionar. Ello no sólo porque la perspectiva dominante ha sido fincada desde las ciencias médicas, sino porque su relación con otros aspectos necesita trascender ese enfoque y combinar nuevas perspectivas.

En la salud colectiva se identifican dos grandes objetos de conocimiento. Uno que reconoce a la salud enfermedad en sus determinaciones y existencia en grupos humanos y otro, relativo a las formas como la sociedad enfrenta esos problemas. En este segundo objeto se distinguen varios espacios concretos enunciados como prácticas en salud, que realizan los colectivos para diseñar políticas, programas y acciones; el personal de salud y sus prácticas sociales se concretan en este rubro (Jarillo et al., 2007).

Por ello, vincular las características que la sexualidad tiene en un contexto socio cultural a través de un grupo profesional específico, permite poner de relieve la forma en como se construyen y difunden en la sociedad los conocimientos que se traducen en prácticas. El tema de la sexualidad adquiere relevancia ya que en sí mismo comprende la intersección que existe entre la dimensión biológica, orgánica, inherente al cuerpo humano y la dimensión social, y es desde allí donde se estructura y articula la expresión e interpretación de la sexualidad en las sociedades específicas.

El tema ha puesto énfasis en el aspecto biológico, y aun cuando existen estudios que profundizan en el campo de los significados de la sexualidad, éste se ha abordado con temas como el embarazo en adolescentes (Stern, 2007), o el inicio de vida sexual en este mismo grupo; limitándose al aspecto reproductivo. En este contexto, no se identifican estudios que analicen las connotaciones de la sexualidad en el campo profesional de los médicos, de aquí la relevancia de tocar este aspecto en la presente investigación.

En México, son pocos los estudios centrados en identificar el impacto de determinadas enfermedades en la vida sexual de mujeres y hombres. Esto, aunado al enfoque biológico que predomina en esta área impiden no sólo visualizar la amplia gama de problemas sino además diseñar estrategias que incluyan el aspecto sociocultural de la sexualidad, pues como se apunta en este trabajo, la sexualidad estará definida y significada por el contexto en el cual tiene lugar.

La extensa literatura muestra que el tema ha sido abordado desde un enfoque predominantemente biológico, e intentando identificar relaciones causales que permitan explicar el porqué de ciertas conductas, etiquetadas como enfermedad física o mental. El producto de estas investigaciones lleva a reflexionar sobre el conocimiento, y manejo que el médico tiene en torno a estos temas siendo en este caso, asociado con el aspecto reproductivo.

La expresión empírica del tema surge en primera instancia, en medio de un espacio discursivo y técnico donde predomina la perspectiva médica, de aquí se deriva la inquietud de identificar los factores que inhiben a las mujeres a prevenir el cáncer cérvico uterino. La respuesta del personal de salud se enfocaba hacia la

desidia de las mujeres como el principal motivo para no realizar la citología cervical; no obstante que se han encontrado aspectos como: la vergüenza que las mujeres experimentan al mostrar sus partes íntimas al momento de la exploración, principalmente cuando el personal de salud que realiza el examen es de sexo masculino; asimismo, sobresale la inconformidad por parte de las parejas (esposos o compañeros) para que la mujer acuda a las instituciones a solicitar la prueba de Papanicolaou. Esto porque considera que se exponen las partes erógenas, lo cual se constituye en una importante limitante para llevar a cabo acciones de prevención (Salinas et al., 2003). No obstante que en ambos casos subyace el aspecto sexual, este es ignorado por el equipo de salud.

Otra investigación que ronda el tema de la sexualidad en un contexto específico, se da a partir de plantear como objetivo, conocer la opinión sobre el aborto de los estudiantes de pregrado en medicina, así como de posgrado en la especialidad de gineco-obstetricia. El resultado refleja un cambio en la postura de los jóvenes médicos dependiendo de la causa que motiva la interrupción del embarazo. Por tanto, cuando la salud de la madre o el producto está en riesgo de enfermedad o muerte la opinión hacia el aborto es favorable, no así cuando la mujer opta por interrumpir el embarazo, sea porque falló el método anticonceptivo, por dificultades económicas para sostener a un hijo o bien por un deseo de desarrollo personal (González de León y Salinas, 2000). Alrededor de estas posturas se involucra también el componente sexual, pero una vez más vinculado con el aspecto reproductivo.

Los resultados obtenidos en las investigaciones mencionadas llevan a reflexionar en torno al rol que el personal de salud desempeña cuando en su práctica profesional emergen aspectos relacionados con la sexualidad. Entre el personal de salud, una centralidad existente es la de los profesionales de la medicina quienes durante su proceso de formación se encuentran con un tramo final cuando deben asumir funciones profesionales casi íntegras: son los pasantes de la carrera de medicina quienes cuentan con los conocimientos y las herramientas no sólo para entablar una comunicación sobre el tema con los usuarios de los servicios, sino para atender los problemas de salud que competen a esa área. Adicionalmente, son una

expresión de la postura social que prevalece en este tema que, entre otros, se manifiesta vedado en la sociedad mexicana.

El incremento de los padecimientos involucrados directa o indirectamente con la sexualidad, demanda una intervención urgente por parte del personal médico, para que sean ellos los que incorporen el tema en las agendas de salud. No obstante, es poca la literatura identificada que reporta la postura de estos profesionales ante eventos de este tipo.

En el área médica predomina una postura biológica al hacer referencia a lo sexual, y desde allí el interés se centra en aspectos vinculados con la reproducción; la mortalidad materna e infantil, incluido el embarazo en adolescentes, así como la infertilidad. Generalmente se deja de lado todo aquello que esté vinculado con el placer, como ocurre con las disfunciones sexuales en el varón, quienes presentan un 70% de prevalencia en presencia de enfermedades como la diabetes mellitus (Ugarte y Barroso, 2001), situación que se agrava al identificar que dicho padecimiento se ubica como la principal causa de muerte en el país (Secretaría de Salud, 2005). En el caso de la mujer, se desestiman estos padecimientos ya que no se identifican cifras que evidencien su presencia, esto producto de la connotación que tiene la sexualidad, como el antecedente de la reproducción. Estos padecimientos han sido incluidos en las agendas de las políticas de salud, en los programas de formación de los profesionales de la medicina, y en algunos casos en la formación de otros profesionales vinculados con esta área. Sin embargo, lo que se aprecia es un énfasis en lo clínico y terapéutico, aun cuando estén vinculados con algún padecimiento crónico como los mencionados, siendo prácticamente nula la perspectiva de la sexualidad, como una construcción social, y su atención desde una perspectiva integral.

La presente investigación tiene como propósito profundizar en los significados de la sexualidad en los pasantes de la licenciatura en medicina, específicamente en su campo profesional. Para ubicar el desarrollo de esta investigación a continuación se describe brevemente el contenido de cada capítulo.

Para iniciar, el capítulo uno aporta información sobre la inserción de la sexualidad en el campo médico; su visibilidad a través de su vinculación con el proceso

reproductivo, cuyo énfasis se centra en los problemas relacionados con la mortalidad materna e infantil, y en cuestiones de infertilidad. Asimismo, se describe la estigmatización de la sexualidad como un padecimiento físico o mental cuando rebasa los parámetros de normalidad. Se resalta el papel del personal en la salud sexual y reproductiva, y el interés de algunas instituciones para impartir cursos o talleres que aborden el tema, desde diferentes perspectivas.

El capítulo II tiene como propósito mostrar el camino que ha recorrido la sexualidad en el campo médico; su ubicación en áreas como la ginecología con su correlato reproductivo, y la sexología con su énfasis en lo normativo, al marcar un análisis novedoso estos temas son tratados retomando los planteamientos de Weeks (1986), Gagnon (2001) y Foucault (1991). Se aborda así la perspectiva de la sexualidad como una construcción social.

La búsqueda de una mirada diferente, es el título del capítulo III, en el cual se presenta una reflexión en torno a los distintos paradigmas propuestos en el estudio de las ciencias sociales partiendo de los postulados de Neuman (1994); Guba y Lincoln (1998). En tanto respecto al área médica se retoma el enfoque de Castro (2000), con su crítica a los enfoques interpretativistas. Asimismo se discuten los planteamientos de la teoría fundamentada propuesta en su origen por Glaser y Strauss (en Charmaz, 2006), reestructurada por Strauss y Corbin (2002). Finalmente, se integra la teoría fundamentada constructivista propuesta por Charmaz (2005). El interés aquí se centra en la construcción de la teoría que emerge del discurso de los participantes, en donde éstos juegan un papel relevante, lo mismo que el investigador quien a partir de sus interpretaciones contribuye a la construcción de los significados.

En el capítulo IV, se describe la relevancia de abordar el tema con los jóvenes pasantes de la carrera de medicina, al momento de integrarse a su campo profesional, en el periodo del servicio social. Además, se expone la complejidad de profundizar sobre un tema tan controvertido como es la sexualidad, desde la perspectiva de la construcción social, en un escenario predominantemente biológico. Se plantea también el tema de interés de esta investigación.

El camino recorrido en esta investigación se describe en el capítulo V, denominado estrategia metodológica. Aquí se aborda el proceso previo para integrar a los pasantes a la investigación, se especifica también el escenario en donde se llevaron a cabo las entrevistas, el número de entrevistados así como los requisitos para integrarse a esta investigación. Las cuestiones éticas consideradas son mencionadas en este capítulo.

El capítulo VI incluye información respecto a la postura de la investigadora y su vinculación con los entrevistados, además se describe brevemente la identidad de los jóvenes participantes. Se plantean las limitantes que se presentaron en el desarrollo de la investigación.

En el capítulo VII se presenta el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se inicia con la exposición de un esquema que contiene los diferentes conceptos emergentes. La descripción de la teoría se inicia con la categoría central denominada "confrontación". De esta se derivan cuatro principales conceptos, con sus respectivas subdivisiones, así se conforma el esquema de significados de la sexualidad en el campo profesional de los pasantes. Las contradicciones se ubican como el eje central que emerge en los diferentes planteamientos en torno a la sexualidad. Se cierra el capítulo con la síntesis de las dicotomías que surgen en cada uno de los conceptos y que avalan la categoría central que se ubica en la parte superior de la estructura.

Finalmente en el capítulo VIII, la fase final, se describe las conclusiones de esta investigación, ello producto del interesante análisis de la información aportada por los jóvenes pasantes. Asimismo se retoman esas conclusiones a las que se llegó después del de este estudio.

Las experiencias descritas por los pasantes llevan a una profunda reflexión en torno al papel que la sexualidad juega en todos y cada uno de los eventos relacionados con la salud reproductiva, así como en las distintas etapas de la vida. No obstante la presencia y relevancia que tiene el tema ha sido subestimado tanto en los programas académicos como en las instituciones de salud. Esto da pie a que el personal médico desconozca su importancia y por ende evite un acercamiento con el

tema en su práctica profesional. La necesidad de visualizar y redefinir la sexualidad son las inquietudes que emergen en esta investigación.



I. La inserción de la sexualidad en el campo médico

1. La vinculación sexualidad salud reproductiva

Aun cuando el tema que aquí se aborda está enfocado a la sexualidad, en el contexto de la formación profesional de los recién egresados de la carrera de medicina, es de suma importancia ubicar los aspectos relacionados con la salud reproductiva, pues es aquí en donde se han cobijado los temas de la sexualidad humana. El aspecto reproductivo ha ganado espacio no sólo en el ámbito teórico, sino también en los servicios de salud.

La inquietud por el crecimiento demográfico que enfrentaba el país, genera un cambio en las políticas de población y es así como alrededor de los años 70, se instauran los programas de planificación familiar. El interés se centra exclusivamente en el control de la natalidad y el discurso prevaleciente era promover en las familias la libertad de decidir el número de hijos que deseaban tener y el espaciamiento entre los mismos. Este programa, no obstante tener un impacto en el crecimiento demográfico, no fue a la par de la satisfacción en cuanto a aspectos de sexualidad y reproducción de la población, pues la medida respondía más a una política demográfica que a un reconocimiento de los derechos reproductivos. Esa ausencia de los derechos humanos de las mujeres fue el inicio de una serie de cuestionamientos a esta medida (Salles y Tuirán, 2001).

Ante la necesidad de adoptar otro tipo de estrategias, con un enfoque más humanitario, surgen términos como salud materno-infantil o maternidad sin riesgos, con el objetivo principal de reducir la morbilidad y mortalidad materna, es decir las consecuencias del embarazo, parto y puerperio; entonces la prioridad en la atención se enfoca a las mujeres. A primera vista, esto representa un avance importante, no lo parece al reflexionar qué pasa con aquellas mujeres cuyos padecimientos no se vinculan directamente con un evento reproductivo, o más aun cuando están en un rango de edad que las excluye de la reproducción, bajo los parámetros de los programas de salud reproductiva, como es el caso de las adolescentes con vida sexual activa o las mujeres en la etapa del climaterio.

Una crítica fuerte que surge de estas propuestas, es que no obstante que la mujer se coloca en el centro de interés de los programas, esto es por su posición como madre, y no por su condición como ser humano, quedando al margen su desarrollo personal, lo que la convierte en el vehículo para tener hijos sanos y por ende, fortalecer y mantener en equilibrio a la familia, ya que la pérdida de una madre no sólo tiene implicaciones en la estabilidad económica y emocional del grupo familiar, sino que se constituye en el largo plazo, en un problema social.

Así, los diferentes escenarios por donde transitó la discusión de la salud de las mujeres parecía aún tener una variedad de componentes que descifrar. En este intento, la preocupación y presión de grupos internacionales se conjunta para conformar un concepto más amplio y flexible que integrara factores, hasta ese momento no considerados¹, y que al no atenderlos afectan el bienestar de las mujeres, en cualquier etapa de su vida.

Es en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, en 1994, donde se establece el concepto de salud reproductiva, definiéndose como el “estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de regular la fecundidad segura y eficientemente; tener y criar hijos saludables; además de permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y reproducción” (Salles y Tuirán, 2001). Estos lineamientos fundan las bases para los planes y programas de asistencia del sector salud y bajo los cuales se regulan los servicios en las instituciones (Secretaría de Salud, 2001).

En la definición anterior, se puede resaltar la infinidad de aspectos involucrados, más allá de expandir la definición general de salud, al ámbito reproductivo; sobresalen los conceptos de libertad de procreación, así como el de capacidad de disfrute de una vida sexual satisfactoria, ambos inmersos en un contexto

¹ Los antecedentes y el camino del que se desprende la definición de salud reproductiva, así como los actores que han contribuido a la conformación de este campo, se encuentra ampliamente detallado en el artículo de Salles y Tuirán (2001); aquí se retoma parte de la discusión, con el propósito de ubicar el tema.

sociocultural, que tradicionalmente los ha restringido (Martínez, 2001). Esto es significativo por el hecho de que a la mujer se le ha asignado como su principal papel en la vida el de la procreación, lo cual se da por un hecho natural e invariable, en donde la sexualidad se hace presente pero sólo asociada con eventos reproductivos, quedando del lado la parte del disfrute de la sexualidad tanto en hombres como en mujeres, ya que es un tema que no se aborda, no obstante su relevancia y presencia en la vida cotidiana.

Entonces, cómo pensar en el disfrute de la sexualidad y la libertad de procrear, si lo primero no está socialmente permitido y lo segundo está determinado exclusivamente por el aspecto biológico, lo que lo convierte en un patrón de vida inmodificable. Por tanto, la decisión de ser o no madre ni siquiera es cuestionada en sociedades como la nuestra, eso se da por sentado. En cambio, cuando se trata de decidir el número de hijos y el espaciamiento de los mismos, no sólo es permitido sino además avalado por una política pública, como lo fue en su momento la política demográfica, que dio origen a la aplicación de los programas de planificación familiar.

Se hace evidente el enorme reto que implica el logro de la salud reproductiva, pues los eventos que requieren ser abordados son varios y muy diversos; también lo son las formas como se interpreta, desde distintos escenarios: clínico, académico, político, o bien desde la perspectiva de los actores más íntimamente involucrados, como son: el personal de salud y la población que hace uso de los servicios. Estos eventos, al ser clasificados bajo la perspectiva del modelo de atención en los servicios de salud que cubre cuatro áreas programáticas, requieren de una profunda reflexión y análisis para esclarecer la magnitud de los aspectos que deben ser considerados tanto en los programas diseñados en las instituciones de salud, como en los planes de formación académica en las instituciones de enseñanza superior.

- *Manejo de la fecundidad*, que incluye, acceso a anticonceptivos, interrupción segura y legal de los embarazos, así como prevención y tratamiento de la infertilidad

- *Detección y tratamiento*, se enfoca a la detección de cáncer de mama, cérvico-uterino y próstata.
- *Atención para la salud materna*, considera la atención prenatal y postnatal, así como los partos seguros.
- *Sexualidad*, abarca el cuidado de la salud del tracto genital; manejo de las enfermedades de transmisión sexual y la expresión sexual plena (Leslie et al, 2001).

No obstante que en cada una de estas áreas se involucran procesos muy complejos, el enfoque bajo el que se les ha explicado es unicausal y fundamentalmente biológico, y es aquí donde los datos epidemiológicos han ocupado un lugar preponderante, ya que a partir de estos se han dirigido las intervenciones en el campo de la salud reproductiva. En este sentido en el cuadro 1, se resumen algunos de los indicadores que se han intentado reducir como una medida para mejorar las condiciones de vida de la población tanto en el ámbito sexual como en el reproductivo, pero cabe preguntarse si el esfuerzo por modificar estas cifras resulta ser la estrategia más efectiva. La reflexión que corresponde ante este cuestionamiento es que al dejar de lado los aspectos sociales y culturales que rodean a un evento de este tipo se está enfocando exclusivamente bajo el lente de la medicina, medicalizando así los eventos sociales.

Cada uno de esos indicadores puede ser analizado desde una perspectiva integral enfocándolos como un problema social y no sólo como un padecimiento médico. Como un ejemplo se puede destacar el bajo porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos en el país; la demanda insatisfecha² en adolescentes unidas entre 15 y 19 años de edad alcanza, en 1997 un alto (27%) porcentaje (CONAPO, 2000). Así, no obstante que los jóvenes de ambos sexos tienen información al respecto, el hecho de no considerar los aspectos culturales involucrados se convierte en barreras importantes para limitar el acceso a los

² La persona en edad fértil, con vida sexual activa y que no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos (Secretaría de Salud, 2001).

métodos anticonceptivos. Por otra parte, un dato poco explorado son las infecciones de transmisión sexual (ITS); 340 millones de nuevos casos se registraron en hombres y mujeres entre 15 y 49 años, en 1999. Estas infecciones son causa de infertilidad, incapacidad a largo plazo y muerte en la mujer (Glasier et al. 2006).

Un punto importante a destacar en referencia a los servicios de planificación familiar es que los registros concentran únicamente la información de mujeres casadas y en edad reproductiva; por tanto, las jóvenes y mujeres con vida sexual activa que no tienen una pareja estable y por ende están fuera de las normas establecidas socialmente, ni siquiera se contemplan en los padrones de registro. Esta situación las pone en riesgo, no sólo de embarazos no planeados, sino también de padecer alguna infección de transmisión sexual. Esto como resultado de enfocar la sexualidad bajo una visión moralista, en donde el centro de atención está puesto en la reproducción; el placer no es considerado, por ende se desdibuja su existencia en la vida de hombres y mujeres, excluyéndose también como un tema prioritario en las agendas de las políticas en salud en el país.

En otro sentido, cuando se hace referencia a aspectos de prevención en diferentes patologías como sería el caso del cáncer, la sexualidad tampoco es considerada a pesar de estar presente en la exploración de las partes íntimas de hombres y mujeres, en los estudios de detección de cáncer de mama, cervicouterino y próstata. Este aspecto no es reconocido por el personal de salud ya que por la experiencia y práctica profesional se orienta a los aspectos biológicos y dado que la sexualidad corresponde a una dimensión cultural, ésta es ignorada. Lo mismo ocurre con padecimientos como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, las cuales ocupan los primeros lugares de mortalidad en el país, y tanto por el padecimiento en sí como por su tratamiento puede ocasionar disfunciones sexuales, aspecto que no es abordado con los enfermos. En México, se ha encontrado una prevalencia de disfunción eréctil del 77% en hombres mayores de 40 años con diabetes mellitus (Ugarte y Barrosos, 2001).

Cuadro 1

Indicadores de salud reproductiva en cada área programática, en México

ÁREA PROGRAMÁTICA	INDICADORES	DATOS Y FUENTE
Manejo de la fecundidad	<i>Uso de anticonceptivos</i>	<i>Adolescentes primera relación</i> <i>Hombres 70%; mujeres 43% (2006)</i> <i>(Olaiz et al., 2006)</i>
	<i>Infertilidad</i>	<i>12% de la población estéril (2000)</i> <i>(Olaiz et al., 2003)</i>
	<i>Interrupción de embarazo</i>	<i>19% de la población ha interrumpido un embarazo (1997)</i> <i>(CONAPO, 2000)</i>
Detección y tratamiento	<i>Mortalidad por:</i>	
	<i>Cáncer de mama</i>	<i>7.4 muertes por 100000 mujeres</i>
	<i>Cáncer de próstata</i>	<i>8.3 muertes por 100000 hombres</i>
	<i>Cáncer cérvico uterino</i>	<i>8.9 muertes por 100000 mujeres</i> <i>(Secretaría de Salud, 2005).</i>
Atención para la salud materna	<i>Mortalidad Infantil</i>	<i>Mueren 17 menores por cada 1000</i>
	<i>Mortalidad Materna</i>	<i>Mueren 83 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos</i> <i>(UNFPA, 2007)</i>
Sexualidad	<i>Morbilidad por:</i>	
	<i>Infecciones tracto genital</i>	<i>1.1% adultos con vida sexual activa co ITS (2000)</i> <i>(Olaiz et al., 2003)</i>
		<i>En promedio 350 mil casos anuales</i>
	<i>Candidiasis</i>	<i>300 casos por 100 000</i>
	<i>Tricomoniiasis urogenital</i>	<i>175 casos por 100 000 (1999)</i> <i>(INMUJERES/UNIFEM, 2002)</i>
	<i>Mortalidad por:</i>	
	<i>SIDA</i>	<i>4.7 casos por 100 000 (2006)</i> <i>(Censida, 2007)</i>
	<i>Expresión plena de la sexualidad</i>	<i>Prevalencia de 50% de disfunción eréctil en hombres mayores de 40 años en México (2003)</i> <i>(Ugarte y Barroso, 2001; Hernández et al., 2003)</i>

La información y análisis de los indicadores de salud reproductiva considerados en el modelo de atención de los servicios de salud, permite observar dos escenarios:

1) la falta de atención a los aspectos sexuales independientemente de si se vinculan o no con la reproducción y, 2) la carencia de un enfoque integral que aborde los problemas de salud desde el contexto en el que se presentan.

2. El papel del personal de salud en el cuidado de la sexualidad y reproducción de la población

Es imprescindible reconocer que los componentes anatómicos y fisiológicos, no son los únicos factores que intervienen en la reproducción humana. Hay que considerar también los aspectos psicológicos, sociales y culturales que han contribuido a la construcción de percepciones y por tanto de comportamientos en este campo. Esto significa que los programas no debieran estar enfocados sólo a la planificación familiar, la salud materno infantil o a la maternidad sin riesgos, sino que se requiere reconocer la influencia de los aspectos sexuales en la salud de las personas. Uno de los actores más involucrado en todo este planteamiento, es el personal de salud y de manera más directa, el médico. En varios estudios se ha señalado la relevancia de que estén entrenados para poder ofrecer una atención informada y alejada de prejuicios, que permita a la población tomar decisiones libres e informadas en las diferentes circunstancias relacionadas con su salud reproductiva.

Como ejemplos de esta situación, se destaca un estudio en el cual el personal de enfermería entrenaba a pacientes con clamidia sobre el uso del condón y cómo promover su utilización con la pareja, se identificó que las jóvenes que recibieron el entrenamiento aumentaron la probabilidad de su uso, en comparación con quienes recibieron un entrenamiento tradicional (Orr et al., 1989).

Por otro lado, en Egipto se examinó la viabilidad y el impacto que tendría introducir discusiones sobre temas de sexualidad durante las consultas de planificación familiar. Enfermeras y médicos de seis clínicas asistieron a una sesión de capacitación de dos días sobre anticoncepción. En tres de estas instituciones se entrenó también al personal sobre temas de sexualidad, género y habilidades de consejería. Se encontró que en las consultas de planificación familiar con proveedores capacitados era más probable abordar los temas de la sexualidad. El 71% de las usuarias que recibieron consejería sobre sexualidad dijeron no haberse sentido apenadas por hablar de asuntos tan privados (Abdel-Tawab et al., 2001).

En México, al evaluar los resultados de un programa educativo para adolescentes que acuden a hospitales públicos por causas obstétricas, a través de sesiones

educativas sobre salud sexual y reproductiva, se logró incrementar el conocimiento sobre esos temas (Ehrenfeld-Lenkiewicz, 1994).

Algunos estudios realizados destacan la importancia de abordar los aspectos sexuales como un asunto personal y no sólo de capacitación, pues la vivencia de la propia sexualidad determina su abordaje en otros escenarios. Esto se evidencia en un estudio realizado con enfermeras: se demostró que al sentirse seguras con su sexualidad, aumenta la probabilidad de que integren el tema en los programas educativos que coordinan (Grigg, 1997).

Otros investigadores han identificado como barreras para brindar información sexual, falta de tiempo, desconocimiento del tema y desde luego actitudes personales hacia la sexualidad, por lo que sugieren como medio para aumentar la confianza de los pacientes, adoptar una forma de escuchar sensible, abierta y sin prejuicios (Herson et al., 1999). Entonces el personal de salud necesita entender sus propios prejuicios y percepciones sobre la sexualidad y disociarlos al atender a sus pacientes (Andrews, 2000).

Los mitos y miedos, están también íntimamente asociados con cuestiones sobre el sexo, la sexualidad y la salud sexual, y se ha señalado que al estar presentes en escenarios tanto educativos como clínicos, impiden al personal de salud maximizar el potencial para un bienestar total, tanto en ellos como en los usuarios de los servicios (Evans, 2000).

Por otra parte, en el caso de los jóvenes que se exponen a conductas sexuales riesgosas, es evidente la necesidad de que el personal tenga una actitud abierta para detectar cuándo sus pacientes están en riesgo y para recomendarles conductas de prevención sin caer en descalificaciones sobre su sexualidad. Un apoyo real y sin prejuicios por parte del personal de salud hacia los jóvenes, ayudaría a que las mujeres ya no dejaran la responsabilidad de su sexualidad en manos de sus parejas, y que los hombres aprendieran a tener un mayor control sobre su sexualidad (Ammy Wofman, comunicación personal, 2001).

Una consecuencia de la falta de preparación del personal de salud sobre los temas de sexualidad, es la no adhesión de los pacientes a algún tratamiento que afecte esta área. Así, una persona podrá resistirse a usar un medicamento para la

hipertensión, si éste afecta su vida sexual, o usará medicamentos dañinos a la salud si éstos le prometen una vida sexual activa. Este problema se ha abordado en la Universidad de California, en donde a la atención médica se agregan aspectos psicológicos y emocionales que permiten integrar una visión más general de la situación de cada paciente. Para romper con los parámetros establecidos, ha sido importante el entrenamiento durante el proceso de formación de los futuros médicos (Erika Monasterio, comunicación personal, 2001; Shore, 2001).

3. Esfuerzos realizados en México para formar al personal en tópicos relacionados con la salud sexual

El hecho de que los aspectos sexuales no sean abordados con apertura en las instituciones tanto educativas como de salud, está relacionado con diversos componentes. Uno central es la fuerte influencia religiosa en la sociedad mexicana, que define una actitud cerrada a los temas de la sexualidad, la tradicional mirada del sexo como pecado marca las concepciones tanto del personal de salud como de los usuarios de los servicios (Amuchástegui, 2001). Ante esta situación, hay que destacar la relevancia de que sean los futuros profesionales en el área de la salud, los que a partir de su propia transformación desarrollen habilidades para abordar estos temas en sus lugares de trabajo y, sean ellos quienes asuman una actitud que permita abrir los espacios necesarios, para que la población en cualquier etapa de su vida tenga la oportunidad de discutir sobre estos temas que pueden ser esenciales para su bienestar físico, emocional y social.

La trascendencia de formar al personal de salud con una visión más integral respecto a la salud sexual y reproductiva ha sido una preocupación de instituciones educativas, así como de aquéllas enfocadas a ofrecer servicios en esta área, como son: MEXFAM, IMIFAP, Colegio de México y UNAM (cuadro 2), las cuales han desarrollado este tipo de programas en el país, específicamente en su modalidad de cursos de actualización o diplomados, lo que en algunos casos resulta inaccesible para los interesados.

Cuadro 2

Algunas instituciones mexicanas que imparten capacitación en temas sobre sexualidad dirigidos a profesionales de la salud

<i>Institución que ofrece el curso</i>	<i>Nombre del programa</i>	<i>Dirigido a</i>
Fundación Mexicana de Planificación Familiar MEXFAM	Programa Gente Joven	Profesionales de las Áreas de la Salud
Instituto Mexicano de Familia y Población IMIFAP	El Rol del Personal de Salud ante la Sociedad: Un Enfoque Humanista	Personal de Salud
UNAM, Facultad Psicología, Centro de Educación Continua.	Sexualidad y Sexología	Profesionistas de la Salud
UNAM, Facultad Psicología, Centro de Educación Continua.	Sexualidad en la discapacidad	Psicólogos, médicos, terapeutas físicos
UNAM, Facultad de Medicina y Dirección General de Servicios Médicos	Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil	Estudiantes de la UNAM
Colegio de México	Aspectos Sociales de la Salud Reproductiva	Académicos Integrantes de ONG Prestadores profesionales de servicios de salud
Instituto Mexicano de Familia y Población. IMIFAP	Sexualidad y Sida	Profesionales del área social y de la salud
Asociación para el desarrollo integral de personas violadas, A.C. A D I V A C	Programa de capacitación y prevención de la violencia familiar, sexual y de género	Profesionales y estudiantes psicología, trabajo social, derecho, medicina, sociología, antropología
Tecnológico de Monterrey	Sexualidad Humana	Pedagogos, orientadores, directores de escuela, médicos, psicólogos, trabajadores sociales

Fuente: Elaboración del autor con base en la búsqueda realizada en las diferentes instituciones. Periodo 2001 a 2005.

No obstante estas iniciativas, se pueden identificar limitantes para acceder a este tipo de programas. Por ejemplo, en algunos casos es requisito tener la licenciatura terminada; en otros el alto costo impide el acceso, sobre todo de los estudiantes de instituciones públicas, que en general cuentan con escasos recursos económicos.

Otra limitante es que a estos programas asisten personas con un interés particular por recibir esta información, tal es el caso de aquellos profesionales que ya vislumbran la necesidad de capacitarse para integrar los aspectos sexuales a su quehacer cotidiano y que están abiertos a llevarlo a cabo, quedando fuera aquellos con mayores reticencias a tratar estos temas, lo que repercute en la atención que brindan a los usuarios de los servicios.

Ante este panorama, es importante abordar estos temas a nivel de la formación de pregrado, por varias razones: los jóvenes en este nivel educativo ya tienen cierta decisión sobre sus comportamientos, reduciéndose la posibilidad de la intervención de los padres de familia; están en una edad en que ya ejercen su sexualidad, por lo tanto los riesgos se incrementan, y fundamentalmente porque ellos serán los personajes que irán transmitiendo nuevos comportamientos sobre salud sexual y reproductiva a futuras generaciones. Si consideramos que actualmente con el enfoque médico predominante, estos profesionales tienen una figura de autoridad con quien es totalmente aceptable hablar de sexo, aún con la desventaja que esto conlleva por la carencia de habilidades para abordar el tema en la práctica clínica, los médicos se ubican en una posición única para ayudar a la gente a combatir la postura negativa de la sociedad hacia la sexualidad (Klein, 1998).

De lo hasta aquí expuesto, se puede deducir la importancia de destacar el aspecto sexual sobre el reproductivo. Asimismo, es imprescindible reconocer el peso que el personal de salud tiene en cuanto a los aspectos de sexualidad y la dificultad para abordarlos, no obstante que organismos internacionales como la OMS ha destacado que "los pacientes tienen el derecho a una calidad de la atención definida tanto por altos patrones tecnológicos como por una relación humana entre el paciente y el proveedor de los servicios de salud" (Leal y Martínez, 2002). En esta demanda queda implícito que es el médico quien debe dar respuestas a estos problemas de salud; sin embargo, sería interesante identificar a qué situaciones se enfrenta,

cuando en un tema tan vedado se involucra no sólo su subjetividad sino también la del colectivo.

4. La medicina: su postura y reto ante el abordaje de la sexualidad

Los aspectos relacionados con el tema de la sexualidad, no obstante estar considerados en los programas de salud, generalmente están desvinculados del contexto social donde se originan. Esto, producto de que el modelo de atención predominante pone énfasis en el aspecto biológico; así, las acciones o programas siguen esta lógica, en donde las medidas implementadas están alejadas de las necesidades o condiciones reales de la población, pues no toman en cuenta los aspectos sociales y culturales que las rodean, y que por ende definen su origen.

A partir del análisis del campo del ejercicio profesional de la medicina, se hace necesaria una reflexión en torno a los atributos que la caracterizan, entre estos se identifican: la noción mecanicista de los procesos que estudia, el enfoque biologista, la orientación al individuo, la fuerte tendencia a la especialización, la progresiva incorporación y uso de la tecnología, el énfasis en lo curativo y la exclusión de otras formas de práctica médica (Jarillo et al., 2000). Estas características además de la asocialidad, la eficacia pragmática y la ahistoricidad, han constituido el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992), el cual en su necesidad de ser la referencia científica e ideológica que legitime las acciones en el campo de la salud, restringe su marco de acción a un sector relativamente pequeño de la población.

En este sentido, Clavreul (1983) destaca que el mirar de los profesionales de la salud estará marcado por la estructuración del saber clínico, y que de forma automática estarán siempre contaminados por una óptica limitada, independiente del sujeto y del contexto de donde haya surgido esa mirada. Para Jean Clavreul la "orden médica" sería una entidad ahistórica y sin cuerpo, que tomará el lugar de todo o cualquier médico siempre que esté ejerciendo el oficio de la clínica.

Por tanto, la mirada predominante para entender un evento relacionado con la salud se ha situado fuera del individuo, visto desde la lupa del positivismo. Afortunadamente, en este campo se empiezan a insertar diferentes perspectivas

para abordar los eventos relacionados con la salud, como es el caso de Mercado (2002) quien plantea que los comportamientos no son externos y tampoco están regidos por una sola maquinaria (la biológica) sino que residen en la persona en la forma de entenderlos y significarlos, esto lleva a una forma sensible y lógica para actuar en un camino particular, cuando se trata de dar respuestas ante una enfermedad.

Con respecto a la relación médico paciente, la diferencia en la percepción de las necesidades radica en que mientras la persona que visita al médico quiere hablar en términos generales de su padecimiento, el médico intenta cubrir los aspectos establecidos en las categorías biomédicas. Este último hace preguntas para ser respondidas con un sí o un no, con un mínimo esfuerzo por entender el mundo del paciente desde su propia perspectiva. El involucramiento del paciente se limita a acuerdos y desacuerdos, en cada categoría del proceso de diagnóstico (Aggleton, 1990). Este trato está definido por los conocimientos técnicos que se tienen así como por las actitudes que se van conformando a lo largo del desarrollo profesional del médico.

Actualmente, un aspecto que resulta de gran relevancia en la postura del médico y que genera una mirada distinta para resolver los problemas de salud, consiste en la acelerada expansión de medicamentos, así como la alta tecnología biomédica, lo que resulta contraproducente pues al tratar de retomar los aspectos sociales en las cuestiones de salud, bajo una perspectiva reduccionista, a lo que se llega es a la medicalización, intentando tratar estos aspectos con fármacos, la idea que emerge es que cualquier problema de salud es factible de ser solventado con “una pastillita”. Como un ejemplo, se puede destacar la postura de un médico urólogo (comunicación personal, 2005) que a pesar de reconocer que las disfunciones sexuales están estrechamente vinculadas a causas emocionales, presiones sociales o diferencias culturales, muestra enorme satisfacción de que en el mercado ya existan fármacos para poder “combatir” este tipo de problemas.

Los avances científicos están llevando a un distanciamiento más profundo entre la medicina y los usuarios que demandan los servicios de salud, en esta relación las máquinas y todo lo que implica desarrollo tecnológico, son los elementos que están

ocupando los lugares privilegiados, dejando en segundo plano a los seres humanos. Uno de los abordajes del proceso salud-enfermedad en el campo de la salud colectiva ha sido bajo el marco de las disciplinas sociales, sin embargo, el enfoque predominante ha estado puesto en la búsqueda de las causas o determinantes sociales, siguiendo los lineamientos planteados por la medicina (López y Peña, 2006). En la actualidad, esta tendencia empieza a desvanecerse al dar paso al estudio de los individuos desde su propia subjetividad y al considerar los aspectos culturales, que son los que dan sustento a la conformación de las diferentes percepciones. Sin embargo, aún queda pendiente una articulación que permita vincular las acciones en beneficio de la salud con las necesidades reales de la población, esto requiere de un enorme esfuerzo, pues representa enfrentar un todo muy complejo.

Esta complejidad deriva de distintos modos de significar por un lado el mundo del personal de salud con su disciplina y su manera de entender los procesos de salud enfermedad, y por el otro el mundo de los significados de la enfermedad y de los padecimientos de los usuarios de los servicios.

La sexualidad no ha quedado fuera de los parámetros de la medicina científica, a partir de la cual la mayoría de los estudios realizados intentan identificar factores o conductas de riesgo, así como causas asociadas para el desarrollo de los distintos padecimientos, y comportamientos anormales. Sin embargo, este enfoque ha dejado de lado la experiencia y significado que cada persona o comunidad le adjudica a un determinado problema de salud; ignorar este aspecto, lleva a implementar acciones incompatibles con las necesidades percibidas por hombres y mujeres en las distintas etapas de su vida, esto debido a que los procesos de salud parten de concepciones completamente distintas.

No obstante el total convencimiento de la trascendencia de profundizar en los significados que los individuos conforman alrededor de sus padecimientos, surge una interrogante que amerita una reflexión, los médicos como profesionales de la salud estarían dispuestos a generar un cambio en su forma de mirar los procesos de salud enfermedad, cómo lograr que lo biológico no sea el aspecto central que domina este campo, cómo lograr que el personal de salud desarrolle habilidades que le permitan

considerar los aspectos subjetivos que subyacen a cada problema de salud y que son definidos por los contextos socio culturales en donde tienen su origen.

El hecho de que los distintos eventos que impactan lo que se ha consensuado en llamar salud sexual y reproductiva sean abordados desde el campo clínico, así como la complejidad de romper con el esquema prevaleciente, lleva a que las instituciones de salud no generen cambios en su sistema de atención, aun cuando las estadísticas y los diversos padecimientos, por su naturaleza multicausal, demandan un abordaje distinto. Una de las grandes limitantes de este enfoque es que el centro de interés está puesto en el aspecto biológico, visualizándolo como el principal desencadenante de los problemas de salud sexual y reproductiva, soslayando la influencia de factores sociales, culturales o psicológicos (en caso de que alguno de estos elementos sean considerados siempre será bajo el predominio del enfoque biologista).

En esta vertiente, se hace imprescindible identificar el camino que los médicos han seguido en la conformación de los significados de la sexualidad en su campo profesional. Esto es, si siguen el patrón establecido por las instituciones educativas, de salud o si se apegan a los lineamientos marcados por las políticas públicas o bien estructuran sus significados en relación con los hechos que se dan en las distintas culturas y de acuerdo con el momento histórico. Estas son algunas de las interrogantes que surgen a partir de la revisión de la literatura y de una reflexión profunda sobre el tema.

II. Construcción social de la sexualidad

1. El esbozo de la sexualidad más allá de lo biológico

En la descripción de cada uno de los problemas de salud o padecimientos clasificados dentro del rubro de salud reproductiva, se ha ido esbozando la imagen de la sexualidad. Aun cuando este aspecto se presenta de manera velada, es indispensable clarificar su relevancia.

Una de las dificultades para reconocer las implicaciones del aspecto sexual en la vida cotidiana de los individuos es que se ha refugiado en el enfoque biomédico, y la consecuencia de esa perspectiva es que se ubica como un aspecto aislado del contexto socio-cultural. Para superarlo, puede anotarse una visión histórica del camino que ha seguido la sexualidad y su inserción en el campo médico; con ello se tendrán bases para entender los procesos que definen circunstancias actuales en torno a la sexualidad. En este marco, es indispensable retomar algunos de los planteamientos de Foucault:

“A ese día luminoso habría seguido un rápido crepúsculo hasta llegar a las noches monótonas de la burguesía victoriana. Entonces la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora” (Foucault, 1991:9).

¿En qué momento queda oculta la sexualidad?, ¿en dónde se establece el vínculo con la reproducción? Esto es producto de los acontecimientos que van marcando la historia, son caminos claros o veredas difusas, las que trazan su recorrido. Infinidad de supuestos pueden derivarse de estos cuestionamientos. Sin embargo lo que debe considerarse es que efectivamente los cambios que se presentan en un tiempo y espacio determinado, son los que van a estructurar la percepción de un proceso como es, en este caso la sexualidad.

Como destaca Foucault (1991), la sexualidad es reprimida como una forma de control y poder; se establecen parámetros a partir de los cuales se legitima la sexualidad; aquellos comportamientos que no se ajustan a ese patrón de normalidad,

y rebasan los límites establecidos, son restringidos a escenarios alternos como burdeles o manicomios en donde sí es posible dar cabida a estas expresiones. No obstante, quedan sujetas al escrutinio de diferentes instancias de control como son: la medicina, específicamente, la psiquiatría, la justicia penal, sin dejar de lado por supuesto: la religión, y es desde estos campos disciplinarios donde se definen los comportamientos, buenos o malos; deseables o indeseables; permitidos o prohibidos, así como los morales o inmorales,

El control puede ir incluso más allá de la vida íntima del sujeto, se inserta también en la vida cotidiana, cuando al hombre se le exige enfocar su energía al campo laboral, y en menor medida a la reproducción de la especie, esto en la época en que se explotaba la fuerza de trabajo, coincidiendo así la represión de la sexualidad con el desarrollo del capitalismo.

En el recorrido histórico que Michel Foucault hace sobre el tema, se destaca el hecho de que la sexualidad ha sido regulada como una forma de poder que responde a las necesidades de control de un determinado actor o actores, y de acuerdo con las circunstancias presentes en un momento determinado. Sin embargo, ante la permanencia de este esquema, valdría la pena reflexionar e indagar en manos de quién está actualmente ese poder, específicamente cuando se hace referencia a aspectos que han sido atendidos desde el ámbito de las ciencias clínicas.

En el campo médico, la sexología se ha dado a la tarea de explorar los distintos comportamientos sexuales. Esto por un lado, permite ampliar el conocimiento sobre el tema, sin embargo también ha llevado a crear lo que Weeks (1986) determina como una "tradición sexual", que consiste en establecer una serie de parámetros que regulan los comportamientos y es bajo estos lineamientos que se establece lo normal y lo patológico: una vez más desde el punto de vista médico centrado en el organismo y descartando el elemento subjetivo, que es el que define en cada individuo e incluso en determinadas sociedades el valor de sus comportamientos sexuales. Esta regularidad es la que da origen a los diferentes problemas sexuales, algunos de las cuales impactan también en los eventos reproductivos pues la necesidad de ajustarse a determinados patrones de "funcionamiento del organismo" se contrapone con la posibilidad de ejercer una vida sexual satisfactoria. ¿Cómo

ejercer libremente la sexualidad, si los parámetros para actuar están sumamente restringidos, podríamos decir reprimidos?³ Un ejemplo, es la situación que viven las adolescentes a quienes se les permite vivir su sexualidad, siempre y cuando estén casadas; fuera de este escenario su conducta es censurada y socialmente reprimida⁴. El matrimonio brinda un espacio de intimidad en donde la sexualidad no es cuestionada, contrario a lo que ocurre con quienes no cubren este requisito, lo cual concede el derecho de etiquetar cualquier tipo de comportamiento que no se ajuste a los parámetros de normalidad, esquema que se agudiza en el caso de las mujeres.

Los parámetros para censurar o reprimir están dados por las construcciones que en cada sociedad se han estructurado en torno a la sexualidad aun cuando estén sostenidas por posturas que dan por hecho que un determinado evento se comporta de manera exclusiva en la realidad, independientemente del momento y del lugar en que tenga efecto. Al abrigo de este parámetro, se han establecido normas rígidas de comportamiento difíciles de modificar, debido a que se plantean como realidades inamovibles, determinadas por la naturaleza o la biología.

Con este breve recorrido histórico, se pueden identificar otros aspectos que han sido considerados en este campo de estudio, más allá del aspecto biológico. Así, ante la necesidad de descontextualizar a la sexualidad del esquema de naturalidad, surge la sexología, como el campo de acción en el que intervienen psicólogos y psicoanalistas. Este paso importante lleva implícita una desventaja: la vigencia del patrón de normatividad que desde otra trinchera continúa definiendo los

³ Actualmente, hay una fuerte censura hacia el corte genital femenino, práctica común en algunos países africanos, la cual consiste en mutilar parcial o totalmente los órganos genitales de la mujer, con el único fin de impedir el placer y así lograr cumplir a cabalidad su papel en la reproducción. Esta práctica se constituye en un problema grave de violación a los derechos humanos, ante lo cual organismos internacionales se han dado a la tarea de visualizar esta situación, para así lograr erradicar esta práctica (UNFPA, 1997; UNFPA, 2003; Diñe y Miller, 1998). Sin embargo, hay otro tipo de mutilación que se presenta en nuestras poblaciones, y que tiene que ver con la represión de deseos y sensaciones, que repercuten en las prácticas sexuales confortables y responsables, afectando así la salud de los y las adolescentes; no obstante esta situación, en donde la sexualidad no se pone en el cuerpo sino en las emociones, parece no representar un motivo suficiente para prestarle atención como un problema de salud pública en el país.

⁴ El escenario que se presenta ubica a las jóvenes en una situación contradictoria: por una parte tienen deseos de ejercer su sexualidad, y por la otra esto les genera sentimientos de culpa, lo que lógicamente les impide disfrutar esta etapa de su vida. Si a este componente le agregamos la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos (sea por falta de información, por barreras culturales o por carencia de los servicios), el resultado del ejercicio de su sexualidad se convierte en un factor de riesgo importante para cualquier padecimiento o acontecimiento relacionado con la salud reproductiva.

comportamientos deseables o saludables. Por tanto, la sexualidad va más allá de ser regulada sólo por el organismo, la psique se constituye también en un aspecto relevante (Loyola, 2003).

El modo en como se va estructurando la visión sobre la sexualidad, está marcado por las interpretaciones que los individuos de un grupo social imponen a determinadas formas de ser en su grupo, las que se han estructurado a través de pensamientos y acciones con un significado subjetivo que se constituye en su realidad.

Berger y Luckman (1968:36) plantean que “la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente”. Es imprescindible identificar las realidades particulares en las distintas sociedades, que dan sentido al conocimiento en torno a la sexualidad y sobre el cual van conformando su propia realidad.

La dificultad con la sexualidad es que conjuga varias realidades subjetivas que desde su postura están luchando por mantener un predominio. En este caso se pueden destacar tanto la religión⁵ por su fuerte influencia en el ámbito sexual, como la medicina (tema que nos ocupa); ambos aspectos influyen de manera significativa en la construcción de pensamientos que, en algunos casos, contradicen el sentido de las acciones que se requiere implementar para atender las necesidades de salud en individuos y poblaciones.

Entre los complejos procesos que han contribuido a la construcción social de la sexualidad, Weeks destaca tres aspectos: a) el género, como una característica que define completamente las diferencias entre los comportamientos femeninos y masculinos y que a su vez los determina; b) el sexo como fuerza natural irresistible, que fundamenta la creencia de que el deseo sexual es incontrolable, sobre todo en el sexo masculino; c) la jerarquía sexual. En ésta prevalece la visión del coito genital heterosexual como la correcta expresión de la sexualidad sobre cualquier otra manifestación que es señalada como perversa.

⁵ En su libro *Virginidad e Iniciación Sexual en México*, Amuchástegui (2001) describe con detalle la influencia que la iglesia ha ejercido en el ámbito sexual en la sociedad mexicana.

Estos tres aspectos están anclados en una visión naturalista cuyo eje de integración está dado por la biología, lo que los convierte en elementos inmodificables. Esta postura impide esclarecer la influencia de los factores socioculturales en su construcción. El reconocimiento de la sexualidad como un proceso implica un abordaje desde otra óptica, que conlleva una reestructura tanto de pensamiento como en las acciones, lo que no resulta fácil de enfrentar.

Es importante identificar las diferentes connotaciones que se estructuran en torno a la sexualidad, lo que lleva a acceder a campos de conocimiento poco abordados en donde la subjetividad de los individuos no ha sido considerada, no obstante que en conjunto objetivan el proceso de construcción y definen los significados en torno a determinada realidad (Berger y Luckman, 1968)

La trascendencia de analizar los significados de la sexualidad, es que permite un acercamiento entre las subjetividades de diferentes grupos o poblaciones a partir de las cuales se abre la posibilidad de romper con las formas tan estrictas de regular la sexualidad. Asimismo, se requiere de una profunda reflexión que delimite los caminos a enfrentar ante los vertiginosos cambios que se presentan día con día en la sociedad; de no hacerlo así, la visión de la sexualidad como fenómeno natural seguirá imperando, y por tanto cualquier comportamiento que se desvíe de las normas establecidas será estigmatizado y por ende, se limitará su intervención⁶.

Pensar en la sexualidad como un aspecto biológico o fisiológico que responde a un patrón común de comportamiento es considerarlo estático ante un escenario que fluye permanentemente, es negar la trascendencia del momento histórico y los aspectos sociales que sustentan el proceso de construcción.

El interés por identificar las diferentes construcciones en torno a la sexualidad es actualmente el centro de interés de las ciencias sociales, y aquí se integran algunas de estas perspectivas.

⁶ El hecho de considerar como naturales procesos construidos socialmente, limita la posibilidad de generar cambios. Un ejemplo se da a través de la reproducción: al darle la connotación de natural, se deja de lado la atención en cuanto a sexualidad a las menores de edad, en donde intervienen factores culturales que llevan a una joven a optar por la maternidad. Por otro lado al considerar la sexualidad como incontrolable, en el varón se limita la oportunidad de planear el uso del condón, pues se tienen la creencia que cuando el deseo llega, ya no se puede frenar.

Asimismo, ante la percepción del coito genital heterosexual como el único natural, otras formas de expresión de la sexualidad en muchos casos no son exploradas como prácticas de riesgo.

Partiendo de que muchas de las conductas sexuales son aprendidas y se instauran de acuerdo con la sociedad en la que se vive, se puede señalar que el inicio de la vida sexual activa desenmascara dos aspectos relevantes que parecen estar ocultos o no existir en la vida de un infante. Estos son la sexualidad y la reproducción: ambos tienen existencia en el organismo centrados en el aparato reproductor de hombres y mujeres jóvenes; sin embargo, su manifestación en la vida social o cultural parece indicar que parten de organismos completamente distintos y que son independientes el uno del otro. Así, se presentan diferencias marcadas entre sexos: el inicio de vida sexual en el hombre se relaciona con el placer sexual, en cambio en la mujer se vincula esencialmente con la reproducción.

En los jóvenes sus primeros encuentros sexuales tienen que ver con la exploración y disfrute de sus partes erógenas, práctica que se realiza en solitario (masturbación). En el caso de la mujer, el inicio de su vida sexual está marcada por un hecho biológico, la menstruación, evento vinculado directamente con la procreación. A diferencia del hombre, la mujer generalmente descubre su sexualidad en la intimidad con su pareja (Wight et al., 1998).

En comunidades rurales, el significado que se da a la iniciación sexual adquiere un sentido diferente de acuerdo con el sexo. En el caso de los hombres, no obstante, imaginar su primera relación sexual, en una situación romántica con la mujer que aman, la realidad les presenta un escenario completamente distinto en el que se ven involucrados en relaciones con sexo servidoras, contactadas por algún familiar o padrino quien se adjudica la responsabilidad de ese paso tan importante para los jóvenes. Las mujeres en tanto, enfrentan a través de su primera relación a su destino, pues se busca que la primera pareja sexual se convierta en su compañero de vida; aun cuando no deseen vivir en pareja con esa persona, al reconocer que no cubre con los requisitos deseados; a pesar de ello, la presión social las lleva a someterse a aceptar esa situación (Amuchástegui, 2001).

Estas percepciones que están fuertemente influidas por el género, definen el tipo de relación entre los jóvenes poniendo en riesgo su salud tanto física como mental, además de que limitan el disfrute de su sexualidad lo que está muy lejos de los

planteamientos establecidos en los discursos teóricos, a plantear la definición de salud sexual y reproductiva.

El proceso de reproducción en el ser humano es otro evento que está fuertemente marcado por la construcción social de la sexualidad. Bajo esta óptica, la responsabilidad del embarazo y su prevención se deja en manos de la mujer, como consecuencia el hombre no asume la responsabilidad, ni el compromiso del cuidado de los hijos, así se limita su intervención en este proceso, por ende su rol de padre es socialmente subvalorado.

Por otra parte, esta construcción en el sexo femenino se refleja en las enfermedades que padece, así en los registros epidemiológicos una de las primeras causas de muerte en la mujer mexicana y que representa un problema de salud reproductiva es el cáncer cérvico uterino (CACU); entre los principales factores de riesgo de esta enfermedad está el virus del papiloma humano (VPH), el cual es transmitido por el hombre. Una de las políticas de salud establecidas para prevenir este padecimiento, es la detección oportuna a través de un examen citológico (Papanicolaou). Hasta aquí, el énfasis está puesto en los aspectos fisiológicos pero falta analizar el papel que juegan los aspectos sociales y culturales en la prevención de este tipo de padecimientos.

Una de las maneras de prevenir el CACU, evitando el riesgo del VPH, es mediante el uso del condón; sin embargo, cabe preguntarse qué tanto se promueve esta práctica en los varones. Se ha identificado que las mujeres que mantienen una relación de pareja, la cual no ha sido formalizada (no en matrimonio) asumen la creencia de que solicitar el condón es dar a entender que no se cree que esa relación tenga un futuro, porque se estaría asumiendo la infidelidad de cualquiera de las partes involucradas: entonces ponen en riesgo su salud, en aras de mantener a su pareja (Zeidenstein y Moore, 1996). Estos aspectos no obstante haber sido estudiados e investigados, no son tomados en cuenta en los programas, ni en las políticas de salud.

En el campo de la salud reproductiva, es indispensable el enfoque de las ciencias sociales, ya que la sexualidad y reproducción son expresiones de procesos sociales más amplios. Las fuerzas constitutivas de lo social influyen tanto en los

comportamientos sexuales y reproductivos como en los discursos y acciones institucionales vinculadas con la reproducción, la salud y la sexualidad (Salles y Tuirán, 2001). Las instituciones sociales no son sólo instancias estructuradoras de comportamientos y actitudes de grupos e individuos, sino que a su vez están estructuradas por las acciones desplegadas por estos últimos. Consideran que para que el discurso devenga en prácticas, la población debe entrar al campo de disputa, de forma que resignifique y reconozca como suyas las definiciones y propuestas, y no como algo definido o impuesto desde arriba.

En cuanto a la conducta sexual, Gagnon (2001) destaca la importancia de los orígenes sociales y el papel de los guiones sociales en la organización de la sexualidad en el ámbito tanto mental, como interpersonal y colectivo. Es decir, las prácticas sexuales son específicas social e históricamente.

Vendrell (2004a:39), al hacer referencia a la sexualidad retoma a Clifford Geertz, quien señala que ésta constituye algo tan esencial como el cuerpo mismo, el cuerpo "sexuado". Agrega que hay que tener en cuenta que lo biológico es colocado en lo más profundo de la vida humana, ya que, aun siendo capaces de diferenciar en nuestra "naturaleza" diversas dimensiones –biológica, psicológica, social, cultural-, tendemos a organizarlas estratigráficamente de modo que lo más profundo, lo biológico, marca más lo que somos universalmente como especie que aquello situado en la superficie: lo cultural.

De acuerdo con lo planteado por Vendrell (2004a:57), "la óptica constructivista en lo referente a la 'pulsión sexual' no ubica a la cultura como represora de una fuerza biogenéticamente enraizada, sino como la acción de configurar e implantar en el organismo una fuerza culturalmente construida. Esto se lleva a cabo asimilando determinados patrones de significación a determinados estados y procesos fisiológicos posibles en el organismo humano, recibiendo éstos así una forma que les permitirá ser percibidos y reconocidos según esos patrones culturalmente configurados".

A lo largo de la historia, la sexualidad se ubica en el centro de interés y atención de instituciones y gobiernos, no obstante que permanentemente es restringida y

reprimida de acuerdo con los intereses prevalecientes en las estructuras de poder⁷. Así, en la época en que la fuerza laboral cobra un valor relevante para el desarrollo del capital, se plantea la hipótesis de que el ejercicio de la sexualidad impacta en el rendimiento personal de los trabajadores. Como consecuencia ésta es discretamente censurada. Las decisiones en cuanto a sexualidad de individuos o parejas son reguladas por intereses externos.

Asimismo, la religión como una institución encargada de regular pensamientos y comportamientos se otorga el derecho de etiquetar como "inmorales" o "pecaminosas" a todas aquellas manifestaciones de la sexualidad que trasciendan los límites de la intimidad conyugal, dichas expresiones son motivo de severos castigos.

Por otra parte, en el contexto de las ciencias de la salud, tanto para la medicina, como para la sexología y psicología, la sexualidad es restringida y etiquetada como una enfermedad física o mental al rebasar los parámetros de normalidad científica bajo los cuales se rigen estas disciplinas. Esto determina la prevalencia de un modelo de sexualidad cuya tarea esencial consiste en controlar y restringir su expresión.

El breve recorrido por los distintos escenarios en que se ha posicionado la sexualidad llevan a reflexionar sobre los dispositivos de poder imperantes en la actualidad, más aun cuando estos se enfrentan a dos factores importantes: las diferentes formas de expresión de la sexualidad, producto de los constantes cambios generados en la cotidiana interacción social⁸, así como los notables y sorprendentes avances en tecnología sexual y reproductiva⁹.

⁷ Esto varía de acuerdo con la época, Michel Foucault (1991) describe el papel predominante que en un tiempo tuvo la iglesia como eje moderador de la sexualidad. Actualmente la disputa por el control abarca escenarios más complejos, los medios masivos de comunicación juegan un rol preponderante en la conformación de la sexualidad. En el campo médico, los avances tecnológicos están ganando la batalla en cuanto a tecnología reproductiva posicionándose en el mercado, asimismo en el ámbito sexual a través de tratamientos que ofrecen mejorar la vida sexual.

⁸ Es importante poner atención a dos de los varios cambios que se están presentando producto de las diferentes formas de interacción social. El primero consiste en la inquietud de las parejas homosexuales por la reproducción humana, quienes demandan su derecho a la paternidad pero desde el aspecto biológico (inseminación artificial), cuestiones como la adopción no entran en estas demandas. Otro ejemplo relevante es el elevado uso de fármacos que potencian la función sexual, y que en sociedades como la italiana llama la atención el elevado uso en los jóvenes (Giammuso, 2006).

⁹ Estos avances llevan a resolver problemas como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz con el empleo de medicamentos.

Así, la sexualidad hegemónica enfrenta sus primeras confrontaciones, ante el predominio de un patrón cultural que está dando pauta a la medicalización de los eventos sociales. Por tanto, algunas de las preguntas que se plantea son: ¿actualmente en manos de quién está el control de la sexualidad?, ¿cuáles son los fines que se persiguen?, ¿cuáles las necesidades que requieren ser cubiertas? y ¿cuáles las prioridades que disparan los ejes de control?

Para ejemplificar cómo los acontecimientos están cambiando la forma de mirar la sexualidad, centrémonos en el reciente interés por las disfunciones sexuales. Éste no ocurre porque se afecta la salud física y mental de las personas sino porque representa una fuente notable de ingresos, al lanzar al mercado fármacos que “curan” estos “padecimientos”, por ende se da inicio al proceso de medicalización de los eventos sociales. La disfunción sexual, representa para la sociedad la pérdida de virilidad, con una connotación negativa, esto hace que un evento social y no natural requiera ser diagnosticado y medicalizado.

Entre los aspectos relevantes que plantea Loyola (2003) respecto de los cambios en la forma de mirar la sexualidad, uno de gran trascendencia es el espacio en donde tiene efecto la vida sexual. Éste, anteriormente se reservaba a la intimidad de la pareja; mas en la actualidad es rebasado por la injerencia del médico, quien ante la demanda de hombres y mujeres, -lo que no quiere decir específicamente parejas heterosexuales-, de ejercer su paternidad, se le confiere no sólo el derecho de interferir en la vida íntima de las personas sino además, de regular su actividad sexual. En este escenario, se deja de lado el componente afectivo y emocional para dar paso a las estrategias desarrolladas por la tecnología reproductiva. Estas adecuaciones surgen por la necesidad de vincular una demanda social como sería en estos casos la reproducción humana con un proceso biológico¹⁰ o natural.

Así, la aparente necesidad de los individuos por procrear¹¹ se puede ensombrecer por el anhelo de la biomedicina de actualizar cada vez más la tecnología

¹⁰ Loyola (2003) destaca que se generaliza la visión naturalista de los papeles (padre y madre) y de los procesos reproductivos: la idea de hijo como una prolongación del cuerpo, la transmisión del patrimonio sociocultural por la sangre. Los aspectos biológicos en detrimento de los sociales, por eso la necesidad de tener un hijo propio, y no optar por la adopción.

¹¹ Estos individuos pueden ser parejas homosexuales de hombres o mujeres, así como mujeres solteras. Loyola plantea una discusión de gran relevancia al destacar que aun cuando no son las parejas heterosexuales las que

reproductiva. Se pone en el centro de interés a la reproducción pero no como un evento natural, sino como un requisito indispensable para apegarse a los cánones de normalidad planteados por la sociedad. La contradicción radica en que la medicina tan preocupada por lo biológico ahora se enfoca en lo social, o será más bien que en beneficio de la comercialización o la mercantilización de la tecnología, no importa romper con lo natural¹² y centrarse en lo social. Pareciera ser entonces que el enfoque más conveniente consiste en visualizar la necesidad social como natural y así, no sólo la diagnosticamos sino también la medicalizamos.

La apertura hacia otras prácticas sexuales, que no son las tradicionales, como es el sexo entre parejas heterosexuales representa también otro cambio en el momento en que plantean su deseo por reproducirse, más aún cuando en algunos países la tasa de fecundidad ha bajado drásticamente, predominando el patrón de no procreación, esto define la necesidad de abrir un nuevo mercado enfocado a parejas homosexuales y mujeres sin pareja estable, dando así cabida a las nuevas tecnologías, las cuales ganan cada vez más espacios donde vender sus productos¹³.

Al respecto, Loyola (2003:882) señala "el dominio de la sexualidad, igual que las nuevas relaciones de procreación nos dejan desexualizados, la concepción inducida tiende a sustituir los efectos del deseo sexual de hombres y mujeres por la eficacia de la medicina", a manos de quién, pasan entonces las decisiones en cuanto a sexualidad.

Por otra parte, Vance (en Vendrell, 2004b:65) afirma que aunque la sexualidad, como toda actividad cultural humana se base en el cuerpo, la estructura, la fisiología y el funcionamiento del cuerpo no determinan la configuración o el significado de la sexualidad de una forma directa ni simple. [...] El papel de la cultura tampoco se limita a elegir ciertos actos sexuales (mediante alabanzas, estímulos y recompensas)

solicitan la reproducción asistida, ello no implica la sustitución de la tradicional visión de familia, con tres roles: madre, padre e hijos, por un modelo monoparental, no obstante que el cambio en la estructura familiar se está presentando.

¹² Aquí se estaría hablando de romper el parámetro de naturalidad, pues no se concibe la vida sexual fuera del contexto de pareja y además pareja heterosexual.

¹³ Como lo describe Loyola (2003) en pro de los derechos reproductivos se formulan las condiciones exigidas por las empresas biomédicas para desarrollar la aceptabilidad social de sus procedimientos experimentales (inseminación artificial, donación de óvulos). El caso de una mujer con preferencia sexual por el mismo sexo que plantea la idea de que su pareja sea inseminada con esperma de su propio hermano, nos lleva a rupturas fuertes con la propia biología, los aspectos éticos se involucran en decisiones de este tipo (estudiante de doctorado de la Universidad de California San Francisco, comunicación personal, 2002).

y rechazar otros (mediante la ridiculización, el desprecio o la condena) como quien elige en un “buffet” sexual. La construcción social de la sexualidad es mucho más profunda y abarca hasta la misma forma de conceptualizar, definir, nombrar y describir el sexo en distintos tiempos y en distintas culturas.

Ante el cambio en el panorama sobre las prácticas sexuales, sería interesante indagar cómo se siente el médico ante tal diversidad cuando en su formación profesional se da prioridad al aspecto biológico.

III. La búsqueda de una mirada diferente

1. Los paradigmas prevalecientes

El tema de la sexualidad ha sido abordado en diversos escenarios, bajo el enfoque de distintas disciplinas y desde diferentes aproximaciones, de eso da cuenta la extensa literatura al respecto. Si bien, ésta se ha identificado como un proceso social en cuya construcción intervienen fundamentalmente los aspectos culturales conformados por las interpretaciones subjetivas que cada integrante de una comunidad aporta, los significados en torno a la sexualidad en el campo profesional de los pasantes de medicina no han sido investigados. La relevancia en la profundización de estos temas radica en identificar ese mundo subjetivo en el que se mueven los jóvenes médicos, recién ingresados a su campo laboral.

Las ciencias sociales se han aproximado a los fenómenos desde distintas perspectivas, esto siguiendo tres planteamientos básicos: a) cómo es la realidad y qué se puede conocer de ella; b) cómo es la relación que se establece entre el científico y la realidad; y c) cómo se llega a conocer la realidad¹⁴. Estos cuestionamientos son la base de la clasificación de los paradigmas, así Guba y Lincoln (1998) en una primera agrupación los dividen en: positivistas, postpositivistas, teoría crítica y constructivistas; en una adecuación Lincoln y Guba (2000) agregan el paradigma participativo en tanto Neuman (1994) los divide en: positivista, ciencia social interpretativa y ciencia social crítica.

Por otra parte, en relación con los enfoques ligados con el proceso salud enfermedad, Castro (2000) menciona tres escuelas sociológicas de las que derivan; el enfoque normativo, interpretativo, y hermeneúico, mientras que Sarrado et al. (2004) los clasifican en: pospositivista, interpretativo o constructivista y sociocrítico o político. No obstante, que existe una frontera entre los paradigmas, éstos coinciden en algunos aspectos y disienten en otros. La reflexión en torno al enfoque interpretativo que es la base del análisis realizado en este estudio, se retomará posteriormente.

¹⁴ Supuesto ontológico, epistemológico y metodológico (Rodríguez et al., 1999; Sarrado et al., 2004)

La lente a través de la cual se enfocan los procesos sociales define su abordaje, así se presentan posturas duales, como la visión etic-emic¹⁵; la aproximación nomotético-ideográfico¹⁶; la metodología cuantitativa-cualitativa, así como la descripción-comprensión¹⁷ de los fenómenos. La aprehensión de una realidad determinada depende fundamentalmente de la forma en cómo ésta es concebida.

2. El enfoque interpretativo

El campo de aproximación a los fenómenos sociales es muy amplio, y este no es el espacio para su descripción¹⁸, ni discusión¹⁹, lo que interesa es enfocarse en el paradigma interpretativista cuya atención se centra en entender la vida social, así como en descubrir la manera en que los individuos construyen sus significados. Este enfoque sostiene que la vida está basada en la interacción social y en un sistema de significados socialmente construido. Neuman (1994:62) señala “que esta aproximación identifica que la acción humana tiene pocos significados inherentes. Estos se adquieren entre las personas quienes comparten un sistema de significados que les permite la interpretación de este como una acción o signo socialmente relevante”.

Entre los límites del paradigma interpretativo ubicamos el interaccionismo simbólico, cuyos representantes Mead y Blumer proponen un modelo reflexivo de la persona, del individuo como agente activo capaz de modificar su visión de sí mismo, el cual se produce inicialmente a partir de la interacción social, plantean estudiar el

¹⁵ Ibáñez (1994) plantea una diferencia entre el enfoque etic-emic, el primero se caracteriza por: ser genérico e intercultural, basado en la predicción, constituye un punto de vista exterior, es absoluto, es fragmentador, es inicial; en tanto el segundo enfoque es: específico e intracultural; se basa en el descubrimiento, constituye un punto de vista interior, es relativo, es integrador, es final ya que proporciona un punto de llegada.

La perspectiva ética se refiere a las “afirmaciones generalizadas sobre los datos” formuladas por el investigador en función de un conocimiento transcultural, mientras que la émica se refiere a los modelos y patrones que aparecen en una cultura concreta y particular (Ruiz, 1999)

¹⁶ Nomotético, basado en leyes universales; ideográfico, provee una representación simbólica (Neuman, 1994)

¹⁷ Enfoque cuantitativo-cualitativo

¹⁸ Guba y Lincoln (1998) presentan una descripción detallada de cada uno de los cuatro paradigmas propuestos en su clasificación: positivistas, postpositivistas, teoría crítica y constructivista, y los comparan bajo los supuestos ontológico, epistemológico y metodológico, lo mismo hacen con la modificación a su propuesta inicial, en donde introducen el paradigma participativo (Lincoln y Guba, 2000). Por otra parte Neuman (1994) también describe ampliamente las tres aproximaciones que el propone, presenta la discusión derivada de cada una y entre los distintos enfoques.

¹⁹ Collins (1996) hace un interesante análisis de los enfrentamientos y cuestionamientos entre paradigmas.

orden como algo construido, más que como algo establecido, es un papel dinámico crucial en el proceso de construcción de la identidad (Natera y Mora, 2000).

Guba y Lincoln (citado en Natera y Mora, 2000) señalan la importancia del interaccionismo simbólico para comprender el proceso de construcción de los significados y, destacan tres premisas fundamentales. En la primera, los actos humanos se dirigen, por un lado, hacia los objetos físicos y, por otro, a su medio ambiente, sobre la base de los significados que esos objetos tienen para ellos. En segundo lugar, estos significados derivan de la interacción social entre los individuos; esta interacción es simbólica porque la comunicación que producimos es a través del lenguaje y otros símbolos mediante los cuales se crean nuevos significados. Finalmente, mediante un proceso interpretativo los significados son establecidos y modificados por el actor social, quien los selecciona, reagrupa y transforma a la luz de una situación en la cual es colocado en dirección de su acción: los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción (Natera y Mora, 2000).

Así, el interaccionismo simbólico se constituye en la base sobre la cual se estructura la teoría fundamentada, y cuya disciplina de origen proviene de la sociología. Como Creswell (1998) destaca, el intento de un estudio de teoría fundamentada es generar o descubrir una teoría, un esquema analítico abstracto de un fenómeno que se relaciona a una situación particular, en la cual el individuo interactúa, toma acciones o se compromete en un proceso en respuesta a un fenómeno. Para estudiar cómo la gente actúa y reacciona a este fenómeno se colecta información primaria. Esta teoría se basa en los datos del campo.

Castro (1996) destaca que la tarea sociológica fundamental es la generación de teoría por medio de categorías pertinentes que derivan de la información empírica, más que ajustarlas a categorías preestablecidas. La realidad social debe ser abordada con el fin de descubrir problemas relevantes y significativos que ocurren en ese momento; problemas que, por definición, no pueden detectarse con anticipación, esto es, antes de que entremos en contacto con la realidad.

Partiendo del supuesto de que la sexualidad es una construcción social, y no un evento estático y determinado, y que se construye a partir de la interpretación de

diferentes realidades subjetivas, cuya forma de reconocimiento está dada por el lenguaje, el enfoque que nos permite su comprensión es la teoría fundamentada, la cual tiene su raíz en el interaccionismo simbólico.

Profundizar en un campo nuevo de conocimiento requiere ir de los datos a la identificación de conceptos, los cuales van conformando las categorías que subyacen a un fenómeno. Esto dará como resultado la construcción de una teoría, cómo se llega a este fin, en el caso que nos ocupa se requiere escuchar las voces de los jóvenes pasantes, comprender la realidad que viven profundizando en su mundo subjetivo. Esto, a través de escuchar sus puntos particulares de significar la sexualidad, en el recorrido por los diversos escenarios donde se han formado como profesionales de la medicina: la universidad, los espacios clínicos, así como las instituciones de salud en donde como último requisito de su formación, deben cubrir con su servicio social. Estas áreas se constituyen en los ámbitos de interacción a través de los cuales la subjetividad emerge dependiendo de la relación que se da con diferentes personajes, pues no existe una única verdad en cuanto a la sexualidad, esta se va estructurando en la interacción diaria del individuo en su dinámico contexto.

3. El escenario de la teoría fundamentada

Es importante señalar que la teoría fundamentada, desde sus primeros planteamientos en 1967, surge por la necesidad de ubicar el estudio de los procesos sociales bajo el esquema prevaleciente de las ciencias naturales. En su interés por ganar un espacio en estas áreas, Glaser y Strauss conjuntan sus conocimientos para estructurar los elementos teóricos de este abordaje, ambos lograron inicialmente su propósito; sin embargo, más adelante fueron duramente criticados por caer en el esquema que ellos mismos cuestionaron, esto es la mirada positivista en el estudio de los fenómenos sociales (Charmaz, 2006).

Los antecedentes de Glaser se ubican en una posición cercana a la tradición positivista, con el planteamiento de una realidad externa y objetiva, con un énfasis en lo lógico, procedimientos analíticos, métodos comparativos, un desarrollo conceptual y un observador neutral que descubre los datos, esta visión deviene de una rigurosa

formación en el campo cuantitativo, en su estancia en la universidad de Columbia, en tanto que Strauss recibe su herencia de la escuela de Chicago²⁰; él visualiza al ser humano como un agente activo en su vida y en su mundo, más que como un objeto pasivo (Charmaz, 2000; 2005). Asume que los procesos y no las estructuras son fundamentales en la existencia humana, los seres humanos crean las estructuras a través de involucrarse en los procesos, cuyo punto de partida es establecido a través del interaccionismo simbólico (Charmaz, 2006).

La posibilidad de acercarse a la complejidad de la vida de acuerdo con Strauss y Corbin²¹ (2002) está dada por la combinación de dos aspectos: la estructura y los procesos. Bajo el análisis del primer elemento se identifican las circunstancias en las cuales se sitúan o emergen los sucesos o acontecimientos pertenecientes a un fenómeno, en tanto que los procesos denotan la acción/interacción, en el tiempo de las personas, organizaciones y comunidades, en respuesta a ciertos problemas y asuntos. Estos autores destacan que ambos elementos están ligados, y que para la comprensión de los fenómenos es imprescindible el análisis de ambos.

El camino que ha recorrido la teoría fundamentada desde su inicio se ha encontrado con diferentes rutas, algunas de las cuales parecerían inconcebibles siguiendo con los paradigmas básicos. Sin embargo, estos cambios bajo la perspectiva que aquí se sustenta, surgen por la necesidad de encontrar otra forma de mirar los fenómenos sociales que atiendan más a la perspectiva individual y subjetiva, que es lo que constituye la dinámica social, en lugar de dar prioridad a los planteamientos que permitieron a las disciplinas sociales ubicarse dentro del campo científico, como fue el caso de la teoría fundamentada, en su versión original, la cual para lograr posicionarse en ese ámbito adoptó el esquema rígido, semejante al enfoque empleado en las ciencias naturales. Esta discusión poco a poco está siendo

²⁰ Mirar los datos bajo el lente propuesto por la escuela de Chicago conlleva enfocarse en los significados y procesos en ambos niveles subjetivo y social. Asimismo asume una relación recíproca y dinámica entre la acción y la interpretación (Charmaz, 2005).

²¹ El trabajo teórico realizado por Strauss y Corbin se aleja del planteamiento propuesto por Glaser, esto lleva a un distanciamiento entre ellos. En tanto Glaser permanece en el campo positivista, Strauss y Corbin se mueven entre el objetivismo y las suposiciones constructivistas. Charmaz (2000) describe con detalle las confrontaciones que estos autores tuvieron en su campo de investigación.

rebasada²² debido a que el estudio de las ciencias sociales bajo el enfoque cualitativo ha ganado espacios por sí mismo, por la relevancia de sus planteamientos. La comprensión de estos cambios se derivan de algunas ideas plasmadas por Morin (1998:218) al señalar: “utilizaré el término de paradigma no sólo para el saber científico, sino también para cualquier conocimiento, cualquier pensamiento, cualquier sistema zoológico”. Esta visión permite replantear la postura asumida en el trascender día con día; el análisis de los fenómenos no se da sólo bajo los esquemas de cientificidad imperantes, ello también se logra analizando los fenómenos en su acontecer cotidiano.

A través del tiempo la estructura de la teoría fundamentada ha sido objeto de algunos cambios, así, Strauss en conjunto con Corbin, muestran una perspectiva menos rígida, en la que se proponen dar voz a los individuos representándolos tan exacto como sea posible. Dicha postura contravino los postulados de Glaser, quien critica este análisis, pues considera que éste solamente lleva a una descripción conceptual, subraya que el análisis por comparaciones sistemáticas es suficiente, ya que éstas derivan en categorías emergentes y las propiedades que surgen es a través de más comparaciones, hasta llegar al paso final que consiste en la generación de teoría (Charmaz, 2000).

De acuerdo con Guba y Lincoln (1998), en la clasificación de paradigmas que ellos proponen, la combinación entre los enfoques positivista y postpositivista, así como entre el interpretativista y la teoría crítica es factible de realizar. Lo que es incompatible es la combinación de paradigmas inmersos en cada una de las divisiones, por tanto, se niega la posibilidad de un análisis interpretativista desde una postura postpositivista. No obstante estos argumentos, Charmaz (2000)²³ viene a romper con este planteamiento, pues para aproximarse al estudio de las enfermedades crónicas, parte de un enfoque constructivista, el cual está anclado al paradigma interpretativista, y hace un análisis bajo las modificaciones que ella

²² Por supuesto que es muy importante no olvidar los supuestos ontológicos y epistemológicos que subyacen a cada uno de los paradigmas.

²³ Charmaz (2000) plantea una ruptura del paradigma, ya que en su artículo “Grounded theory: Objectivist and Constructivist Method” afirma que el uso que hace de la teoría fundamentada es más fenomenológico, incluso plantea que Strauss tiene la misma apreciación de su trabajo en relación con el de ella.

sugiere a la propuesta de la teoría fundamentada, la cual en su origen se ubica dentro del paradigma postpositivista.

Lo que diferencia el enfoque de Charmaz (2000) respecto a la postura inicial de la teoría fundamentada es que considera el mundo subjetivo, a través del cual las personas crean y mantienen un mundo de significados mediante un proceso dialéctico al conferir significado a sus realidades y actuar dentro de ellas. Para esta autora la realidad no existe independiente de la acción humana. Asimismo asume que “ni los datos, ni las teorías son descubiertos, más bien, somos parte del mundo que estudiamos y de los datos que recolectamos”. “Construimos nuestras teorías fundamentadas a través de involucrar el pasado y el presente, e interactuar con personas, perspectivas y prácticas de investigación” (Charmaz, 2006:10). Estos supuestos contradicen la idea de neutralidad del investigador defendida por Glaser.

La postura constructivista de Charmaz remite a lo que Collins (1996) destaca como la teoría del pensamiento genuinamente sociológica, desarrollada por Mead, quien plantea que en la conversación interiorizada interactúan el “yo”, el “mí” y “el Otro Generalizado”²⁴. Destaca que el yo es una entidad reflexiva, y que no podemos vernos si no es en el interactuar con los demás.

4. Crítica a la posición interpretativista

El paradigma interpretativista o individualista no racional (como lo denomina Castro, 2000)²⁵, que cobija a corrientes como el interaccionismo simbólico y la etnometodología no obstante tomar en cuenta al individuo desde su subjetividad, ha estado sujeto a cuestionamientos importantes, sobre todo de la corriente crítica social al destacar que en ese paradigma al centrarse en la realidad individual, tanto

²⁴ El yo es un punto de vista. No podemos ver nuestro cuerpo en su totalidad, ni siquiera en el espejo. El “yo” no está totalmente determinado por el exterior, pues tiene un elemento de libertad e iniciativa. Existe también el “mí”, el yo constituido por las actitudes que adoptan otras personas frente a uno. El Otro Generalizado es quien nos proporciona un auditorio abstracto y no específico, adecuado para la conversación interior que constituye nuestro propio pensamiento. (Collins, 1996)

²⁵ Este autor hace una clasificación con cuatro tipos generales de escuelas sociológicas, bajo las cuales se aborda la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, estas son: enfoques normativos (colectivistas racionales); los individualistas racionales; los hermenéuticos (colectivistas, no racionales) y los interpretativistas (individuales, no racionales) (Castro, 2000:33).

la opinión del genio como del ignorante tiene el mismo peso, ve los puntos de vista como iguales, ignorando la realidad social (Neuman, 1994).

Asimismo, Castro (2000:33) argumenta que al enfocarse a la pretendida libre subjetividad de los individuos, en mayor o menor medida se ignora la existencia de un orden social externo²⁶. Por ende se concluye que al considerar la subjetividad de aquéllos que interactúan en un espacio determinado compartiendo los significados de una problemática común, la visión se particulariza, y la comprensión de un fenómeno se ve reducida a ese espacio específico, en el cual cada fenómeno responde a un contexto determinado y al tiempo histórico en el que tuvo lugar.

En este trabajo se considera que cada fenómeno comparte estas particularidades con aspectos más generales, pues están insertos en procesos complejos que incluyen estructuras macro sociales. Un fenómeno se presenta como producto de una transición, dada por la interacción con los individuos en diferentes épocas, la cual define su movilidad, ya que la sociedad como el mundo no es estática.

Los cuestionamientos al enfoque interpretativista sustentan la trascendencia de aproximaciones como la ciencia social crítica y el enfoque no racional colectivista o hermenéutico, los cuales corresponden a la clasificación de los paradigmas propuestos por Neuman y Castro respectivamente. En el primer enfoque, el argumento que sustenta su validez es que considera tanto lo ideográfico, como lo nomotético; en el segundo enfoque estos aspectos están definidos por el orden social y el componente subjetivo, en donde ambos niveles de realidad son considerados.

Ante el argumento de Castro con relación a que el modelo hermenéutico considera ambos niveles de realidad, puede decirse que el análisis interpretativista también lo toma en cuenta, pues el individuo se mueve bajo un marco social, y esto es lo que va integrando su subjetividad, no es que se aisle de su contexto y a partir de ahí empiece a estructurar sus significados. Las estructuras macro sociales permean el mundo subjetivo de los individuos, de este modo el enfoque no puede ser tan reduccionista. El individuo desde que está inmerso en un contexto social y cultural

²⁶ Castro (2000:37) en su crítica al enfoque interpretativo destaca que "los enfoques hermenéuticos constituyen una tentativa de combinación del orden colectivo de los abordajes normativos con la acción creativa y emotiva de los enfoques interpretativos", sin embargo en su propuesta no se clarifica como se establecen estos enlaces.

está impregnado por lo macro, las instituciones como la iglesia, la familia, son una muestra de ello. En el caso de la religión, por ejemplo, una persona no obstante estar fuera de cualquier culto religioso, sus comportamientos en su vida diaria pueden estar permeados por aquélla, es decir un evento macro impacta directa o indirectamente la vida diaria de las personas, independientemente del género y grupo de edad al que se haga referencia.

En este caso, en torno al tema de la sexualidad, tanto en los espacios educativos como en las instancias de salud, además de las políticas que los regulan estructuran el modelo macrosocial que define los comportamientos en lo individual. No obstante que el individuo no esté en posibilidad de generar por sí mismo un cambio en las políticas de salud, el impacto que tienen en su vida diaria lo lleva a conformar sus propias interpretaciones, que se ven reflejadas en su discurso y en sus comportamientos cotidianos. Esto se deriva desde los planteamientos de Foucault (1991) ya que al subrayar que la sexualidad era regulada por la iglesia, o por la misma sociedad capitalista como una forma de control social, estas estructuras macro permean los significados individuales. Charmaz (2006) plantea una postura en esta línea cuando señala que la estructura y los procesos están innegablemente interrelacionados.

La diferencia radica en que bajo este análisis, se considera como elemento esencial el individuo y de aquí se parte para posicionarlo en un marco más general. Esta postura es opuesta a la que Goffman (citado en Collins, 1996) plantea ya que para él la estructura social es lo primero y la conciencia subjetiva es un factor secundario.

El individuo no se puede mover pues implícitamente está sujeto a estas estructuras que es lo que van conformando la visión o el significado que asigna a un aspecto determinado.

En este capítulo se ha presentado una breve descripción del origen de la teoría fundamentada, así como del enfoque interpretativista, esto sin dejar de lado las críticas en torno a estos planteamientos. En el primer caso, la discusión se centra en el cambio que esta teoría ha presentado desde su postura inicial con una visión objetiva hasta su planteamiento con una aproximación constructivista, esta última

basada en los postulados del interaccionismo simbólico. Asimismo se destaca la crítica en torno a los enfoques interpretativistas, por su marcada visión centrada en el individuo. En este contexto emerge la teoría fundamentada constructivista propuesta por Charmaz, interesada en profundizar en el mundo de significados constituidos a partir de la interacción de las formas particulares de mirar de cada individuo, en cuya interrelación interviene también la forma de interpretar el fenómeno por parte del investigador. Desde este marco, el presente estudio pretende profundizar en los significados de la sexualidad en el campo profesional de los pasantes de la carrera de medicina.

IV. ¿Por qué la sexualidad?

1. El tema de interés

La enseñanza de la medicina, enfocada al aspecto biológico e individual ubica al personal de salud en un marco de acción restringido, frente a las demandas sociales en cuanto a salud sexual y reproductiva. Asimismo, el médico se encuentra en desventaja respecto a los nuevos planteamientos de la política de salud, que aun cuando genera un cambio en el discurso (atención integral), éste no va a la par con las necesidades de entrenamiento que se requiere desarrolle el persona de salud, para hacer frente a la complejidad inmersa en los temas y acontecimientos en este campo.

Así, se demanda del médico que además de contar con conocimientos técnicos, sea capaz de considerar y manejar aspectos sociales y culturales que le permitan un abordaje integral, pues al estar inmerso en una sociedad, estos elementos la conforman.

Al reconocer que la sexualidad es un evento construido por los sujetos sociales, de acuerdo con el lugar y momento histórico en que tienen lugar, esto lleva a plantear la necesidad de explorar el significado que el médico da a la sexualidad, pues aun cuando su campo de atención está centrado en el organismo, éste está inmerso en un contexto social y cultural que lo determina, entonces es relevante identificar cómo el médico experimenta todos esos aspectos que no son considerados en su formación profesional.

Se plantea la necesidad de que el médico tenga una postura abierta y sin prejuicios para abordar temas relacionados con la sexualidad; asimismo, se le demanda una comunicación abierta con los usuarios de los servicios. Sin embargo, se requiere reflexionar si el médico está preparado para responder a estas demandas, por lo que es pertinente identificar, ¿cuáles son los significados que atribuyen a la sexualidad?, ¿cómo construyen esos significados?, ¿qué experiencias guían su postura frente a acontecimientos centrados en la sexualidad?

Las investigaciones interesadas en abordar estos temas lo han hecho pero desde la postura del observador, imponiendo su forma de mirar el mundo, quedando al

margen los significados que el personal de salud tiene de cada uno de los eventos relacionados con la sexualidad. Esto se puede evidenciar con la gran cantidad de investigaciones que intentan entender el por qué de las conductas de riesgo, bajo el parámetro de normalidad del propio investigador. Así, se pierde de vista la variedad de factores que pueden estar interactuando.

Además con respecto al personal de salud, se ha seguido con esta línea de indagación, se estudian actitudes u opiniones a favor o en contra de determinados comportamientos sexuales, pero no hay espacios disponibles para que el personal hable de la sexualidad, y menos aun cuando se hace referencia a ellos sin considerar los cánones permitidos por la ciencia o por los estándares permitidos por la sociedad.

Esto lleva a reflexionar sobre varios aspectos; por una parte tenemos al Modelo Médico Hegemónico, a partir del cual se delimitan las acciones en el campo de atención a la salud y es bajo este mismo esquema, que el enfoque sexual se ha subordinado al aspecto reproductivo. Por otra parte, cuando la percepción de la sexualidad está estructurada desde el ámbito de poder a través de las políticas de salud, se fractura la visión de ésta; negando su complejidad. Un factor más que hay que analizar es que la sexualidad, ni es un evento aislado, ni tampoco está naturalmente determinada, su proceso de construcción social cambia de acuerdo con el momento y situación que se esté viviendo.

A lo largo de la historia, se han dilucidado algunos aspectos que conllevan al entendimiento de lo que llamamos sexualidad; sin embargo, han sido mayores los candados que impiden su expresión plena, no sólo en el discurso sino también en acciones y comportamientos. Este control se ha ejercido de diferente forma, en distintos momentos. No obstante las barreras para abordar el tema, en este trabajo se intenta abrir un espacio para que emerjan tópicos sobre sexualidad en la práctica profesional, dar paso a la subjetividad que subyace. Identificar este panorama, marca la pauta para dimensionar el problema e iniciar en el personal médico, la deconstrucción de la sexualidad.

El interés principal de esta investigación se basa en contextualizar los significados que los pasantes de la carrera de medicina han estructurado en torno a la sexualidad considerando su experiencia en el campo académico, clínico y profesional, y cómo

estos temas se involucran día con día en su práctica profesional. Por tanto, es relevante identificar las interpretaciones que los actores refieren, no con el fin de ajustarlos a un patrón general de comportamiento. Lo primordial, de acuerdo con Patton (1990), es captar la riqueza de la información que brindan los entrevistados, descubrir las múltiples realidades para la construcción de una teoría.

2. La licenciatura de medicina en la UAM

Antes de acercarse a los pasantes, es conveniente describir brevemente los lineamientos del plan de estudios de la licenciatura de médico cirujano, en la UAM-Xochimilco. Esto como parte del contexto donde el médico en formación que aquí estudia, se capacita y entrena. Durante el proceso de entrenamiento, se propicia también el encuentro con dos redes básicas de actores; la conformada en las instituciones de enseñanza superior (maestros y alumnos) y la que se establece en las instituciones de salud (médicos adscritos, residentes, enfermeras y todo el demás cuerpo de profesionales), éstas se constituyen en los vínculos de interacción cotidiana con los personajes en cuestión.

La carrera de medicina se imparte en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, en las instalaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Está integrada por quince módulos, impartidos en trimestres con doce semanas de duración.

La primera fase se conforma por:

- El tronco general (un módulo) y el tronco divisional (dos módulos)

El segundo nivel tronco básico profesional con base en el proceso salud enfermedad, se divide en cuatro etapas:

- Mecanismos de interacción de los elementos del proceso salud-enfermedad (dos módulos)
- Crecimiento y desarrollo biológico y social del individuo (tres módulos)
- Proceso de salud-enfermedad en el adulto y el anciano a través de su atención integral (tres trimestres).

- Integración de la práctica profesional (cuatro trimestres, los tres últimos corresponden al internado médico de pregrado (UAM-X, 2001).

A lo largo de estos 15 trimestres, el proceso de enseñanza aprendizaje se imparte tanto en las aulas de la universidad como en las instalaciones de los diferentes servicios de salud. Es importante identificar en el programa en general y en sus contenidos, el enfoque bajo el cual se abordan los temas de sexualidad²⁷, ya que el modelo propuesto contribuye a la conformación de los significados que los jóvenes van estructurando durante su estancia en esta institución.

3. ¿Por qué el pasante de medicina?

Durante su proceso de formación los estudiantes de medicina están en constante relación con diferentes profesionistas. En la universidad sus contactos directos son con los profesores y los compañeros de clase; en sus prácticas clínicas conviven con especialistas de diversas disciplinas quienes a su vez tienen su particular forma de mirar los procesos de salud enfermedad. La interacción con todas estas percepciones va estructurando la forma en que el pasante le asigna significados a la sexualidad. Sin embargo, esta visión no se hace evidente hasta el momento en que se encuentra solo en una comunidad específica, en donde en su convivencia con la población identifica estilos y formas de comportamiento que en ocasiones confrontan sus propios valores. Esta situación, aunque pudiera haberse presentado anteriormente en otros escenarios, no se hacía tan evidente pues la responsabilidad de estos eventos estaba en manos de médicos con una jerarquía superior.

Cuando el pasante asume la responsabilidad de dirigir un centro de salud, también se encarga de la atención médica y de los programas de prevención, esto lo ubica en una constante interacción con la subjetividad de cada individuo de manera particular y de la comunidad en general, de aquí deriva el interés por acercarse a los pasantes de medicina en esta fase de su formación.

²⁷ Este análisis se realizó en el momento de estructurar el marco teórico ya que se consideró una información relevante para definir el contexto en el que el estudiante de medicina es entrenado; sin embargo, conforme avanzó la investigación éste dejó de ser el centro de atención por lo que su descripción se agrega en un anexo.

Aproximarse al camino de la construcción de los significados de la sexualidad en el campo profesional de los pasantes, parece inquietante y necesario, ya que se parte del supuesto de que al integrarse a su trabajo en la comunidad, también se enfrentan a una serie de cuestionamientos respecto a sus percepciones, vivencias e interpretaciones sobre la sexualidad, no sólo en torno a su persona sino también al proceder de la comunidad.

Objetivos

Comprender los significados en torno a la sexualidad en la práctica profesional de los pasantes de la licenciatura de medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana-X

Objetivos específicos

- Comprender la construcción de los significados de la sexualidad en el ámbito académico a lo largo de su formación profesional (12 trimestres de la carrera)
- Reconocer las experiencias de los pasantes en torno a los aspectos de sexualidad en los espacios donde realizan sus prácticas clínicas.
- Identificar las experiencias en torno a los temas de sexualidad en su práctica profesional

La construcción de su concepción de sexualidad se integra a partir de la interrelación que se da en los tres ámbitos: académico, clínico y profesional.

V. Estrategia metodológica

El mundo del pasante de la carrera de medicina está conformado por diversos escenarios (instituciones educativas, de salud y comunidad), que confluyen durante su formación profesional en la integración de su visión sobre la sexualidad, el aspecto subjetivo que enmarca esta construcción subyace cuando el médico se inserta en el campo laboral para el cual ha sido entrenado, esto es, el ámbito de la profesión de la medicina.

A lo largo de su formación, los jóvenes médicos interactúan con un sinnúmero de situaciones e individuos. Sin embargo, en este caso, el interés se centra en profundizar en el último eslabón de la cadena en la formación profesional: el periodo de actividad en el servicio social, debido a que en esta fase, de un momento a otro, se transita del rol de estudiante al de profesional, quedando sin conexión directa o supervisión de ningún asesor médico o académico, en el centro de salud; mientras que las exigencias para cubrir con las normas y reglas tanto del sector salud como de las instituciones educativas siguen vigentes. Así el recién egresado se enfrenta a experiencias desconocidas y alejadas de su entrenamiento profesional.

El extenso campo de estudio de la sexualidad atraviesa toda una gama de aproximaciones que van desde los estudios enfocados a la detección de conductas o factores de riesgo para determinados padecimientos o estilos de vida, hasta el reconocimiento de los aspectos subjetivos que surgen a partir de explorar las interpretaciones, experiencias y significados bajo un acercamiento individual o colectivo, esto en una diversidad de contextos. No obstante este interés, el énfasis se ha puesto en los personajes que bajo la lupa de las disciplinas integradas al campo de la salud (medicina, psicología, enfermería) son susceptibles de desarrollar algún padecimiento o comportamiento anormal²⁸. Entonces, la atención se dirige a los

²⁸ El comportamiento anormal hace referencia a todo aquel que sale de los parámetros establecidos y que refleja un desequilibrio en la salud tanto física como mental, pasando por las pautas morales existentes en diversos grupos o comunidades, las cuales pueden estar sujetas también a diversos patrones religiosos. Como ejemplo se puede destacar el hecho de que para los prestadores de servicios de salud, sea incomprensible que una adolescente se embarace cuando tiene información sobre métodos anticonceptivos. Esta visión define el desconocimiento de la situación que se enfrenta en diferentes comunidades, incluida las de alta marginación, así como la descalificación de los valores culturales que contribuyen a que las jóvenes opten por embarazarse a temprana edad.

usuarios o comunidades en riesgo, no a los que dictan o regulan los parámetros a seguir.

Así, se deja de lado a los personajes que por tradición e historia se han convertido en jueces, rol que ha sido asumido como parte de su inmersión en el campo tradicional de la medicina y que les da pie a establecer los parámetros de salud y normalidad bajo los cuales deben regirse las personas.

Los paradigmas predominantes en la formación de los profesionales médicos como son: la visión biologista con un énfasis en el organismo, la medicalización de los eventos naturales, y la connotación de la reproducción humana como un aspecto natural e inmodificable ha limitado el acercamiento hacia los temas de la sexualidad en el ámbito médico, lo mismo cuando se trata de un solo individuo en una consulta médica o bien en cualquier acercamiento con la comunidad, vía los programas de planificación familiar, de prevención de embarazos en adolescentes o de educación sexual.

1. El camino previo para integrar a los pasantes a la investigación

Para contactar a los posibles participantes a esta investigación, se programó una cita con la profesora encargada del Servicio Social de la carrera de medicina, quien informó a los diferentes tutores²⁹ el propósito del trabajo y solicitó su colaboración para invitar a los estudiantes, que supervisan, a integrarse al equipo de participantes. Cabe destacar que la decisión de con quién hablar estuvo bajo el control de la responsable del servicio social³⁰, quien convocó a los tutores para otros asuntos y aprovechó la oportunidad para exponer mi petición a las dos únicas profesoras que asistieron a dicha reunión³¹. No obstante que ni la coordinadora, ni las profesoras

²⁹ Los tutores son profesores de la licenciatura en medicina encargados de un grupo de jóvenes médicos con quienes tienen reuniones periódicas para tratar asuntos relacionados con su estancia en las diferentes sedes asignadas para su servicio social.

³⁰ Aquí vale la pena mencionar que una de las profesoras contactadas por la asesora era con la que menos me quería entrevistar y sutilmente sugerí no establecer vínculos con ella, debido a su amplio reconocimiento en el campo de la investigación cualitativa, hecho que me generaba ansiedad, pero su cooperación e interés a este trabajo desvanecieron esos prejuicios.

³¹ Al describir este paso del proceso de acercamiento con los estudiantes parecería irrelevante mencionar que el primer contacto fue con la coordinadora del servicio social, quien en ese momento fue el único vínculo para acercarme a los estudiantes, pues estudiando y trabajando en esa institución, no veía otra manera de brincar esa regla implícita, incluso se me solicitó un resumen para pasarlo a los tutores. La sensación que me generó fue que mi investigación estaba sujeta a la aprobación de estos profesores, pero como Taylor y Bogdan (1984:38)

constituían personajes relevantes para mi investigación como apunta Whyte (1971) es crucial contar con el apoyo de los individuos clave en cualquier organización, así que decidí que era necesario tomarlas en cuenta para poder acceder a los estudiantes, no deseaba cerrar las puertas de la única opción que en ese momento tenía.

Posteriormente, en una plática con cada una de las dos tutoras se amplió la información, describiendo los objetivos e interés de la investigación: ambas se mostraron dispuestas a destinar un tiempo de su sesión programada con los pasantes para hacer directamente la invitación. Asimismo, reconocieron la relevancia de abordar estos contenidos con los estudiantes.

El encuentro con los alumnos se realizó el día previsto por las tutoras, en el caso de una de ellas la reunión se llevó a cabo el día sábado, debido a que el resto de la semana los jóvenes se encuentran laborando en los centros de salud asignados para su servicio social.

En el primer contacto con los posibles participantes de la investigación se les explicó el propósito y la trascendencia del tema, al mismo tiempo se les proporcionó una lista para que anotaran su nombre y los datos para su localización, la respuesta de cada grupo fue diferente.

Los pasantes que tienen sus sesiones el día sábado, y después de cuatro horas de actividad con su supervisora³², en un inicio se mostraron poco interesados; no obstante después de dar la información, hacer la invitación y preguntar quién quería participar, cinco de ellos se acercaron para acordar una fecha para el encuentro. Uno de los jóvenes planteó la posibilidad de realizar la entrevista al siguiente día (domingo), en el lugar donde trabaja los fines de semana; una de las mujeres y un hombre destacaron la posibilidad de acordar una cita al término de la siguiente sesión de supervisión en la universidad, lo que ocurriría en 15 días, no obstante que se les enfatizó que sería una jornada pesada. El día programado sólo se presentó la joven pasante, el pasante declinó sin previo aviso.

señalan: cuando el enfoque directo no da resultado, es posible emplear otras tácticas para obtener acceso a un escenario de investigación.

³² Otro de los factores que me hacían pensar en el desinterés era que en pocos minutos iniciaba un juego de fútbol, deporte de gran interés entre la población, en el cual participaba la selección nacional, y esto representaba la posibilidad de avanzar a una fase posterior en el mundial.

Una más de las mujeres propuso realizar la entrevista en la semana que estaría en la ciudad para tomar sus vacaciones; aun cuando había la propuesta de visitarla en su comunidad, para evitar que invirtiera su tiempo de esparcimiento en esta actividad, ante lo cual insistió en que no le representaba ninguna dificultad asistir un día a la universidad para hablar del tema.

Con el segundo grupo, la reunión se llevó a cabo en un día hábil, aquí se presentó una situación inesperada, al entrar al salón junto con la maestra y tutora, una de las alumnas se levantó y me abordó, en ese momento la reconocí como una ex estudiante de la carrera de nutrición, programa en el cual sistemáticamente imparto docencia³³, su comentario breve fue: “qué gusto verla, una de mis mejores profesoras” y regresó a su lugar³⁴. Al finalizar la explicación del proyecto y las condiciones de su participación, pregunté quién estaba interesado en ser entrevistado, todos contestaron que podían siempre y cuando me desplazara a las comunidades en donde se ubicaban sus centros de adscripción, ya que algunos de ellos están a varios kilómetros de distancia de la ciudad de México, lo que representa entre cuatro y siete horas de camino. Después de corroborar³⁵ sus datos se propuso programar las entrevistas, vía telefónica, en los días y horarios accesibles para ellos.

Al establecer el primer contacto telefónico con la pasante Linda³⁶ (una semana posterior a la reunión), me informó que estarían en la universidad próximamente porque habían solicitado permiso en las respectivas jurisdicciones, entre otras cosas, para hacer un examen de idiomas y participar en la investigación. Se contactó a cuatro de ellos para programar el día y la hora de la reunión³⁷.

³³ Asimismo, fue parte del equipo que colaboró en la investigación titulada “Aspectos que inhiben la prevención del cáncer cérvico uterino en la mujer mexicana” con el cual obtuve el grado de maestra en psicología.

³⁴ Cabe destacar que fue una sorpresa para mí encontrarla en ese grupo, primero porque no tenía conocimiento de que estaba cursando medicina como segunda carrera; segundo porque es una chica que en mi trayectoria como docente se ha quedado presente con un recuerdo positivo, y tercero por la forma en que me abordó, me produjo una gran satisfacción. Casualmente, un par de meses después al asistir a una ceremonia de reconocimiento académico por invitación de una compañera de trabajo, tuve la oportunidad de encontrarla una vez más, pues fue homenajeadada por sus méritos académicos. En esos momentos pensé cómo no involucrarse emocionalmente con los participantes cuando se está tan cerca de ellos afectivamente.

³⁵ Se les solicitó que anotaran su nombre completo y forma de localizarlos en tanto les daba los detalles de la investigación

³⁶ Todos los nombres son seudónimos.

³⁷ No obstante que las citas no habían sido programadas con antelación, no resultó difícil contactar a los pasantes para realizar la entrevista, durante su estancia en la ciudad.

En total se entrevistó a siete pasantes; dos hombres y cinco mujeres, los cuales conformaban dos grupos de acuerdo con la fecha de inicio y terminación del servicio social, el primer grupo lo integraban Leonor, Linda, Ana y Luis, quienes cubrirían su año de servicio en Julio del 2006, mientras que Elba, Susana y Gerardo habían iniciado en febrero del 2006 y concluirían en enero del 2007. No obstante que el total de los integrantes del segundo grupo se mostró interesado en participar se decidió posponer las otras entrevistas, hasta no haber realizado un primer análisis de la información, e identificar qué aspectos se requería profundizar. Esta fase de la investigación se llevó a cabo entre los meses de junio y julio del 2006.

2. Lugar de la entrevista

Con excepción de Ana, a quien se entrevistó en su centro de salud, en un municipio del estado de Hidalgo y Gerardo quien fue contactado en una farmacia naturista donde trabaja los fines de semana, ubicada en otro municipio del mismo estado, el resto de los pasantes fueron entrevistados en la universidad. Aun cuando la intención era encontrar espacios independientes y con suficiente privacidad, no se logró en el total de los casos. Las entrevistas se llevaron a cabo tanto en las aulas de pregrado disponibles para la licenciatura en medicina, como en las del posgrado en medicina social, así como en el cubículo de la entrevistadora³⁸. La oficina del coordinador del doctorado en salud colectiva sirvió como un espacio sustituto para realizar las entrevistas.

3. La conformación del grupo de participantes

Un aspecto importante en este estudio, como en toda investigación cualitativa es la profundización en el tema de interés. Esto puede lograrse con una muestra pequeña seleccionada propositivamente, esto marca una diferencia con los estudios

³⁸ Este espacio se encuentra en un área común con cinco cubículos más y aunque parecía el lugar más confortable, en el transcurso de la entrevista se presentaron situaciones de distracción como fue; el timbre del teléfono (dos ocasiones), personas que llegaron a visitar a los otros profesores y convivencia entre los integrantes de esta área, situación poco común en este lugar, razón por la cual tomé la decisión de buscar un espacio alternativo.

cuantitativos en los que se requiere de grandes muestras representativas que permita generalizar los datos a toda la población (Patton, 1990).

Para aproximarme a los significados de los pasantes de la carrera de medicina, sólo se consideró que hubieran cursado los doce módulos correspondientes a las tres primeras fases de la licenciatura, y que estuvieran realizando el servicio social. Hombres y mujeres fueron invitados a participar siguiendo el modelo de muestreo de juicio o propositivo (Bernard, 1988). El proceso de recolección de datos se dio a través del muestreo teórico, este se realiza en conjunto con la recolección de datos, en este caso la búsqueda de información se detuvo porque el muestreo llegó a un punto redundante, dando como resultado la teoría emergente (Kuzel, 1992; Strauss y Corbin, 2002).

Para este estudio se realizaron 7 entrevistas, tomando en cuenta la literatura en donde se refiere que la experiencia ha mostrado que entre 6 y 8 fuentes de datos o unidades de muestreo generalmente son suficientes para una muestra homogénea (Patton, 1990).

4. La fuente de información

Para cumplir con el objetivo de la investigación, se realizaron entrevistas en profundidad, ya que estas permiten el encuentro entre el investigador y los informantes, lo que permite la comprensión de la perspectiva de los últimos en torno a sus vidas, experiencias o situaciones, expresado con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1984). La entrevista se constituyó en la fuente primaria de información, los temas que se abarcaron en la guía previamente elaborada fueron:

- *¿Quién es el pasante de la carrera de medicina?*

Este rubro tenía como prioridad identificar algunos aspectos del pasante bajo su propia mirada, cómo se percibe a sí mismo, tanto en lo personal como en su rol de médico en formación, esto permitió ubicar el contexto en el que se

desenvuelven estos jóvenes, era importante abrir un espacio para que expresaran lo que deseaban de ellos mismos³⁹.

Entre los datos que emergieron en este rubro están: edad, familiares con los que viven, estado civil, lugar en donde habitan, así como una breve descripción de quiénes son. Esta información fue de utilidad para enlazar el siguiente tema de este rubro, que consistió en identificar las motivaciones que los llevaron a decidir estudiar la carrera de medicina.

Otro aspecto relevante fue reconocer si la institución en donde se formaron coincidía con aquella a la que deseaban ingresar, el ubicarse en esa época los llevó a relatar sus deseos y frustraciones al recordar la situación en la que se vieron involucrados antes de su ingreso a la universidad.

- *El significado que le da a la sexualidad*

En este tema se abordó el significado que para ellos tiene la sexualidad enfocándolo a su práctica profesional, al indagar sobre este tema les resultaba difícil expresar lo que les significaba e intentaban recordar una definición más que dar su punto de vista respecto al tema. Este rubro se constituyó en el de mayor peso en la investigación, no obstante que al hacer la pregunta abiertamente, las respuestas parecían bloquearse⁴⁰

- *Experiencias sobre sexualidad en su desarrollo académico*

Al indagar sobre este tema, se tenía la intención de identificar qué tanto se cubre el tema de la sexualidad en los contenidos teóricos del programa de la licenciatura, bajo que perspectiva se abordó el tema a lo largo de su formación profesional. De igual forma, se indagó respecto a cómo era el abordaje del tema con los profesores y los mismos compañeros de aula. Si consideramos que la construcción se realiza a partir del intercambio de experiencias y de vivencias con los significados del otro, con el que se convive, me pareció de

³⁹ Aquí pienso que tal vez no los dejé hablar abiertamente de lo que ellos deseaban, como diría Bourdieu (1999) en una especie de intrusión, planté mis preguntas con base en mis objetivos, pero también pensé que entrar directamente preguntando sobre sexualidad no era una situación cómoda para ellos. De hecho, cuando pregunté directamente qué era para ellos la sexualidad, en la mayoría de los casos se les dificultó dar una respuesta. Así lo que intenté es ponerme mentalmente en su lugar. Esta decisión por supuesto que no niega el intercambio de subjetividades entre los jóvenes pasantes y la entrevistadora.

⁴⁰ El detalle de lo que se presentó en este rubro se describirá posteriormente en la parte de redacción de los resultados del estudio.

gran relevancia explorar esta área pues es parte del proceso de formación de los pasantes.

- *Experiencias sobre la sexualidad en los espacios clínicos*

En la mayoría de los módulos y de acuerdo con los contenidos teóricos, los pasantes como parte de sus prácticas clínicas, asisten a diferentes instituciones de salud. En estos espacios se relacionan con otros profesionistas, quienes ya han estructurado una forma particular de abordar los tópicos de sexualidad con los usuarios de los servicios. Esta información es parte de lo que va conformando la construcción de los significados en los pasantes de medicina, de ahí la trascendencia de explorar qué pasa en estos espacios académicos, que trascienden las aulas universitarias.

- *Experiencias sobre la sexualidad en su práctica profesional (servicio social)*

El escenario donde el pasante llega a realizar su servicio social, resulta una nueva experiencia en donde por primera vez se asume como un profesionista, dejando atrás su papel de estudiante. De un día para otro se ubica en un espacio donde es responsable de cualquier decisión que tome, no cuenta más con el respaldo de sus profesores o asesores clínicos quienes de acuerdo con su jerarquía (residentes y médicos adscritos) decidían los procedimientos médicos que había que realizar en cada uno de los casos que se presentaban. Así, el estudiante se mantenía cobijado por el resto del personal⁴¹, y por algunas instancias legales propias de los espacios hospitalarios⁴²

Es importante resaltar que aun cuando se tomó esta guía para llevar a cabo la entrevista, en muchos de los casos los temas surgieron sin seguir un orden preestablecido, lo importante fue la configuración de un esquema mental en el entrevistador que le permitiera no sólo cubrir la información pertinente para cada uno de los rubros sino enriquecerlos y profundizar en ellos.

⁴¹ Esto no quiere decir que los diagnósticos y procedimientos fueran en su totalidad lo más adecuados pero el estudiante no era responsable de los errores que pudieran cometer o las decisiones que tomaban sus superiores

⁴² Entre estas instituciones podemos ubicar el ministerio público, la cual entre sus funciones están: levantar las actas de defunción cuando es el caso, o guiar sobre los pasos a seguir en el caso de violencia de cualquier tipo, todo esto apegado al marco legal.

Los temas integrados en la guía se exploraron con las siguientes interrogantes, aunque no siempre se plantearon todas las preguntas, ni se abordaron textualmente, pues en las más de las ocasiones la información surgía espontáneamente por parte de los entrevistados.

¿Quién eres?

¿Cuál fue el motivo por el que decidiste estudiar medicina, y por qué en esta universidad?

Cuando escuchas la palabra sexualidad ¿en qué piensas, cómo la definirías, o qué puedes comentar respecto a esto?

Sexualidad en su formación académica

En tu trayectoria de formación académica ¿cómo se abordaban estos temas en el programa académico, con los profesores, con los compañeros?

Sexualidad en la práctica clínica

En la historia clínica ¿qué aspectos relacionados con la sexualidad abordas?

¿Cuáles son los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en la consulta relacionados con aspectos sexuales? ¿Cómo los abordas?

¿Cómo te sientes al abordar estos temas con los usuarios de los servicios?

¿Con qué personas es más fácil abordar estos temas?

Al tratar estos temas tanto en tu formación como en tu práctica profesional ¿hay alguna experiencia que quisieras contar?

Al analizar la información de la primera entrevista, se identifica la presencia del tema de la educación sexual, cuando los pasantes expresaban su obligación de impartir un curso sobre el tema a los adolescentes de la comunidad, por tanto se tomó la decisión de incluirlo en las siguientes entrevistas, para lo cual se agregaron las siguientes preguntas:

Si tuvieras que implementar un programa de educación sexual ¿qué temas incluirías?

Si pudieras implementarlo en el programa académico de la carrera de medicina ¿qué temas incluirías?

5. La otra parte de la entrevista

La duración de las entrevistas varió entre una hora con diez minutos y una hora cincuenta, cada uno de los participantes fueron entrevistados en una sola ocasión. En la mayoría de los casos la información fluyó de manera natural en la conversación. En ocasiones la intención por abordar un tema específico era sustituida por la expresión espontánea del tema por parte de los participantes,⁴³ esto resaltó en la primera revisión que se hizo del texto.

Las entrevistas se almacenaron en una grabadora digital Sony ICD P320, la cual resultó una herramienta adecuada puesto que la mayor parte de la información fue audible y rescatable. La información obtenida a partir de las entrevistas fue transcrita con el procesador de palabras Microsoft Office Word 2003, haciendo uso también del software: Sony Digital Voice Editor 2.4.03, estos paquetes permitieron escuchar las grabaciones en la computadora lo que facilitó el manejo y análisis de la información.

La transcripción se realizó en dos fases; en la primera se reprodujo la información sin invertir mucho tiempo en las partes donde no era muy clara la conversación, ni tampoco se prestó atención a las pausas, en el tránsito de escuchar y escribir se descubrieron aspectos que no se habían detectado en el momento de la entrevista, incluso al poner atención en la descripción de alguna experiencia de los pasantes, se planteaba el señalamiento que tendría que haber realizado el entrevistador para profundizar en el tema y curiosamente en el relato aparecía esa misma clave. Esto evidenció la amplitud y profundización de los temas que fueron emergiendo. Esta parte de la investigación fue muy difícil pues hubo momentos en que se pospuso la escritura, no por cansancio de las manos al copiar, sino por las diversas emociones generadas al escuchar esos discursos, como son: tristeza, coraje, frustración y

⁴³ Esto es el reflejo del intercambio que se dio durante la entrevista, como destacan Taylor y Bogdan (1984:101) "las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas".

alegría. En ciertos momentos, escribir se hacía imposible, ya fuera por la risa causada por algunos comentarios chuscos, o por la tristeza reflejada en los relatos de los pasantes.

La segunda fase consistió en verificar que la información recabada en el documento escrito coincidiera con el relato de la grabación, asimismo se cuidó que en el documento se reflejaran tanto los silencios como las risas, tal cual aparecieron en la entrevista⁴⁴. Definir con exactitud estos datos en un inicio parecía no ser relevante por el tipo de análisis que se realizó. Sin embargo, se revaloró esta postura debido a que constituyen la parte esencial de cada una de las personas con las se realizaron las entrevistas⁴⁵.

Al finalizar cada entrevista, se escribían algunas notas en las cuales se asentaba la primera impresión generada por el texto completo, lo que permitió identificar la información que se requería profundizar. Este ejercicio también hizo posible el contacto con las emociones despertadas en la entrevistadora, ante la información vertida por los participantes, como resultado la revisión de las entrevistas fue con mayor objetividad⁴⁶.

6. Cuestiones éticas

En general, en los reportes de investigación sobre todo cuando se hace referencia a un estudio cualitativo, se observa que el personal responsable pone especial interés en los aspectos éticos, particularmente en el hecho de obtener el consentimiento informado de los participantes del estudio⁴⁷, con esto se pretende obtener la

⁴⁴ Los silencios se marcaron dejando espacios y para las risas se anotó la expresión jiji, en todas las ocasiones en que estas emergieron en la grabación.

⁴⁵ Enfatizar las emociones me pareció pertinente ya que Castro (1996) señala que uno de los inconvenientes con las transcripciones es que éstas no reflejan las emociones, ya que aun cuando se hace una versión literal, no se toma en cuenta la fonética. En este caso, para no dejar a un lado estos aspectos intenté destacarlos en el documento con el fin de considerarlos en la fase de interpretación, y así, captar en la versión escrita, el lenguaje verbal con su implicación emocional. Por supuesto que esto tiene un sesgo, el cual está dado por la traducción que yo hago de lo que emocionalmente se debe resaltar.

La información que resulta de una transcripción da pie a una serie de reflexiones, ante esto Bourdieu (1999:136) señala que "las entrevistas transcritas están en condiciones de ejercer un efecto de revelación, muy en particular sobre quienes comparten tal o cual de sus propiedades genéricas con el locutor". Asimismo, destaca que las emociones pueden generar ambigüedad o confusión de los efectos simbólicos.

⁴⁶ La objetividad en ese momento consistió que al liberar mis emociones, pude poner mayor atención a las emociones que se generaban en los jóvenes con los que me entrevisté.

⁴⁷ Aquí me parece importante señalar que en mi opinión, en ocasiones el interés por solicitar la autorización de los participantes radica básicamente en establecer una forma de protección para el investigador más que proteger a

autorización por escrito para recabar la información pertinente al estudio, así como para la posterior difusión de los datos obtenidos (presentación en congreso o publicación). Sin embargo, como Bernard (1988) señala, las cuestiones éticas cambian con el transitar del tiempo, y aun cuando ésta es una práctica ampliamente realizada en la comunidad anglosajona, en el contexto donde se llevó a cabo esta investigación no es tan común, por lo que no se solicitó la autorización por escrito. ¿Cómo se sustituyó en esta investigación ese aspecto?, los entrevistados pasaron por dos fases de filtro, en la primera se les explicó brevemente de qué se trataba la investigación, en qué consistía su participación, invitándolos a integrarse al grupo de entrevistados. Su colaboración no estuvo condicionada a ningún evento, actividad o calificación, ni tampoco recibieron ninguna gratificación por ello, así que estuvieron en total libertad de negarse o aceptar colaborar en la investigación, lo cual pudo suceder en el momento que se les localizó vía telefónica para hacer una cita, o bien no presentarse en la fecha programada como sucedió con el caso de uno de los pasantes.

El segundo filtro fue antes de iniciar la entrevista, se les explicó una vez más el objetivo de la investigación, así como el tipo de colaboración que se requería de ellos, se les aclaró que la entrevista sería anónima y que sólo los investigadores tendrían conocimiento de su verdadera identidad y de la información que estaban proporcionando, en ese momento se solicitó también su autorización para hacer la grabación, con la grabadora encendida, el entrevistador se aseguró de repetir esta petición para que quedará registrada, tanto su aceptación de participar en la investigación⁴⁸ como la autorización para grabar. No obstante esta advertencia, el total de pasantes manifestaron no tener ninguna objeción para que se diera a conocer su identidad, incluso hubo quien manifestó que si a partir de los datos recabados se le hacía un señalamiento para mejorar la atención en su práctica profesional, agradecería las sugerencias.

los participantes. Sobre este tema Sitton et al. (1995) en su documento describen los aspectos legales que deben considerarse en la historia oral.

⁴⁸ La inquietud que se me generó en ese momento era que para evitar cualquier situación de duda o inconformidad quedara integrada la autorización en la grabación.

VI. El recorrido para identificar el significado de la sexualidad en los pasantes

Hablar de significados implica hacer referencia, e incluir el aspecto subjetivo, y no sólo porque sea una estrategia teórico metodológica en este estudio sino porque está implícita en la vida misma de los participantes: los jóvenes pasantes, asimismo está inmersa la subjetividad de las personas con las que estos conviven en su diario acontecer profesional, y qué decir de las propias interpretaciones del investigador. Todo lo cual se conjuga para delinear el bosquejo sobre el cual se van dilucidando los significados de la sexualidad.

Los aspectos sea objetivos o subjetivos inmersos en el tema determinan la complejidad implícita o explícita, ésta por supuesto no es exclusiva de este proceso, sin embargo, en el más de los casos la exacerba. Al emerger aquí la complejidad se hace un paréntesis para retomar algunas ideas de Edgar Morin, quien señala que: "la inteligencia que no sepa otra cosa que separar o romper la complejidad del mundo en fragmentos desunidos, fracciona los problemas, unidimensionaliza lo multidimensional". Asimismo agrega que "la insuficiencia para tratar nuestros problemas más graves constituye uno de los problemas más serios con los que nos enfrentamos" [...] "Una inteligencia incapaz de considerar el contexto y el complejo planetario nos hace ciegos, inconscientes e irresponsables" (Morin, 2001:15).

El retomar el pensamiento de Morin por una parte se constituyó en un gran alivio, pues hasta ese momento todo parecía indicar que el camino correcto era corto, conocido y transitado cotidianamente, pero no llevaba a encontrar la respuesta ante las múltiples interrogantes que emergían en la mente de esta investigadora y mucho menos, ofrecían la posibilidad para aproximarse a las interpretaciones y construcciones de los otros: los pasantes. Esta decisión sin embargo, también trajo consigo una serie de confrontaciones a lo largo de este proceso.

1. La investigadora y su subjetividad

Viviendo en un mundo complejo en donde el ser humano no sólo es cuerpo, y el entorno en el que se desarrolla no sólo se describe, sino se piensa y reconstruye, es importante no dejar de señalar la forma personal de mirar el mundo y sobre todo la postura que se tiene respecto a este.

Para iniciar, se describen brevemente las barreras existentes en este estudio, esto bajo la interpretación de la investigadora, lo cual no significa que el propósito de estudio se haya modificado sino que se considera relevante resaltar el contexto donde este trabajo se desarrolló.

La decisión de llevar a cabo una investigación desde una aproximación que tome en cuenta el aspecto subjetivo respondía a la necesidad de encontrar otra forma de abordar la realidad más allá de las estrategias ya conocidas, como es el enfoque positivista o causalista, así como la inquietud de dar respuesta o al menos encontrar caminos alternativos para enfrentar los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a un alto porcentaje de la población en México, lo que representan un gran reto para la salud colectiva. Asimismo, prevalecía el interés por integrar los aspectos subjetivos que han intervenido en la construcción social de la sexualidad en los egresados de la carrera de medicina, campo que no obstante su relevancia ha sido poco explorado.

2. Las limitantes: la mirada de la investigadora

La selección de este camino derivó en dos limitantes más; la primera consistía en mi propia dificultad para manejarme en un contexto completamente distinto, en donde las estadísticas, los números, las bases de datos, los análisis y la significancia estadística no constituían los ejes centrales sobre los cuales plantear la discusión. Esto adquiría una mayor dificultad debido a mi agrado por los números y las formas de jugar con ellos, cómo vencer está importante barrera.

Otra de las dificultades es que este enfoque requiere adaptarse a un nuevo proceso de organización y descripción de la información, en donde se parte de escuchar la historia de una persona o conjunto de ellas, con una visión integral y no

fragmentada, aspecto difícil de reorganizar y destacar cuando se está inmerso en un escenario que antepone como modelo de cientificidad el esquema positivista, bajo el cual se destaca la perspectiva del investigador como el poseedor de la verdad y el guía hacia el camino correcto, esta postura deja al margen la visión de realidad percibida y experimentada por los propios sujetos. Esto desencadenó un par de interrogantes ¿Cómo lograr darle el valor a los sujetos que se constituyen en el gran baluarte de nuestros estudios, ante una estructura que minimiza su relevancia? Y sobre todo ¿cómo defender esa postura cuando uno se siente completamente desarmado?

Una barrera más con la que me he enfrentado es el lenguaje, el discurso prevaleciente me ha marcado a lo largo de mi trayectoria académica y profesional, cómo entonces introyectar y procesar otra visión, y además plantearla con frases que faciliten y clarifiquen la comunicación, cómo vencer esa sensación de tener que definir cada palabra que se expresa porque se está ubicado en un paradigma distinto.

El segundo gran eslabón de complicaciones de esta cadena estuvo determinado por el tema central de esta investigación, la *sexualidad*, tema vedado y controvertido. Aquí es importante insistir en la división que se ha dado del tema, desde dos enfoques: el biológico o natural y la construcción social. El primero ha predominado en el campo médico. Bajo esta perspectiva, los comportamientos sexuales anormales son diagnosticados como enfermedades que requieren de un tratamiento farmacológico. Asimismo, la mayor parte de la literatura respecto al tema se enfoca en la cuantificación de actitudes hacia diversas formas de expresión de la sexualidad.

Por otro lado, desde el enfoque de la construcción social se define a la sexualidad como la conformación de significados que están dados por el contexto y momento histórico en donde tienen lugar. Esta anotación es fundamental porque a partir de aquí se origina el abordaje del tema desde el enfoque cualitativo, aun cuando lo biológico ha marcado los lineamientos por donde se ha estudiado y se "debe" estudiar el tema, en esta investigación esto se constituyó en un reto a vencer.

Adentrarse en el campo de los significados de la sexualidad del pasante de medicina representó un reto importante, debido a que el tema por sí mismo adquiere

una connotación negativa por el contexto moral y religioso en el que ha tenido lugar. Asimismo, infiltrarse en el ámbito de acción del médico no fue una tarea sencilla, pues su estatus profesional impregnado con un sentido biologista dificulta el acercamiento a temas tan confrontantes y desconocidos, ya que tanto en su discurso como en su cotidianidad profesional no es común hacer referencia al aspecto subjetivo ni de las personas que atiende, y mucho menos respecto a su propia subjetividad.

Por otra parte, aproximarse en este estudio al fenómeno desde una mirada cualitativa requirió de explorar un nuevo espectro no sólo teórico y metodológico sino personal. En el transcurso de esta investigación, el cuestionamiento de cada fase y del todo estuvo presente sistemáticamente, esto incluyó mi postura personal respecto al tema de la sexualidad, así como del tema de la científicidad⁴⁹.

3. ¿Quiénes son los jóvenes pasantes?

El fin de este trabajo es la construcción de una propuesta teórica en torno a los significados de la sexualidad en relación al campo profesional de los pasantes de la carrera de medicina y aun cuando desde este abordaje no se precisa especificar las individualidades (Strauss y Corbin, 2002) pues el análisis parte del conjunto de interacciones que van conformando los conceptos, es imprescindible describir quiénes son los pasantes con los que se interactuó a lo largo de esta investigación. Esta descripción reúne tanto la subjetividad de la entrevistadora, como la de los participantes. ¿Cómo hacer referencia a los significados de la sexualidad, sin hacer mención de los individuos poseedores y constructores de estos significados?

Los participantes en esta investigación fueron siete pasantes de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, institución pública ubicada en la Ciudad de México; quienes estaban realizando su servicio social en diferentes centros de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (institución de derechohabencia) en el estado de Hidalgo, México. El motivo principal por el cual

⁴⁹ Mi formación bajo un paradigma positivista, así como el aprendizaje a lo largo de mi formación profesional sustentada en que los comportamientos siguen un patrón definido, dificultó la comprensión de una manera distinta de mirar. Esto representó un obstáculo a vencer, ya que la confrontación de ideas se presentó a lo largo del proceso de investigación.

estos jóvenes se integraron a este estudio fue por el interés que mostraron en compartir las experiencias vividas en cuanto a la sexualidad, en su formación profesional como médicos.

Cinco de los participantes son originarios de la capital del país, y dos del estado de México, sus edades fluctúan entre 24 y 28 años, cinco son mujeres y dos hombres; uno casado con una hija, y otro soltero. Todas las mujeres son solteras, una de ellas con una hija.

Elba, tiene 28 años, y se describe como madre soltera. Su decisión de estudiar la carrera de medicina se contrapone con su deseo de asumir su rol de madre. Hasta antes de llegar a la universidad, vivía con sus padres en el estado de México. En el momento de la entrevista se encontraba haciendo su servicio social en una comunidad del estado de Hidalgo, desde el mes de enero del 2007, por lo que tenía aproximadamente seis meses de habitar en ese lugar.

Respecto a los temas de sexualidad abordados en la universidad, asistió a un curso impartido por una sexóloga, con una duración de una hora a la semana a lo largo de un trimestre, como parte de los contenidos del módulo de ginecología.

Susana tiene 25 años de edad, es soltera y vive con sus papás y dos hermanos. Su papá es físico y su mamá, secretaria, su hermana, diseñadora y su hermano, estudiante de química. Comenta tener una familia unida, con la cual se puede hablar de cualquier tema abiertamente.

Desde la enseñanza básica hasta el nivel medio superior estudió en instituciones privadas. Su interés por la medicina se remonta a su infancia. En cuanto a su decisión por la institución donde formarse, como primera opción pensó estudiar medicina en la UNAM, pero como la institución estaba cerrada, debido a un movimiento estudiantil, decidió hacer su examen en la UAM. No obstante desconocer el modelo de enseñanza de esta institución, manifiesta que le agrada el sistema. En cuanto a su inserción en el campo profesional, realizó su internado en Monclova, Coahuila; al concluir esta etapa se trasladó a un municipio del estado de Hidalgo para realizar el servicio social.

Respecto al tema de la sexualidad, en la carrera tomó un curso con una sexóloga, éste abarcó diez sesiones, a lo largo de un trimestre de la carrera, no recuerda con exactitud en cuál módulo se impartió.

Gerardo tiene 26 años, es casado y tiene una hija.

Su interés principal era la medicina homeopática, después estuvo en ingeniería civil en el IPN, en donde estudio 6 meses. Sin embargo, decidió estudiar medicina, para lo cual hace el examen en la UAM, al ser aceptado en esta institución decide renunciar a las otras opciones.

Inició su servicio social en febrero del 2006, por lo que llevaba cinco meses en el centro de salud de un municipio del estado de Hidalgo. Los fines de semana se traslada a su casa ubicada en el estado de México.

Linda tiene 27 años de edad, es soltera y antes de iniciar el internado vivía con su papá y sus hermanos, ella se hacía cargo de su casa después del fallecimiento de su mamá. Su salida del hogar representó una situación difícil para ella y para su familia.

Es licenciada en nutrición egresada de esta misma institución, trabajó un año en una clínica, en la cual tenía contacto con personas con diferentes padecimientos. Esta situación la llevó a buscar información sobre los términos médicos que desconocía y se interesó por esta área. Es así como toma la decisión de presentar el examen de medicina para ingresar a la UAM. La experiencia vivida con la enfermedad y muerte de su madre la llevan a plantearse tener esa profesión para brindar un trato diferente al que ella y su familia recibieran en los espacios hospitalarios. Cabe destacar que no obstante tener una valiosa oportunidad de desarrollo en el lugar en donde trabajaba como nutrióloga, y ante la disyuntiva que esto representó, finalmente toma la decisión de regresar a las aulas a estudiar la carrera de medicina⁵⁰.

Su internado lo realizó en el estado de Chiapas y su servicio social en un municipio del estado de Hidalgo.

⁵⁰ Las situaciones de desamparo que pasan los jóvenes es descrito sin dramatismo pero de una forma muy cruda por esta pasante, reflejando la precariedad de las instituciones en donde estos jóvenes trabajan, así como la carencia de herramientas para enfrentarlo. Linda es un ejemplo de esfuerzo, se sostiene su carrera con un seguro de vida que dejó su madre antes de fallecer. Asimismo, relata las precarias condiciones en las que vivió en el servicio social.

Luis tiene 27 años, es soltero e hijo de familia, vive sólo con su mamá, considera que descuida a su familia y novia pero que es buena persona.

Inició sus estudios de bachillerato en la UNAM, pero los abandonó, posteriormente los retoma sin éxito en la preparatoria abierta, para finalmente concluir en una institución particular. Después estudió para técnico en radiología e imagen. En dos ocasiones aplicó el examen en la UNAM, sin éxito, finalmente decide ingresar a la UAM, pues de acuerdo con sus posibilidades económicas la única opción era una institución pública. Determina estudiar medicina porque tiene familiares médicos y los visualiza como profesionistas de gran respeto, analiza que esto puede ser por ego ya que la sociedad los percibe como personas inteligentes.

En cuanto a la universidad, manifiesta que desconocía el sistema modular y que el primer trimestre es una pérdida de tiempo, debido a que se aborda información que no está relacionada con la disciplina de su interés. Por otra parte, rescata que en la carrera llevan mucha práctica en los hospitales. Hizo el internado en Chiapas, actualmente se encuentra haciendo su servicio social en una clínica del IMSS en Tulancingo, Hidalgo.

Leonor tiene 24 años, es soltera y vivía con sus papás hasta que se cambió al centro de salud en un municipio de Hidalgo, donde realizó su servicio social. Para ella, esta experiencia ha sido muy importante en lo personal y lo profesional. Su internado lo hizo en el ISSSTE de Zaragoza en el Distrito Federal.

Su gusto por la medicina inicia en su infancia, se refuerza con un curso de primeros auxilios en la secundaria; aun cuando en la preparatoria estudió para técnico programador. Como primera opción, deseaba estudiar en el Politécnico porque en esa institución se formó su padre como ingeniero civil y bioquímico. Su ingreso a la UAM se debió a que la convocatoria coincidió con el momento en que estaba lista para presentar el examen de admisión.

Ana de 24 años, es soltera y vive con sus padres, es originaria de Ecatepec en el Estado de México. Antes de su ingreso a la UAM a estudiar medicina, estudió nueve meses ingeniería biónica en el Instituto Politécnico Nacional, en la ciudad de México.

Con respecto a los temas de sexualidad abordados en la carrera, recuerda haber visto algo tanto en el módulo de ginecología, como en el de psiquiatría, en este último lo tiene más presente. Al inicio del servicio social y como parte de un curso de inducción, se les dan tres días de capacitación en temas de sexualidad, entre los que se incluyen: género, orientación sexual, erotismo, autoerotismo, órganos sexuales del hombre y de la mujer, juegos y juguetes sexuales, noviazgo, enamoramiento, valores, autoestima.

Su internado lo realizó en un Hospital del ISSSTE, en el D.F., asimismo estaba interesada por realizar su servicio social en la capital del país; sin embargo, le asignaron un centro de salud en una comunidad del estado de Hidalgo, en donde estaba realizando su servicio social en el momento en que se realizó la entrevista.

VII. El significado de la sexualidad en los pasantes de medicina: la confrontación

De acuerdo con la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), el primer paso analítico consiste en permitir que surjan los pensamientos, ideas y significados a través de la codificación abierta, esto se da a partir de que los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Las ideas y significados afloran a través de la expresión verbal de las ideas por tanto el lenguaje es el instrumento que permite acercarse a ese panorama.

Esta primera fase se realizó dando una primera lectura a las entrevistas completas, para tener una idea general del documento; enseguida se analizó párrafo por párrafo, para ubicar los temas que fueran emergiendo, asignándoles un código, completando así la parte de codificación abierta. La segunda fase, codificación axial, consistió en agrupar los diferentes códigos para construir una categoría, este proceso consiste en relacionar categorías a sus subcategorías, de acuerdo con sus similitudes o disparidades. Para aprehender la complejidad que el fenómeno de la sexualidad implica, es importante considerar tanto la estructura como el proceso, esto se obtiene al analizar las categorías y subcategorías que van emergiendo, respondiendo a preguntas tales como: quién, cuándo, dónde, por qué, cómo y para qué.

La tercera etapa consiste en la codificación selectiva, en donde a partir de las categorías identificadas se fueron esquematizando los diferentes conceptos configurados a partir del significado que los pasantes de la carrera de medicina dan a la sexualidad.

Finalmente el producto de la transcripción de las siete entrevistas, resultó en un total de ciento cincuenta y siete páginas, las cuales fueron analizadas de primera instancia con el software Atlas.ti, mediante el cual se llevó a cabo la codificación abierta, la fase de codificación axial y selectiva se hicieron de forma manual, ya que de esta forma es más factible tener una visión del todo, incluyendo las emociones, lo que el programa de computadora no puede captar.

La sexualidad para los jóvenes pasantes significa el encuentro y desencuentro con sus propias posturas, miradas y estilos de relacionarse con los otros, circunstancias que se repiten azarosamente en las distintas fases de su desarrollo profesional. En dónde se ubica la sexualidad, está en el cuerpo, en la mente, en las personas, en las instituciones, en los libros, en la sociedad; es teoría o es realidad. Estas son parte de las interrogantes que afloran cuando se abre el espacio para que los jóvenes se expresen en torno a este tópico.

El análisis de la información recabada en las entrevistas dio como resultado el esquema denominado "significados de la sexualidad en los pasantes de medicina", la estructura inicia con el concepto "confrontación de la sexualidad", de aquí se derivan una serie de categorías en cada una de las cuales se definen las dicotomías que fueron emergiendo, y que explican el significado asignado a la sexualidad en la práctica profesional de los jóvenes pasantes (Figura, 1)

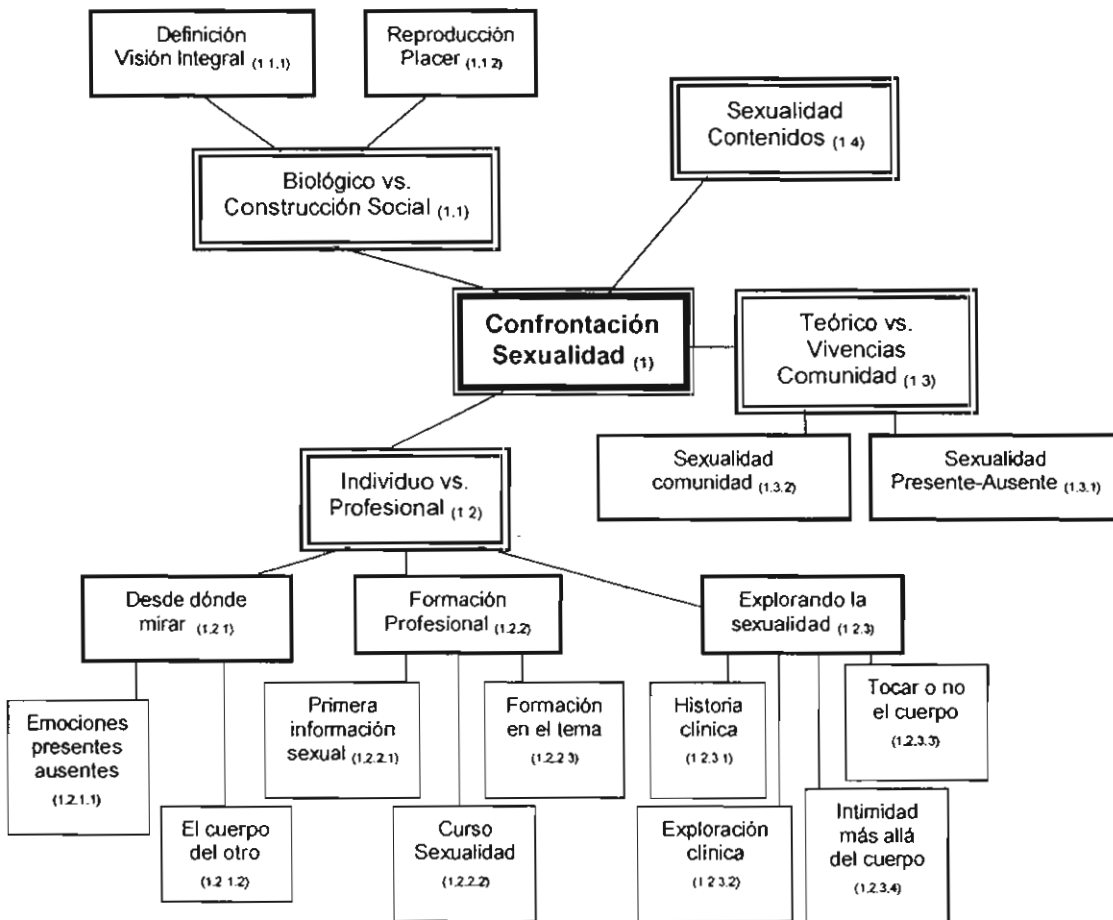
1. La categoría central

La primera categoría se denominó la **confrontación**, la sexualidad es experimentada por los jóvenes como un evento que deriva en un desencuentro en varios sentidos, retomando lo expresado por una de las pasantes, el tema genera "un cruce de cables", cuando se intenta abordarlo o más aún profundizar en él, esto se da no sólo a lo largo de su entrenamiento como médicos, sino también cuando se integran al ámbito de su práctica profesional, se hace evidente la confusión que experimentan en el momento en que su visión se confronta con la forma de mirar y ejercer la sexualidad por la población en las distintas comunidades. El "cruce de cables" remite a la escisión de la concepción estructurada en torno a la sexualidad, lo refieren también como "la ruptura del esquema".

Diversos resultaron los escenarios o situaciones de divergencia, y compleja también su organización, por lo que la categoría denominada confrontación, se constituyó en uno de los ejes centrales a partir del cual derivaron otros conceptos.

Figura 1

Estructura de significados de la sexualidad en la práctica profesional de los pasantes de medicina



1.1. Lo natural, biológico frente a lo socialmente construido

El abordaje de la sexualidad desde una visión natural o biológica, es un discurso que tiene una alta prevalencia entre los jóvenes pasantes, producto del entrenamiento profesional que ha moldeado esta visión. Esto se evidencia con la presencia del tema en contadas áreas de la medicina como: ginecología, psiquiatría y urología, en el primer caso vinculado con un evento reproductivo; en los dos siguientes asociados con una patología física o mental, como se refleja en el siguiente extracto de una entrevista.

Nada más los que corresponden a la patología de estudio, en una embarazada es de rigor, inicio de vida sexual, cuántas parejas sexuales. Para la consulta en los hombres nada más cuando sospecho de alguna enfermedad de transmisión sexual lo interrogo, pero no lo hago de cajón a todos... (Gerardo, 2006).

Hay una diferencia importante entre la enseñanza de la sexualidad con otros procesos del cuerpo humano, ésta no tiene un órgano específico o localizado que permita su ubicación en el organismo, tampoco existen indicadores tangibles que reflejen lo que es la sexualidad, ni menos lo que implica un estado saludable. Este aspecto marca una diferencia notable con otros procesos del organismo, en los cuales para explicar alguna patología, se inicia ubicando los órganos pertinentes; se define su funcionamiento, así como la irrupción del mismo, y el consecuente desequilibrio del organismo, lo que da pie a la manifestación de la enfermedad. Sin embargo, esto no sucede con la sexualidad, pues el proceso se da a la inversa, se empieza por ubicar la patología, no obstante desconocer la parte del cuerpo que se requiere restablecer, o el proceso que se pretende revertir, esto genera una situación de confusión para los jóvenes, como lo argumenta Susana.

Cuando estábamos viendo psicología [...] el docente nos hacía abordar un poco de lo que llevaban las patologías psiquiátricas con problemas que tenían que ver con la sexualidad que a lo mejor venían desde la infancia pero no se hablaba de la sexualidad en sí, sino de la patología, decía: probablemente tuvo problemas

emocionales, relacionados con la sexualidad, algo que ver con sus padres en la infancia [...] y ya se desvía. La patología es esto, se trata con esto, a lo mejor necesita terapia y ahí salen sus traumas y ya. Como que la palabra sexualidad sí quedaba plasmada pero como algo de ¡ah! sí pasó hace mucho [...] A veces me sentía medio frustrada no nada más con la sexualidad, se tiende a dar por hecho muchas cosas, un ejemplo muy tonto a lo mejor, empiezan a hablar de insuficiencia renal, para saber como está mal el riñón tienes que saber cómo funciona bien; muchos docentes dan por sobre entendido que tú ya sabías eso. Te empezaban a hablar de la patología y tú ¡ah! uno mismo se va volviendo, me tengo que defender de eso, entonces ibas tú al libro y estudiabas, igual con la sexualidad, sí sentías a veces como que te hablaban en chino y decías: trata de captar lo más que puedas, llegabas a tu casa y leías los fundamentos, luego sobreponías lo otro y decías, ya entendí, así vas saliendo adelante, pero sí a lo mejor sería bueno que te explicarán de entrada, como con lo del riñón, cómo funciona y luego ya la patología (Susana, 2006).

El enfocar la sexualidad como un proceso natural o biológico determina la forma en cómo lo va asimilar y reflejar el personal de salud en su práctica profesional. Así, cuando se habla de sexualidad en la mujer, se relaciona automáticamente con la reproducción; en el caso del hombre se vincula con problemas urológicos, sólo se consideran ambos sexos cuando se hace referencia a su impacto en la salud mental. Lo desafortunado en esta situación es que se sigue reproduciendo el esquema de naturalidad, el vínculo biología sexualidad, que aparentemente se desea desarticular.

El esbozo de la sexualidad como algo más allá de lo biológico o reproductivo, que trasciende el acto sexual e implica la interacción con uno mismo y con los otros independientemente del género, o de las prácticas sexuales se hace evidente en los relatos de los jóvenes, no obstante quedan atrapados en el propio discurso médico. Esto se visualiza en una primera aproximación al explorar lo que representa para ellos la sexualidad, su respuesta inmediata refleja la necesidad de establecer una definición, situación que los encajona en una descripción teórica, distante del significado personal, como se expresa en los distintos relatos.

[...] la forma en cómo el ser humano se interrelaciona con otras personas pero... ¿qué será? se me hace difícil establecer la definición, es que no solamente es algo propio de la reproducción, es lo más fácil hablar la forma en como se reproducen, pero no, abarca algo más, la relación que ejerce uno con otras personas, también la sexualidad que ejerce uno mismo, ¿qué más podría ser? cómo se va desarrollando la sexualidad de uno, cómo se va conociendo uno a través del tiempo, interactuando con otros hombres u otras mujeres también se ejerce la sexualidad de esa forma, ¿no? (Gerardo, 2006)

[...] es la integración de todos los factores que forman tanto el placer sexual como el cuerpo en aspecto de sexo, la comunicación hacia el otro género, en caso de que sea heterosexual o del mismo género [...] incluye nuestros gustos, forma de ser, de vestir, en cuanto a... quiero gustarle a alguien o la capacidad de llevar más allá de un sentimiento al ámbito sexual que sería la relación íntima, bueno, (nisas) creo que es la sexualidad (Elba, 2006).

[...] tiene que ver con todo, tu cuerpo, tus pensamientos, tus valores por qué no, y para serle honesta hasta hace un año, yo tenía el término muy ligado a lo que era el coito, siempre que oía alguien decir sexo o sexualidad, casi seguro, coito. Y no, he aprendido que tiene que ver con muchas cosas, desde cómo te sientes bien, qué te hace sentir rico, muchas cosas que disfrutas sin que tenga que ver nada con el rollo sexual o coital, es un todo, un conjunto de cosas valores, vivencias, son varias cosas pero no exactamente lo que tenía pensado que era. Mi visión ha cambiado mucho a raíz de que tienes que empezar a estudiar lo que es, empezar a impartir esos temas pero creo que es lo que menos preparada estoy [...] (Linda, 2006)

Un aspecto sobresaliente cuando se cuestiona directamente a los pasantes sobre el tema, es la reacción que les genera, en algunos casos expresiones acompañadas de risa, y en otros la necesidad de confirmar si lo dicho, es lo correcto. Esto contrasta

con la formalidad y seguridad con que se habían conducido durante la entrevista en los temas explorados anteriormente.

Es la interacción física, psicológica, social, anatómica de todo lo que soy, y cómo lo expreso hacía afuera, sería importante que durante tu formación como médico se te capacitara, por lo menos se te diera a conocer un poco sobre temas de sexualidad, cómo abarcarlo con las personas, cómo interrogar y no nada más fijarte en la sexualidad como una relación coital, que nos enseñaran a verlo como un todo y que ese todo a lo mejor me puede causar una enfermedad y ver que si estoy bien en mi sexualidad a lo mejor y curo y soy la persona más sana, si estoy bien con mi pareja, con mi familia, con lo que hago, si me siento bien conmigo, tengo una sexualidad completa y me satisface cómo la llevo, quizás me ahorraría muchas horas de consulta, sería importante que nos dieran un enfoque así: van a llegar pacientes y los van a analizar, a lo mejor tienen una autoestima muy chiquita, o están siendo maltratados, fíjense bien en sus pacientes, interróguenlos bien, por lo menos tener la idea, el concepto de lo que vamos a abarcar. Aquí es diferente porque no hay tiempo pero si lo conoces, creo que lo puedes desarrollar y dar un poquito mejor, aunque las consultas son de 15 o 10 minutos pero cuando sales a la comunidad a platicar con la gente, ahí sí te puedes extender dos horas, y si te preguntan y sabes manejar a tu grupo y cómo enfrentarte a ellos. Sería de gran ayuda además que nos inculcaran seguridad en nosotros mismos, si nos impartieran cosas así te ayudaría a estar aquí, no llegarías con tanto miedo. Ya para salir uno se queda pensando, seré un buen médico, realmente hice todo lo que tenía que hacer, aprendí todo lo que tenía que aprender o me faltó, creo que esto, a pesar de que lo tenemos que aplicar a otras personas, te sirve en tu vida, lo aplicas tú, te analizas y te da más seguridad, creo que es de lo que se trata ¿no? (Ana, 2006)

En el texto anterior se abarca todo lo que para Ana implica la sexualidad, no es un aspecto aislado, es parte del funcionamiento de un todo presente a lo largo de la vida de una persona. El sensible relato de esta joven deja al descubierto también sus

emociones cuando habla de la seguridad que el saber manejar estos aspectos le daría en su vida personal y por ende profesional, también sobresale el miedo de estar en situaciones desconocidas. Su sentir refleja la vulnerabilidad que envuelve las acciones de la mayoría de los pasantes, más aun cuando se perciben sin el apoyo de alguien que pueda orientar sus decisiones. Sus primeras incursiones en el ámbito laboral dejan al descubierto sus inseguridades tanto personales como profesionales en el campo de la medicina, cómo lidiar con ello cuando el patrón que han observado en las instituciones hospitalarias en el manejo de la sexualidad, va acentuado por un tono de burla, a través del cual de acuerdo con los pasantes, se esconde el nerviosismo al hablar del tema, debido a que se inculca como secreto, aun cuando lo que se mira son partes idénticas del cuerpo en toda persona.

Nerviosismo, pena hablar de las partes que son normales en todos pero que desde pequeños te inculcan que hay que mantenerlas en secreto, no hablar de ellas, porque por ahí se defeca, se orina, de pequeño nunca te dicen pene [...]
(Luis, 2006).

Luis plantea un aspecto muy importante, que aun cuando el predominio está puesto en lo biológico, no implica que se pueda abordar el tema abiertamente, debido a la connotación negativa que generalmente se asigna a estas partes del cuerpo.

En una primera aproximación, los jóvenes esbozan una idea de la sexualidad más allá de lo biológico, al considerar que no abarca sólo el aspecto reproductivo, ni se reduce al contacto sexual; sin embargo, no logran precisar a qué están haciendo referencia.

1.1.1. Algo más que lo biológico: se vislumbra la percepción integral

La expresión de las emociones involucradas al hacer referencia al tema, rebasa el límite de lo biológico, dando pie al reconocimiento de la sexualidad como algo integral.

Yo siempre he dicho que el mejor libro es el paciente, ¿quién es el que te dice que se sintió mal?, la paciente y aunque no te lo diga, tú le ves su cara de pudor, de pena o que se ponga roja, o que se cubre los genitales, o vas a explorar mamas y se tapan, no te evitan pero dices ¡híjole! creo que se siente un poco mal que la estoy revisando, entonces aprendes sobre la marcha (Linda, 2006).

No obstante que la visión de la sexualidad se amplía, se dificulta ver más allá de lo normalmente construido, esto se refleja en la sorpresa de una pasante de que sea un varón de la comunidad quien solicite información sobre métodos anticonceptivos, pues se tienen la creencia de que esta tarea le compete generalmente a la mujer.

El otro día fue el hombre solo a preguntarme, mi esposa no puede venir pero estamos viendo un método para ya no tener hijos, qué es lo que nos recomienda, me sacó de onda, ¿y su esposa? Le dije que fueran a la clínica cuando quisieran, que tenía que ir para cualquier método que ella decidiera [...], que tenía que ir en su periodo, dijo que se iban a esperar y cuando empezara a reglar iban a ir los dos para tomar una decisión, entonces son cositas así como que dices ¡hay uno en un millón! (Susana, 2006)

Se presenta una confrontación más, se critica por una parte la forma de vivir la sexualidad en la comunidad, pero se avala el proceso de construcción como si fuera algo determinado biológicamente. Esto se identifica en el discurso de uno de los pasantes en su descripción del proceso de desarrollo de la sexualidad, iniciando en la niñez y su vinculación con el machismo que se observa en la sociedad, quien no logra descifrar que esta postura se origina con los comentarios que los propios adolescentes hacen respecto de las mujeres.

Esa etapa es como inhibida, pero entre los hombres los comentarios son abiertos, hay mucha sexualidad hacia las mujeres; ¡hay mira esa chava está muy buena! o no sé, y esta interacción se va dando relacionándose con los compañeros o

compañeras. Estoy convencido que el machismo también puede ser por una mala sexualidad de las personas, porque se quieren imponer a otra persona que es diferente sexualmente hablando; tú eres mujer, tú me vas a servir, tratando de ocultar ciertas deficiencias que ellos tengan, o falta de sexualidad (Gerardo, 2006).

Como un jaloneo, porque aparte igual, y ni siquiera les causa ningún problema, porque siguen su vida normal y de hecho creo que eso tiene mucho que ver con el machismo que hay en la comunidad, me imagino, no sé, algunas veces llegué a ver historias de los japoneses, que si el esposo engañaba a la esposa, tenía que respetar la decisión y pobrecita porque es... la otra, y yo soy la esposa y tenían [...] casi que atender a la segunda esposa. Me imagino que son casos parecidos, de ya decidió andar con ella pero también es mi esposo o no sé qué piensan [...] (Elba, 2006)

El **machismo** se relaciona con una mala sexualidad de las personas, esto tiene que ver con las cuestiones de **género**. La fuerza que el hombre ejerce contra la mujer es el reflejo de la postura social, en este escenario se le visualiza como objeto y no como sujeto, es la percepción que se forman los pasantes respecto a las vivencias observadas en las comunidades de adscripción, pero qué tanto se repite y reconoce este patrón entre los mismos médicos. Ejemplo de ello es el caso de hostigamiento a una de las pasantes, quien estuvo expuesta a esta situación en el trayecto de convertirse en profesionista, iniciando en los espacios clínicos en su rol de estudiante, y al integrarse como profesionista a la comunidad, sin exceptuar a los supervisores de los centros de salud en la época en que realizó el servicio social. Estas experiencias aunque difíciles, se asumen como normales, como parte del proceso que hay que enfrentar en los espacios académicos⁵¹.

⁵¹ No quiero dejar de señalar el impacto que me causó la descripción del hostigamiento relatado por una de las jóvenes, sobre todo por la condicionada aceptación de vivir estas experiencias como parte intrínseca de su formación profesional. Asimismo, sorprende su necesidad de desarrollar estrategias para sortear este tipo de situaciones presentes en distintos momentos de su formación y práctica profesional. El hostigamiento sexual se ha centrado en la mujer; sin embargo, sería interesante para futuras investigaciones explorar si estas situaciones las vive el hombre y cómo se manifiestan.

Por otra parte, también es relevante hacer mención que en un inicio la entrevista con la joven que sufrió de hostigamiento, me causó ansiedad, incluso inseguridad, pues al relatar sistemáticamente vivencias personales,

A veces le dan el ride a uno y le van diciendo: usted está muy guapa, es cuando empieza el acoso, finalmente es algo que uno siempre vive y eso lo viví toda la carrera, hospital donde me paraba, hospital donde alguien me decía algo, muchas veces era gente muy mayor, a veces sí llega a ser incómodo; sin embargo, en el internado fue cuando aprendí a darles la vuelta, a decirles a todos que sí pero no cuando, y eso me ayudó mucho (Leonor, 2006)

1.1.2. La reproducción ante el placer

Al indagar sobre la relevancia de tener información referente a la sexualidad, se destacan aspectos que definen la función reproductiva, aparece una vez más el vínculo sexualidad-reproducción y sexualidad-enfermedad. Esta asociación como lo señala Graham (2006) tiene su origen en la enseñanza de la medicina, cuando las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, se enfocan en los órganos sexuales desde su función en la reproducción, restando relevancia al aspecto sexual, así no obstante que órganos como la vagina tienen un papel importante en la función sexual, al estructurar la visión de que su relevancia está en la reproducción, se resta importancia a su permanencia en el organismo, cuando este órgano esta en una etapa en la que ya no es capaz de cumplir con la función reproductiva⁵².

Qué temas creo que se abordan... pues... función reproductiva, este... algunas patologías, qué más (Gerardo, 2006)

En el discurso, se identifica la relevancia de hablar de sexualidad, pero no hay claridad de qué es lo que específicamente se tendría que abordar, se plantean algunos aspectos pero se teme caer en la demanda personal más que profesional,

me parecía que esa información se alejaba del propósito de la investigación, no obstante al analizarla resultó de gran riqueza para la comprensión de la sexualidad bajo la perspectiva de cada uno de los participantes.

⁵² Esta situación se ilustra en un estudio realizado por Diana Scully (1994), en el cual se evidencia la alta cantidad de histerectomías realizadas como parte de su entrenamiento, por los especialistas en gineco-obstetricia en las instituciones de salud donde se forman. Asimismo, se destaca la visión que estos profesionistas van estructurando en torno a los órganos sexuales y reproductivos de las mujeres, la valoración que se da a los órganos está en función exclusivamente de la reproducción, desestimando su importancia en otros procesos del organismo.

sin entender que una confluye con la otra, si para estos jóvenes no está claro qué es lo que entienden por sexualidad en su vida personal ¿cómo van a poder abordar el tema con otras personas? y ¿cómo poder diferenciar que la sexualidad tiene otras connotaciones más allá de la estructurada en el campo de la medicina?, un reflejo de esta situación se describe en el siguiente relato.

En la carrera, me gustaría más que nos dieran por ejemplo, primero que todas las personas se conocieran sexualmente como son [...] también algo muy importante, las homofobias que hay, otras creo que menos importantes pero igual de trascendentes, bueno eso no porque ya entraría del terreno personal, no creo que tenga que ver con materia pero por ejemplo conocer la sexualidad de uno, en lo que es el erotismo y cosas de esas, no creo que sea tan importante yo pienso que es más importante como persona que uno las conozca y no más bien... como carrera, no sé cómo entraría [...] Como médico igual aunque seamos de ciudad, el explorarse uno, conocerse uno, no solamente su cuerpo, bueno principalmente su cuerpo, pues eso no nos lo dice nadie y es importante también cómo ejercer nuestra sexualidad con otras personas si ni siquiera nosotros nos conocemos, pienso que metería ese punto por ejemplo, eh... también algo de autoestima, porque hay personas que por autoestima baja tienen como que desórdenes sexuales (Gerardo, 2006)

Una vez más surge el tema de la homofobia⁵³, también se evidencia una expresión de represión por considerar que esos temas al abordarlos tocan la intimidad de las personas. No obstante expresar que reconocer el cuerpo tienen que ver con algo más personal más adelante lo señala como un aspecto importante en el conocimiento médico. Se plantea la relevancia de que cada persona a través de la

⁵³ Ante la presencia una vez más del tema de la homofobia, se reitera mi dificultad para explorar con mayor profundidad, en el análisis de este contexto concluyo mi intención de no involucrarme en la intimidad del otro, si el otro no lo expresa, debido a que en ese momento consideré que mi propósito era explorar sobre la sexualidad de los pasantes en su rol de profesionales, no en el aspecto personal. Esto hace notar mi propia barrera para abordar el tema, repitiéndose el esquema que más tarde afloraría en el discurso de los jóvenes pasantes, en dónde está el límite entre lo personal y lo profesional. Identifico una asociación con lo que señala Gerardo en el sentido de que eso equivale a meterse en la intimidad del otro, quizá mis propias limitaciones para abordar el tema me llevan a poner un freno antes de cuestionar en este sentido.

exploración personal de su cuerpo, identifique su sexualidad. Esto está relacionado con el hecho de que ni en la carrera, ni en la vida cotidiana se nos enseña a tocar el cuerpo y mucho menos se permite su exploración. En la mayoría de los casos el contacto con el cuerpo y específicamente con los órganos sexuales es motivo de represión. Se evidencia la relevancia de conocer el cuerpo⁵⁴ no sólo desde la mirada del profesionalista sino también a nivel personal.

Una persona que no tenga suficiente autoestima, no se quiere a sí misma, y a lo mejor lo que reciba de X o Y persona es bien recibida, empezando ahí, pienso que tendría una mala vida sexual, si no es capaz de decidir, de hablar, de proponer, de tantas cosas pues, no. No tendría una buena vida sexual; pienso que también le entraría yo con autoestima para ver este... qué valores tiene la persona (Gerardo, 2006).

Un elemento que emerge en el texto es la autoestima como la fuente de origen de los desórdenes sexuales, bajo el argumento que la carencia de esta valoración se vincula con la incapacidad para hablar abiertamente del tema. Esto lleva a ignorar que en sociedades como la nuestra al asignarle una connotación negativa a la sexualidad se limita su expresión en todos los sentidos. En este caso con una fórmula muy simplificada, el pasante intenta instaurar la patología en alguna parte del organismo aunque no se tenga certidumbre de su localización. En esta visión se esboza la posibilidad de ir más allá de lo biológico, cuando se hace referencia a otros aspectos, y se expresa la posibilidad de hablar, de decidir, pero aún quedan baches no cubiertos. Se establece un vínculo entre la patología con la expresión de la sexualidad. La asociación que hacen este joven es que la baja autoestima te lleva a hacer cosas "no tan buenas" pues no tienes el suficiente control de tu persona para impedir que estas situaciones se presenten. Ante lo que concluye que para tener una buena vida sexual es importante hablar de autoestima⁵⁵.

⁵⁴ No profundicé en el motivo por el cual se considera importante esta exploración del cuerpo, quizá tenga relación con lo que Elba señala respecto a que hombres y mujeres se incomodan cuando se tocan las partes íntimas.

⁵⁵ Para ser honesta, cuando transcribí esta información me pareció que era una asociación ideal que mejorando

1.2. El individuo versus el profesional

La segunda confrontación está dada por el rol que desempeña el pasante, lo personal o lo profesional. Los aspectos de la sexualidad que no han sido abordados en las instituciones educativas y que se hacen presentes en los distintos escenarios, lleva a los jóvenes a una disociación importante. Desde qué lente enfocar lo sexual: lo personal o lo profesional. La demanda por tener una visión integral no sólo es para su consulta sino también para su vida. La sexualidad en el ámbito profesional no está desarticulada de su vida personal por eso están presentes todas esas emociones aunque durante su formación académica se insiste en la necesidad de dejar a un lado este aspecto.

En la carrera como tal hablar de sexualidad, no, no entra dentro de los módulos y cuando llegas aquí se te pone difícil porque te dicen: te hago una lista, hay que impartir temas de sexualidad a los adolescentes, en primera no tenemos esa preparación para hablar con ellos que son muy difíciles, y en segunda te ponen a dar temas que en tu vida viste, no sabes de qué vas hablar, qué vas a decir, cómo abordarlos, no sabes si realmente estás dando una información adecuada o lo que estás inculcando son tus creencias o tus mitos sobre sexualidad, entonces sí es un poco complicado que durante la carrera no se impartan esos temas (Ana, 2006).

Con la sexualidad peor tantito, porque llegan los adolescentes, [...] te preguntan alguna cuestión sexual y tú le vas a contestar en base a lo que tú crees, muchas veces te quedas pensando, le habré dicho lo correcto, a lo mejor para ti tener relaciones sexuales hasta después del matrimonio es lo correcto, a lo mejor no, pero tu consejo en ese momento es lo que espera escuchar la otra persona, entonces siempre te quedas con el ¡hijole! habré hecho bien pero bueno le

la autoestima (visión de psicóloga de origen) las personas tendrían más valor de hablar de lo que si querían o no querían. Sin embargo, esta perspectiva apunta más a una responsabilidad personal que a una social. Si yo mejoro mi autoestima me puedo volver un individuo más controlable, "socialmente sano" y si no lo hago es mi responsabilidad, en este discurso se pierde la visión de que la sociedad ejerce fuertes controles emocionales para la no expresión de la sexualidad.

contesté en base a mis valores ¿no? ... cuando llegas allá te cuesta más trabajo sino sabes nada, ni sabes manejar los temas, antepones lo que traes adentro y no sabes, aunque esté el libro a un lado es un choque de conciencia, porque dices; creo esto, pero el libro dice esto, sí pero tú por qué crees eso. Si tú piensas eso es por algo que traes atrás y hasta que no analices y saques lo que traes, no vas a poder. Si lo van metiendo poco a poco durante el transcurso de la carrera cuando llegas al servicio social donde estás solito es más fácil porque esos temas los manejas cuando llegas a tocarlos, por ejemplo en el programa porque es a fuerza, pero aunque no sea a fuerza, algún día alguien te va a llegar a preguntar [...] oye: mi chava está embarazada y ahora qué voy a hacer, no queremos tener hijos, cómo nos cuidamos ¡eh, ah, oh! (Linda, 2006)

Aparece la confrontación, la duda se originó por la carencia de información sobre el tema, o porque ésta no se ha incorporado por la rapidez con que la reciben; requieren tiempo para procesarla y transmitirla a la población. La sexualidad para los pasantes está enmarcada en un contexto de contradicciones, ya que se tiene la idea de promover la sexualidad como algo integral, pero sus propios prejuicios se convierten en barreras no sólo para abordar el tema sino también para ejercer cambios en su vida cotidiana. Aun cuando se percibe la necesidad de una forma distinta de expresión de la sexualidad no saben cómo lograr este fin.

Llegó una niña de 15 años de otra comunidad, fue ahí creo para que en su comunidad no se enteraran, fue a la clínica a preguntarme por qué tenía amenorrea, empecé a hacer su historia clínica [...] por los datos que me fue dando dije, está embarazada, se le comentó la necesidad de un estudio de laboratorio para corroborar. Sí te saca un poco de onda y dices, tiene 15 años, si estás embarazada acabas de truncar tu vida cañón porque ya es un niño y tú eres una niña, el pediatra los ve a los dos, lo único que puedes hacer es guardarte todos esos comentarios para ti y decir: mira vamos a hacer esto, se fue y ya nunca regresó. Sí te deja cierto grado así como de... no manches, por qué hiciste eso y por otro lado la impotencia de decir, igual y si estaba embarazada, ya no voy a

poder ayudarla (Susana, 2006).

[...] muchas personas pensamos igual, no me incluyo porque según yo voy a hacer otra cosa con mi hija cuando sea grande, pero es difícil decirle a tu propio hijo que si quiere tener relaciones las tenga libres pero con precaución, o decir que no está mal tener relaciones antes de estar casada, porque entonces se pierde la creencia de la nubilidad y que lleguen virgen al matrimonio, y esas costumbres es difícil quitárselas a tanta población que las tiene de años, que igual y en esta población a lo mejor estoy prejuiciando, porque hay parejas que son parejas de la pareja de otra persona, se han separado; se juntan con otra nueva familia y hacen familias por todos lados, tampoco puedo abordar así de: a ver tú por qué andas ahora con fulano y era esposo de ella, cómo me meto en esos temas si ellos no me los comentan. Me entero porque a veces, no falta que el expediente de fulanito [...] no es porque ellos vayan y me digan, igual y no son tan prejuiciosos y lo ven todo natural en ese aspecto, o por que en mi comunidad son así, creo que también ellos son así, aparte allá, no hay tanto católico. En mi pueblo predomina el catolicismo, es como el pecado capital andar con el esposo de alguien, o juntarse y no casarse, aunque mucha gente lo hace. Yo lo viví, porque siendo mamá soltera no era lo mismo haber sido la chava que se metió con su novio, se embarazó y se casó con él, era la señora y yo la madre soltera, fue muy complicada esa fase pero qué diferencia [...] finalmente se embarazó (Elba, 2006).

El identificar cómo se dan los patrones de comportamiento en una comunidad pequeña que está vinculada con el lugar en donde se desarrolla la pasante, le da pie a pensar que estos esquemas se repiten en otras regiones similares⁵⁶; sin embargo, paralelamente analiza que esto puede ser más bien una percepción personal y no la forma de actuar de la población.

En el recorrido realizado de los discursos de los jóvenes se evidencia claramente

⁵⁶ Aquí hay una situación que puede estar marcando una experiencia muy especial, el ser madre soltera la ubica como una persona que está rompiendo los patrones de normalidad, el embarazo previo a una relación formal adquiere una connotación distinta si este se incluye a una relación de pareja, que cuando la mujer queda soltera.

la dificultad del médico para reconocer el hecho de que la sexualidad es un constructo social a través del cual y dependiendo del contexto cultural, se expresa bajo diferentes posturas y prácticas, lejos inclusive de los cánones de normalidad. Estas percepciones generalmente son negadas por el personal de salud, bajo la creencia de que ellos son los poseedores de los criterios de verdad, atribuyéndose el derecho de cambiar las ideas de la población y ajustarlas a su muy particular forma de mirar. Se cuestionan su visión sobre la sexualidad en relación con las costumbres que observan en la población. La complejidad de las situaciones a los ojos de la pasante, se relaciona con que no tienen idea de cómo abordar los aspectos sociales y sólo repiten las ideas que se tienen sobre la sexualidad ensayadas en escenarios institucionales.

La sexualidad se convierte en un tema difícil de abordar con los adolescentes, se evidencia la pena que para ellos representa hablar de estos temas, y mostrar cualquier expresión respecto a su sexualidad, como es tocar el cuerpo aun cuando sea parte de las actividades de un programa de promoción de la salud. Esto además de la falta de capacitación sobre el tema por parte del pasante dificulta su abordaje, así echan mano del discurso que han estructurado en su vida cotidiana, estableciéndose una brecha entre las experiencias del pasante y las de los jóvenes de la comunidad, debido a que parten de aproximaciones distintas.

De todo se ríen, todo lo toman a chiste es difícil captar su atención, no muestran interés aunque hagas dinámicas, ponga dibujitos, cosas vivenciales, obras de teatro para que no se les haga tan aburrido y les llame la atención, no les interesa [...] estamos ensayando una obra de teatro sobre violencia sexual; hay una parejita que tienen que ser novios y se supone que si son novios van agarrados de la mano por lo menos, o lo abrazas de vez en cuando [...] pero cómo va a ser tu novia y la quieres mucho si está hasta allá [...], a la chica le decimos: abrázalo tú, ¡ay, no doctora! bueno dense la mano, eso no tiene nada de malo, ni significa nada y se tocan apenas los dedos de las manos. Por qué te da pena, les da pena agarrarse de la mano, abrazarse, hablarse, expresar sus opiniones; se supone que el programa que abarca la sexualidad es un módulo, pero son dinámicos, ellos

tienen que hacerlo todo y por sus creencias por lo que les han inculcado sus papás, por lo que han aprendido, les cuesta mucho trabajo comunicarse darse a entender y entender lo que les quiere decir la otra persona, a mí se me complica mucho trabajar con ellos. Como son dinámicas de tener contacto físico, eso sí les incomodarla a ellos, a veces los papás preguntan qué se está haciendo porque son sus adolescentes, sus niños, creo que también les incomodarla a los papás, qué les está enseñando eso, para qué les va servir a sus hijos, para qué les va a servir tener más contacto físico con una persona y si fueran gente abierta, yo lo haría pero no lo son (risas) entonces todo lo toman a mal, todo [...] (Ana, 2006).

A través de identificar la expresión de las vivencias de la sexualidad en la comunidad, se evidencia el significado que asume esta pasante para quien la relación de noviazgo y por ende, la manifestación de la sexualidad se da a través del contacto físico. Al solicitar a los jóvenes que se tomen de la mano y enfatizar que eso no significa nada, quizá para ella sea así pero evidentemente no tiene la misma connotación para los adolescentes de esa comunidad por lo que se niegan a tocarse. La sexualidad es visualizada por los pasantes como un patrón repetitivo, que todos deben de experimentar en el mismo sentido, con un esquema muy estático. Aquí vemos una vez más cómo el modelo establecido de lo que debería ser la sexualidad se trata de imponer, al destacar "se supone que si son novios van agarrados de la mano". La expresión de la sexualidad desde la visión de la pasante atenta con las costumbres de la población, pues señala que tanto los jóvenes como sus padres se incomodarían de hablar de estos temas⁵⁷. En los pasantes se desencadena una vez más, un cruce de cables. Bajo esta perspectiva un aspecto de notable trascendencia es que la limitante para abordar el tema se centra en la estrategia y no en sí en el contenido, en la dificultad de comprender los significados tanto del pasante como de los diferentes grupos poblacionales, como un proceso complejo, esto repercute en el choque de las ideas por ambas partes.

⁵⁷ Como señala Amuchástegui, el patrón de comportamiento bajo el que se inician los jóvenes en las comunidades rurales, es el impuesto en su lugar de origen aun cuando está alejado del patrón imaginado, que consiste en tener la primera experiencia sexual con la mujer amada, en una situación romántica.

Desde los ojos de la pasante (Susana) la sexualidad tendría que mirarse como un proceso natural. Sin embargo, este planteamiento también le genera una contradicción, aun cuando su visión está ampliamente diferenciada de la perspectiva de la población de esa comunidad. Llama la atención que no obstante la confrontación de ideas en la pasante, y la claridad entre la postura del yo y del otro, considera que al hacer un planteamiento distinto corre el riesgo de ser etiquetada como reaccionaria, hecho que enmarca la postura de poder en la que se sitúa, a pesar de que en el discurso denota un interés por respetar la cultura de la población. Al analizar la información se resalta con claridad la distinción entre el ámbito urbano y rural, planteando muchos puntos para la reflexión.

A mí a veces como frustración de decirles; es natural, es algo normal, pero a veces me trato de poner en sus zapatos y digo: es la tendencia que se da aquí, igual si yo fuera esa adolescente y supiera que mi mamá se tuvo que casar a los 13 años porque quedó embarazada; tiene 6 hijos, no los puede mantener y está evitando que me pase eso a mí, digo: bueno a lo mejor no es la manera más correcta de enfocarlo por la tecnología que hay pero es lo que conocen, y quién soy yo para llegar y meter mis ideas nuevas y revolucionarias, pero al mismo tiempo, si es algo que los niños hacen por curiosidad, porque quieren, porque están enamorados, qué mejor que tengan información para cuidarse, para evitar enfermedades, embarazos, también tiene mucho peso lo que dice la iglesia en los pueblos chiquitos, es mucho de no tengas relaciones, no tengas novio, es pecado, todavía la gente allá sobre todo los más adultos es: te vas a condenar, te vas a morir y [...] (Susana, 2006).

Al indagar sobre la sexualidad en las personas para cubrir la historia clínica, los pasantes expresan las construcciones estructuradas por la comunidad como es el caso expuesto por Susana y las confrontaciones con las ideas que ellos han estructurado.

[...] inicio de vida sexual activa, te decían: a los 14, señor está mal de la cabeza, o decían: he tenido 14 embarazos, y tú con ganas de decirle: que no tenla tele; con el tiempo y la práctica se te va quitando, tienes más libertad de preguntarles, también depende de la persona [...]; yo les pregunto número de parejas sexuales y se ofenden; con mi esposo nada más, o les preguntas, método de planificación familiar que está utilizando, ninguno, ¿por qué? es que mi esposo no está [...]. Al principio sí, como un choque porque es un choque de culturas, aquí tienen relaciones sexuales antes de casarse, pueden inclusive tener varias parejas antes de con su esposo; y puede llegar una muchacha de 19 años que trae un método de planificación familiar y lo ves de lo más común y hasta de lo más saludable, dices: qué bueno que se está cuidando, en cambio allá lo ven ofensivo, que si tú sabes que su esposo no está le preguntes si tiene algún método de planificación familiar, es como decir: y que usted piensa que yo me voy a meter con alguien más [...] trato de decir está bien, me pongo en su lugar, al principio sí les decía: el que su esposo no esté no implica que usted no pueda traer el dispositivo, por si su esposo regresa, no, cuando mi esposo regrese me lo vengo a poner. Ahorita es así de: es que mi esposo no está, ¡ah! bueno cuando venga su esposo viene por su método, sí, yo vengo. Tienen también mucho la idea de que el dispositivo es malo; se lo ponen porque está el esposo, se va y se lo quitan [...], déjate, no, es que me hace mal, hace que me den dolores de cabeza, el otro día me salió un lunar aquí y me dijeron que era por el dispositivo [...] por más que uno les explica, no es por el dispositivo, pero de todas formas me lo quiero quitar, y bueno, lo que el paciente quiera, es su cuerpo; le quitas el dispositivo; resulta que regresa el esposo, la embaraza, se vuelve a ir, y, por qué no viniste por tu método, sí iba a venir pero ya no vine, resulté embarazada; sí te puede enojar y sientes mucha impotencia, una señora de 45 años que se acaba de embarazar porque vino el esposo; su último hijo tiene 10 años, con ganas de abofetearla y decirle: cuídate, pero no podemos hacer eso; lo único es: ahora va venir cada mes a su control prenatal, su embarazo es de alto riesgo, vamos a intentar que su bebé salga bien. Le conviene una vez que tenga su bebé, ahora sí opérese, aproveche que va a estar en el hospital, y tratarles de dar otro método ya definitivo (Susana, 2006)

La experiencia con el trabajo lleva a los pasantes a ir ubicando que la construcción en torno a la sexualidad responde a un parámetro distinto, se inicia así la comprensión de estas diferencias que lleva a superar la confrontación inicial, e intentar comunicarse en los términos de la comunidad. El entender estas diferencias abre la posibilidad de cambiar este abordaje desde la formación de los pasantes, para que interactúen en otros términos, el insistir en que la comunidad cambie no ha repercutido en mejorar la salud sexual y reproductiva en la población.

Se resaltan claramente las distintas formas de mirar la sexualidad, todo parece indicar que la necesidad es de la población, pero se pierde de vista que al tratar de regular la vida sexual y reproductiva es más una prioridad de las instituciones de salud, y que la solución no se da a partir de la imposición de una forma específica de vivir. En estas poblaciones lo que se vislumbra es que la sexualidad está regulada por la fecundidad, el tener hijos significa el retorno del esposo no sólo a la comunidad sino a la vida familiar.

1.2.1. Desde dónde mirar, cómo ubicar la línea entre personal y profesional

Esta es una de las categorías que define con mayor precisión las confrontaciones que se presentan en torno al tema de la sexualidad, en dónde ubicar la línea divisoria entre lo que compete al ámbito personal y lo correspondiente a lo profesional. Linda destaca que al no asimilar la información a lo largo de la carrera, la percepción y por ende, el actuar en el campo profesional se conforma desde una perspectiva personal.

Me molestaba porque a esa edad las mujeres y los hombres no están preparados psicológicamente para cargar con la responsabilidad de un niño [...] y porque el programa IMSS oportunidades se encarga de adolescentes, del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, precisamente para que disminuyan, no parece nada. Son jóvenes que vienen y esas niñas que iban a pláticas cada semana, se les dice: no te embaraces, no porque no tengas para mantener al niño, no porque no puedas, sí puedes, pero puedes tener riesgo de morir, puede

que tu bebé muera, tú ni siquiera has disfrutado todavía la vida, no te has desarrollado, tal vez ahora no lo veas, pero tienes cosas por las cuales poder vivir⁵⁸ [...] regresaban, estoy embarazada, me molestaba, decía: pobres bebés ¿qué va a ser de ellos?, las mamás tienen hijos bien chiquitas; 15, 16 años se las dejan a la mamá, a la abuela y se van para USA⁵⁹, y para el norte del país; se olvidan de los niños, considero importante que los hijos deben de estar con sus padres. El embarazo es una decisión en pareja, me molestaba al principio, después me acostumbré; tal vez estoy equivocado, tal vez mi manera de pensar no sea la correcta o generalizada, tal vez esto lo veo y digo no pues está mal, tal vez tú me digas es que así estoy acostumbrado, es lo más correcto [...] así somos en la comunidad. Tengo 27 años y ni planes de casarme, ni de tener hijos, no puedes esperar que toda la gente piense lo mismo que yo, tal vez con los temas de sexualidad esté equivocado⁶⁰ por eso mis adolescentes, les digo, las mujeres no son para que estén lavando sus calzones, ni para que estén cuidando a los niños, ni para que lleven de comer a las vacas, ni para que les abran las piernas cada vez que ustedes lleguen calientes, en otras palabras, tal vez por eso no me hacen caso y cuando me vaya lleguen en dos años estas niñas y estén embarazadas, porque tal vez no sé cómo hablarles, soy muy directo o no estoy diciendo la verdad (Luis, 2006).

[...] todavía pienso: si les fallas o no a la gente. Hubo una adolescente (12 años) que la golpearon en la vagina, para empezar le costó mucho trabajo ir conmigo porque no era de mi comunidad, tenía los labios mayores edematizados, morados,

⁵⁸ Es muy bonito el discurso de "tienes por qué vivir" pero quizá para las niñas de la comunidad ese poder vivir es precisamente el embarazo. Aquí vemos el desencuentro de dos discursos; dos realidades, dos mundos objetivos y subjetivos. El médico desde su óptica valora qué es saludable para una adolescente de 15 años, ellas lo miran desde otro ángulo. En este discurso también podemos señalar la parte más macro; qué es lo que están ofreciendo los programas como IMSS Oportunidades, el mensaje es claro no impactan las estrategias por lo menos en cuanto a lo que se ha denominado salud reproductiva, se requieren cambios en la formación de los futuros médicos.

⁵⁹ Quizá el tener a los hijos es el salvoconducto para salir de sus comunidades, no lo podrían hacer de otro modo sino bajo el argumento de que es para el bienestar de los pequeños. Esta realidad se evidencia cuando este mismo pasante relata en otro momento la dificultad para que los y las jóvenes en la comunidad continúen con sus estudios por carecer de esta posibilidad en sus mismas comunidades. Un interés personal es afectado por una situación macro social.

⁶⁰ Parece ser que con la sexualidad, al no sistematizar una forma de aproximarse al tema, el interés se centra en lo subjetivo, fuera del marco de cientificidad; cómo abordarlo en un campo científico como es la medicina.

¡hijole! Le dije sabes qué vamos a tener que dar aviso [...] sí me quedé con un poco de carga de conciencia, no lo hice sin su autorización, le tuve que hablar mucho, esa es la verdad, la convencí para que levantáramos un acta. Se habló con los papás, ella estaba muerta de miedo, sí me quedé pensando, antepuse mis sentimientos porque me dio coraje, dije esto es una injusticia, no podemos dejar que el cuate se vaya después que la agredió de esa forma, pero sí, siento que actué bien irracional, todo lo que me nació en ese momento y hasta el final me puse a pensar en ella, no quería ella demandar, denunciar y yo la convencí para que lo hiciera, ha sido una de las cosas que me ha puesto a pensar, si habré hecho lo correcto o no, [...] dije, no quiero que vuelva a pasar, tiene hermanas [...] también está la otra opción, si no hubiéramos dicho nada a lo mejor la siguen agrediendo, o siguen con la hermana, no quiero que se repita todo lo que había pasado antes. Si hay una opción para parar al tipo, hay que hacerlo, o que salga de la cárcel y me vaya a balacear, todas esas cosas pasan por tu cabeza, ha sido la única ocasión en la que tú antepones, tú, lo que sientes en ese momento [...]
(Linda, 2006) ⁶¹

La falta de información en los jóvenes pasantes respecto a cómo actuar en casos de violencia sexual, los lleva a desconfiar de las acertadas decisiones tomadas, estos aspectos pareciera que es mejor pasarlos por alto. Una situación que tendría que ser resuelta por autoridades y ser un derecho de las mujeres de cualquier edad, se convierte en una atención exclusiva de un personal sensible y valiente.

Para hacer referencia del tema de la sexualidad en la carrera, se plantean vivencias personales-familiares, se reconoce la dificultad de generaciones anteriores para hablar incluso de aspectos que tienen que ver con la salud, se hace explícita la oportunidad de poder rebasar esa situación ante la cual los mismos pasantes se reprimían.

⁶¹ En qué se ha convertido mi tesis, cuando intento alejarme de todo esto e ir construyendo una teoría a través de la observación objetiva, caigo automáticamente en una contradicción por una parte está el punto científico al que me tengo que apegar, pero por otro está la parte emocional que me jala y me lleva a convertir este trabajo en la expresión de las vivencias de la sexualidad, así como de la violencia que la origina y margina, visto desde la mirada de los jóvenes pasantes, que como yo han tenido que cargar en sus historias la indefensión ante lo relatado.

Mi mamá me dice [...] me duelen las bubis, no, me duele el pecho, nunca puede decir me duele el seno. Papanicolaou está restringido también esa palabra para ella, es abierta conmigo pero sí tiene problemas con eso, supongo que como ella la gran mayoría de las mamás de mis compañeros tienen una actitud parecida en el que provoca vergüenza hablar de cosas tan normales, pero que te las hacen ver prohibidas, hablar, pajarito, pirrín, la parte, yo creo que sí repercute en nosotros (Luis, 2006)

[...] abordar este tipo de temas con mi mamá siempre ha sido fácil, con mi papá de que estaba de buenas contestaba lo que fuera y de que no, casi se persignaba. Una ocasión le dije: quiero ser sexóloga, estás loca [...] por qué no haces una especialidad de las otras, como que... cómo voy a decir que mi hija es sexóloga, van a decir que es porque le gusta el sexo, o porque es una chica fácil, le ha de gustar mucho, o sea, lamentablemente a pesar de que la gente sea profesionista [...] (Leonor, 2006)

Hay una contradicción interesante en el discurso por una parte se expresa la apertura de la familia para abordar el tema de la sexualidad pero también se evidencian los prejuicios en torno al mismo.

[...] difícil nada más fue quitarme la pena y empezar a hablar con las personas [...] me acuerdo que el primer día que llegué el doctor que estaba aquí, ya se iba. Ahí tienes tu consultorio, yo ya me fui, oye pero tú estas aquí ayúdame qué hago, no, yo ya acabé mi servicio social, es tu primera consulta, has lo que quieras, ni siquiera es por pausas o suavecito que te lleguen los pacientes, no, tengo diarrea, ¿qué hago?, tengo una enfermedad venérea, ellos llegan y te explican las cosas así como si fuera un aire grande que te llegara y ahora ¿qué hago?, ya después te acostumbras [...] empiezas a interrogarlos de cierta manera, haces chistes y te ríes. Los primeros días estas muy tenso escribe y escribe, ni siquiera los volteas a ver, ni haces caso a lo que te dicen y ¡ay! no me acordé y es importante, y ni

siquiera una nota sabes hacer (Ana, 2006)

La existencia de lo que no existe, define esa línea tenue en donde no se alcanza a distinguir lo que corresponde a lo personal y lo que compete al trabajo profesional, situación que genera una profunda confusión en los pasantes. La carencia de contenidos en el plan de la carrera que integren el sentido de la construcción social de este aspecto limita su aproximación. El lente biológico a través del cual se mira, imposibilita la comprensión de la lógica del proceso social imbricado en lo relativo a la sexualidad.

Las contradicciones entre lo personal y lo profesional se llevan al ámbito laboral, cuando estos jóvenes perciben que se les avienta a un nuevo campo de acción sin prácticamente ningún apoyo, esto genera gran ansiedad, pues de repente están ubicados dando consulta, teniendo que asumir responsabilidades con la sensación de no haber sido orientados, ni advertidos, de forma personal o profesional. En estos primeros momentos ni siquiera se mantiene contacto directo con las personas, se está más preocupado por obtener datos y anotarlos, como una forma de evadir la responsabilidad que se tiene enfrente.

[...] me siento cómoda pero me reprimo, a veces siento que si hablo de que se siente rico o es muy bonito y que no importa que no se vayan a casar pues es una parte complementaria de una relación, me es difícil porque es como decirles pueden hacerlo y, si ellos no tienen esa idea [...] o terminen embarazadas porque no tuvieron buena orientación en planificación. Es difícil orientar a un adolescente sin decirte hazlo, siento que muchos lo toman como, entonces lo voy a hacer. Cuando hablé de derechos: de expresión, de libre asociación y derecho de privacidad; es tu derecho a estar en privado mas no estás obligado a que lo sepan; era así como ¡ay! estoy diciendo que pueden tener novio a escondidas porque es su derecho [...] Ahora qué diré y cómo para que no se escuche incitado pero que sepan que existe, es una revoltura... de cables. No sé si estoy abarcando bien los temas, qué efecto va a tener en los adolescentes [...] cuando no tenía relaciones sexuales, yo decía: el hombre de mi vida es con él que me voy

a casar, no me voy a entregar a nadie; es una fase diferente ahora porque ni modo que me cierre y diga, no, es pecado, está mal, no hagas eso porque no eres casada, no puedo, no quedaría en mí ese papel de persignada, porque ya tengo a mi hija, sé lo que es tener relaciones, sé lo que es el placer sexual [...] es difícil decir no lo hagas pero lo puedes hacer; si lo haces está bien, pero mejor no lo hagas, es difícil ir y regresar porque se supone que es para capacitarlos para que se cuiden y no se embaracen siendo adolescentes, finalmente es decirles; puedes tener relaciones pero cuídate, no sé como lo tomen, su propia familia, todas las veces vamos a hablar de lo mismo igual y les dicen que sólo hablo de relaciones o que insisto mucho en que el pene [...] (Elba, 2006)

La dificultad para diferenciar entre lo personal y lo profesional se hace evidente en el siguiente texto, ya que al explorar sobre una experiencia significativa en el campo profesional, lo que se antepone es la comunicación de una vivencia personal, esta situación se presentó sistemáticamente a lo largo de la entrevista con esta pasante.

[...] mi primer noviazgo fue aquí en la universidad y fue significativo para mí, porque prácticamente me sentía el patito feo, entonces, el hecho de tener novio para mí, era ¡uhf!, claro duró el encanto dos meses, esa fue para mí, lo máximo, sin embargo, su actitud era diferente, obviamente yo no sabía qué hacer, decía; cómo lo voy a besar, qué tengo que hacer, no sabía absolutamente nada a pesar, que uno es médico pero no es lo mismo a que uno enfrenta una relación [...] situaciones muy difíciles para mí. Lo más pesado fue cuando terminó conmigo, llegó y me dijo, me fui de vacaciones no me acordé de ti, ya no te amo, estoy contigo a la fuerza, eso fue algo que me dejó tatuada (Leonor, 2006)

Este relato refleja la condición de muchas jóvenes en escenarios educativos de nivel medio superior y en otros espacios, en donde se encuentran en disyuntivas semejantes. La falta de claridad y reconocimiento de sus derechos en su vida sexual, las puede exponer a situaciones de hostigamiento, como fue el caso de esta

pasante, quien estuvo sometida a este tipo de violencia no sólo por parte de la población sino también de las autoridades de salud encargadas de supervisar su trabajo.

Cuando se tiene que hacer referencia a la sexualidad surgen muchas inquietudes al respecto, mismas que pasan desapercibidas al no abordar el tema, si no se tocan no hay confrontación, es un hecho que al reflexionar sobre la sexualidad de los pacientes se pasa por reconocer la propia sexualidad de los pasantes. No hay claridad sobre lo que se siente o experimenta, ya que hablar de sexualidad no incomoda pero sí es un motivo para reprimir su expresión, de dónde parte esta contradicción. Se aborda porque como profesional médico se tiene que explorar pero no hay una forma reconocida de hacerlo, esto genera confusión en los médicos. No se tiene claro, ni a nivel teórico, ni mucho menos en la práctica su ubicación y función en el campo de la medicina.

Durante su trayecto como estudiantes, a estos jóvenes no se les explica el tema, y tampoco lo perciben como necesario hasta que se encuentran con una gran barrera en el servicio social; la necesidad de implementar programas de sexualidad con los adolescentes de las distintas comunidades, situación que los lleva a confrontar sus propias creencias, pues no tienen claro qué decir, cómo decirlo, ni bajo que esquema expresarlo, surge la confusión de si los argumentos tienen que partir de la experiencia personal o desde lo profesional, ambos casos poco enriquecidos, pues su juventud y la falta de información en la carrera los colocan en una situación muy alejada de lo que se les demanda en la comunidad.

A lo mejor hay cosas que yo ya hice y que por la cultura que ellos tienen es malo y con qué cara les digo, no lo puedes hacer si yo ya lo hice. Por ejemplo, tener novio a corta edad, como allá se utiliza mucho de que si tiene novio se va a embarazar y se va a casar entonces, que no tenga novio. Llegan con uno y le preguntan, ya tengo edad para tener novio, mujeres y hombres de 14 y 15 años y... cómo te digo que no, si sí puedes tenerlo pero con responsabilidad, pero si le digo que sí entonces me meto en conflictos con los papás [...] si en su casa está prohibido tener novio a esa edad. [...] qué edad es la más recomendada para que

me quede embarazada, cosas así. Desde el simple hecho de darles un condón, a veces lo llevan a su casa y los papás hacen un escándalo porque tenían un condón y tú así... es mejor que conozcan a que no conozcan [...] Allá hay gente de 19 años que dicen, ya puedo tener novio y así como, ya te tardaste, pero no se lo puedes decir así, es medio complicado el asunto [...] Aparte de enfocarse a los adolescentes que eso ya lo hacemos, enfocarse a los padres, porque no le puedo estar diciendo por un lado al adolescente, no tiene nada de malo y si los papás por el otro lado lo están bombardeando con que es pecado y te vas a morir, o sea hay un choque de información, el adolescente no sabe que hacer, termina botando los dos cosas por donde mejor le parezca y haciendo lo que él quiere, que igual es una decisión que no está bien informada (Susana, 2006)

Aquí ubicamos una confrontación más ante los cuestionamientos de los adolescentes de la comunidad inquietos por identificar otras opciones, qué es lo que se debe de responder, cuando los padres de familia están arraigados en sus propias creencias, y reaccionan cuando se habla de sexualidad con sus hijos, cómo poder romper con estas estructuras, máxime cuando el médico no está entrenado para ello y se cobija en repetir el esquema bajo el que él se formó.

La primer pregunta que me hacían de sexualidad, me moría de pena, me puse roja cuando la paciente fue a preguntarme, ella fue la que me calmó a mí, llegó y dijo: [...] cuando estoy con mi pareja no siento nada, no me sale ese liquidito que nos sale a las mujeres en la vagina. ¡Dios mío! me dio mucha pena, dije y ahora qué le contesto, ya medio me calmé y decía ¡hay doctora! le tengo mucha confianza por eso le vine a platicar, entonces no le puedo fallar, cada que viene y me pregunta, no piensas yo qué haría, porque si le digo lo que yo haría, pobre mujer se queda célibe toda su vida (risas), pero si le digo, debe de haber un por qué [...] empiezas a interrogarlas y va fluyendo la conversación solita, esas eran las cosas que más trabajo me costaban [...] Los adolescentes, dan vueltas ¿qué está haciendo? regresan después, es que sabe qué tengo algo en el pene, si como mujer es difícil que te revise un hombre, como hombre es más difícil que te dejes revisar por una

mujer eso todavía pesa mucho, a veces me piden los tratamientos y no van los señores a consulta pero prefiero dárselos a la esposa, que dejar al paciente sin tratamiento, con eso todavía hay un poco de problema pero con las señoras, no, les das las respuestas en base a su vida, no a mi vida, a lo que ellas han vivido, a sus temores, a sus dudas, a lo que les gusta o no, en base a lo que son ellas es la respuesta que tú les das, eso creo, no sé si ha sido lo correcto pero ha funcionado, así trabajo con esos temas [...] Al paciente no se le juzga, uno, eso nadie me lo enseñó, yo lo aprendí en la marcha; dos, nunca decirles que están haciendo bien o mal, simple y sencillamente mostrarle varias cartas y deben de elegir la opción más correcta para ellos, no para mí, yo puedo decirles anda con fulano, ten tantos hijos, cuídate pero la vida no es tan fácil, y a fin de cuentas uno toma sus propias decisiones, lo único que haces es darle opciones, decirles qué desventajas o ventajas puede tener con cada cosa y ellas son las que deciden, entonces ni tú te sientes culpable porque dices ¡ay! yo la mandé, y capaz que no fue la mejor opción. Ellas son las que toman sus decisiones, si dejan al mando [...] mostrarles el panorama es muy diferente a darles una respuesta, eso es lo que hago (Linda, 2006)

He tratado con mis adolescentes de hablarles siempre con la verdad, nunca les he dicho qué pueden y qué no pueden hacer, no les digo está bien o está mal sólo les digo; existen estas opciones [...] al menos yo trato igual y estoy mal, de mantenerme al margen y nada más darles las opciones sin influenciar y decirles no, sí hazlo, ándale, ten novio niño, aunque no te den permiso tus papás, no importa, no (Susana, 2006).

En los relatos anteriores se reflejan algunos puntos que marcan la distancia entre lo personal y lo profesional, en otro momento ya se había propuesto la necesidad de que los médicos sean entrenados en temas de sexualidad, asimismo se planteó que es indispensable estandarizar la forma de interrogar y profundizar en ello, entre todo el personal de salud. Aquí en primera instancia como una primera regla sobresale evitar juzgar a los pacientes, no etiquetar sus conductas como buenas o malas, y

ofrecer opciones destacando ventajas y desventajas de cada una de ellas, para que sean las personas; mujeres o adolescentes, quienes tomen sus propias decisiones. Aun cuando se reconoce que la sexualidad es negada en la carrera, estas pasantes plantean una visión que permita la interlocución con la población a la vez que se respetan sus decisiones.

... como se van los señores mucho tiempo a USA, a veces se cae un poquito en la promiscuidad; me preocupa que muchas señoras no se cuidan, nunca les digo ¡ay! está mal lo que usted está haciendo, cuando llegue su marido la voy a acusar, no, y como es pueblo chico, infierno grande de todo te enteras. Cuando llegué ahí lo primero que pregunté es si había alguna zona roja, no doctora, ¿qué es eso? [...] aquí ni pagamos las señoras lo hacen por gusto, ¡ah! no hay mujeres de la vida galante, no doctora, cuando queremos nosotros ya sabemos, pagar yo, porque una mujer esté conmigo, cómo va creer [...] pero a dónde van; allá atrás a la loma, trepados en el trailer o el carro, en el pasto... (Linda, 2006)

Como la sexualidad significa algo desconocido que genera confusión, se tiende a repetir el patrón de ocultamiento, cuando no se está seguro no se habla del tema, la sexualidad sigue como algo que puede permanecer silenciado, y en esto va implícita su negación. La mayor confrontación que se destaca en esta entrevista, es el hecho de que las parejas en la comunidad acepten tener vida íntima con otras parejas, aun cuando éste es un patrón que prevalece como práctica cotidiana en estas comunidades, para la pasante representa un estilo de vida no reconocido, ni aceptado.

1.2.1.1. Las emociones presentes ¿qué hacer con ellas?

La realidad depende del ángulo desde el cual se ubique. Las emociones son aspectos que no se abordan en la carrera, todo es científico, se diagnóstica y se prescribe, cuando el tratamiento no funciona se cambia pero el acercamiento con las personas no va más allá de eso. Esta situación se revierte cuando se está trabajando

de cerca con la comunidad, las emociones como el llanto, el enojo y la frustración emergen en todo momento, no sé sabe cómo lidiar con ellas pues durante su entrenamiento "científico", los pasantes desconocen estos aspectos. Parecieran dos mundos: el objetivo, compuesto por el médico poseedor del saber científico y verdadero; y el subjetivo integrado por individuos con emociones que guían sus acciones diarias. Esta polaridad resulta difícil de manejar por los pasantes, pues no están preparados para ello.

No nos dejan que salgan nuestras emociones ni para bien, ni para mal, no se vale que te enojas, grites, cómo crees; en alguien tiene que haber la prudencia y el único que queda ahí es el médico, y si en ti no cabe la prudencia, el otro va a empezar a gritar, la otra a llorar y, así nos vamos a ir, entonces el manejo de las emociones es bien difícil (Linda, 2006)

Cómo quisiera agarrarlo a trancazos, la verdad sí me afecta mucho en ese momento, sí me enojo y soy bien expresivo, y por supuesto que no empujé al señor pero le grité [...] si me molesta, salgo, me fumo un cigarro, pateo una pared, grito, y ya se me pasa. Llega el fin del día, lo platico con mi mejor amigo, con mi novia, nada más y solamente así me desahogo (Luis, 2006)

En la carrera no, porque todo tenía una base, todo venía por escrito y no nada más lo decían ellos, lo decían otros autores, aunque también no porque lo digan todos va a estar bien, ¿verdad?, pero era un poquito más científico, no involucras emociones y aquí sí. Cuando involucras emociones todo se complica, porque no sabes cómo actuar, qué decir, involucras lo que piensas y sientes, a veces eso no te ayuda mucho, ni al paciente pero no lo puedes evitar. En todo lo que haces involucras emociones. Y allá no, nunca te dicen no te involucres con el paciente o no le hables así, no le grites, o cuando esté llorando dile eso, nunca te dicen eso, allá es científico mira este paciente tiene esta enfermedad dale este medicamento, si no sirve que regrese por otro, no se involucran mas allá con el

paciente, ni te involucran ya hasta que estas aquí te das cuenta de la realidad de las cosas [...] (Ana, 2006)

El llanto es otro, pero ese sí puedo decir que durante la carrera lo vas mitigando, lo vas guardando, siempre te dicen, no debes de [...] encariñar con los pacientes, no te metas tanto, pero es bien difícil, cuando alguien se muere y van y te abrazan, ni modo que te quedes como tabla, pero es lo que te enseñan, lo tienes que hacer pero no puedo me cuesta trabajo manejar ese tipo de situaciones, la ira y la frustración, se ve mi cara de frustrada, que no va a firmar señora⁶², no que mi esposo, ¡uy!, mejor me voy. Creo que esas dos cosas a lo largo de la carrera y hasta la fecha (Linda, 2006)

¡Ay! me senti a veces como mal, sí lloré porque no sabía qué hacer, y más que estás solo, no está tu familia, no hay con quien platicar. Al principio dije ¡ay! ¿qué voy a hacer? a veces te sientes impotente, es que lo quiero ayudar por que le tengo aprecio a esa persona pero no puedo [...] hasta que encontré una familia, como una impronta., y con la señora platico todo lo que me pasa [...] las emociones las descargo con ella y aquí es más tranquilo porque si me pongo muy emocional me enojo o me pongo a llorar, y enfrente de mi paciente no voy a dar mi arranque de ponerme toda neurótica y le voy a gritar porque el paciente no se merece eso pero yo tampoco me merezco quedarme con todo eso guardado, porque exploto, y solo, se siente muy feo. Sí me hacen enojar pero no les grito, ni los ofendo, y no me voy a poner aquí a llorar con ellos tampoco porque ellos vienen buscando un apoyo en mí, imagínate la doctora se pone a llorar conmigo entonces qué clase de doctora es, no me va a ayudar (Ana, 2006)

La sexualidad viene a romper los esquemas establecidos en el espacio clínico y hospitalario en donde las emociones no se tocan, estos jóvenes se enfrentan a cambios en su vida personal y profesional, lo que dificulta el manejo de estas

⁶² La pasante hace referencia a la negación de la paciente de firmar la demanda puesta al esposo por violencia física

situaciones. Buscar un espacio en donde expresar esas emociones resulta reconfortante, pues pareciera que esto no es algo que un médico se pueda permitir, puesto que lo llevaría a romper con su imagen. La ciencia no va ligada a la emoción, es interesante la reflexión respecto a cómo una médica va a llorar con su paciente, como si no fueran seres humanos con sentimientos y emociones, a quienes tienen delante de ellos.

Por más que no quiero involucrarme con los pacientes, no puedo, te encariñas con la gente, sufres con ellos en ocasiones lloras con ellos mientras no te vean los adscritos porque te regañan. Si no lloras con ellos, lloras sola, no sé qué pase con los demás médicos pero, después de que terminas tu jornada laboral y vas a descansar, te llevas todo esto y es malo porque ni duermes bien, ni sigues tu vida normal, hasta la fecha, es más ahorita me puso a pensar, qué habrá pasado con esa niña [...] (Linda, 2006)

Al momento de relatar los casos de abuso sexual en la comunidad, específicamente el incesto, se desencadenan una serie de emociones en las pasantes, su tono de voz cambia y las palabras salen con dificultad, el encontrarse con casos de este tipo causa ansiedad en los jóvenes pero nadie se interesa por ello, como lo señala Linda al término de su entrevista. Por otra parte, estas emociones que son sofocadas en la relación médico-pacientes, están presentes en otros contextos del proceso de formación, lo que lleva a cuestionar su existencia así como su negación.

Pero ellos también son emocionales (los médicos de base) porque cuando tienen que poner la calificación, ah no, tú me caes gordo, 6 o me caes bien pero eres un burrito 8, o si quiero ayudarte pero cómo te ayudo, bueno has un trabajito, o luego los ves con sus pacientes hablando... no señora haga esto, lo otro, si se siente mal váyame a ver o llámeme, también se involucran emocionalmente con sus pacientes pero no te enseñan así, te enseñan lo científico, no hay ninguna parte

de la carrera de cómo manejar tus emociones frente al paciente y con el paciente [...] no (Ana, 2006)

La enseñanza de la medicina sólo incluye los aspectos científicos, el aspecto emocional que se hace presente en lo relativo a la sexualidad no es abordado en ningún momento de la carrera. Ana lo señala de una manera muy interesante cuando habla del proceso de aprendizaje de la medicina en donde queda excluida la parte humana referente a las emociones. No es que yo sea sensible y humano por naturaleza qué de mí como médico se transforma en mi proceso de formación profesional, ese es un aspecto que hay que profundizar. Es como si la insensibilidad viniera de fuera y no que es un proceso de formación de la carrera, en qué momento el estudiante de medicina va dejando la parte sensible, y se convierte en un teórico con un enfoque predominantemente individual y biológico.

Me siento impotente porque no las conozco mucho pero como vienen seguido les tomas aprecio, conoces sus vidas, te tienen confianza para platicarte, entonces me gustaría ayudarlas de cierta manera pero no sé cómo orientarlas o cómo decirles que se sientan mejor, no sé que esperan. (Ana, 2006)

Al plantear la pregunta de qué se defenderán los médicos, sobresalen las condiciones de precariedad en que trabajan y la frustración al no tener los elementos para dar solución a los casos que se les presentan; el médico ha sido valorado como un semidiós, lo que le dificulta acercarse a los otros en términos humanos.

Muchos médicos de base no son ni para decir, hola buenos días, [...] llegan con el expediente médico al lado, el residente que estuvo toda la noche, aumenté estos medicamentos, bla, bla, bla, siga con el mismo tratamiento, bueno adiós. Y al paciente ni los buenos días le dieron, todo eso yo sí lo veía como una agresión hacia los pacientes, y a lo mejor es una forma de defensa del mismo médico, entonces hay que verlo desde los dos lados o sea yo paciente, pues sí, me

trataron de la fregada y yo médico con la pena igual y te tengo que tratar así, porque si no me voy a involucrar contigo y a la larga te vas a morir o te va a pasar algo, sí necesitas poner cierta distancia. ¡Claro! también hay grados, si le das los buenos días no te va a quitar nada, ni te vas a volver su mejor amigo, al paciente lo va a ser sentirse más a gusto y no te estás involucrando con él [...] A veces hay cierta sensación de impotencia ante ciertos padecimientos que sabes no puedes hacer nada, dices, qué te hago, tú llegaste aquí porque te duele, te sientes mal y se supone que yo estoy aquí, tengo un chorro de conocimientos y no puedo hacerte nada, a lo mejor sí pudiera pero este hospital no tiene la tecnología, la capacidad o el medicamento que tú requieres, y dices; qué te hago. Muchos médicos lo que hacen es darse la vuelta, poner su barrera, al fin y al cabo se va a morir, está en fase terminal, cierran su puerta [...] eso sobre todo con el tema de la muerte, porque son los últimos momentos del paciente, lo están invadiendo, está en un lugar que no es su casa, está ahí porque cree que le van a ayudar en algo y tú les das la vuelta no se me hace justo (Susana, 2006)

Aquí emerge el aspecto emocional que causa confrontación a los pasantes desde donde se mira, de lo personal incluyendo los afectos respecto al otro, o desde el conocimiento, por qué no hablar abiertamente de las posibilidades de sobre vivencia de la persona, y su decisión de en dónde morir. En el momento que se tiene la posibilidad de visualizar la sexualidad como algo más allá de lo biológico, algo más integral, se hace presente un sentimiento de insatisfacción, en donde no sé sabe qué hacer, qué soluciones ofrecer. Estos sentimientos quizá son los que generan la invisibilidad de la sexualidad. No es que el pasante como persona tenga una postura de negación, es que bajo el enfoque de su disciplina se requiere disimular los eventos asociados con la sexualidad, ya que implica la conjunción de diversos aspectos, que no constituyen en sí mismos el campo de acción de la medicina.

El acercamiento más humano que se da entre los pasantes y las mujeres de la comunidad, se ve trastornado por la incapacidad para hacer algo por ellas. En realidad es difícil generar un cambio; sin embargo, también aciertan al identificar que

el acercamiento con la población, es lo que se requiere, y eso particularmente es lo que los jóvenes pasantes no pueden brindar.

Con mis compañeros regularmente es con quien uno tiende a desahogarse, porque casi siempre estamos en las mismas circunstancias; finalmente todos sentimos lo mismo, a pesar de que fue un año, sí aprendí cosas, no voy a decir que no pero no me gustó [...] (Leonor, 2006)

Es difícil no anteponer tus sentimientos en todo este rollo, porque antes no nos habían explicado qué es la sexualidad, por ejemplo te llega una niña o un niño violado y es difícil callarte, no gritarle al papá, o al que viene con el niño, no molestarte, no enojarte y sí te limitan mucho en ese aspecto, no puedes llorar delante de un paciente, gritar, regañarla, no puedes volcar todo lo que sientes, porque es causa de amonestación, nunca te enseñan a tratar de moderar tus sentimientos, y con la sexualidad peor tantito [...] A mí me regañaron muy feo una vez que estaba llorando con una paciente, me dijo el doctor la próxima vez que te vea llorando te saco, casi siempre que rotas por los hospitales te cuestionan mucho, mejor me salla a llorar. No sé cómo sea, siento que hasta cierto punto es porque deprimas más al paciente, supongo, porque tampoco nadie me explicó, doctora no vas a llorar por esto, es nada más; no llores, o aguántese como los machos, pero hay cosas que dan tristeza, por más que quieras aguantarte, mejor te vas, dejas ahí al pobre paciente que tú eres lo único a lo que se pega para poder llorar y contarte que va a morir, te limitan, qué buena pregunta, nunca nadie me dijo por qué no puedes llorar, por ejemplo los que están en fase terminal, supongo que lo que menos quieren es que estés llorando con ellos, o quién sabe, igual y sí quieren, el chiste es que es prohibido (Linda, 2006).

La forma como se mira la sexualidad a partir del modelo médico hegemónico, y como la percibe la comunidad, plantea una brecha importante en el significado de la sexualidad entre el personal de salud y la comunidad. Un aspecto relevante que

subyace en las entrevistas, es la inesperada presencia de las emociones y la constante insistencia por parte de los pares de contenerlas. Aun cuando se desconoce el origen y la razón de la existencia de esta regla, como lo reflexiona Linda en el anterior extracto de entrevista.

1.2.1.2. Cómo mirar el cuerpo del otro, el respeto a este y a la intimidad sexual

La idea de lo que el cuerpo representa es confrontante para los pasantes, el ver el cuerpo descubierto del otro se acepta desde el rol o postura del médico, como una parte del procedimiento de atención que demanda la disciplina, pero se evidencia la dificultad de mantener una postura neutral, cuando en ello va implícita la perspectiva personal en torno a la sexualidad de los propios pasantes. Asimismo, se expresa la falta de experiencia en su calidad de médicos para lidiar con todo ello. Ante esto, surge la preocupación acerca de la vulnerabilidad en la que se encuentran los usuarios de los servicios de salud cuando en su calidad de enfermos, ya sea en una consulta o en un proceso de rehabilitación⁶³ quedan bajo el cuidado de personal que no tiene claridad sobre la trascendencia del respeto no sólo del cuerpo del otro sino también de sus valores y creencias culturales. En los espacios académicos no se respeta la privacidad de la persona. La medicina como disciplina facilita el contacto con el cuerpo, pero se mira desde una perspectiva personal, debido a que ésta no brinda las herramientas para percibir el cuerpo del otro desde una visión profesional, ¿cómo mirar desde la perspectiva médica? que simula un cuerpo biológico, descontextualizado de los aspectos sociales y culturales, cuando quien mira está completamente involucrado con esos mismos valores. Esta disociación permea las posturas de los pasantes.

Otra cosa significativa del aspecto sexualidad [...] el respeto hacia el cuerpo de una paciente, por ejemplo: va a entrar a quirófano, hay que desnudarla y no estar

⁶³ Al hacer referencia a la vulnerabilidad del paciente se destaca la exposición de su cuerpo en una situación en donde éste no tiene el control, por ejemplo cuando se le revisa, se opera o está anestesiado. Aun cuando en el primer caso pareciera poder ejercer su decisión, la mayoría de las veces no se solicita autorización previa a la exploración, cuando menos sienten ya están sobre él, no una mano, ni una mirada, sino la suma de manos y ojos de médicos, residentes y estudiantes presentes.

así como, hay mirarla que deforme o mira está bien de cuerpo, el respeto hacia el cuerpo ajeno, sobre todo porque está con anestesia o porque hay que cambiarlo o porque no se puede vestir, entonces era así como la naturalidad de ver un cuerpo desnudo de un paciente, porque uno los ve como pacientes, no como a ver cómo estará del cuerpo, y básicamente en ese sentido (Elba, 2006)

Asimismo sobresale el tema del **respeto**⁶⁴ que debe de darse a los usuarios de los servicios, sea por su preferencia sexual o por los estilos de vida adoptados, es también importante el hecho de establecer una distancia con el paciente que le permita tener la libertad de expresar temas tocantes a la sexualidad por iniciativa propia. En este último punto cabe anotar que esto no se dará si el médico no tiene la habilidad para abrir esos espacios, puesto que al marcar una distancia para que el otro tenga la libertad de expresarse, se corre el riesgo de implícitamente estar negando la sexualidad.

El respeto hacia la homosexualidad [...] él estaba operado, ya era mujer pero era hombre, en este sentido del respeto hacia la decisión de los pacientes, de su inclinación sexual y también hacia... si quieren o no hablar de temas sexuales [...] fue lo que aprendí a hacer sobre todo, de entrada ver cuerpos desnudos que no eran nada de mí y que los tenía que ver porque eso iba a ser mi profesión, no fue tan difícil decir, si soy doctora tengo que verlos, a lo mejor si fuera mi familiar sí me costaría trabajo. (Elba, 2006)

El estatus que adquiere el médico en las instituciones tanto académicas como de salud, lo coloca en una situación en la cual hablar del tema resulta algo normal, se parte del supuesto de que son personas con conocimiento, el evidenciar falta de experiencia en el tema, representa estar fuera de los parámetros de lo que se considera un verdadero profesional; sin embargo, también se señala que para

⁶⁴ Aun cuando el tema del respeto surge en esta parte, considero que me faltó explorar que tanto se respetan las preferencias y comportamientos sexuales de los pacientes, pues pareciera que este aspecto se descuida sistemáticamente en los espacios clínicos. Es relevante profundizar en el tema para identificar cómo se viven estas situaciones entre los estudiantes y entre éstos y los médicos adscritos o los residentes.

algunos médicos, sobre todo los de mayor edad, resulta difícil abordar estos temas, y en algunos casos optan por evadirlos. Es interesante también cómo los jóvenes empiezan a reconocer el derecho del paciente a partir de la reflexión de una experiencia personal, en el caso de Luis, la hospitalización de su abuelo, en tanto Linda la enfermedad de su madre.

[...] Un hombre como de 40 años, homosexual traía un roll on, se estaba masturbando con el desodorante y de repente se atoró ya no lo pudieron sacar, llegó al hospital diciendo que se había caído sobre el roll on, no los platicó el doctor, traía una placa, un doctor maduro que fue quien... y nos dice a otras compañeras y a mí; le voy a invitar las cocas al que me diga qué es esto, y se empezó a reír, la verdad es que nosotros también nos empezamos a reír, es un condón [...] es un roll on, ¿dónde está? se veía en la cadera perfectamente un bulto, se veía ahí dibujado, y yo no sé si su risa fue lo que nos hizo ir cambiando a nosotros. Esa fue de las primeras veces que tuve un contacto así con un paciente, después se le anestesió y me dejaron a mí sacarle el roll on. Al siguiente día cuando presentamos al paciente [...] habíamos dejado el roll on al lado de la cama, cuando terminamos de ver a ese paciente, está muy bien, [...], pasamos a otro paciente, en otro cuarto y dice el doctor ¿por qué le dejaste el roll on ahí? Igual y se lo vuelve a meter y ya no se quiere ir del hospital, y todo el mundo, los residentes, las enfermeras, incluso nosotros, ja,ja,ja,ja. Ahorita lo veo y digo, no, actué mal, porque no es correcto burlarse de los demás, tal vez en medicina es diferente, si tú no te ríes cuando alguien es tu superior y está apunto de dar una calificación, si no lo vas a contradecir para no buscarte problemas, hay que ser ciertamente político, mejor no te rías, nada más quédate callado, creo que ese tipo de conductas favorecen que se vuelvan a presentas para otra ocasión. En cambio si no te ríes, van a decir bueno creo que no fui gracioso mejor me abstengo [...] (Luis, 2006)

Las experiencias de aprendizaje en las instituciones de salud orientan a estos jóvenes a identificar aspectos que no eran visibles, en el caso expuesto no se habían

percatado, de que fuera una situación que generara risa, o de lo cual estuviera permitido reírse, es a través de estas experiencias que empiezan a identificar la forma cómo se abordan temas relativos a la sexualidad en el ámbito hospitalario. El contacto con lo sexual está más marcado por el contexto en el que se presentó el caso que en sí con el padecimiento. El tono de burla y falta de respeto del personal de salud se ejemplifica en el siguiente relato.

[...] en clase hablar de algún tema relacionado al cuerpo era normal o ver láminas de personas desnudas, casi todos los libros traen personas desnudas, nada más están los clásicos cuadritos negritos, para que no se le vean genitales [...]. Podemos estar platicando todo el día de la sexualidad porque sabemos de medicina [...], y si no lo hablas normal es porque no eres buen médico, porque te estás tapando al mundo de la medicina o algo así, cuando se llegó a hablar fue con normalidad (Elba, 2006)

Lo normal al hablar sobre sexualidad tiene que ver con genitales, órganos sexuales internos y externos, hablar del cuerpo desnudo visto en láminas, en donde se ponen cuadritos a los órganos genitales como si al taparlos se escondiera la sexualidad, o se escondieran los deseos sexuales, todo esto se ve como normal, cuando esta misma visión se traslada al paciente entonces se sigue viendo normal, cuando se aborda como una charla de universitarios, desde la visión del médico puedes hablar con normalidad, pues el rol te permite asumirlo de esa forma, quien no lo hace, evidencia no ser buen médico. Es muy interesante cuando el tema es abordado desde lo teórico o desde lo biológico, es normal pero cuando se rebasa este límite y se involucra la sexualidad de las personas entonces el tema produce confrontaciones, como fue el caso de Elba, quien al verse inmersa en este tipo de situaciones, expresa “que se le cruzan los cables”.

La mayoría del tiempo como en tono burlón, siempre hay como que cierta pena [...] Hablar de eso teóricamente ahonta no me cuesta trabajo pero cuando lo

veíamos con los compañeros sí era difícil. Por ejemplo, decir una relación sexual, cuando el pene se introduce en la vagina, como que todos, así temblorosos o como que te querías reír, o hacer un comentario despectivo, o tal vez siendo gracioso. Los profesores siempre lo manejaron bien pero sí tengo que reconocer que siempre que se habla de esos temas, hay alguien dentro del grupo o el que está dirigiendo, hace algún comentario tratando de hacerse el gracioso, no sé si para liberar tensión, para que no estén tan serios, para que se empiecen a abrir pero siempre, eso sí lo tengo bien presente (Luis, 2006).

Al abordar el tema entre los compañeros se destaca la facilidad que representa hablar con los del mismo género.

Con las mujeres si lo podíamos abordar abiertamente, con los hombres no, porque siguen en la etapa de... terminando su adolescencia y empezando a madurar, al menos en grupo es complicado, ya igual platicando hombre y mujer pues sí, se puede dar pero abiertamente en grupo con varios hombres era prácticamente imposible, quedaba como que velado. Entre mujeres si platicábamos, pero más que hablar de [...] qué es la sexualidad, lo platicábamos en personal, con tus amigas, tampoco lo platicas abiertamente. Con los hombres depende en qué situaciones, porque sí hay unos que sí te demuestran que lo van a tomar de una forma más madura y seria y puedes contarles todo, pero hay otros [...] a la hora de estar platicando todo lo toman a broma, no sé si sea por inseguridad, inmadurez o porque ellos sean así, no lo sé pero ponen una barrera de sarcasmo y broma ante todo, mejor me voy y le platico al que sí me va a tomar en serio [...], que igual y no te de su opinión, pero al menos te escuche sin burla (Susana, 2006).

Hablar del tema se dificulta hasta con los mismos compañeros en las pláticas cotidianas, esto mismo señalaba Gerardo, el tema de la homosexualidad se liga con la apertura de la sexualidad.

Entre los compañeros todavía se ve como un tabú, con algunos, contados eran los que podían hablar abiertamente [...] regularmente es un tabú, al menos de que fuera uno, un super amigo [...], de repente uno se llega a enterar de todas que llegan a suceder en los grupos y se daba cuenta uno que a veces como que ya lo ven como cualquier cosa sin importancia, claro que cada quien tiene su concepto diferente y este, eran a veces hasta como una especie de orgías lo que hacían cuando uno se llegaba a enterar, y qué hubo en la fiesta, es que después de la fiesta como ya estaban borrachos, ya ni se fijó quién se quedó con quién y cosas de ese tipo, entonces así como que uno se quedaba, y te sacabas de onda (Leonor, 2006).

Esta parte coincide con lo abordado por Gerardo respecto a la forma de vivir la sexualidad entre los jóvenes pasantes.

[...] antes entre los compañeros era una forma despectiva, o agresiva, de cállate tú no opines, pi...joto, y ahora no [...], de verdad éramos unos ignorantes porque nadie lo sabíamos, y lo puedo decir por todos, porque fueron preguntas abiertas y nadie las supo contestar en el curso de introducción sexual, antes veías muchas cosas que escuchabas y decías ¡hay, no! le dijo joto a aquel o le dijo lesbiana a aquella y qué, pero ahora cada que escuchas el término te viene a mente el concepto o sea de lo que has, de lo que estás utilizando, ya es muy diferente (Linda, 2006)

[...] llegaba un adolescente que no estaba circuncidado [...], empezaba el cirujano, señora por qué tengo que hacer el trabajo de la novia, y cuando te pones del otro lado es bien diferente, alguna vez fui paciente [...], cuando tú eres paciente y escuchas como te tratan, que se burlan, te critican, eres tonta porque no sabes, comprendes muchas cosas y tratas cuando tú eres médico no hacer sentir mal a la otra persona, entonces aquí se les juzgaba, se les criticaba y a veces en su cara

[...] hacerle burla a la mamá o cuando estaban haciendo las epiceos⁶⁵ de reconstrucción, mandaban llamar al esposo, de qué tamaño quiere que dejemos, ¿cuánto nos va a pagar?, [...] pero tú dices: es bien difícil que la señora se desnude, se ponga su bata, y que todavía los cirujanos estén jugando, se estén burlando. En ese momento es el adscrito pero ahorita me acuerdo de muchas de esas cosas y digo, mal, mal [...], no eres quién para burlarte del paciente y sobre todo el rollo de la sexualidad [...] Llegaban las pacientes a gineco, súbase señora a la cama, y la señora con todo su pudor, doctor no tiene una bata y él remedando no ve que la traigo puesta, pero la señora se refería a una bata para cambiarse [...] Todo ese tipo de comentarios no van, y se hacen; los oyes, los ves, y vives con ello pero en ese momento como que estás en transición como alumno, ni lo pelas. Hasta ahorita que ya terminas, como que dices, bueno vamos a echar un ojo atrás; todo lo que vives, lo que haces, ¿qué haría? ¿qué no haría? Estoy a gusto con lo que estoy haciendo, es cuando te das cuenta de todas esas cosas. Así se vivía, creo que se sigue viviendo, hasta la fecha, no sé, le hablo a algún doctor, me puede conseguir el teléfono de Edgar, no porque es joto, y le cuestionas [...], y eso qué doctor [...], pero antes lo veía no natural tampoco, pero como que no te importaba, como que decías; son los jefes y pueden hacer lo que quieran y ahorita no, ya es más cuestionable. A lo mejor es porque tú ya estás en el nivel de que tú eres jefa, no tienes jefes (Linda, 2006).

Estos ejemplos reflejan claramente la concepción de sexualidad que se van conformando los pasantes a lo largo de su formación profesional, asimismo se refleja el rol autoritario del médico. El poder establecido en el ámbito académico se refleja cuando en un momento de transición Linda cuestiona las prácticas de sus superiores que en aquellos momentos eran imperceptibles ante su estatus de subordinados y por ende no se reflexionaban.

⁶⁵ Se refiere a la episiotomía; incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné.

1.2.2. Su formación como profesionales

1.2.2.1. La primera información sobre sexualidad

En la categoría de desencuentros entre lo profesional y personal, al indagar sobre la sexualidad en su formación profesional, tanto los primeros como los últimos recuerdos se remontan a la familia o a las instituciones de educación básica, pero no a los contenidos de la carrera de medicina, en su paso por la universidad.

Aquí te dan información pero mucha que tuvieras específica que te ayudará a entender, ¿no? Mis papás a nosotros nos hablaron mucho sobre sexualidad; nos llevaban videos, libros sencillos de entender y como yo no sabía cómo dárselos, la verdad no sabía de qué se trataban algunos de los temas me traje los libros, los videos y los fui pasando, solamente así porque de lo demás no, de hecho hay temas de los últimos módulos ya no los alcancé a dar [...] (Ana, 2006)

Hablar de una sexualidad sana, que te llevara a una vida completamente sana, que te ayudara, o sea sí lo sabemos obviamente pero creo por la información que nos daban en la primaria, secundaria, típico cuando vas a empezar a reglar te pasan tu video, te explican, cuando van a darte métodos de planificación familiar en la primaria porque está instituido [...] si tienes como una idea y empiezas a leer tu libro de medicina o psicología, más o menos te vas enterando, pero que digan en la carrera te explican, a mi parecer, ¿no? (Susana, 2006).

No, de la sexualidad, lo que yo sé, lo que más abordé principalmente fue en la familia, mi padre y mi madre, desde el rol hombre, mujer y todo eso de niño, después en la adolescencia información sexual, creo que fue la principal carga que tuve; en la secundaria, preparatoria, lo típico, los orientadores que te dicen de sexualidad, que el uso de preservativos y todo eso. En la carrera no, solamente hasta el módulo de gineco, recuerdo que nos hablaban de sexualidad, pero sobre nosotros no, hablamos de propedéutica, de diagnósticos y síndromes, pero relacionado con los pacientes, en tanto a nosotros nunca (Gerardo, 2006).

Los conocimientos sobre sexualidad que se llevan a la comunidad son los adquiridos a través de los padres⁶⁶ o en las instituciones de educación básica; los jóvenes pasantes se ven en la necesidad de recurrir a sus conocimientos muy primarios sobre la sexualidad, pues en la carrera no reciben información adicional que les permita desenvolverse con naturalidad en la comunidad.

Al indagar sobre el tema, se espera una respuesta basada en su experiencia durante su formación profesional, primero porque ése es el tema que se está explorando en esta investigación, y segundo porque se tiene el prejuicio de que hablar de sexualidad es un aspecto íntimo que no se tendría que tocar, no obstante, a lo largo de este trabajo las experiencias personales afloraron en distintos momentos.

Los pasantes precisan que la sexualidad se enfoca específicamente en el módulo de gineco-obstetricia, esta afirmación los lleva a reflexionar la razón por la que no se aborda el tema desde una perspectiva personal, planteando que sería relevante hablar de su propia sexualidad; sin embargo, a la par cuestionan la relevancia de esta demanda. Así a partir de esta reflexión se concluye que los pasantes tienen la necesidad de conocer más sobre el tema porque pasa por lo personal y de aquí se parte para transmitir esta información a la comunidad. Las experiencias previas pueden constituirse en un elemento positivo o negativo, en el momento de la consulta.

La inquietud de abordar el tema desde la mirada del médico se considera de gran relevancia, por las actitudes que se presentan entre los estudiantes al hacer referencia a tópicos como la homosexualidad; sin embargo, al mismo tiempo también se plantea la dificultad de abrir un espacio en los contenidos de la carrera por considerar que ya está muy saturada. Sería interesante indagar si las contradicciones se presentan con tanta frecuencia en la vida de estos jóvenes, o en este caso responden al tema que se está abordando. Esta ha sido la forma en que se

⁶⁶ En esta parte me faltó averiguar lo que la familia le enseñó sobre sexualidad, pues aunque destaca que sus padres le hablaron mucho del tema, si consideramos la dificultad que tiene para abordarlo con la comunidad, se puede deducir que el conocimiento adquirido a partir de las experiencias familiares se apega al mismo esquema, a través del cual se vincula lo sexual con lo reproductivo, dejando de lado la visión integral de la sexualidad.

mira el aspecto sexual, se valora como valioso, aunque no se sepa claramente por qué o para qué.

La sexualidad en los médicos debería ser abordada, pero la verdad es que no sé en dónde entraría porque a veces está muy saturado el programa de estudios, ya que hasta inclusive en el campus algún compañero dice que iba en la UAM potimilco, porque hay muchos homosexuales en la universidad, y eso habla de la diversidad sexual que hay en nuestro entorno y sí sería bueno hablar o comentar estos temas porque a pesar de la diversidad, y de que sea a nivel universitario la discriminación y todo eso sigue. La ignorancia no se diga y aunque somos médicos la verdad es que a veces pensamos saberlo todo, saber mucho pero no, siempre es bueno tener algo más (Gerardo, 2006)

Surge el tema de la homosexualidad y la forma de mirarlo entre los estudiantes, una vez más un comportamiento sexual se hace evidente al hablar sobre la sexualidad en la formación de los estudiantes, ésta parece ser la forma más común y probable para hablar abiertamente del tema. Esta situación coincide cuando al realizar una estancia académica en la ciudad de San Francisco, y ubicar eventos (pláticas o talleres) de interés relacionados con el tema de la sexualidad, el contenido primordial se centraba en la homosexualidad, convirtiéndose en espacios de expresión para personas con estas preferencias, esto me resultaba contradictorio debido a que mi visión de la sexualidad me llevaba a pensar en procesos más allá del acto sexual, e independiente de la pareja con la que se decida tener un encuentro íntimo. Por tanto, el enfoque sobre el tema vinculado con la homosexualidad, pornografía o sexo servidoras estará definido por el discurso predominante, entonces ¿Quién o quiénes determinan o definen de qué hablar?

La vida sexual del pasante tanto en su postura individual como profesional no está disociada de la vida sexual de los usuarios de los servicios, aunque se insista en desvincularla. Por ejemplo, al hablar sobre la homosexualidad subyace la discriminación y opresión que unos viven, bajo el esquema normativo de lo sexual, el

hacer un juicio de valor en este sentido, se vincula con la ignorancia; sin embargo, el reflejo de esta misma situación se expresa también en un contexto universitario.

El comentario de saberlo todo porque son médicos lleva implícita una actitud de prepotencia seguramente introyectada durante su formación profesional, en donde el médico es visto como un semidiós, poseedor de todo el conocimiento.

En el caso de Elba, su experiencia personal madre soltera, la lleva a limitarse en la comunicación de estos temas, sobre todo con los jóvenes, por dos posibles razones: porque se siente sin el derecho a hacerlo porque ella falló, y podría estar enviando el mismo mensaje, o porque si se preocupa por prevenir, se vería como que promueve que se anteponga el placer antes que la reproducción.

1.2.2.2. El curso de sexualidad...

Un factor que se agrega en la comprensión y manejo de la sexualidad en su práctica profesional está dado por un curso sobre el tema que reciben durante el servicio social. Así subyace la confusión en los jóvenes, pues cuando éstos empiezan a estructurar sus valores y posturas en cuanto a la sexualidad, ya tienen que responder a una serie de demandas que por primera vez se presentan en su campo profesional. Aunado a ello está la presencia de un instructor⁶⁷ quien hace referencia a un mundo sexual más diverso, en el cual se incluyen formas poco comunes de experimentar la sexualidad⁶⁸, esto se confronta con el aparente conservadurismo en el que se mueve la población con la que los pasantes interactúan, originando una completa confusión y al no haber espacios de discusión para verter esas diferencias, el médico toma la decisión de mantenerse al margen y evita reproducir dicha información a la comunidad.

No sé como abarcarlo, cómo explicarlo y es que a veces las cosas que nos dan en los cursos, me niego a aceptarlo, por ejemplo me decían, cuando empieza una

⁶⁷ Quien coordina un curso de sexualidad como parte de las actividades de capacitación al servicio social que reciben los pasantes en la jurisdicción en donde son asignados para realizar el servicio social.

⁶⁸ Aparentemente poco comunes porque son tan frecuentes que forman parte de los comportamientos cotidianos de la sociedad, convirtiéndose en parte de la normalidad, no obstante que son prácticas no aceptadas por la misma sociedad, como lo es la infidelidad.

pareja debe de haber acuerdos; hasta aquí vamos bien, ya estamos casados puedo tener relaciones sexuales con otra persona y ella también, dije: si están casados para qué se casaron; hay cosas con las que mi formación choca, me causa dificultad expresárselas a los adolescentes, porque si les digo, te puedes casar pero también tienes derecho a tener relaciones sexuales con otras personas siempre y cuando no afectes a tu pareja, qué estoy inculcando. No sé si esté bien o mal la información que estoy recibiendo, prefiero omitirla y no darla hasta informarme bien. Es que no cuadra lo que nos dicen con nuestras ideas o con lo que vamos a inculcar y omitimos ciertas cosas porque confundir a la gente como que no está bien. Nos confunden y si vamos a confundir a los adolescentes, mejor, lo omito [...] me gusta hacer las cosas con un orden y siento que me rompen el esquema, como que no están organizados, no saben lo que están diciendo o no lo están analizando, los que nos enfrentamos a los adolescentes somos los médicos, no ellos. Cuando tú te paras enfrente de un adolescente y le empiezas a decir esas cosas él lo empieza a absorber aunque se vea que no te este haciendo caso, algo se le queda y de repente darle esa información errónea al ratito va a tener consecuencias en su vida, sí me molesta, causar algún daño en la vida de alguien, por algo que estoy diciendo y que a lo mejor no está bien, solamente porque no lo sé y tengo que darlo como a mí me lo dijeron, entonces eso sí me molesta, no me gusta (Ana, 2006)

La expresión "romper el esquema" se desencadena cuando se pretende que los pasantes transmitan información que desconocen, y que además surge a partir de la perspectiva de un tercero, en este caso el promotor de salud, esto los deja fuera de control ya que refleja la falta de aprehensión del tema por parte de los pasantes. En esta situación no tienen oportunidad de asimilar los nuevos conocimientos e identificar si se asemeja a su estructura de valores, pues cuando menos dan cuenta ya están ubicados en un contexto en el que repiten el discurso, sin tener una base que lo sustente, originando que la comunicación entre ellos y la población sea limitada. Por otro lado, en los discursos de los pasantes surge la expresión "enfrentar" lo que remite a una situación en donde se percibe al otro como

amenazante, en este caso los adolescentes, quienes se muestran ávidos de nuevas ideas, y ante esta demanda, el médico evidencia sus habilidades o carencias en torno al tema. La incomodidad tiene sus raíces en las normas y reglas que se van interiorizando, lo que se evidencia en el siguiente texto.

[...] a grupos más arraigados es fácil capacitar porque sabes el efecto que va a producir cada comentario, a una persona que no conoces, no sabes qué va a pensar y cada que uno habla de algo piensa que lo estás incitando a que venga a visitarme en la noche, no sabemos, es lo que me ha reprimido en cuanto a mi capacitación con los adolescentes porque no son universitarios, cuando es uno universitario ya cambia el aspecto porque se toma las cosas en la clásica frase de mente abierta, tuvieron relaciones no les gustó y ni modo [...] ya cambia fue su libre decisión, pues está en su derecho de ir con quien quiera, a que una chavita de un pueblo ande con varios y le digas: si no te gusta ve y búscate otro y ya, porque pues la van a ver como la niña fácil, no sé [...] (Elba, 2006)

La descripción anterior plantea dos supuestos: a) hablar del tema supone la acción inmediata, surge el temor de estar incitando al otro a la intimidad, esto producto de la oscuridad que envuelve a la sexualidad, la no apertura fomenta una serie de creencia que dificultan la comunicación. Se da una contradicción importante, en un inicio al indagar sobre el significado de la sexualidad, ésta se describe como algo integral; sin embargo, las inquietudes que aquí surgen hacen referencia exclusivamente a la relación sexual; b) el segundo supuesto se conforma con la creencia de que al estar en una institución educativa de nivel superior se tiene mayor apertura sobre el tema pero lo que en realidad se manifiesta es el incremento en la confrontación de las ideas, más aun cuando se tiene cercanía a ámbitos tan disímiles. La apertura no está dada por el único hecho de hablar del tema, sino por la aceptación de otras formas de expresión de la sexualidad, para lo cual no están preparados los jóvenes pasantes, pues el discurso en los diferentes escenarios por los que transitan tiene una misma raíz, lo que lleva a la repetición del discurso y de la acción.

La falta de distinción del límite entre lo personal y lo profesional lo evidencia una de las pasantes cuando al enterarse del abuso sexual a un menor, se cuestionan estas conductas, así se remite a la convivencia infantil con sus propios abuelos, y no se explica el desenlace de este tipo de acontecimientos en la relación fraternal abuelo-nieta.

En los principios de la carrera en pediatría te hacen ver la consulta de todo, lleva una señora a su niño de tres años y dicen que tiene una enfermedad venérea, ¿pero un niño de tres años? Llegó el ministerio público, empezaron a investigar y resultó que era su abuelito. Yo viví con mis abuelos entonces sentí horrible, cómo un abuelo que te quiere tanto te puede hacer eso (Ana, 2006)

1.2.2.3. La formación en el tema

Como un medio para brindar información a la población se vislumbra la posibilidad de la capacitación, en un sentido vertical, esto equivale a entrenar a otros para que éstos a su vez, transmitan a la población, los temas relativos a la sexualidad, así ellos (los pasantes) liberarse de esta responsabilidad que se percibe como colateral, no como la principal actividad a la que el médico debe atender, postura que es avalada por algún profesor de la carrera. No obstante, el interés del pasante por participar en la capacitación, esto es bajo la consigna de mejorar el trabajo de la enfermera, aun cuando es evidente la dificultad que el tema representa para él. El rol que se juega aquí es muy interesante, pues se parte de mostrarse en la comunidad y ante los ojos del personal de salud, como el poseedor del conocimiento, ignorando las experiencias de la población en cuanto al tema, ya que se parte de la idea de que existe una verdad establecida.

Lo ideal es que nosotros diéramos una capacitación a alguien y esa persona lo diera, porque como comentaba el doctor Pedro: un médico debe atenderse a la consulta que es lo primordial, pero a mí me gusta también platicar con ellos porque veo cómo se está haciendo esa plática y a lo mejor puedo aportar un

poquito más de cosas o resolver dudas la enfermera no sabe, ahí es donde yo me meto y trato de estar con ellos y platicar sobre el tema, de todo lo que se pueda de sexualidad. También pienso que las enfermedades de transmisión sexual, los médicos estamos hasta el gorro de eso, lo vemos desde pediatría, pienso que para los médicos también sería eso importante los métodos de planificación familiar y algo recargadito ahí en los anticonceptivos de emergencia porque pues como ya habíamos mencionados en una de las fiestas pasan cosas y córrele y recurre a la anticoncepción de emergencia, en nuestro medio pues no se diga [...] (Gerardo, 2006)

La repetición de temas como las ITS y PF a lo largo de la carrera, deja a los pasantes saturados por lo que proponen la inserción de temas como la anticoncepción de emergencia, pensando más en un beneficio personal, debido a que las cotidianas prácticas sexuales de estos jóvenes los llevan a situaciones no deseadas, como es la posibilidad de un embarazo. La visión de la sexualidad se refuerza hacia lo médico, una vez más con la idea de una pastilla para resolver el problema, no se ubica la sexualidad como algo integral aun cuando lo están percibiendo en sus relaciones con sus colegas.

Lo que me dio todo lo teórico con respecto a lo biológico en función del padecimiento y lo que no me dio son algunas cosas pero no sé si sean necesarias que se den, por ejemplo lo de la autoestima. Pienso que sí es necesario pero quién me lo va a dar y en la carrera de medicina, quién sabe, creo que sería como un taller pero no algo como que a fuerzas o una materia, toma de decisiones o cosas de esas que van desde... no solamente de una educación sino son cosas que van desde la familia. Y que... la propia familia cómo lo hace, ¿no? (Gerardo, 2006)

La sexualidad se aprende desde un enfoque teórico vinculado con el aspecto biológico y en función del padecimiento. Aun cuando se resalta la carencia de

elementos a lo largo de la carrera para aprehender el tema, se le resta relevancia al pensar en su inclusión en el programa académico. Si la sexualidad se conceptúa como algo natural de qué más se tendría que hablar, y quién sería el profesionalista capacitado para hacerlo, desde esta perspectiva lo cubierto en la carrera sería más que suficiente. La necesidad de hablar del tema se hace presente; sin embargo, la falta de percepción de dónde ubicarlo, refleja el desconocimiento real de su relevancia como un proceso complejo e integrado; desvinculado con el quehacer médico. Esto es resultado del reconocimiento de la sexualidad como una parte integral de la vida de las personas no así como un aspecto relevante en el campo de la medicina. En el texto se identifican contradicciones puesto que en una primera aproximación se minimiza la relevancia del tema, al señalar que dedicar una hora a la semana sería suficiente, y posteriormente se destaca que el sólo hecho de abordar el tópico sería maravilloso.

Pienso que se pueden hacer cosas como de reflexión, o agarrar una hora a la semana sería muy productivo, más que suficiente más que meter una materia o un taller que vaya impuesta en un trimestre, con una hora a la semana desde el TID porque ahí se agarra parejo a todos, no solamente a los médicos. Si se hablara un poquito de esto, pienso que sería fantástico, maravilloso (Gerardo, 2006)

Hablar un trimestre de sexualidad se me hace mucho entonces los temas que se lleguen a abordar de sexualidad son por ejemplo, en el módulo de pediatría los cambios de la pubertad, y de cómo cambia el niño, pero eso creo que no es así como para hacer un curso, de los cambios en un niño sino más bien cómo abordar temas sexuales ante un público o cómo capacitar en sexualidad o cómo desarrollar temas de sexualidad, ajá pero para capacitar, no para aprender a que existe o no existe algo (Elba, 2006)

[...] en ese trimestre que nos mandaron al curso de sexualidad, me pareció una buena manera de abordarlo porque vas con una persona que es especialista en

eso y que te va a hablar únicamente de la sexualidad y de qué es, te puede dar hasta tips cómo médico cómo abordarlo con otras personas, pero no que sea únicamente así como de un trimestre y una hora cada semana, sino que fuera algo más estructurado, inclusive por ejemplo, hay trimestres como vendría siendo el de gine o el de psiquiatría donde poner el taller que fuera igual 2, 3 horas diarias todo el trimestre, te daría una muy buena capacitación, para poder llegar en un futuro y abordar esos temas, sobre todo en el servicio porque durante toda la carrera, honestamente en el hospital casi no se aborda, son pacientes que están hipertensos, diabéticos, obviamente tiene parte de su sexualidad y todo está involucrada en su forma de estar como paciente, porque se ven agredidos física y emocionalmente por gente que ni conocen, entonces sí te podría dar un poco más de tacto para tratar a los pacientes. También te serviría, por ejemplo en este caso con los adolescentes que son pláticas obligatorias y de hecho nos dan el temario, y tú les tienes que dar esos temas [...] la primera vez que lo leí era así de... y yo cómo les voy a hablar de noviazgo y enamoramiento, y qué significa amor, pues quién sabe, [...] tenemos libros ahí de desarrollo humano, me fui a leer y en cada libro venía así, un parrafito: el noviazgo es la relación entre dos personas, tiene que ser con confianza, respeto y no sé que y yo... cómo se los explicas a los adolescentes (Susana, 2006).

Creo que en todos los sentidos, desde la información básica, hacer una especie de talleres, creo que sería lo más óptimo porque es en donde más se le quedan a uno las cosas. Cuando uno digamos, lo practica como tal lo que es la sexualidad, no otras cosas, no el sexo por supuesto y en el cual uno pueda ir abarcando en que forma uno puede ayudar desde los niños hasta la gente mayor, porque todos tienen problemas de esa índole [...] tal vez en el módulo de salud reproductiva cuando uno empieza, porque finalmente es él que es afín, tal vez metería un sexólogo [...] ver lo que es ginecología y aparte sexualidad [...] el sexólogo va a saber las dinámicas que se tienen que llevar a cabo, cómo va a explicar los temas que tiene que ir desencadenando, desde el hecho de cuando uno va recibiendo su orientación sexual, cuántos tipos de orientación sexual existen, lo qué es la

sexualidad en sí, cómo se realiza, cómo se lleva a cabo, cómo va a través del tiempo, los problemas que se pueden llegar a presentar que lleguen a truncar o afectar la sexualidad de una persona; lo que es el erotismo, las disfunciones que se pueden llegar a presentar, cuando llega a haber violencia cómo podemos orientar a las personas, un poquito profundizar en eso [...] sería importante pero una especialidad sexólogo, no un ginecólogo porque él sí sabe las cosas pero no tan profundas, porque no va tanto al ámbito psiquiátrico, psicológico, se va al ámbito médico, enfermedades, resoluciones o prevención pero jamás se va al ámbito como tal de la sexualidad (Leonor, 2006)

A pesar de que la propuesta de integrar temas sobre sexualidad en los módulos está acorde con la visión de la sexualidad como un proceso integral, los pasantes no alcanzan a identificar un espacio adecuado en el programa que propicie profundizar en el tema, sugiriendo se aborde en los contenidos relacionados con la salud reproductiva, o en su defecto se involucre a un especialista en el tema que destaque el aspecto psiquiátrico o psicológico, volviendo una vez más al enfoque médico. Así mismo, la propuesta va más en el sentido de entrenarse en estrategias para capacitar sobre el tema, especialmente a los adolescentes de la comunidad, como parte de un programa oficial, que en sí por el interés de entender la complejidad de la sexualidad en los usuarios de los servicios de salud. Dos de las pasantes se alejan de esta visión proponiendo un enfoque integral, y destacan la trascendencia de estandarizar un discurso en los médicos que les dé las herramientas para abordar el tema más allá de una visión personal, subraya también la necesidad de vincular el tema legal, poco referido en su entrenamiento profesional.

Cuando pasas por urología, hay que enseñarles cómo se explora, cuando pasas en pediatría, no es lo mismo que explore a una señora, a una niña, yo no sé hasta donde, es más hasta la fecha ahorita yo porque me imagino, no sé hasta donde puedes revisar, no sé qué puedes introducir y vamos directo de la mano con lo que es el marco legal, capaz que yo meto el dedo para ver si está infectada la niña y al rato me demanda; eso nadie te lo explica, nadie te dice de qué forma vas a

explorar un niño, a una niña, y no es lo mismo explorar a un niño que está mal de la garganta, que explorar a una niña que acaban de violar, en enseñarte que no se deben de lavar posterior a la relación sexual, todo eso te tienes que ir a verlo porque tienes una paciente que fue violada, ¡híjole! y luego qué, nadie te lo explica, sería importante que en el transcurso de la carrera les enseñen todo eso (Linda, 2006)

[...] trataría de que se viera igual y al paciente en este caso como algo más integro, no como una patología, [...], no existen enfermedades, existen enfermos, cada enfermo es diferente aunque tenga la misma enfermedad [...]. Tratarles de inculcar que a pesar de que sean estudiantes y no sepan nada, pueden ir con una persona que esté muy mal y darle la mano y decirle sabe qué, igual y no sé nada pero le aseguro que los que sí saben están haciendo todo lo posible porque usted mejore, cosa que igual y a mí si regresara en el tiempo me hubiera gustado hacer como estudiante. Eso tiene mucho que ver con lo que te inculcan, aquí te inculcan mucho el que...te pregunte un médico, sabes hacer esto, no sé pero si me enseña aprendo, pero nunca te inculcan el acércate al paciente y que el paciente te enseñe; te dicen, no hay mejor libro que un paciente pero tienes que ver al paciente como que es el libro, y el paciente no es un libro, es otro ser humano, entonces te puede enseñar desde cosas de medicina [...] hasta cosas de la vida, cosas de... es más rico tomarse el café sin azúcar que con azúcar, no sé y eso te lo puede enseñar porque al fin y al cabo es otro ser humano y siempre aprendes de los otros seres humanos (Susana, 2006)⁶⁹.

Las diferentes visiones se hacen evidentes en las propuestas planteadas en este rubro; sin embargo, es importante destacar que el abordaje del tema no debería estar determinado ni por la experiencia personal, ni por la profesional adquirida en la práctica, tendría que estar sujeta a una formación sistemática, estructurada como

⁶⁹ Susana aporta en su entrevistas elementos de una alta sensibilidad, su demanda de mayor acercamiento a las personas muestra la claridad que tiene respecto a la carencia del manejo de estos aspectos, en el programa de estudios de la licenciatura en medicina.

parte del programa académico de la universidad.

[...] que alguien te diga: a ver, vas a abordar así, siempre que a una paciente la vas a explorar, su bata. Antes no lo criticaba pero ahora que das un vistazo atrás, te das cuenta todo lo que está mal y que te van inculcando desde que estás en formación, están explorando a una paciente con la puerta semiabierta [...] el pudor, todo eso que la paciente lleva dónde lo dejas, lo dejas de lado, tú cumpliste con tu meta de hacer una visualización o una exploración mamaria pero y la señora, se fue, le explicaste, verdad que no, te das cuenta de todo eso cuando tú lo empiezas a aplicar, me acuerdo que cuando roté en quinto [...] hacíamos los estudios, o le hacía el médico, es todo señora, váyase, ¿qué le hicieron? ¿qué tenía? [...] todos los resultados de citología llegaban y los guardaban en mi unidad, yo no, vamos a ir casa por casa a entregar el resultado a la señora, y cuando una señora salió con proceso inflamatorio, sí sabe para qué le hicieron la prueba, no, [...] lo hicieron por esto, se lo tienen que hacer a un año, es la única forma de detectar ¡ah! para eso sirve, entonces cuando tú le explicas dejas más tranquila a tu paciente, te quedas más tranquilo tú y no fue un número más. Me piden veinte citologías mensuales, claro al IMSS lo único que le importa son los números [...] De hecho ninguna de las tesis que hemos presentado, nada, todas tienen que ver con el área médica y con números, aunque esto tiene que ver con área médica es otro rubro que debería estar incorporado, ni siquiera separado sino que va de la mano con muchas de las especialidades. No es punto y aparte, todas las posturas o modalidades de la carrera están entrelazados fármaco, anatomía y si sabes esto y cómo actúa, bueno pues también el otro rollo (Linda, 2006)

[...] los pacientes se veían bien intimidados, llegaba montón de gente de blanco, rodeaba una cama, gente extraña y por ahí perdido el médico que según te estaba tratando, decía, este paciente tiene patomegalia (hepatomegalia) explórenlo para que sientan lo que es, van 20 manos de 10 gentes desconocidas, con permiso lo voy a explorar, a tocarle el estómago, el abdomen, yo sí sentía que los pacientes como... oye me estás invadiendo y por su condición de paciente no le dan la

oportunidad de decidir, sabes qué, no quiero que me pasen a tocar 10 gentes que ni conozco. Estás invadiendo la sexualidad del paciente desde que no le das oportunidad de decidir, es una persona enferma, está indefensa ante algo que él no entiende y no conoce, desde el hecho que los tengan en bata porque según es más fácil explorarlos, que no tengan ropa interior, que los pacientes hay veces que sólo tienen una sabanita para cubrirse, todo eso es una invasión a su espacio vital, su privacidad (Susana, 2006)

En este texto se destaca la visión de Susana de que la sexualidad transita en todo momento en cada persona, es parte de un todo, y no se requiere localizarla en una parte específica del organismo, porque aun así se le identifica; sin embargo en el ámbito clínico se niega, lo mismo que las emociones.

No, como para que aprendiéramos no había así... vamos a ver este paciente que tiene tal cosa, porque son temas delicados, el paciente qué va a sentir que vayan tres mil estudiantes a ver su caso [...] el paciente tiene tal cosa y no entiende pero si están hablando de un paciente que va por disfunción o porque tiene dispauremia [...] que vaya un grupo y que aprenda de su caso es poco ético [...] que una persona se base en el caso de un paciente para que aprendan de ese paciente [...] no pueden ser casos clínicos, exploraste a este paciente que tiene este problema sexual, porque el paciente dónde quedó, si de por sí un paciente común de alguna otra enfermedad es así como que pobrecito todo mundo viene a explorarlo porque tiene cáncer peor él que tiene un problema de sexualidad. Lo vería poco ético que nos dieran un tipo de orientación de estúdiate este paciente porque tiene tal problema sexual o porque es hermafrodita [...] es poco ético de parte de un médico que pida a su alumno que explore a un niño que tiene ese problema [...] (Elba, 2006)

[...] había pacientes muy sucios, poca higiene, olían bastante mal tanto hombres como mujeres, con los datos que te referían tú ya tenías tu diagnóstico, decías por

probabilidad es esto, o que huele, no sé a amonio, pescado intenso, seguramente es garmelia, no pues su metronidazol, decías no por favor, es un olor tan penetrante, las primeras veces se te queda aquí en la frente [...] ¿no me va ha revisar? había alguna gente que te decla, es que quiero que me revise [...], véame para que de verdad esté seguro de lo que tengo, no, con los datos que usted me dio es más que suficiente. Ahora me doy cuenta que eso es poco ético y que efectivamente pueden tener la infección que tú estés diciendo pero no quita nada, igual le encuentras por ahí, unos condilomas o alguna neoplasia, qué sé yo, por eso hay que revisarlos (Luis, 2006)

Siempre les pregunto si no quieren dejarse revisar no los fuerzo y a veces te llevas cada sorpresa, un viejito [...] es que mi papá tiene un problema... pregúntele si quiere que lo revise, y el viejito, no [...] Cuando lo revisé tenía el testículo del tamaño de un melón, dije, ¡híjole! a veces les doy la opción de que no se dejen revisar [...] Ha habido ancianitas que de plano te dicen, usted me abre las piernas y yo le miento la quién sabe qué [...], pobre señora no la voy a sacrificar pero también está el otro lado, cuando te quieres volar esa parte. Tenemos una anciana de 90 años con un probable cáncer de mama, por qué, porque no se dejaba explorar. Los genitales es más difícil (Linda, 2006)

La forma en como se acercan los estudiantes a los pacientes y a sus padecimientos en los espacios clínicos se hace evidente cuando éstos consideran lo difícil que resulta para los usuarios abordar temas relacionados con su sexualidad por la incomodidad que esto les genera al tratar su padecimiento frente a un amplio grupo de estudiantes. Este planteamiento surge como resultado de ubicar la sexualidad en los genitales. No se cuestiona el hecho de que cuando se están observando los senos de una paciente por otro padecimiento como es el cáncer, u otra parte del cuerpo también se está tocando su sexualidad, si esta la asociamos con lo genital se estará pensando que el resto del cuerpo es asexuado, como si la sexualidad de una persona se pudiera fragmentar. Si se habla de una disfunción sexual delante de todos los médicos, se percibe como que se está irrumpiendo en la

sexualidad del otro pero si se habla de un cáncer de mama, pareciera que no hay que preocuparse por que varios estudiantes hablen del tema, u observen el sitio dañado enfrente de la paciente, finalmente es un cáncer no un padecimiento sexual. Sin embargo, la línea para llegar a lo que es la intimidad de la persona es muy tenue e imprecisa, debido a que esto está determinado por el significado que cada persona le asigna a lo sexual.

1.2.3. Explorando la sexualidad en el campo profesional

1.2.3.1. Historia clínica

La forma en que los jóvenes médicos abordan el tópico en los espacios clínicos denota el patrón aprendido en su tránsito por las instituciones educativas y de salud. En un primer momento la sexualidad se convierte en un requisito que hay que cubrir en la historia clínica⁷⁰, restringiendo la búsqueda a lo reproductivo, o en su caso a la patología, este enfoque marca el desconocimiento de la complejidad de esta construcción social. Esto da pie a marcar una diferencia en la forma de recabar la información entre hombres y mujeres, en ellas el énfasis se pone en los antecedentes gineco-obstétricos⁷¹, en la vida reproductiva, en este sentido al hombre no se le cuestiona, lo que más se llega a indagar es respecto a si mantiene una vida sexual activa.

[...] en el caso de las mujeres eso si es una diferencia bien marcada [...] son antecedentes gínceco-obtétricos, se preguntan y ya. En el caso de los hombres no se les pregunta, nunca se les pregunta inicio de vida sexual activa, cuántas parejas ha tenido, es heterosexual, es homosexual, y uno lee los libros de medicina ahí dice que uno debería de preguntar esas cosas, pero por la misma

⁷⁰ Con respecto a los datos que se requieren para cubrir la historia clínica, comentando con una médica del IMSS en la ciudad de Guadalajara, resalta el hecho de que esta información permite explorar los factores de riesgo asociados con las distintas enfermedades; sin embargo, en la mayoría de los casos no se hace una evaluación de los mimos. En su experiencia de trabajo al tener que revisar algunos expedientes se encontró con mujeres de 50 años de edad cuyo aparente motivo de consulta era solicitar métodos de planificación familiar, por ende muchos de estos interrogatorios cubren un protocolo pero no se analiza la información recabada con los usuarios de los servicios, en su propio beneficio.

⁷¹ Se pregunta inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, embarazos, partos, abortos, número de hijos; fecha de primera y última menstruación, es regular, no es regular.

cultura de la gente [...] que a lo mejor no ha tenido una educación⁷², llegar y preguntarle a un señor de 40 años que tiene a su esposa a lado; ha mantenido relaciones homosexuales; te parten la cara, entonces tú como médico dices, no ha tenido relaciones homosexuales y ni le voy a preguntar... das por hecho que no las ha tenido, porque está su esposa ahí pero miles de casos de gente que está casada y que a la mera hora, es homosexual o tiene otras preferencias, son cosas que obviamente se evaden, también por ejemplo con las mujeres aunque esté el esposo ahí parado, número de parejas sexuales y te van a decir una y entonces, no pues le pones una pero igual y es por la misma cultura. Está el esposo intemado y está la esposa ahí y le preguntas al esposo, número de parejas sexuales y te va a decir, una, y tú con la cara de ajá y yo le voy a creer, y a lo mejor sí, pero por la cultura que hay aquí en México, del machismo y de que normalmente los hombres tienden a no ser fieles porque eso es lo que te van inculcando desde que... lo ves en la tele [...] Por ejemplo, en las historias clínicas se aborda la sexualidad de manera más indirecta. En el caso de los hombres, de las mujeres igual y se aborda de forma indirecta pero la parte sexual, así tal cual de relaciones sexuales y eso, sí se aborda más directamente, sobre todo con las... historias clínicas gineco-obstétricas porque ahí se enfoca todo esa parte, las otras historias, por ejemplo si es de neumología, cardiología como es un requisito pones tu apartado de antecedentes gineco-obstétricos [...] tres renglones y ya, todo lo demás se da por sobreentendido [...] (Susana, 2006)

[...] en los hombres nada más si tienen relaciones con su esposa. Cuando vienen por alguna enfermedad venérea y que sabemos que no tienen pareja o son adolescente es más fácil, les empiezas a explorar sobre sus hábitos [...] Me da pena a veces preguntarles, pero no por mí sino por ellos, digo: si le pregunto va a decir que soy una metiche [...] que tal sí me grita a veces me da como miedo pero a veces es necesario interrogarlos; con todo y su pena te dicen las cosas, de hecho hasta busco la forma de preguntar para que no se oiga muy brusco, muy rudo, muy ofensivo. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? ¿Qué? bueno ¿con

⁷² La mayoría tienen primaria incompleta o secundaria máximo.

cuántos hombres ha estado? con 5 ¿con cuántos ha tenido relaciones sexuales para tener hijos? uno. Es un poquito difícil al principio preguntarle por que no sabes si los vas a ofender, o si se van a parar y se van a ir de repente de la consulta porque les estás preguntando, pero aprendes aquí con la práctica, solamente preguntándoles a muchos y de diferentes formas, vas formándote en cómo debes interrogarlos y cómo no lastimarlos, porque también si eres acusador: es que usted se infectó por promiscuo, porque es un cochino; pues los pacientes no regresan, no puedes tratarlos así, hay que tratarlos más sutilmente, sabe qué señor: si usted continúa con esas prácticas va correr el riesgo de infectarse, va tener otro tipo de problemas, es difícil [...] (Ana, 2006)

[...] en una historia clínica donde vienen los antecedentes gineco-obstétricos, cómo le pregunto señora, cuántas parejas ha tenido, te contestan luego hasta mal, pues una, cuántas cree, pero el plantear la pregunta nadie te lo explica, nadie te enseña cómo preguntar ese tipo de cosas sin que la paciente se sienta agredida o que invades su intimidad (Linda, 2006)

La sexualidad se vive como algo a lo que se teme cuestionar, por la respuesta que puede provocar en la otra persona. Se evidencia así la carencia de habilidades por parte de los pasantes para manejar lo tocante a la sexualidad, perciben que esto se aprende con la experiencia, después de interrogar a muchas personas, sin embargo se denota el predominio de mirar la sexualidad, en su vínculo con la reproducción. Se da una vez más la confrontación entre lo que ellos piensan y los comportamientos de la comunidad. Cómo mantenerse indiferentes y no establecer juicios hacia "los malos comportamientos de la población en la que se encuentran trabajando". Por otra parte se resalta que el manejo de una ITS se facilita cuando se trata de un hombre soltero, la dificultad surge cuando este mismo padecimiento va más allá del contexto médico, y se involucran aspectos culturales, pues se transita por los valores de los propios pasantes.

En las mujeres empiezo a preguntar los gineco-obstétricos, vamos a hablar un poco de su vida privada porque es importante conocer su vida sexual, etc., cuántas parejas sexuales, ¡ay! uno doctor, una pareja sexual nada más, cómo cree, no pues tú dime las que sean, a mí no me interesa, esto es algo confidencial, no se preocupe nadie lo va a saber pero ellos tratan al médico como si ¡ups! hay qué preguntas, pero yo trato de abordarlas así. Cuando son hombres me es más fácil a mí, como hombre puedo decir oye: cuántas parejas sexuales has tenido y un hombre por el machismo trata más de demostrar que ellos son más hombres, unas 5, 6 mujeres, cuando van acompañados no, pero en privado si es más fácil abordar a los hombres, a las mujeres también es complicado pero...trato de sacarles la sopa, hay unas que sí de plano me dicen, que una pareja sexual pero ya sé que tienen más, porque se sabe la historia de las personas en los pueblos chicos (Gerardo, 2006)

En general, no toco esos temas de sexualidad para un paciente que llega por cefalea, no los oriento hacia ese sentido, lo que sí les llegó a preguntar cuando van a la exploración ginecológica: cuántas parejas, si ha tenido abortos pero rara es la mujer que me dice que ha tenido abortos y algunas lo menciona así, cuántas veces se ha embarazado: tres, cuántos hijos tiene, dos, tuvo un aborto entonces, sí, pero rara es la que dice eso, no los toman como un embarazo (Elba, 2006).

[...] Con quién me es más fácil hablar, con las personas de 24 años para arriba, con las señoras, con los hombre se me hace fácil pero tampoco cooperan mucho porque como que no les interesa, los adolescentes cuando quieren te ponen atención; las señoras de 25 años para arriba, sí son muy atentas, te hacen preguntas, tienen muchas dudas y todo te lo preguntan, te lo cuestionan y ellas aportan que es lo importante, entonces con ellas sí (Ana, 2006).

Es interesante la diferencia que se plantea de acuerdo con el sexo del pasante, la facilidad para abordar el tema depende entonces de la comunidad o de quién se

dirige a ellos. Si la dificultad estuviera en la población los canales de comunicación estarían siempre cerrados independientemente del sexo del médico con el que intentarían abordar estos temas. Los temas pueden ser abordados con las mujeres quizá porque con ellas se abren espacios de más libertad, sin el temor por parte de la pasante de equivocarse.

Al abordar los temas tocantes a la sexualidad se plantea una diferencia en la comunicación con los usuarios dependiendo del género y la edad; con la mujer se percibe que el trato tiene que ser más delicado, con los hombres tanto adultos como jóvenes se plantea menos dificultad, pues es más fácil “sacarles la sopa”, aquí una vez más se piensa en los datos que se requiere obtener pero no en lo conveniente que puede ser para el usuario del servicio brindar esta información, desde esta perspectiva lo importante es cubrir los requisitos indicados en un formato preestablecido, no que las personas comprendan lo que se está buscando. En la relación médico (varón)-mujer, para el primero resulta difícil obtener la información de las mujeres, incluso se habla de “sacarles la sopa”, como si el médico tuviera que tener la certeza de lo que le dicen, o por el hecho de desempeñar ese rol, tuviera la atribución de que se puede confiar en él, y sólo se le hable con la verdad. Se establece una relación de poder, cuando el personal de salud se atribuye el derecho de decidir qué es lo que el otro tiene que informar, independientemente si es o no su deseo hacerlo.

Es interesante que al cuestionar a las mujeres respecto a sus antecedentes gineco-obstétricos, los pasantes se muestran sorprendidos de que éstas no aporten abiertamente estos datos, no se percibe que desde aquí se irrumpe en la intimidad de estas mujeres, máxime cuando estas preguntas no se acompañan de una explicación del por qué se requiere dicha información⁷³. Asimismo, se pretende condicionar la participación de las mujeres a los servicios y campañas de salud, a la

⁷³ Sería interesante profundizar en el motivo por el cual se explora la vida sexual de las mujeres y no la de los hombres, y por qué se hace la historia clínica incluyendo este aspecto, sin informar para qué se recaba esa información, también, sería interesante identificar si en realidad tiene algún sentido obtener estos datos o sólo preguntan por procedimiento.

A partir de su rol como profesionistas, se permiten hacer preguntas que nadie querría que se le preguntaran como es el caso de número de parejas sexuales, y esto por el contexto en el que nos desenvolvemos, no por una impresión personal de lo que sí y no se debe de preguntar.

entrega de una cantidad de dinero como parte de un programa gubernamental⁷⁴. Sin embargo, la gente no le pone precio al dejarse revisar, en el caso de las mujeres no les interesa recibir un apoyo económico por parte de cualquier programa social, si esto implica sentir que se están inmiscuyendo en su intimidad, estas creencias son minimizadas por el personal de salud. En estos casos, se evidencia la carencia de habilidades por parte del médico para atender la necesidad del paciente, por encima del interés de cubrir las metas de un programa gubernamental.

En el caso de los hombres, explorar las áreas de la sexualidad en los mismos hombres resulta más sencillo, aunque también el machismo no los lleva a aportar la información real, en su necesidad de mostrarse más viriles, refieren un número mayor de parejas que las que en realidad tienen, esto no se da cuando están acompañados, la evidencia de la sexualidad se moldea de acuerdo con la situación, ante la pareja no se habla de estos temas.

Por cuestiones de sexualidad no suelen ir los pacientes, sale durante el interrogatorio y siempre los casos que he sabido han sido porque les voy a hacer la visualización y exploración de mamas, o porque tiene alguna infección y les pregunto más orientado hacia [...] (Elba, 2006).

[...] como que no tengo una muy buena relación, me siento mal, mi esposa me dice que todo el tiempo le duele la cabeza, no quiere ni que me le acerque, entonces preguntas más acerca del tipo de actividad sexual, de la frecuencia, satisfacción, si están a gusto, si de verdad eso es lo que quieren o quisieran explorar otras cosas, nada más (Luis, 2006)

Se hace evidente la complicación para explorar estos temas, tanto en el interrogatorio, como en el cuerpo de las personas, el argumento es que nadie les enseña cómo hacerlo, no saben cómo preguntar, ni tampoco como acercarse a una mujer que ha sido agredida sexualmente, todo esto representa un mundo

⁷⁴ Este programa pertenece a IMSS oportunidades, a través del cual se condiciona la asistencia de la población a las instituciones de salud a cambio de recibir una cantidad mensual, si cumplen los requisitos.

desconocido para el joven pasante.

1.2.3.2. La exploración

La dificultad para rebasar las barreras en cualquier ámbito al hablar de sexualidad se manifiesta al usar otros términos para hacer referencia a los genitales, con el argumento de que así se conocen en la comunidad, y por ende facilitar la comunicación, así el médico evade hablar abiertamente del tema. Otro aspecto que sobresale al explorar los órganos genitales es la precaución de explicar los procedimientos, lo cual está más enfocado a protegerse de las consecuencias de una mal interpretación que al reconocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios.

Y por ejemplo cuando exploramos mamas y genitales son las revisiones, en aquellas mujeres que dicen: tengo mucho flujo, me huele muy mal abajo, tengo mucha comezón, me arde, no puedo ni cerrar las piernas, en ellas sí por supuesto, se revisa desde la inspección hasta introducir el espejo. En el caso de los hombres también, algunas veces dicen es que me salió una rocha, es que me salió una bola, es que tengo muy duro, o se me está despellejando (Luis, 2006).

[...] cuando van a revisión general, no exploro genitales, no exploro mamas a menos que vayan por sus detecciones. En el caso de los hombres aunque tengan síndrome axitivo que oriente hacía una hiperplasia prostática, no hago el tacto rectal, porque no me lo permiten, si a duras penas me muestran genitales, [...] lo que hago es mandarlos hacer un ultrasonido, ver qué tamaño tiene la próstata, y los mando al urólogo [...] La exploración completa no la hago, se me hace difícil, con los niños y los adolescentes sí, es más fácil decirle a ver, te voy a ver tus genitales, tu partecita, te voy a tocar, voy a ver si tienes tus testículos abajo, si no les digo tus huevitos para que me entiendan, bolitas, porque seguramente no les dicen testículos sus mamás, digo el nombre de la parte genital que voy a explorar, después les digo: también se puede decir huevitos, para que ubiquen qué les voy

a tocar. Tengo mucho cuidado en explicar aun sea una exploración, te voy a tener que hacer un tacto, sí se los explico antes de hacerlo, voy explicando lo que les estoy haciendo porque pues es delicado los genitales, sobre todo en una exploración en la cual estoy sola [...] casi siempre estamos solos el paciente y yo, igual los hombres de... los que han llegado por infección, nada más voy a verle, le pongo la luz, lo veo, si acaso llego a levantar el testículo, porque a parte igual, los tapo y se les erecta, les da pena, y yo me voy a sentir apenada, de que se les dio una erección (Elba, 2006)

Explorar los temas tocantes a la sexualidad en la consulta se da a partir de que hay un signo de alarma que indica la posible presencia de un padecimiento pero no se hace como parte de un proceso rutinario, tampoco la exploración se hace completa y menos cuando se trata de los adultos. En el caso de los niños y adolescentes explorar los genitales es más común, pues no se perciben como sujetos sexuados debido a la asociación que prevalece entre sexualidad y reproducción o relación coital, que se hace evidente en los adultos quienes son percibidos como sujetos de deseo. Con los adultos se plantea la dificultad no sólo de abordar el tema sino también de realizar una exploración de los órganos genitales en caso de que se requiera. Esta situación responde al tipo de entrenamiento que han recibido los pasantes, la forma como los abordan, los prejuicios con los que se presentan al hacer las exploraciones son aspectos que tensan los procedimientos; sin embargo, dejan ver que es la población la que se resiste a ello. Habría que identificar el significado que los hombres mayores le dan al hecho de ser explorados, para dilucidar si tiene que ver con cuestiones culturales o con la estrategia desarrollada por los médicos para aproximarse a la población.

1.2.3.3. Tocar o no el cuerpo

La cercanía que el médico tiene con el cuerpo humano se da a partir de la necesidad de identificar los signos que evidencien las distintas patologías; sin embargo, se presenta una disonancia respecto a si tocar o no el cuerpo de los otros

específicamente cuando se trata de los órganos genitales. Esto se evidencia en los programas de detección temprana del cáncer, en los casos en que se requiere hacer la exploración anal en los hombres y de los genitales en las mujeres.

Cómo le exploro, qué voy a sentir cuando es un cáncer de mama, el libro dice cambios de coloración y masas palpables, pero qué será, o será porque está amamantando, porque está ovulando, pero si nunca tocamos, nadie te enseña a tocar [...] (Linda, 2006)

[...] las cervicovaginitis, las valonoptisis y las fibus son lo que van mucho [...] hombres que van que tienen infección genital y con pena y todo, es que tengo granitos, sí pero necesito ver qué es, no le puedo dar un medicamento sin explorarlo, entonces así como que, chin, le tengo que enseñar, va a ser rápido, no lo voy a tocar, sólo quiero ver cómo está [...] pero son pocos casos y de hecho van solos, no van con su pareja (Elba, 2006)

Aquí surge un aspecto importante de acuerdo con la visión de esta doctora los hombres sienten pena de mostrar sus partes íntimas cuando refieren tener algún problema en sus órganos genitales. Se manifiesta una situación de incomodidad por la posibilidad de que los pacientes sean tocados, esta limitante puede provenir de la idea que se tiene de la sexualidad como algo que produce vergüenza.

Durante la colocación de sondas Foley, que es lo más común que uno manipula llega haber erección, obviamente es por tanto manipuleo, se supone, entonces sí me da pena así como que ¡ups!., pena en el sentido de que chin., le produce una erección, no de que hay qué estará pensando, mi cuerpo, hay me está viendo desnuda, no en ese sentido [...] regularmente no necesito tocarlos porque uno los ve y es muy clínico sus cuadros, no he tenido la necesidad de explorar más allá, pero en el caso de que tenga que hacer una exploración a más profundidad, sí lo haría, sin problemas porque he visto ancho, de hecho les explico que soy médico,

he visto peores cosas les digo a veces, es normal, es natural, es parte de su cuerpo no se apene... A las mujeres les da pena que les toque los pechos cuando les hago exploración de mama, se encogen [...] Cuando les llevo a encontrar una bolita se las enseño, les digo mire tóquele aquí, se las ubico para que ellas sepan lo que estoy buscando y que no nada más les estoy pasando los dedos por encima (Elba, 2006)

Se insiste en esa línea tenue en donde no se logra identificar, al tocar el cuerpo del paciente en una exploración, si la expresión de su cuerpo se relaciona con una estimulación sexual, o como una respuesta natural a la manipulación, es decir dejando de lado la connotación de sexualidad, esto se hace evidente con expresiones como "le produjo una erección". Se presenta también una contradicción en el sentido de que se trata de tocar lo menos posible los órganos genitales aparentemente porque se deduce que a los usuarios les incomoda, pero más parece que la incomodidad es para el médico, no obstante que destacan que cuando se requiere hacen la exploración sin ningún problema.

Una expresión muy interesante se da cuando la pasante trata de mostrar su experiencia al decir bromeando que "ha visto peores cosas" la connotación negativa de la sexualidad se hace evidente en esta expresión. Otra contradicción y que ya se ha presentado en otro momento es cuando al paciente se le dice que no se apene que es algo natural; sin embargo, ella ha manifestado sentir pena cuando se exploran estas partes del cuerpo. En el caso de las mujeres al hacer la revisión, se les explica el procedimiento a seguir, no con el interés de que conozcan su cuerpo e identifiquen futuras anomalías, sino con el propósito de justificar la necesidad de tocarlo y esclarecer que no se toca nada más por tocarlo.

El personal de salud, al verse en la necesidad de tocar el cuerpo de los otros desconoce cómo aproximarse, pues aquí ya no se relaciona con modelos, sino con personas con todo un bagaje cultural y un mundo de significados desconocido por el médico, lo que constituye una brecha importante en la comunicación entre ambos actores.

En este proceso influyen los parámetros sobre los que se concibe la medicina como señala Conde (2002:401) “la anatomía al focalizar la atención del médico sobre el cuerpo del paciente y sobre las lesiones localizadas contribuía a la despersonalización del enfermo. Esta manera de actuar limitaba su atención a los signos considerados útiles para establecer las correlaciones clínicas y patológicas. Las otras informaciones, notablemente el testimonio del paciente sobre su vivencia de la enfermedad se volvían secundarias. Las descripciones nuevas de los casos clínicos reflejan un cambio trascendente en sus consecuencias: la palabra del paciente se pierde para dejar su lugar a un discurso médico abstracto y técnico, más basado en la lectura de los signos que en la interpretación de los síntomas”.

Así los pacientes dicen o relatan lo que los médicos quieren escuchar bajo un esquema establecido, el de un formato de historia clínica, mediante el cual se iguala a todas las personas, no se toma en cuenta lo que el paciente o la persona tendría que decir respecto a sus síntomas y menos aún, cuando el tema que está en juego es la sexualidad.

1.2.3.4. La intimidad más allá del contacto con el cuerpo

Aquí también se establece una paradoja respecto a la inmersión de la intimidad, esto más allá de la disyuntiva de tocar o no el cuerpo, se entra a lo privado o sólo se hace una exploración clínica, dónde está el límite. En una primera reflexión pensaba que el no querer hacer la exploración del cuerpo del otro, especialmente de los órganos genitales estaba asociado con no querer inmiscuirse en su sexualidad; sin embargo, desde el momento en que se hace la historia clínica y se interrogan aspectos relacionados con la vida sexual y reproductiva, sin consultar si se desea dar esa información, y sin precisar para qué se requiere, se está inmiscuyendo en su privacidad; en el caso específico de las mujeres, las preguntas relacionadas con inicio de vida sexual, número de embarazos, hijos nacidos vivos y abortos, ya se está rebasando lo privado, este sería el primer momento. El segundo se da cuando el médico al hacer un diagnóstico, identifica signos y síntomas, los cuales asocia con posibles factores de riesgo, a la par que está suponiendo un determinado estilo de

vida⁷⁵, incluyendo comportamientos que pudieran estar influyendo en el desarrollo o aparición de una enfermedad, y finalmente, el tercer momento se da durante la exploración, cuando se tocan los órganos genitales o partes del cuerpo vinculadas a lo sexual, está es la que el personal de salud intenta evitar con mayor frecuencia, porque es la forma más clara de inserción en la intimidad; sin embargo, ésta ya ha sido traspasada desde el momento en que, sin el consentimiento de la persona, y sin explicar el motivo se realiza la historia clínica. El médico no visualiza que la sexualidad no se ubica en los órganos sexuales, ni siquiera en el mismo cuerpo, su ubicación y sentido es asignado por cada una de las personas con las que interactúa.

La simplificación de la sexualidad al mero aspecto biológico, se identifica también al hacer referencia a preferencias o conductas sexuales de los usuarios de los servicios, los médicos miran desde su lente personal no desde el profesional. Una vez más la pregunta surge ¿cómo se mira desde el rol de médico? ¿Cómo se aprende esta perspectiva?

1.2.3.5. La enseñanza de los temas en los programas dirigidos a la comunidad

Entre las actividades que los jóvenes pasantes tienen obligación de realizar en la comunidad están las pláticas de educación para la salud, en estos escenarios han identificado que al hacer referencia por su nombre a los órganos genitales, la población muestra desconocimiento y vergüenza, en respuesta los pasantes van moldeando su discurso al de la población.

Ahorita ya lo manejo, no me da temor, ni pena hablar de eso, algunas veces con las mamás de mis adolescentes, porque ellas se sonrojan o definitivamente no me entienden. Sí yo les hablo testículos, se quedan como, ¿qué es eso? Tengo que decirles así textual, huevos o criadillas, como si fueran res, ¡ah sí! las criadillas, las bolas, tal vez me da pena algunas veces hablarlo con ellas, porque siento que soy muy abierto, muy franco, y que ellas no están tan preparadas, hay diferentes clases de mujeres en la comunidad y no me refiero económico, nada

⁷⁵ En el caso de una infección de transmisión sexual se relaciona con una práctica sexual no saludable

de eso (Luis, 2006).

Las diferencias observadas los lleva a plantear una clasificación del tipo de mujeres en la comunidad: abiertas y recatadas.

Dos tipos de mujeres en la comunidad

Mujeres abiertas

Conscientes de la infidelidad del marido

Conscientes de su sexualidad

Hablan sin tapujos

Ante la presencia de una ITS, aceptan

las recomendaciones

Mujeres recatadas

Creen en la fidelidad del esposo

Asumen su rol de madre y esposa (lavar, planchar, hacer comida, cuidar hijos)

Se ofenden cuando se le habla de ITS y cómo tratarlas.

No regresan a la clínica

Es interesante la clasificación que el pasante hace respecto a los tipos de mujeres, hay que resaltar que no obstante la percepción de Luis, ambos grupos están expuestos a una enfermedad y por ende a la posibilidad de apegarse a un tratamiento⁷⁶. En los discurso de estos jóvenes se empiezan a considerar otros factores asociados con la vida sexual y reproductiva de la población, como son los aspectos económicos, los bajos niveles educativos, la falta de acceso a otras posibilidades de desarrollo.

[...] ellos viven otra realidad, te tienes que acoplar. Su realidad es que no tienen las mismas oportunidades que al menos yo. Ellos están en un lugar apartado [...] sólo puedes estudiar hasta la secundaria y la educación es mala [...], estudiar el

⁷⁶ Sería interesante ubicar si algunas de estas mujeres da seguimiento a su tratamiento para ITS

bachillerato sólo hasta la ciudad y como no hay transporte tendrían que caminar entonces 5 km. diarios [...], dónde puedes ver igualdad ahí con respecto a la educación [...]. Otras gentes dicen: estudiar está bien para quien tiene la posibilidad (Luis, 2006)

En los programas planeados en las instituciones de salud se repite el modelo de las universidades, los temas a los que se hace referencia al hablar de sexualidad están vinculados con la planificación familiar o con alguna patología⁷⁷. Ya al inicio de este documento he hecho una precisión al respecto en el sentido de que los programas de planificación familiar efectivamente están centrados en las decisiones de espaciamiento de los hijos, pero no se enfocan a las mujeres o parejas que entre sus planes no contemplan la reproducción; tampoco se resalta el interés de hombres y mujeres independientemente de su edad o su estado civil, del disfrute de la sexualidad. El tema de la sexualidad en los planes de intervención con la comunidad, sigue la línea de acciones muy determinadas, se ofrecen propuestas para mejorar la salud con una orientación unicausal, desconociendo la subjetividad que envuelve la complejidad de estos procesos.

Lo mismo pasa con todos los temas, los lees pero cuando llegas y los aplicas y enfrentarte a lo que viene, tú crees que ya estás preparado para muchas cosas porque ya las leíste pero cuando te empiezan a preguntar, a cuestionar o encuentras algo que no cuadra con tu definición del libro, es cuando dices hijole y ahora, y ahí ya no hay nadie, o sea aquí en el servicio el problema es que ya no hay nadie, no puedes voltear ni a tu derecha, ni a tu izquierda, ni atrás a pedir ayuda porque estás sola, lo único que puedes ver, es el libro y a veces ni el libro, porque buscas y buscas y no cuadra ni con uno, ni cuadra con el otro (Linda, 2006).

⁷⁷ Creo que en este caso se cumple lo que platicaba con un urólogo, en una entrevista previa al trabajo de campo, quien expresaba que la forma en que imparte estos temas en la carrera coincide con la enseñanza que tuvo en la misma institución 20 años atrás; a pesar de que su experiencia profesional le indica que se requiere de un cambio en la curriculum, si no está planteado ese cambio, él sigue dando lo mismo. Cómo podremos entonces romper con esta cadena de repeticiones en la enseñanza, a primera vista puede parecer que no hay nada que hacer, sin embargo, empezar por indagar, reflexionar y abordar el tema con los pasantes puede ser el inicio de un cambio en la forma de entender la sexualidad.

En cuanto a las necesidades de implementar un programa de sexualidad en la comunidad, esta pasante señala:

Me gustaría que la gente de la comunidad entendiera bien lo que es la sexualidad [...] hasta los temas de sexo, relaciones sexuales, que entendieran que no es un tabú hablar de eso, que se puede hablar libremente, inclusive sería bueno tratar de incorporar lo que viene siendo la iglesia, en el pueblo son: maestros, médico y sacerdote, entonces como que implementarles lo que dice la iglesia pero dentro del ámbito de; puedes no tener relaciones sexuales pero sí puedes, por ejemplo, tener un novio y compartir algo con él sin llegar a tener relaciones sexuales o inclusive si quieres tenerlas puedes con responsabilidad, la toma de decisiones, un poco de confianza a sus propios hijos [...] pero eso ellos como que igual y no lo ven así. Una estupidez, que a los 14 años queden embarazadas [...] (Susana, 2006)

En este texto, surgen algunas contradicciones se habla del tema pero no se señala abiertamente, se emplean expresiones como hablar de “eso”. Es clara la contradicción que nuestros pasantes observan en la comunidad, pues es la situación que ellos mismos reproducen, confrontación de sus valores, y decisiones escasamente informadas. Sin embargo, también se vislumbra la trascendencia de involucrar a otros personajes de la comunidad, como serían los que fungen roles de liderazgo, como son: los maestros, médicos y sacerdotes, además de los padres de familia.

Después de expresar todas las dificultades ligadas al tema de la sexualidad que los pasantes viven al asumir la responsabilidad de la dirección y operación de los centros de salud, e indagar sobre los tópicos relativos a la sexualidad que requieren incluir en los programas de pláticas dirigidos a la comunidad, se evidencia la repetición de patrones aprendidos en la universidad, y la complejidad para manejar los problemas de salud que trascienden el aspecto biológico.

Casi no veo hombres, los que llegan a venir con herpes genital o con hongos genitales, frimosis porque les estorba y no puede tener una buena relación sexual, nada más. Los alcohólicos se quejan mucho, ¡ay doctora! es que ya no soy como antes, ya no funciono con mi esposa, el caso es que no puede tener una erección [...]. Otros no aceptan su verdad y se quieren relacionar con adolescentes para sentirse más jóvenes, más potentes, para demostrar que todavía pueden, pero eso sí son pláticas o sea no es como consulta, ellos vienen y así de repente sale y te platican, nada más (Ana, 2006)

El acercamiento a estos temas se da de manera informal y las respuestas a las preocupaciones de los usuarios de los servicios van más encaminadas a orientar sobre lo que el personal sabe, que a proponer opciones que les resuelvan el problema sexual que están exponiendo. En este relato se destacan las posturas que la joven tiene respecto a la sexualidad de los hombres en la comunidad, haciendo hincapié en el hecho de que éstos para confirmar su virilidad se relacionan con mujeres menores. Este acercamiento con la población, se da partir de que los pasantes están de tiempo completo en la comunidad, lo que les permite observar y ubicar problemas de salud que de otra manera no se hubieran percatado, la sexualidad se convierte en un tema de reflexión, ello les permite también identificar que este tipo de padecimientos salen no sólo de su control, sino del ámbito de la medicina, disciplina en la que han sido formados, lo que hace que pierdan interés en el trabajo comunitario.

[...] ni siquiera pienso en regresar a comunidad (risas) (Ana, 2006)

[...] con que alguien te diga cuál es el significado tú borras esa idea de que tiene que ver solamente con sexo, o con coito, ese es uno de los aspectos; derechos sexuales es otro, porque no sabemos. Si tienen derecho de privacidad, ni siquiera yo sabía qué era un derecho [...] valores se me hace muy subjetivo porque son muchos pero cuando te pones a cuestionar, quién dice qué es un valor, a lo mejor

lo que es un valor para ti, no es valor para mí, pero sería otro de los temas, el abordaje clínico es básico porque nosotros estamos ahuyentando a nuestros pacientes, de verdad, y no nos damos cuenta (Linda, 2006)

La dificultad que se expresa en las aulas para hablar de los temas de sexualidad se presenta también al interactuar con la comunidad, existe desconocimiento de cómo abrir el tema y tratarlo entre la población. Se evidencia el deseo de los médicos porque los otros hablen pero bajo los lineamientos que ellos mismos imponen, no se muestra interés por las necesidades de la población, lo que plantea una barrera para la comunicación.

Imagínese llegar y poner mi cartelón: martes 4 de la tarde, erotismo, con los adolescentes, las señoras me linchan, entonces es un tema que no aboradas, porque no sabes; porque cómo le explico a los adolescentes qué es el erotismo, si ni yo misma sé qué es, tengo una idea pero no lo entiendo, nadie te lo explicó, eso fue uno de los temas que no vimos por falta de tiempo en el curso [...] (Linda, 2006)

Son poco participativas a menos que uno les diga, te toca exponer ya van y hablan. En el caso de la sexualidad en un adulto pues hablar sobre la importancia de la salud sexual y la comunicación hacia sus hijos, veo básico la comunicación en aspectos sexuales con los niños, con los adolescentes porque muchos no saben cómo abordar temas con sus hijos [...] son retos muy grandes y no sé cómo abordarlos en realidad (Elba, 2006).

Primero cómo hablar de temas de sexualidad, cómo abarcarlos y sobre todo en niños, preescolares, escolares, adolescentes, adulto joven, adulto mayor y en ancianos, con cada uno, yo pondría los mismos temas. De cajón pero para cada uno, cómo le hablas a un preescolar de que debe haber amor en la familia, cómo le explicas a un preescolar que debe ser honesto, honrado, valiente, que debe

cooperar, y cómo se lo explicas a un anciano que ya hizo su vida, eso estaría bien, así como lo abarcan ellos (en el programa de la universidad) que te separan; módulo 7 y 8 pediatría; módulo 9, adulto joven y adulto mayor y módulo 10 y 11 psiquiatría y urgencias, igual por módulos, una sexualidad por módulos. Pediatría, sexualidad en preescolar, escolar, en adolescente y estaría bien [...] (Ana, 2006)

La propuesta de integrar los temas en cada módulo de la carrera habla de la percepción que Ana tiene respecto a la sexualidad, y la necesidad de ubicarla en todas las etapas de la vida, máxime que en el programa CARA se precisa formar grupos integrados por niños y adolescentes, aquí es donde subyace el desconocimiento y dificultad para desarrollar los temas, por parte de los pasantes, generando dudas respecto a si el abordaje debe partir desde sus creencias o desde la perspectiva de los adolescentes de la comunidad.

Al presentarse dos realidades, vale la pena preguntarse cuál es la verdadera, la que el médico plantea e impone o la de la comunidad, para estos últimos la sexualidad está rodeada de pena y expresada en casos de embarazos en adolescentes, en los profesionistas este patrón no coincide con la perspectiva profesional.

La situación que se plantea es contradictoria ya que por una parte se resalta la relevancia de la comunicación entre padres e hijos como un elemento básico para logra la salud sexual; sin embargo, los pasantes no cuentan con herramientas para abrir el tema con la población, repitiendo el patrón aprendido en su formación profesional, en donde el tema se restringe incluso entre los pares profesionales. Cómo promover la exposición de estos temas entre los adolescentes, si éstos como los pasantes carecen de conocimientos y estrategias para abordarlos. Esto es un reflejo de las propias barreras, que en general se le adjudican a la población, esta percepción se constituye en el primer prejuicio que impide al médico la comunicación del tema. Los prejuicios que se observan en el otro u otros son los mismos que experimenta el personal de salud durante su proceso de formación profesional, sin embargo no existe el espejo que permita observar ese reflejo.

El médico condiciona un ambiente que le da seguridad, guiando la exposición del tema y los cuestionamientos que de este se derivan, al campo de incumbencia de su disciplina, determinando así, lo que es correcto e incorrecto en la vida sexual, dejando fuera la posibilidad de expresar el significado de la sexualidad en los distintos pobladores. En la mayoría de las ocasiones no se profundiza el tema en las comunidades, se parte de ideas generalizadas o preconcebidas, bajo esta perspectiva se le adjudican posturas a la población que no se ha indagado si en realidad existen, pues no han sido exploradas.

Ya no se quedan en numero sino que tú sabes que el otro año va a decir, la doctora me dijo que es la única forma de que me detecten, entonces tengo que ir, le ponemos un liquidito parecido al vinagre, no le va a arder, no le va a doler, si tú no le explicas eso a la señora cuando ella llega a su casa piensa que le pusiste chile o algo, y se va a estar lave y lave, lo único que vas a ocasionar es una infección vaginal pero nosotros mismos estamos promoviendo todo eso, porque nunca explicamos a las pacientes lo que tienen, pero si nos vamos de cadenita, a nosotros nadie nos explicó cómo hacer un abordaje (Linda, 2006)

Se repite al modelo de comunicación. La población no demanda información y los médicos no la dan porque no saben cómo hacerlo, por ende los pacientes están sometidos.

[...] no son penosos, te contestan y te dicen con detalle; vamos a curarlos, sí doctora, se dejan, cooperan muy bien, se compran los tratamientos, los toman completos y regresan [...] Realmente aquí en el consultorio entre el paciente y yo hay confianza pero allá con los adolescentes o cuando hay mucha gente, no. Aquí, hay quiero ver al cirujano doctora, "¿por qué?, es que tengo carnita en mi pene, ¡bueno! que te valore el cirujano y que me hagan la circuncisión doctora, sí él te va a valorar, pero allá, agárrala de la mano, abrázala, no, acércate tantito, no, aquí son completamente diferentes (Elba, 2006)

No, nadie te dice cómo se trasmite, ni siquiera, por Dios si hacen una encuesta y empiezan a preguntar qué es la sexualidad, a pues tener relaciones sexuales, introducir el pene en la vagina, porque son de los primeros temas. Cuando trabajaba con los adolescentes, les hice un examen primero, dije ¡ay! si a mí me lo hubieran hecho hubiera reprobado igual que ellos ¿qué es la sexualidad? y te das cuenta que él y yo pensamos exactamente lo mismo que otro niño, introducir el pene en la vagina o meterme a la cama con mi marido, todo relacionado al coito (Linda, 2006)

El médico, cuando se ubica en un espacio conocido como es el consultorio, destaca el aspecto clínico, la sexualidad con su connotación biológica se puede manejar; la sexualidad en su aspecto integral no sé sabe cómo abordarla, esto se refleja en los espacios abiertos al momento de dar una plática, pues aquí es donde se pone entredicho no sólo la carencia de conocimiento respecto al tema por parte del médico sino, también sus actitudes, valores, y hasta el mismo ejercicio de su sexualidad, como ocurre en el caso de Elba⁷⁸. Sería importante distinguir si la confianza que se siente en el consultorio es producto de estar en un ambiente más personal, o es consecuencia de que se está en un espacio en donde se ejerce el poder.

Los prejuicios del personal son los que van guiando el camino. La médica por diferentes razones, aduce la dificultad para hablar sobre el tema con los adolescentes pero no explora el significado que la comunidad da a estos temas, se queda con la información que le da la enfermera, a quien le atribuye habilidades para identificar lo que “en verdad” pasa en la comunidad, esto producto de su amplia experiencia y cotidiana convivencia con la población. El personal de salud con quien conviven los pasantes en las clínicas es el que va marcando lo que se puede y no decir en la comunidad, entonces los jóvenes desde esta interacción van adaptando las mismas limitaciones de la comunidad para hablar los temas referentes a la

⁷⁸ Fue muy agradable haber platicado con Elba e intercambiar todos estos puntos de vista, quizá debí haber profundizado más en la situación de ser madre soltera, y no porque crea que era necesario, sino porque ella lo retomó en varias ocasiones. Mis prejuicios me frenaron por considerar que podría ser una intromisión a su vida personal.

sexualidad, aquí sería interesante explorar cómo ellas viven en su práctica profesional la sexualidad pues se convierten en el primer filtro para comunicarse con la población.

Te pierdes un poquito pero tus enfermeras te ayudan mucho, te van diciendo, qué tienes que hacer, ellas conocen a la gente; saben de qué pie cojea cada gente, te dan recomendaciones. Creo que la forma de enfrentarlo únicamente atreviéndote a hacer las cosas, si no te atreves no progresas, no avanzas, no haces nada. Yo no quería hacer esto de los adolescentes, no me gusta trabajar con adolescentes pero me atreví, quizá no es el gran trabajo [...] (Ana, 2006)

Por ejemplo, se estaban haciendo exploraciones ginecológicas y empezaron a decir: todas las mujeres que entran ahí ya todos los demás [...] saben, la misma gente inventa mentiras para tener argumentos y no ir a la exploración [...], y son las mujeres cerradas para no hablar de su sexualidad. No porque lo haya escuchado sino me lo dijo la enfermera que tiene mucho tiempo de estar ahí. En otra ocasión, el médico les habló de sexualidad, de erotismo, para que conocieran más a su pareja, a su cuerpo pero la gente empezó a decir: el doctor casi se empieza a desnudar, quería que hiciéramos el amor, cosas muy disparatadas o muy exageradas (Gerardo, 2006).

Por otra parte, se evidencia el control que la población ejerce ante un planteamiento del personal de salud que rompe con su cotidianidad, la difusión de información entre los pobladores que distorsiona el “verdadero quehacer” de los médicos, como son los rumores que se corren de determinados procedimientos, justifican su inasistencia a la clínica para realizarse alguna exploración ginecológica. La comunidad también desarrolla sus estrategias para mantener el control ante las imposiciones del personal de salud, quienes estructuran la idea de que esto es parte de la ignorancia de la población, como se destaca en el texto.

Por eso no puedo hablar abiertamente de la sexualidad de mis pacientes, nada más la gente que lo necesita, lo interrogo si no, no toco ese punto. Por ejemplo, los adolescentes, como ellos no están tan cerrados de la mente, tienen una carga de información de la secundaria, preparatoria, ahí sí platico con ellos y trato de ser más abierto porque se prestan. Los padres, no, creo ni primaria tienen entonces no puedo abordar esos temas con ellos, trato de abordarlos cuando es necesario (Gerardo, 2006).

Es muy interesante la visión que el médico tiene respecto a que la población es muy cerrada y por eso no se hablan de esos puntos, sin embargo ellos no ubican su dificultad para comunicarse, así como para explorar las concepciones que la población ha estructurado respecto a la sexualidad, de aquí que se da preferencia a los adolescentes para abordar los temas, ignorando el interés que los adultos puedan tener en el tema. Se pone como limitante para hablar de la sexualidad con los padres de la comunidad, el nivel educativo, no la cuestión cultural, esto limita la identificación de las barreras para aproximarse al tema. Si la habilidad para hablar estuviera determinada por la educación, los jóvenes pasantes no tendrían dificultad para expresarse sobre el tema.

Es importante resaltar dos aspectos; por una parte, los jóvenes señalan que una forma para aprender es enfrentarse a hacer las cosas, aunque no se tenga ni conocimiento, ni entrenamiento; el otro aspecto es que como parte de su trabajo en los centros de salud requieren desarrollar acciones, que no les son gratas, así la planeación y puesta en marcha de programas de prevención sexual para adolescentes está condicionado por estos aspectos, lo que se convierte en serias limitantes.

Otro aspecto que también he cuestionado antes, y como parte del análisis de las lecturas de Foucault (1991) es: en manos de quién está el poder. ¿Será que las comunidades lo tienen, lo usan y los de afuera científicos, personal de salud, quienes comúnmente han tenido el control, se creen que son quienes dirigen las acciones? Quizá sea una idea descabellada pero parece que así funciona la población en otras comunidades, en donde los patrones de normalidad no están introyectados. Mientras

los médicos al insertarse en la comunidad, se confrontan con sus percepciones y las de los pobladores, estos últimos tienen ya establecida y estructurada su forma de vivir la sexualidad, que hasta ahora se ha hecho inaccesible para las instituciones de salud, puesto que se tiene muy esquematizado y definido el lente con el que se mira; aunque bajo esta perspectiva no se logre comprender el significado que para la población representa la sexualidad. Esto nos lleva a entender situaciones en las cuales por más que el personal habla de lo que es saludable y conveniente para las personas, específicamente para los jóvenes, éstos siguen manteniendo sus patrones de comportamiento, pues cuáles serían los argumentos válidos que el médico les puede ofrecer para tener que modificar su forma de vivir la sexualidad.

[...] son temas que de por sí son difíciles de hablar con una persona que no sabemos qué piensa, y como no se abre el diálogo de a ver tú que opinas, tú crees que es bueno, es malo o tú crees que tendría que cambiar esa persona sólo porque es niño y le gustan los niños [...] lo único que me la paso es hablando... nunca me expresan lo que ellos creen o sus dudas porque hay más compañeros, entonces les da pena hablar de estas cosas (Elba, 2006)

La dificultad para hablar de la diversidad de temas que emergen alrededor de la sexualidad tiene su origen en el desconocimiento de lo que el otro piensa, ésta es una práctica que no se da en la universidad. Por ende, lo que se hace en otros espacios como en las instituciones de salud es repetir el mismo modelo tradicional de enseñanza, a través del cual se desdibuja la sexualidad como un proceso de construcción social. La visión de la sexualidad exclusivamente desde el plano teórico biológico, lleva a los pasantes a situaciones de inquietud e inseguridad, al enfrentarse a escenarios diversos y desconocidos, como lo refleja Elba.

Era el derecho de que ellos podían hacer o no con su cuerpo, si quieren que les toquen el cuerpo está bien, pero no sé qué valores tienen y como no me los expresan... es normal decirles o no es normal, porque finalmente no es malo

sentir el placer, pero si los valores siempre están ahí, y es difícil decirle a una niña, por ejemplo, si te gusta tu novio, lo puedes ver a solas, y si quieren besarse y acariarse está bien porque es la sexualidad y si deciden tener relaciones pues nada más usa el condón para protegerte, es así como que ve y hazlo, igual y no es tan bien, como no tenemos la capacitación de orientar a un adolescente para que tome responsabilidad igual y sólo estamos diciendo sí hazlo, no tiene nada de malo, es normal. A mí se me está haciendo difícil el grupo, porque apenas empecé, no sé como abordar algunos temas, no sé como están los valores de la comunidad, qué opinan de la virginidad, de tener novio, y tener caricias sin necesidad de tener el acto fálico, no tengo idea; tampoco lo he preguntado porque a quién se lo pregunto si a los propios adolescentes les pregunto y, no me dicen nada (Elba, 2006)

Una vez más aparece la falta de conocimiento respecto de los otros, incluyendo sus valores, ante esto se hace evidente la dificultad para aproximarse, pues lo que prevalece es una perspectiva personal⁷⁹, no profesional, esto genera una disyuntiva respecto a si se debe o no hablar del tema⁸⁰. El derecho a conocer y tocar el cuerpo emerge como un aspecto relevante en el trato con los adolescentes; sin embargo, también se reconoce la carencia de estrategias para promover estos derechos, se cae en la disyuntiva de promoverlos o no, debido a que se duda si esto puede

⁷⁹ En el caso particular de esta pasante, su situación de madre soltera abre la perspectiva para plantear la dificultad de vivir una relación sexual placentera sin el fantasma de un embarazo no deseado, aspecto relevante cuando nos desenvolvemos en un contexto que da prioridad a la reproducción sobre lo sexual. Considera que los jóvenes tienen derecho a vivir la sexualidad, pero plantea el desconocimiento para darles estrategias que hagan valer esos derechos. Quizá esta percepción tiene que ver con lo que ella vivió en su adolescencia. El no saber cómo ejercer su derecho a la sexualidad, la llevó a no prevenir y quedar embarazada, por lo que el disfrute de la sexualidad tiene un costo. Así, las limitantes con las que se enfrentan los adolescentes en sus comunidades está dada por la represión no sólo de su sexualidad sino de su derecho a ser responsables, pues cualquier evidencia que delate su actividad sexual es censurada. Se sanciona la vida sexual en los jóvenes tanto como su responsabilidad de estar libre de riesgo de enfermedad o embarazo no deseado.

⁸⁰ Durante la fase de elaboración del capítulo de resultados había momentos en los que me cuestionaba la trascendencia de esta investigación, pero cuando en el texto surgía la angustia que genera en los pasantes estar en una situación de indefensión, me permitió no sólo reiterar la relevancia del tema, sino la importancia de abrir un espacio para que estos jóvenes expresen lo que se mueve en torno a este tópico y que no han podido comentar. El hecho de expresar su sentir abre la posibilidad de que en otros escenarios puedan explorar desde otra perspectiva y sin tantos temores.

generar en los adolescentes un despertar a un placer no reconocido, como una nueva faceta en sus vidas⁸¹.

Las ideas se entremezclan y la confusión se hace evidente, en dónde está la línea divisora que permita determinar en qué circunstancias hablar o no del tema, en qué momento se irrumpe la intimidad del otro⁸². Una de las pasantes en un relato con mucha claridad resume la situación por la que atraviesan ella y sus compañeros cuando se enfrentan al tema de la capacitación sin haber recibido la orientación mínima para llevarlo a cabo en su comunidad. Este aspecto sobresale como algo muy diferente a la conversación, aquí se comparten experiencias. En la capacitación no se puede partir de una experiencia personal, esto produce una contradicción pues se considera que la apertura para hablar de temas sobre sexualidad radica en las experiencias que se han tenido en la vida.

Creo que en cuanto a la capacidad de capacitar a alguien en el tema sexualidad, porque no es lo mismo hablar, que capacitar. Yo puedo hablar con usted de mil cosas de sexualidad porque sabemos, le cuento mi experiencia, me cuenta la suya. No es lo mismo platicar que capacitar porque aparte, cómo capacita una persona, le digo, ¡ah! como cuando yo tenía, es difícil no mencionar nuestra relación de persona, o sea lo privado que finalmente mucha de la capacidad de decir algo sexual es porque lo ha vivido o ha leído mucho, o porque supo del caso de fulana, es muy complicado capacitar a alguien, bueno a mí si se me está haciendo complicado y creo que sí ayudaría bastante tener un curso de cómo

⁸¹ El no exponer los temas de sexualidad por el temor a un despertar precoz, tiene como consecuencia que los embarazos no planeados a temprana edad se presenten independientemente del nivel educativo o económico al que se haga referencia. En países como Dinamarca, el periodo entre el promedio de edad de inicio de vida sexual activa y primer embarazo es de casi quince años, esto permite a los jóvenes el disfrute de su sexualidad.

⁸² En este mismo sentido, me planteo en dónde está mi límite como investigadora, y a mí también se me entrecruzan las ideas para determinar si debo o no explorar con mayor profundidad. Al estar realizando esta entrevista y abordar el tema de la sexualidad me surgió la inquietud de preguntar sobre su experiencia personal pero evité hacerlo por dos aspectos básicos: primero, porque pensé que no era el motivo principal de mi entrevista, mi deber en ese momento se centraba en lo profesional, no en lo personal; y segundo, requería tener precaución pues debido a mis antecedentes en el campo en la psicología clínica podía llevarme a rebasar los lineamientos establecidos inicialmente con mi interlocutor, la cuestión ética afloró en ese momento. Al término de la entrevista quedé con la inquietud de si lo que hice era lo que debía hacer, quizá requería de un cuestionamiento más directo. Ahora puedo analizar todo ese proceso, estoy convencida que la expresión sobre la sexualidad de los pasantes como profesionistas es la manifestación de muchas influencias y lo personal no puede quedar fuera, por eso era importante abrir un espacio de comunicación para que aflorara, lo que ya andaba por la superficie; sin embargo, tampoco puedo dejar de lado mi postura personal sobre el tema, que involucra una precaución para abordar este tópico.

abordar el tema en sexualidad con población tal, pero no un folleto sino un curso de consejos básicos para, para decirle a un señor que su pene no funciona, o no sé algo así [...] (Elba, 2006)

Si me lo hubieran explicado en la carrera, a lo mejor una psicóloga, una sexóloga, que son los que más se meten en esos temas de cosas intangibles, como es el amor, a lo mejor les hubiera podido dar una mejor plática y no nada más basada en los tres párrafos que encontré y en mi experiencia personal de lo que he vivido como ser humano [...], no ha sido mi caso pero supongamos una persona super frustrada con la vida, qué le va a transmitir a sus adolescentes si no tiene un background de cómo debe de tratar a las personas, cómo debe de explicar esos temas. Les va a decir no tengan novio es pésimo, los hombres son unos malditos desgraciados, no es el caso... sí me hizo falta en algunos temas (Susana, 2006)

Aun cuando en este discurso se destaca la inmensa complejidad implícita en la sexualidad, al momento de proponer una alternativa la visión se reduce a un curso de consejos básicos que permitan tener los elementos para informar sobre problemas relacionados con la sexualidad, como si se tratara de máquinas a las que se les ha averiado una pieza que impide su funcionamiento.

[...] está ligado a las creencias de cada población, porque el machismo sigue arraigado, si a una mujer le digo que si no siente bien o si no tiene ganas de tener relaciones con su esposo, no está obligada a tenerlas y que si no las tiene y él la está obligando es violación, también está difícil. Estás hablando de que una relación debe ser por comunicación porque quedaron de mutuo acuerdo y que si no quiere no está obligada [...] A veces terminan yendo a acusar al esposo de que las viola y luego mejor se arrepiente porque el esposo la ama y, lo veo difícil, porque no sabemos en realidad cómo abarcar los temas, yo puedo hablar y decir mis conocimientos con términos coloquiales o con términos médicos pero no sé qué efectos están creando en la persona a la que le estoy contando (Elba, 2006).

En este relato aparece la idea del machismo y la violación, así como los derechos de la mujer. La confusión entre el amor y el derecho tiene límites tenues. En este contexto, se destaca que no tener información ni saber cómo manejar el aspecto social y cultural de la sexualidad, lleva a los pasantes a involucrar su visión personal, lo que los coloca en una encrucijada, pues visualizan que su vida tendría que ser el parámetro para marcar la vida de los otros en cuanto a sexualidad, lo cual no tiene que ser así, y menos cuando se parte de una experiencia no tan "adecuada" socialmente hablando, qué les va a enseñar sobre el tema una persona que no tuvo un desempeño sexual apropiado. Uno no se desenvuelve en el campo laboral partiendo de la cuestión personal, se adquieren habilidades en su entrenamiento profesional lo que les va a permitir desempeñar su trabajo; sin embargo justo en este tema en el que no recibieron ninguna formación, que no es lo mismo que información, lo que predominan son sus visiones personales y no profesionales. Así la confusión se origina cuando se entrelaza lo aprendido, con lo que se tiene que enseñar aunado a su bagaje personal.

El caso de la amiga, que es la capacitadora, capacitando a sus amigas [...], es diferente porque es mi amiga y me lo está preguntando, estamos platicando y les puedo contar algunas cosas que a lo mejor les va a servir de algo en su vida pero sé cómo piensan, qué ideas tienen, cómo se está entendiendo el tema (Elba, 2006)

Identificar lo que piensa el otro es un elemento básico para comunicar en tópicos de sexualidad; esto se puede lograr en una plática personal, de amistad, en donde se conoce lo que el otro piensa y es lo que va guiando el camino sobre lo que se puede hablar, la dificultad se presenta cuando se está con una población que no comunica, entonces como exponer el tema abiertamente, esto sería como aventarse a un abismo sin la posibilidad de ser rescatado, cuando no se sabe con exactitud cuáles son los valores que se filtran para que la población se apegue a una postura en torno a lo sexual.

Cómo me siento, pues yo respeto la cultura de las persona, trato de convencerlas diciéndoles lo bueno y lo malo y nada más, o sea yo no puedo interferir en el pensamiento de la persona o en su cultura, sé que el médico está para cambiar hábitos pero no para meterse en la cultura de ellos, puedo introducirme poco a poco pero no puedo decirles sabe qué esto esta mal, no. Pienso que el médico tiene labor muy importante pero no como para cambiar costumbres, es para transformar la forma de pensar del individuo pero así como meter algo a chaleco, pues no, pienso que no, como de concienciar más no obligar (Gerardo, 2006)

Hay una contradicción en este discurso por una parte se plantea que el médico respeta la cultura pero sabe que su papel es cambiar hábitos, si un hábito se da a partir de lo que culturalmente se va asimilando, entonces ¿cuál es el papel del médico? ¿cambiar o no cambiar?. Aquí se ve el desfase que existe al ubicar los eventos sociales bajo el paradigma médico, no se sabe cómo abordar estos temas. En algunos momentos se ubica que su papel no consiste en forzar a los otros a que hagan lo que ellos creen pero en expresiones como "les saco la información" se percibe una postura de imposición de su punto de vista.

[...] yo sé que es algo difícil para usted hablar de estos temas pero mire es necesario ya que la primera causa de muerte en nuestro país en mujeres, es el cáncer cérvico uterino después del cáncer de mama, entonces por eso se hacen este tipo de revisiones o este tipo de interrogatorios, no es con afán de otra cosa sino más bien cuidar su salud, por ello le orientamos y es decisión de usted hacerlo o no pero es nuestra obligación como parte del equipo de salud ofrecerle esto (Gerardo, 2006)

Cuando se habla de convencer es como si le estuvieran ayudando al otro a darse cuenta de algo que por sí mismo no puede percibir, el médico no reconoce que es su obligación brindar toda la información, y como parte del derecho del paciente está en sus manos la decisión de optar o no por un determinado procedimiento. No se trata

de que el personal de salud persuade al otro para que haga lo que él piensa que es lo mejor para la salud del usuario; hay que mostrar los beneficios y consecuencias y dejar que este último tome sus decisiones. En aras de brindar lo mejor para el paciente se han cometido iatrogenias, y se ha pasado por encima de los derechos humanos.

1.3. La sexualidad definida, la sexualidad vivida en la comunidad

La contraparte de la definición de sexualidad como algo muy definido, e instituido por organismos internacionales contrasta con la expresión de situaciones relacionadas con la sexualidad en las comunidades, como son: los abusos sexuales en los niños, la violencia ejercida hacia la mujer, temas que no son abordados en ningún momento en la licenciatura de medicina y que dejan a los pasantes desarmados técnica, legal y emocionalmente tanto para enfrentar personalmente estas situaciones, como para dar respuesta a nivel profesional.

Identificar los padecimientos que se presentan tocantes a la sexualidad en la población, diagnosticarlos y tratarlos no resulta una tarea sencilla, esto denota el campo al cual se enfrentan los médicos, pues no obstante tener los conocimientos teóricos, no saben cómo manejar esta situación en su campo de acción pues aquí subyacen también aspectos sociales y culturales, que no han sido considerados en su entrenamiento profesional.

Entre los padecimientos que los pasantes identifican con mayor frecuencia en la comunidad están: cervicovaginitis, candidiasis, infecciones de vías urinarias, tricomoniasis y virus del papiloma humano. Su detección se logra a través de las campañas de prevención por el examen del Papanicolaou, no así en la consulta. Una de las limitantes que los médicos plantean para tratar estas enfermedades es que las mujeres no se toman el medicamento debido a que en ocasiones anteriores les ha causado molestias; o bien que la pareja no considera necesario apegarse a algún tratamiento por la ausencia de síntomas. La información e indicaciones que brinda el personal de salud no son suficientes para sortear estas barreras, a pesar de que en ocasiones el médico miente respecto de las consecuencias de la no atención, planteando la posibilidad de desarrollar enfermedades como cáncer. En el caso de

los hombres, no asisten por problemas relacionados con la sexualidad.

Por más que uno trata de explicarles, son pacientes que las tienes que ver como ya perdidas porque no se lo van a poner. Una persona que no quiere el tratamiento aunque sepas que tiene infección está medio difícil, porque ni modo que le vaya a poner los óvulos diario, igual y sería la opción pero la señora no se va a dejar. Los hombres no van a consulta normalmente, las patologías por las que van son gastritis, porque casi todos son o fueron alcohólicos, obviamente que afecta eso su vida, lo que es la sexualidad, que es todo [...] pero que vayan por problemas relacionados con la sexualidad, no (Susana, 2006).

[...] las cervicovaginitis muchas mujeres preguntan si es porque su esposo está con otra, les tengo que decir las causas [...] hay muchas causas, pero por ejemplo el VPH es de transmisión sexual, me pregu... ese virus se me pasa porque mi esposo me lo pasó [...] ¡ah! pues sí, pero no sabemos si lo tenía desde antes de casarse con usted, no sabemos si lo acaba de contraer, lo que sí es seguro es que su esposo se lo pegó o su pareja sexual, no suelo decir su esposo, casi siempre les digo su pareja porque no sé si sean sus esposos o no, o si tienen varias, [...] es básicamente por las causas sexuales por las que van. A las que les he encontrado cervicovaginitis, eso creo que lo tengo siempre, pero no es normal que lo tengan, y a la hora de dar tratamiento, no tenga relaciones o utilice condón, y cómo voy a usar el condón si es mi esposo [...] les doy sus condones pero no sé si los utilicen (Elba, 2006).

Esta descripción lleva a la reflexión de que por una cuestión de género se piensa en la infidelidad del hombre pero no de la mujer, asumiendo que él es quien transmitió la enfermedad, enviando el mensaje de que hay que cuidar a la pareja y no de que la mujer debe cuidarse en sus encuentros sexuales para prevenir la posible presencia de padecimientos de este tipo, esta visión se enlaza con las creencias estructuradas en cada uno de estos profesionistas. No se hace una

exploración más profunda sobre la vida sexual de la mujer, se da por hecho que esta enfermedad es consecuencia de los comportamientos sexuales de los hombres. En las respuestas de las usuarias de los servicios, se denota la diferencia en las creencias que se tienen en cuanto a la sexualidad, cuando ellas rechazan la idea de usar condón con sus esposos; estos razonamientos generalmente no son considerados en la planeación de los programas de salud. La población tiene formas distintas de vivir su sexualidad, respecto a las que el médico considerada adecuadas, éste puede ser el argumento por el cual no se exploran los significados y las experiencias en torno a la sexualidad que se vive en cada una de las poblaciones.

Pocas veces dan tratamiento para la pareja, es rarísimo, empiezas a buscar en el expediente, por ejemplo las que tienen cervicovaginitis crónica, nunca. Desde el año 2000, nos hacen énfasis en que el tratamiento debe ser para la pareja, no, siempre la que va, es la señora (Linda, 2006).

Tengo dos pacientes [...], él se fue a trabajar a EU, viene en el expediente que ha tendido pérdida de peso. La verdad es que no lo he interrogado porque no ha llegado a mi consulta pero la chava con la que anda está embarazada, a la esposa sí tengo que hacer una Elisa, primero interrogarla. Una enfermedad como la diabetes es impactante para el paciente, ahora una enfermedad [...] como el VIH, he planeado ahí sí con ellos, por ejemplo mandárselas a hacer y les voy a decir que para descartar cualquier enfermedad pero que sea como un protocolo y ya dependiendo de lo que resulte, es que yo no quiero espantar a nadie, ni provocar problemas entre ellos; lo que yo quiero hacer es mandarle a hacer el estudio. Primero interrogar al muchacho para tener una base con qué hacerlo, después el estudio para descartar alguna patología, no para decirles sabe qué, es que a lo mejor tú tienes, no. Nada más, oye te voy a mandar esto para descartar algo [...], ya entra dentro del protocolo de los perinatales hacer estudio de Elisa, para proteger al recién nacido y así lo quiero manejar de esa forma para ser cauteloso con comentarios porque ahí la gente, ¡uf! [...], lo voy a tratar así con pincitas (Gerardo, 2006)

Alrededor de un posible caso de SIDA con el que el médico se encuentra en su consulta y ante la posibilidad de que el joven transmita la enfermedad a su pareja y futuro bebé, el médico muestra un discurso poco claro respecto al manejo de la situación, se evidencia la repetición del patrón social que se observa en la población, al no preguntar directamente, así como el esquema aprehendido en las instituciones de enseñanza de la medicina, esto se dificulta por el contenido socio-cultural que prevalece ante esta enfermedad. Así, los pasantes buscan caminos alternativos para confirmar un diagnóstico, entre los cuales está ocultar al paciente el procedimiento a seguir. La comparación de la gravedad de enfermedades como la diabetes y el SIDA está marcada por el estigma que subyace en el segundo padecimiento, sin embargo no se conoce el significado que ésta adquiere para quien la padece. Bajo la perspectiva del médico el impacto del SIDA es mayor, pues carga con unos cuantos estigmas morales; y esto no es debido a la enfermedad en sí, sino a la connotación negativa que sobrepasa al mismo padecimiento.

Es interesante que para facilitar la comunicación respecto a estos temas con los usuarios, el médico pone como justificación cubrir los requisitos de un protocolo, con esta justificación sugiere realizar algunos estudios, cuando tiene en su mente algún diagnóstico relacionado con una determinada práctica sexual que requiere confirmar. Así, deja a las personas sin oportunidad de hablar sobre la enfermedad, y menos aún decidir respecto de su cuerpo. Esta postura del médico evidencia la carencia de habilidades para plantear la situación tal como la está pensando, esta limitante tiene su raíz en los prejuicios sobre la sexualidad prevalecientes en la sociedad. Al expresar que no quiere ocasionar problemas en la pareja, está suponiendo un patrón de comportamiento sexual por parte del varón fuera del que moralmente se esperaría (aunque no es el que se da con normalidad) que tuviera una persona que vive en pareja o en matrimonio. Un aspecto que se agrega a esta dificultad es la postura que la sociedad tiene ante un padecimiento como el SIDA⁸³, pues una indiscreción llevaría a diseminar la información de manera alarmante en la comunidad produciendo situaciones desagradables en donde se pueden encontrar inmiscuidos

⁸³ Como parte de las omisiones de la investigadora, me parece que aquí podría haber preguntado más en relación con el porque considera que puede tener más impacto esta enfermedad que otra.

tanto los usuarios de los servicios como el personal de salud.

Al indagar sobre los padecimientos relacionados con la sexualidad que se presentan directa o indirectamente en la población, se hace referencia a un caso especial, el cual rebasa el ámbito de lo biológico, una mujer lleva a su hijo excesivamente al médico, como consecuencia siempre de un mismo padecimiento, la pasante visualiza que esta situación es producto del deseo de esta mujer por demostrar que está cumpliendo con su rol de madre responsable, lo que llevaría a invalidar la decisión de su pareja de haberla abandonado. Ejemplos como estos emergen invariablemente en las entrevistas, y aun cuando los pasantes se percatan de este hecho, la carencia de estrategias para dar soluciones los deja desarmados.

Tenemos el caso de una señora cuyo hijo de 2 años se enferma cada mes, siempre de enfermedades respiratorias, empezó así desde que el marido la abandonó. Por más que le hemos tratado de hacer entender que no es saludable para el niño estar recibiendo tanto medicamento, lo sigue llevando, no son enfermedades fingidas, uno lo ausculta y dices: trae una bronquitis cañón, necesita antibiótico. El hecho de que su esposo la haya abandonado, le cambió toda su forma de ver la vida; yo llevo ahí 5 meses, pero mis enfermeras que llevan 5 años me comentaban que la señora antes no era así, por eso es la idea que por llamar la atención la mamá consciente o inconscientemente está dejando que el niño se enferme, [...]. Ahí la que está más afectada es la sexualidad de la madre, porque le cambiaron su mundo; pasó de ser una señora de familia, con algo estable a ser la madre soltera de 3 niños, y busca la aceptación, igual y me dejó porque soy mala madre, pero no soy mala madre porque sí cuido a mi niño, sí lo llevo a la clínica (Susana, 2006)

La complejidad de todos estos procesos en los cuales subyace el aspecto sexual es vislumbrado por los pasantes en su práctica clínica y esto trasciende también su vida personal como es el caso expuesto por Elba, respecto a su posición en la sociedad siendo madre soltera, este tipo de situaciones no se contemplan en otros escenarios, y es hasta el servicio social en donde se empieza a reflexionar en ello.

Básicamente el embarazo en adolescentes, [...] el año antepasado con el otro pasante hubo 7 embarazadas, y ahora que llegué 21; 5 eran adolescentes (entre 13 y 17 años), me decían: le van a echar la culpa, en burla. Pobres niñas qué van a hacer, por supuesto para nada niñas, son de mi estatura, tienen glándulas mamarias, caderas de una mujer de 18, 20 años en la ciudad, hablas con ellas y todavía quieren jugar con muñecas, no es que esté mal, una señora puede jugar pero también tiene otras cosas. Estas niñas, nada más es jugar muñecas, me afectaba y les decía: es que estás mal, tú tienes que estar jugando, estar pensando en la escuela, ya vas a tener un hijo tienes 13 años ¿qué te pasa? es que me enamoré, lo bueno que puede haber en todo esto, es que las niñas tenían esposo, un gran señor de 17, 19 años (Luis, 2006).

Chiapas es de las plazas que más trabajo hay, atiendes en promedio 10 partos al día, por el número de gestas que tienen las señoras empiezan a los 12 años (Linda, 2006)

La violencia tanto física como emocional aparece aquí como un problema con un componente sexual importante, esta se manifiestan en diferentes tipos de abuso sexual; uno de los que se presenta con mayor frecuencia es el incesto, no obstante pareciera que no son captadas como tal por la población, y el médico no sabe cómo atender estos problemas que incumben al campo de acción de la salud pública.

La violencia física, muchos casos, muchos de violencia emocional sobre todo, hay gente que no se da cuenta que es violencia, creen que es lo normal, la violencia emocional, de abuso, incesto, incesto se llama (Ana, 2006)

Los abusos sexuales, he visto casos en niños; me indignan, me enojan, me causa impotencia, te dan ganas de agarrar a la persona y decir: por qué afectan a los niños, no nada más físicamente sino para toda su vida, esos casos los poquitos que he visto me han marcado, relacionados con sexualidad las mujeres golpeadas que acaban horribles deformadas de la cara y regresan con su pareja. La violencia

emocional porque realmente las mujeres se ven deprimidas; con una autoestima baja que aunque tú les bailes, les brinques, les digas, no cambian, siempre tienen esa esperanza de que: es que va a cambiar, no sabía lo que estaba haciendo, sí me quiere pero fue un momento, es que lo hice enojar [...] (Ana, 2006)

¿Cómo se manifiestan las experiencias vividas en la comunidad para el joven pasante? Estas se presentan con acontecimientos tan drásticos como la violencia sexual en los niños. Bajo una experiencia de esta naturaleza, se percibe el impacto que tendrá en la vida futura de estas personas, es sólo en momentos tan dramáticos cuando los jóvenes pasantes reconocen la existencia de la sexualidad, tanto en la infancia como a lo largo de la vida del individuo. Los niños abusados sexualmente y las mujeres golpeadas hasta la deformación, quienes regresan con sus parejas, confrontan el esquema que los pasantes han estructurado en torno a la sexualidad, y se plantean cuestionamientos relativos a: cómo se vive la sexualidad en las comunidades que deja marcas tan profundas, no sólo en el rostro de las mujeres sino en su vida emocional y cotidiana, se inicia la reflexión sobre estos aspectos. Asimismo, es interesante observar qué pasa con las emociones que rodean estas vivencias, tanto por las víctimas como por los pasantes, quines en algunos casos las comparten con alguien de la comunidad, en otros casos se racionalizan como parte de la cotidianidad de la profesión médica.

Los casos de abuso sexual hacia menores los han presenciado en los hospitales, en sus prácticas clínicas, en las instituciones en donde estuvieron adscritos para llevar a cabo su año de internado. Sin embargo, las emociones como el enojo e indignación se generan a partir del momento en que se tiene más acercamiento no sólo con el paciente sino con la comunidad; estas situaciones llevan al desamparo.

En el ámbito sexual, todo lo que tenía que ver con una agresión sexual directa, te das cuenta que no vas a cambiar tú solo el mundo. No es que me valga porque no me vale, no es que no me interese pero aprendes a tratar de entender por qué la

otra parte permite todo eso, como que hay algo detrás, no puedes con todas tus ideas querer cambiar las cosas, te vuelves un poquito más tolerante. Lo que más trabajo me ha costado, las agresiones sexuales, si en un adulto me cuesta creerlo, en un niño de un mes, dos meses, no la concibo. Me acuerdo mucho de una niña de 8 años, tenía el ano con desgarros hasta de tercer grado [...] estuvo una semana ingresada terminó en cirugía porque le tuvieron que reconstruir todo, llegó sangrando [...] como nosotros éramos los que teníamos que explorar y hacer las notas diarias de las evoluciones del paciente, te apegas mucho a ellos. Todo iba bien, hasta que llegó el papá y el tío, el que abusó era el tío, fue a amenazar a la niña para que no dijera nada, me dio mucho coraje, dije: si voy ahorita lo arañó a la cara o no sé qué le hago, mejor pedí que lo sacaran. Era una cara de terror de la niña al ver al agresor que nunca se me va a olvidar... No te explicas por qué pasan esas cosas, por qué la persona que agrede sigue en la calle [...] Además de todo aunque no te debas involucrar, te quedas pensando, mientras la niña está en el hospital sabes que está en un lugar seguro, pero cuando esa niña se va, ¿qué sigue? Esa fue una de las situaciones más difíciles que viví, dije: y si me llevo a esa niña... No sé nada, espero no saber en qué terminó, ves muchos tipos de agresiones, pero no se siente lo mismo cuando es una señora, que un niño. Recuerdo eso como de las cosas que más, más me llegó (Linda, 2006).

En el relato de Linda, la sexualidad se ubica asociada con la violencia sexual, y desde esta perspectiva se complica su abordaje porque va más allá de lo que se puede hacer en el espacio de un hospital cuando son problemas entrampados en la complejidad socio-cultural y económica de nuestro país, tampoco se pueden dejar de lado los conflictos éticos, técnicos, morales y legales inmersos en estos procesos, eso aunado a la rigidez para ubicar la sexualidad sólo en el plano biológico, limita las acciones de estos profesionales.

La ira, es la que más me guardé, Dios eso sí fue horrible, sobre todo en comunidades donde la cultura es bien machista y se permite agredir, eran cosas increíbles. Aquí en la ciudad se ve el abuso sexual de cierta forma, no natural

pero... allá eran agresiones donde encontrabas el cervix lleno de piedras, desgarrado por la mano, cosas que tú nunca te explicas, o les enterraban machetes directos, era una afección mucho más fuerte y a parte de todo ver al agresor a un lado de la víctima y nadie hacía nada, es horrible. Encontrar en los botes de basura del ADO⁸⁴, niños que acababan de nacer, las mamás los tiran o te los ofrecen. Estás atendiendo un parto ¡hay que bonito tu niño!, te lo regalo, no lo quiero; no los alimentan, ¡juy! no, da mucho coraje, tienes al bebé se lo pones a la mamá, y no le quiere dar de comer, te lo avienta, los asfixian o los ahorcan, encontrarte con tu agresor y aparte de todo ver ahí a los niños, es bien difícil. Una vez llegó una señora golpeada, se tomó un insecticida, son infecciones que no tienen arreglo, va a morir; le pregunto, señora por qué se tomó el insecticida, es que me pasé de sal en la comida y de que me mate mi esposo a que me muera yo sola, mejor yo sola, luego llega el esposo, señor pero ¿cómo es posible que la haya golpeado porque [...] si nada más está en la casa, para eso sirve. Tú vienes con otra mentalidad de la ciudad y tienes que llegar a acoplarte a la mentalidad de allá, no puedes cambiar la mentalidad de la gente, eso es frustrante. Cuando tú ya no vas al ministerio público, ellas no corroboraban las demandas, te frustrabas, tenías que aguantar tu coraje y ver a los agresores ahí, entre los demás pacientes [...] no contar con el apoyo de las madres, son abnegadas, calladas, todo el tiempo agachan la cabeza, si les pegas en una mejilla, te ponen la otra para que les pegues, les hablo y no te entienden; puedes pasarte una hora tratando de explicarle que tiene derechos, que los niños tienen derechos y no, es como si le hablaras a la pared porque nadie te escucha, esa es una frustración, te enojas y no te sirve de nada (Linda, 2006)

Normal que el papá abusara de las niñas, que la niña tuviera un hijo del papá, a lo mejor si me hubiera criado ahí, porque mis compañeros que eran egresados de Chiapas, ¡jay! por qué te clavas tanto, déjala no es ni de tu familia, qué te importa, yo decía ¿cómo es posible? están viendo la situación y nadie hace nada, las

⁸⁴ ADO es una estación de camiones foráneos que se encuentra ubicada a un costado del hospital donde trabajaba

trabajadoras sociales, los médicos, pasan consulta así como si fuera, ¡ay! vamos a ver a la de la cama 83 y no, tú no, tú le hablabas por su nombre (Linda, 2006).

El negar la sexualidad en la infancia, deja a niños y niñas en una situación de desamparo, el reconocimiento de los derechos en esta etapa de la vida está muy lejos de ser aplicado a la población, por ende es necesario que en países como México, las acciones en este rubro trascienda el discurso. En esta investigación la desesperanza mostrada por los pasantes al hacer referencia a sus experiencias en la comunidad, es el reflejo de la desesperanza de la población ante la evidencia tangible de la pauperización de sus condiciones de vida, que los deja en una situación más vulnerable para ser objetos de abuso sexual, asimismo se evidencia lo poco o nada que tanto la población, como el personal de salud pueden hacer para revertirla.

En la carrera, las cosas las vas empezando a ver no a vivirlas, ni sentirlas como tuyas cuando ya estás aquí en el servicio, aquí yo creo que afectan más (Ana, 2006)

La sexualidad vista más allá de lo biológico, en los espacios clínicos no se evidencia tan drásticamente como se ve en la comunidad, en el primer escenario se cuenta con recursos que pueden disimular la situación, lo que evita la sensación de soledad e indefensión experimentada por los jóvenes al estar dirigiendo un centro de salud, ya que en la clínica u hospital se recrea una situación irreal que dista mucho de ser la que enfrentan los pasantes en las distintas comunidades. Por ejemplo, ante un caso de violencia familiar, cuando se está en un hospital, el ministerio público se hace cargo de la situación, quitando esa responsabilidad al personal de salud, el problema se da cuando ante un evento de esta naturaleza en los centros de salud no se tiene al alcance las instancias reguladoras para canalizar este tipo de casos. En las instituciones de salud los eventos asociados con la sexualidad se perciben como manejables y controlables, aunque en realidad las acciones realizadas sean

mínimas. En estos espacios la responsabilidad de lo que sucede queda bajo el control del personal con mayor jerarquía o de las instancias correspondientes, a diferencia de lo que se vive en las comunidades, donde los pasantes se sienten desprotegidos, ya que no cuentan con personal que los oriente, ni con las instancias legales que aporten estrategias para mejorar las condiciones de vida de las víctimas expuestas a cualquier tipo de violencia.

[...] realmente no sabes qué hacer [...], estando allá (hospital) dale aviso al ministerio público, que la revisen, hagan una nota, que se vaya a su casa. ¡Ah, sí! mi nota, el ministerio público, la revisa otro doctor, yo nada más escribo lo que él me dice y a su casa. Aquí no, porque para empezar no hay ministerio público, no hay autoridad, no puedes hacerla de médico legista tú, ni de médico, ni de policía porque te metes en problemas [...] entonces todo es: sí pasó pero mejor váyase hasta allá al municipio a que la vean porque no puedo hacer nada, sí es un poquito difícil y te quedas con eso de que yo debería poder hacer más, pero me lo impide el no tener una cédula que avale lo que estoy haciendo (Ana, 2006)

Depende de la idiosincrasia y del paciente porque dicen: pus ya vivimos así, que le vamos a hacer, Diosito nos mandó así. La aceptación de la enfermedad para ellos es algo predestinado una carga, así lo hacen ver y ni modo; nosotros tratamos mucho de sacarlos de ese concepto pero cuando no se dejan. Una vez, voy a una visita domiciliaria y una paciente que está en su cama ¿qué le pasó? al parecer tenía una luxación en el tobillo, es que mi esposo me mandó por el licor, y se me falseo el pie, yo le dije, mira lo que me pasó por ir por tu licor, dice: yo te mandé por el licor, no te mandé a que te cayeras [...] Me ha tocado que los hombres me invitan a tomar a sus casas, y dicen: gracias a Dios tengo a mi mujer, tengo quien me haga de comer y lo importante es que esté bien porque es importante que esté alguien que le sirva el agua o le dé de comer; lo hacen nada más como su chacha o alguien más de la servidumbre y no como una pareja; me imagino que al estar viviendo toda su vida con eso ya se le metió a la mente; yo soy la servidumbre, estoy para servir y si yo tengo una enfermedad es porque alguien quiso, Dios o

como una penitencia, bueno no, como un castigo divino, así lo siento en la población [...] (Gerardo, 2006)

El presentar algún padecimiento o problema que afecte no sólo la salud sino también la vida cotidiana de la población, es referido por el médico como algo que los habitantes asumen como predeterminado, ya sea por el destino o por una deidad, como una forma de aceptar un castigo. El médico no obstante plantear su deseo de sacarlos de esa situación, evidencia la imposibilidad de lograrlo, ya que escapa al ámbito médico pues hay factores sociales, culturales y económicos que determinan estos problemas en la comunidad, su abordaje implica una mirada integradora.

Un aspecto que confronta y sorprende al personal de salud, es el trato que en la comunidad se da a la mujer, restándole importancia a su salud, así como la violencia a la que están expuestas. El asombro se da a partir de reflexionar como las mujeres en la comunidad se encuentran con situaciones que van minando su desarrollo personal, sus perspectivas a futuro y sobre todo su percepción como seres humanos, lo que las lleva a ubicarse como objetos al servicio de los otros. La sorpresa que le causa al médico está relacionada con el desconocimiento de que los aspectos de género se viven cotidianamente en distintas grados, incluso en su vida personal de una forma menos evidente ante sus ojos, pero que constituye el modo predominante de funcionar en sociedades como la mexicana.

[...] a veces las relaciones coitales no lo son todo, me he dado cuenta aquí con mis pacientes, vienen más mujeres, escondiditas. Doctora no me quiero embarazar, póngame una inyección o déme unas pastillas pero que no se entere mi esposo. Por qué no mejor platicas con él y te operas, ¡ay no!, es un borracho [...] o la otra, no les gusta la vida que llevan de pareja se sienten deprimidas, con baja autoestima, incómodas viviendo así, pero no saben cómo salir de esa situación y yo tampoco sé cómo ayudarlas, recién llegué tuve un caso de violencia física, maltrataron a la señora, la dejaron muy golpeada, me dijo; que no quería que la volvieran a golpear; y que se me ocurre, sálgase de su casa, póngale una demanda, vaya al DIF que le ayude. ¡Ay doctora! ya hice eso pero como tiene

muchas palancas me obligan a regresar con él usted escóndame, ¿Yo, pero dónde? lo que yo puedo ofrecer es eso, y no hay nada, no hay una orientación legal, emocional, y creo no estoy capacitada para darla así como tal, o las señoras que lloran porque sus esposos les pegan, les gritan, tampoco se qué decirles ni cómo actuar con ellas. A veces creo que los pacientes en lugar de un medicamento nada más necesitan que los escuchen y nada más, eso les ayuda más (Ana, 2006)

(En relación con los abusos sexuales) [...] cuando los puedo referir, mejor los mando a un psicólogo o a un psiquiatra donde los puedan ayudar, porque yo no tengo las armas para ayudarlos, no soy una especialista; cuando veo que definitivamente no van a hacer nada, intento aconsejarlos lo mejor que puedo. Los escucho primero, dejo que se desahoguen, quieren que alguien los escuche [...] pero son cosas que si llegaron a pasar dejan marcada a la persona, finalmente tiene que aprender a superarlo de alguna forma, solitos van sacándolo, y es cuando comienzan a mejorar, creo que lo más importante es que lo hablen para que lo puedan ir superando, el primer punto como en cualquier enfermedad, es aceptar que lo tiene uno. Todos piden ser atendidos pero muchas ocasiones, al menos el gran porcentaje de las consultas, son para desahogarse (Leonor, 2006).

Dónde y quién orienta a los pasantes a manejar estos temas que se salen de la perspectiva biológica, la sexualidad con la que se enfrentan en la comunidad está estrechamente vinculada a la violencia física hacia la mujer, con la consecuente indefensión, debido a que no se sabe cómo sortear todo esto, este estado se hace extensivo a los pasantes. Ante las personas que ejercen la violencia, pareciera que no hay opción o posibilidad de ejercer un cambio. Se hace evidente la incapacidad de los pasantes para encontrar opciones para que las mujeres salgan de esta situación, y efectivamente estas son reducidas. La alternativa a la que se recurre es escucharlas, como la única posibilidad de atención, pero quién escucha a estos jóvenes que no han sido entrenados para involucrarse con la parte emocional.

Es interesante subrayar que los casos de abuso sexual se sacan de su contexto y son pensadas como una patología, enfocándose con una connotación eminentemente biológica, la diferencia con algunos padecimientos no está sólo en la voluntad de superarlos, el círculo en el que giran las situaciones de violencia está atravesado por las condiciones de pobreza, además de estar enraizadas en las connotaciones sexuales que se han estructurado respecto a la sexualidad, la falta de comprensión de todos estos eventos dificultan su abordaje pues probado está que no se está generando cambio alguno respecto a la salud sexual de los pobladores. Esto se ejemplifica claramente en el siguiente relato, en el cual no obstante que produce un gran impacto la violación sexual de dos menores, el interés central se pone en las consecuencias del VPH y no en las repercusiones en todo el desarrollo de estas niñas al haber sufrido una violación.

[...] eran dos niñas una de 5 y otra de 3 años de un matrimonio joven, iban a tratamiento porque sus hijas tenían verrugas por VPH, y dices: qué factor de riesgo pudieron haber tenido, fue bien fea, el papá estuvo un mes en la cárcel, la mamá lo metió porque pensó que había violado a sus hijas, cuando había sido el conserje del kinder. Afortunadamente él entendió el odio de la mamá, la culpa, no sé cómo lo entendió no importa [...] porque estaban juntos y se veían tristes, también digo, pobres niñas, alguien que no estuvo contento con su sexualidad, por x o y cosa, se vio frustrado, dejó su frustración en un par de niñas que no podían defenderse y les contagio el VPH, ahora esas niñitas van a tener que estar en vigilancia cada seis meses, con la citología, desde aquí hasta que se mueran para ver que no desarrolle CACU, esas son cosas que no, definitivamente no, no me parecen (Luis, 2006)

Identificar la sexualidad como un aspecto más allá de lo biológico dificulta aún más su abordaje, qué hacen los médicos ante estos casos, cuando su visión está dirigida a diagnosticar y curar enfermedades, cuando el cuadro sale de esta condición como son los casos expuestos de violencia, resulta difícil su manejo.

1.3.1. La sexualidad está pero dónde se le ubica

Aquí es importante agregar que aunque el énfasis se pone en lo biológico durante su tránsito por la universidad, los problemas sexuales que ellos refieren están más enfocados a las cuestiones de violencia sexual.

Entre las contradicciones que emergen en este trabajo está: la sexualidad inexistente, al hacer referencia al tema se despierta una gran confusión, esto lleva a cuestionar, qué tanto existe sino se habla de ella, cómo abordarla sino se cuenta con las herramientas lingüísticas adecuadas. En la descripción que los jóvenes refieren se refleja la existencia, inexistente del tema, pues este se niega. La sexualidad a lo largo de las entrevistas, se convierte en un acontecimiento intermitente, que aparece y desaparece, así se vislumbra una imagen pero no la claridad del evento. Una expresión muy atinada que describe esta situación es lo expresado por una de las pasantes.

La sexualidad en la carrera es algo fugaz, aparece y desaparece instantáneamente, inmediatamente, sí pero así muy fugaz [...]. De hecho, nada más fue, pregunten si todavía tienen relaciones con su esposa, si les dicen que sí no le den medicamento, si les dicen que no dónselo [...]. En ginecología [...] hay un síndrome en el que... nace un hombre pero genéticamente es una mujer; lo educan como hombre, de repente por alguna cuestión de la vida se descubre que es mujer, viene la disyuntiva, le digo que en realidad es mujer y se tiene que comportar como tal de ahora en adelante [...]; ahí te pones a pensar, qué hago, qué digo. En pediatría [...] las niñas cuando hay cierto síndrome no se alcanzan a desarrollar bien y cómo van a poder ser mamás o llevar una vida de adolescente cuando su cuerpo no se los permite, solamente así pero eran muy fugazmente (Ana, 2006)

Ante la necesidad de prescribir algún medicamento que pueda tener efectos secundarios en la vida sexual de la persona, se indaga este aspecto; sin embargo, la visión del médico se restringe a interrogar exclusivamente sobre la relación coital,

con base en esta información toma la decisión de dar o no el medicamento, restringiendo al paciente la posibilidad de decidir lo más conveniente para él e ignorando el significado de la enfermedad y del tratamiento con un posible efecto secundario en su vida sexual. Esta es la mirada de los profesionistas respecto a la sexualidad, como una parte del cuerpo, sin ubicación en ningún miembro, ya que los órganos genitales dan cuenta de la reproducción pero no así de la sexualidad, tal parece que ésta se ubica en la mente (psiquiatría) pero como una patología. La sexualidad del otro; de los usuarios de los servicios queda reducida al esquema preestablecido por el médico

[...] para indicar medicamentos posiblemente si nos tengamos que detener nada más en una relación sexual, una relación coital, pero para los diversos síndromes que se presentan o cosas así en los que se muestra más bien, cómo una persona va a expresar su sexualidad frente a los demás creo que ahí sí debería haber un poquito más de enfoque en otra cosa, no sé género, identidad sexual, orientaciones sexuales, eso le ayudaría un poquito más a la gente (Ana, 2006)

¿Cómo mira entonces el médico la sexualidad? Lo ve como un evento enmarcado exclusivamente en la relación de pareja. Se piensa en situaciones sociales o culturales respecto a la sexualidad pero sólo cuando se presentan casos como el de una persona hermafrodita, se tendría que hablar de una sexualidad integral, que conlleva lo social, lo cultural, incluyendo las cuestiones de género. Una vez más vemos la sexualidad escindida.

El tema de sexualidad no lo manejamos como tal [...] si uno ve pediatría ahí va abarcando la sexualidad del niño, las teorías, cómo es que se van desarrollando, eso forma parte de la sexualidad del individuo. En el adolescente igual, cómo se va formando la orientación, la sexualidad y este tipo de cosas (Leonor, 2006)

No, en la clínica no se abordaban para nada quizá de alguna manera en medicina preventiva, en los primeros módulos que nos daban pero no, porque ahí nada más hablábamos sobre vacunas, tabaquismo, alcoholismo [...], en el único fue en el hospital de psiquiatría, porque era un tema específico, y hasta ahí (Ana, 2006).

Ubicar el tema dentro del campo de la psiquiatría desencadena angustia en los jóvenes pasantes, pues la visión que se conforma durante la carrera está vinculada no sólo con la patología, sino específicamente con la enfermedad mental. La poca claridad que se tienen respecto al tema dificulta su abordaje, quién debe introducir el tema los hombres, mujeres y jóvenes de la comunidad que solicitan una consulta, o el personal de salud como parte de los requisitos para brindar una atención adecuada. No se sabe si preguntar o no, pues la cuestión médica queda cubierta con la exploración, y si hay manifestación de alguna enfermedad se aborda, de otra forma no se sabe cómo manejar esa situación. No se logra identificar en que momento de la carrera se habló del tema, pues aparece y desaparece, sin tener claridad de su presencia.

Los profesores médicos jamás, lo único tocante a la sexualidad era a ver tú, niña o tú, niño ven, en cuestión de género, nada más. Nunca se habló, por ejemplo, del placer cuando veíamos órganos sexuales masculinos, femeninos, a lo más irrigación del pene o de la vagina; pero nunca se tocó ningún aspecto de sexualidad, ni de género. Si no te lo daban y tú no lo buscabas la vida pudo pasar enfrente de nosotros de noche y nunca le dimos importancia (Linda, 2006)

[...] pues termino así como, bueno entonces... corto el tema o lo cambio y mejor ya no hablamos de eso, porque a lo mejor...por lo mismo del cruce de los canales (risas), prefiero decirles, me estaba diciendo que le dolía la cabeza... (Elba, 2006)

Cuando se da el "cruce de canales" en la pasante, la conversación en donde se aborda temas sobre sexualidad con los usuarios de los servicios se da por

terminada, la confrontación de una idea lleva a evitar lo que se pueda desencadenar, con la duda de que se puede no estar preparado para manejarlo. No se indaga, ni se explora sobre la sexualidad⁸⁵. No obstante, que la misma población está abriendo los espacios para hablar sobre estos aspectos, la interrogante que surge es si en realidad son ellos los que evaden el tema o son los mismos pasantes los que cierran los canales de comunicación.

[...] porque ellas fueron las que preguntaron pero yo decirle, ¿goza sus relaciones sexuales? en la entrevista, por ejemplo en el internado, en la parte del interrogatorio venía la pregunta, heterosexual o no, les preguntaba, también había en cuanto a disfunciones, era difícil, cómo decirle, siente bonito cuando tiene relaciones y se los preguntaba pero [...] como que la gente razona, eso qué para qué me lo pregunta, es difícil para el paciente decir que no, a lo mejor dice que sí pero no es cierto, y en una exploración, en realidad no habría mucho, bueno, sí hay una explicación por el preguntar si goza o no una relación sexual pero como que médicamente no tendría mucha relación, va a su Papanicolaou, yo para qué le pregunto si le gusta o no tener relaciones o si no siente dolor, espero que me lo expresen o durante la exploración: no le molesta porque le veo aquí algo raro, no doctora o sí doctora, y se abre un poquito el diálogo pero es la orientación del médico hacia el paciente que tiene algo (Elba, 2006).

Es interesante el planteamiento de que no es muy importante desde el punto de vista del médico preguntar si goza las relaciones sexuales, finalmente la paciente va por una cuestión de rutina como es el Papanicolaou. Sin embargo, al hacer esta prueba el aspecto sexual va implícito, incluyendo el placer sexual, sería importante explorarlo y evidenciarlo.

Estos planteamientos parten de no reconocer la sexualidad como una parte de la vida de la persona, parece que ésta se define una vez más por la patología, si hay

⁸⁵ La complejidad que envuelve al tema lleva a los jóvenes a ser precavidos en su abordaje, en este caso mi reserva se presentó en algún momento de la investigación, pues tenía duda de no poder precisar si estaba rebasando la línea de la sexualidad de los pasantes en el campo profesional, o me introducía en el aspecto personal de los entrevistados, esto me impidió profundizar algunos temas.

enfermedad, existe. Uno tiene que pasarla mal con su sexualidad para que ésta se vuelva un punto de interés para el médico. Si estás enferma, entonces me intereso por tu vida sexual, si no tienes una patología grave pero aún así no disfrutas, eso ya no entra en el campo de la clínica, eso abarca otros espectros, quizá lo mental o lo social.

La falta de comunicación respecto al tema de la sexualidad entre el personal y los usuarios de los servicios tiene su origen en los espacios académicos, cuando los profesores o médicos de mayor jerarquía dan por sentado que los alumnos ya tienen conocimiento sobre el tema y por lo tanto no se habla al respecto. Esto crea una falsa idea, se cree que se están comunicando cuando en realidad no es así, el problema es que este patrón se repite en el ámbito profesional. Al negar la sexualidad no se tiene claridad de qué se está hablando, ni qué se está explorando.

[...] la sexualidad nunca se nos explica muy bien, y de pronto, durante toda tu carrera no lo usas pero llegando al servicio social por los mismos programas que están implementados, sí te ves así como... sí ahora háblale a los adolescentes de la sexualidad y yo así y qué les voy a decir (risas), cómo los abordo siendo ellos adolescentes (Susana, 2006)

Hay doctores que lo evaden completamente, de eso no se habla aquí, por lo mismo que nunca se los explicaron a lo mejor no saben cómo transmitirlo, deciden evadirlo, son de los temas que eran tabú; las nuevas generaciones lo ven más normal, cosa de cada día pero los abuelitos o bisabuelitos dicen: no hables de eso que es pecado; muchos médicos de base traen esa ideología, por eso chocas con ellos. La respuesta es no hables del tema, evitas problemas, por eso vas a hablar con tus compañeros que son de tu misma generación, ahí a veces se puede dar el caso de los malos conceptos, porque es gente que igual que tú nunca se les explicó nada y más bien lo platicas de tus experiencias, llegas a crearte una idea, de lo bueno y lo malo, pero ningún especialista te habla del tema: psicólogos, psiquiatras, sexólogos que han estudiado el ser humano y cómo se relaciona, nadie te lo explica [...] y cuando te sientas a hablar con un

ARCHIVO HISTÓRICO

psicólogo, te dice, no mi chava estás bien mal, y aunque te lo esté diciendo un especialista si traes una idea preconcebida, chocas con pared, pero por qué si toda mi vida he creído otra cosa, y es cosa de que tú tengas la capacidad y la aceptación de decir, igual hay cosas que no, a veces con médicos de base, más grandes, es difícil abordar estos temas, no creo que sea que ellos sean malas personas y no quieran hacerlo, ni acercarse, ni nada, sino que es como los educaron y es toda la formación que tienen de toda su vida [...] (Susana, 2006)

En la universidad así que te dieran cómo abarcar la sexualidad teórico como ellos lo hacen, en el internado por ejemplo cuando interrogas a los pacientes hubiera alguien que te dijera ¡ah mira! tienes que preguntarle así; no le grites, no le alces la voz o dile así suavcito o en los niños también [...] lo de sexualidad todo lo que vimos aplicarlo durante el internado y ya llegando aquí supongo, no sería tan difícil, a lo mejor nunca te van a poder explicar cómo manejar tus emociones, pero por lo menos que te adviertan qué es lo que te puede ocurrir (Ana, 2006).

En los espacios clínicos, la sexualidad tampoco se aborda, y no sólo eso sino que además se tiene la precaución de preguntar sobre el tema pues se tiene la idea de que al hacerlo se da pie a provocar el deseo sexual del otro.

[...] no había así como: vamos a hablar de sexualidad o el tema sexual, de hecho era como el tabú de la sexualidad, muchas veces era, mejor no le digas porque a lo mejor va a creer que lo estás provocando; el prejuicio de siempre de si hablas con fulano de sexualidad igual y va decir, ay esta chava... (Elba, 2006)

Aquí se evidencia la dificultad que presentan los pasantes para explorar aspectos que no fueron incluidos en su entrenamiento profesional, sobresale lo teórico en la enseñanza de la medicina y todo aquello relacionado con el contacto con seres humanos, como son las emociones, se dejan de lado y no se sabe cómo enfrentarlo. Ante esta perspectiva, los jóvenes pasantes plantean que si la enseñanza de estos

temas se diera durante el internado cuando se tiene un mayor acercamiento con los pacientes, y en donde la orientación de colegas de mayor jerarquía es posible, marcaría una diferencia importante en el momento en que se presentarán situaciones similares en el servicio social. Las emociones no se pueden dejar de lado porque son parte del sentir de cada persona independientemente de si el rol que se asume es el de paciente o de personal de salud, la incapacidad por parte de estos últimos para manejar las emociones los ubica en una posición de vulnerabilidad. La negación de la sexualidad como una parte integral del bienestar de las personas conlleva a que no se identifiquen padecimientos que trastornan la vida cotidiana de las personas, como es el caso ejemplificado por Gerardo.

Inclusive ellos dicen: vengo a consulta de sanos; en la exploración física me he encontrado [...] un prolapso vaginal de 15 cms. preguntándome: cómo es posible que pueda caminar con eso, que pueda estar viviendo con eso (Gerardo, 2006)

De qué forma un padecimiento de este tipo impacta no sólo el estado de salud de una mujer sino su vida cotidiana. Los problemas con los que se pueden encontrar los médicos son impresionantes, un prolapso vaginal⁸⁶ que afecta la vida cotidiana de la paciente, así como su vida sexual y emocional, qué se hace en estas situaciones, cómo los médicos atienden o enfrentan esto que vas más allá del aspecto biológico. En el caso de una persona con un prolapso que requiere de una cirugía reconstructiva, el acceso a este tipo de intervención implica que se conjuguen varios factores a su favor entre ellos: el económico, el acceso a las instituciones de salud y el aspecto cultural que facilite a la mujer el realizar una cirugía de este tipo. Esta información coincide con lo destacado por Langer y Romero (1996) respecto a la

⁸⁶ Mi desconocimiento sobre este problema me impidió profundizar en el tema, al indagar sobre éste me impresionó saber que en estos casos el útero queda fuera aproximadamente 15 cms. lo que ocasiona que no se pueda controlar la micción, y que se tenga dolor durante las relaciones sexuales. Entre los factores de riesgo que originan este padecimiento están la multiparidad, o la mala atención del parto, si fue un parto traumático y fue mal manejado puede producir el prolapso (Leticia Robles, comunicación personal, 2007)

mortalidad infantil, pues hay que considerar tres aspectos: la información, la cultura y el acceso a las instituciones de salud.

La sexualidad como un aspecto social y culturalmente construido, no obstante ser negada por la medicina, se hace presente ante los pasantes en el momento de implementar un programa obligatorio sobre temas de sexualidad dirigido a los adolescentes, aquí empiezan los planteamientos respecto a los temas que hay que abordar y el cómo desarrollarlos. Una de las primeras barreras expuestas por los jóvenes médicos es la dificultad mostrada por los adolescentes en las distintas comunidades para abordar el tema, pero en realidad lo que se esconde detrás de esta afirmación es la dificultad de los propios pasantes. Bajo este argumento se justifica evadir el tema. Es importante resaltar que un aspecto clave para identificar lo que la población piensa en torno a la sexualidad, requiere de establecer una comunicación, por medio de la cual se logre entender qué es lo que los otros creen, piensan, sienten y los significados que estructuran sobre el tema, aquí surge el cuestionamiento de cómo lograrlo si los pasantes no reciben entrenamiento alguno a este respecto. En este sentido Linda apunta:

[...] desarrollo humano, no sé algo, contacto con los pacientes, nunca nadie te ha enseñado [...] en una mujer que ha sido agredida sexualmente, ¿cómo la manejo? ¿qué le digo? ¿qué le toco? ¿qué no le toco? ¿qué le pregunto? ¿qué no le pregunto? Deberíamos de estar estandarizados los médicos para que todos lo hagamos de la misma manera, para no agredir, no molestar, pero nadie te explica todo lo que es tocante a temas de sexualidad; todo sería más fácil para explorar, preguntar e impartir un tema y eso lo hacemos casi hasta el final es básicamente lo que estás haciendo, todos los días exploras pacientes mujeres y hombres pero quién te enseña, lo aprendes sobre la marcha o lo aprendes (Linda, 2006)

Es importante que tanto el médico, como el personal de salud o los hacedores de políticas en este rubro tengan la disposición de escuchar al otro y a cambiar la forma de mirar, tomando en consideración las necesidades de la población en aras de mejorar los canales de comunicación y proveer los servicios que permitan cubrir las

necesidades de los usuarios de los servicios⁸⁷.

Está la barrera de preguntar, porque la sexualidad, como dice Foucault (1991) se reserva al espacio privado; sin embargo, hay una contradicción: el médico explora partes privadas del cuerpo y esto define el camino por el cual se involucra en la intimidad de la persona, no obstante no es capaz de preguntar sobre la sexualidad. Cuando hay un síntoma en los genitales de hombres y mujeres el médico explora esta parte, estableciéndose el primer acercamiento con la intimidad del paciente (la exploración); el segundo momento se da, cuando al elaborar un diagnóstico y determinar el tipo de padecimiento, se piensa en una serie de posibles factores de riesgo, muchos de los cuales se relacionan con determinados comportamientos, por lo que se está armando un cierto esquema de lo que es la vida de esa persona, en el cual se incluyen aspectos emocionales, sociales y culturales, esto determina otra intromisión en la vida de la persona. No obstante esta inmersión en el mundo del individuo, se mantiene la creencia de que preguntar sobre sexualidad, no es una inserción a la intimidad, cuando en la práctica clínica se rompe con esta línea en un sentido más drástico que el simple cuestionamiento verbal. Parece claro por qué surge esto, los síntomas son biológicos, lo biológico no toca lo emocional, si se toca bajo el esquema médico, lo emocional es para convertirlo en patología.

1.3.2. Sexualidad en la comunidad

En este rubro se concentran las expresiones de la sexualidad en las distintas comunidades, vistas bajo el lente de los pasantes, sobresalen las contradicciones que se generan como resultado de la complejidad inmersa en la sexualidad y de la

⁸⁷ Considerando esta situación, hago una descripción del análisis de la información aportada por Kevin, un adolescente de 13 años nacido en EUA, de origen hispano, en mayo del 2007. Cuando solicité su apoyo para entender unas palabras muy coloquiales en un texto en inglés, leímos un párrafo en el que se hacía referencia al relato de un hombre que describe su primera relación sexual, la situación se presentó cuando un grupo de jóvenes tomaron a la fuerza a una mujer y varios de ellos tuvieron relaciones con ella situación que le produjo a este joven una sensación de desagrado, cuando fue su turno simuló tener contacto sexual con la joven. Al terminar de leer el texto comenté lo desagradable que fue para ese hombre el inicio de su vida sexual activa, y con el fin de iniciar una comunicación con Kevin sobre el tema, expresé en voz alta "a quién le puede interesar tener un inicio de vida sexual de ese modo", y él espontáneamente respondió; "a los jóvenes". Si efectivamente tuviéramos la disposición de escuchar la forma de vida de los otros, y los significados que para ellos tienen sus comportamientos en su vida cotidiana, podríamos partir de aquí para implementar programas que en realidad impactarán en sus necesidades. De acuerdo con lo planteado por Kevin, tendríamos que reconocer la forma de vivir la sexualidad entre los jóvenes e implementar medidas preventivas enfocadas a sus prácticas sexuales y no a las prácticas normadas, pues en cortos periodos representan brechas muy profundas.

visión reduccionista bajo la que fueron entrenados. Esto desencadena posturas de indiferencia, o sentimientos de frustración ante la clara manifestación de su incapacidad para ofrecer soluciones.

[...] dicen las mujeres: me casé muy joven, no pensé que iba a tener 3 hijos ahora que tengo 21 años; quisiera estudiar una carrera ¡huy que difícil! digo, porque aquí no hay dónde estudiar [...]. Con mi novio no estoy a gusto, se intimidan un poco; no me pide mi opinión, a veces es muy tosco [...] a veces yo sí quiero y él no, o es muy rápido; o es mucho tiempo, me lastima. La mujer se siente mal, deprimida por la forma en que la trata su esposo, después llega el marido por gripa y aprovecho para abordarlo [...] ¿algún problema en la casa? si yo tengo bien atendida a mi mujer ¿cómo bien atendida? bien comida y bien cogida. Eso me ocasiona conflicto, cada quien da su versión, y no puedes decir nada, quedarte callado, sin juzgar, le aconsejaba a una persona y a la otra pero nunca haciendo que se den cuenta de que sabes, porque en medio rural si yo le dijera al señor, es que mire [...] su esposa, sin ofender su hombría, me dijo que usted [...], siento que ocasionaría un problema con él, porque no me va a agarrar a trancazos en la clínica, estoy seguro, temo que llegué a su casa y ¡ójyeme tú! hija de quién sabe qué, por qué le andas diciendo nuestras cosas al doctor, al rato todo el mundo va a saber, me preocupa, por eso prefiero nada más, que bueno, cuídese mucho [...]. El equilibrio en el que me siento a gusto es en el de no interferir en eso, claro hay extremos por ejemplo: la violación, el abuso a los menores [...] en donde hice mi internado un señor violó a su esposa [...], esposa para ti o para mí, 30 años para arriba [...], en Chiapas que están más fregados, es 15, 16 años y este fulano de 22 violó a su esposa de 15, a la hermanita que tenía 12, y a una niñita de 5 años la violó con la mano. A su esposa le desgarró la vagina, fue horrible; dice: "me escapé porque me golpeaba, regresé a mi casa, él fue por mí y mi papá me sacó de la casa, dijo: es tu marido te aguantas, así lo escogiste; [...] me volví a regresar a mi casa, regresó por mí, me empezó a pegar [...] como estaba mi hermanita también se propasó, también la niña más chiquita, agarró parejo, estaba marihuano". El fulano no fue a verlas porque estaba

demandado pero fue el papá, ¿cómo están mis hijas? [...], por supuesto este señor sabe cómo tratan a su hija [...] De acuerdo a la manera en la que me han educado no es forma de tratar a alguien, ni a tu perro, y todavía va el fulano a decirme, es que ella se lo buscó doctor, es no tener madre, con esas personas sí he discutido (Luis, 2006)

[...] aquí ha sido un poco más sencillo, en el aspecto de sexualidad no se tocan temas tan fuertes, cuestiones de abuso. Tratas de organizar una dinámica donde salga todo lo que tienen los adolescentes, [...] hacen preguntas, los niños de ahora ya no son los niños de antes, un niño de secundaria te pregunta ¿qué es un aborto?, ¿qué es un degado?, ni siquiera pronuncian bien, muchos de los términos son erróneos porque los escuchan en la televisión, ven telenovelas que nadie les explica, creían que se contagiaban del VIH si se metían a nadar a la misma alberca [...] (Linda, 2006).

Investigar o platicar con algunas personas de qué creencias tienen, cómo toman la unión libre, qué opinan de las relaciones antes del matrimonio o cómo han educado a sus hijos en sexualidad, no lo he hecho; tendría que ir en varias familias, no nada más una persona, porque estaría muy sesgado, así como que todos piensan como fulanita, igual y no, y como hay varios niveles socioeconómicos también eso influye, hay los que mandan a los hijos a estudiar a México, los que los mandan a las comunidades cercanas y los que no los mandan porque no tiene, o porque los hijos no quisieron ir a la escuela, hay varios niveles igual supongo que hay varias ideologías (Elba, 2006).

[...] al hacer una práctica de cómo se utilizaba el preservativo, me mandó a hablar la directora de la escuela, ¡doctora! la mamá de esta niña está muy preocupada, qué va a pensar la gente, que son ellas unas ofrecidas [...]. Son abuelitas del año de la canica y por más que le expliqué, no dejó ir a la niña, ella decía:” eso era en tus tiempos abuelita, yo no quiero estar embarazada, dice la doctora que hay

muchas enfermedades”, ni modo mi hijita de algo te has de morir [...] (Linda, 2006)

Ni las maestras, ni la directora del bachillerato, ni los profesores que era esperado supieran utilizar el preservativo lo saben, lo traen en la cartera. Todo lo que les enseñan a los adolescentes que no se debe de hacer, te das cuenta que los mayores, o las personas inmediatas a las que recurrirían, no saben usarlo. Creo que esos temas hay que trabajar un poquito más (Linda, 2006)

No obstante que los pasantes en sus discursos identifican que el significado que la comunidad asigna a la sexualidad, va más allá del componente socioeconómico, involucrándose también aspectos culturales que denotan la visión de la construcción social de la sexualidad, las estrategias que se plantean para explorar estos aspectos están marcadas por un enfoque y metodología positivista. Por tanto, se hace evidente la dificultad para lograr el acercamiento con la población en sus espacios, así como profundizar sobre el tópico, fuera de los cánones impuestos en las instituciones de salud.

Lo que sí es que está mucho todavía el club de Toby, los señores con los señores, las nenas con las nenas. Hicieron un evento del día del padre, estaban jugando gallos y barajas, los hombres en un lado del parquecito, y las mujeres del otro, dije: voy a jugar, cuando vi que se me quedaban viendo ¿a dónde va doctora? a jugar, no doctora sólo juegan los hombres pero por qué, si yo también sé jugar baraja, no, mejor no vaya [...] Las mujeres no toman, prohibido que tengan una cerveza, las faldas largas, casi no se usa pintura (Linda, 2006).

Tengo a la asistente rural pero ella es así de: mi esposo dice que no venga y no vengo, tampoco es una buena opción de: cuéntame cómo está la vida del pueblo, aún que ya tomó mil cursos de derechos, obligaciones, sigue en la misma, tampoco podría ser un punto clave para hablar de sexualidad, de cómo lo toma la

gente del pueblo (Elba, 2006).

Las posibles estrategias para explorar sobre el tema de la sexualidad en la población a través de los asistentes rurales se ven restringidas, pues no obstante la capacitación que reciben reproducen los esquemas predominantes en la comunidad, lo que pareciera limitar el conocimiento de las creencias de la población. Hay que destacar que la postura de esta asistente es en sí el reflejo de la forma de pensar de la comunidad; sin embargo, no es percibido así por la pasante. Es importante el cuestionamiento referente a en manos de quién está realmente el poder, en el médico o en la comunidad, pues esta a pesar del personal y sus programas siguen ejerciendo su forma cotidiana de vivir.

Parece que la sexualidad es un campo que puede ser abordado fuera de la consulta, fuera del ámbito del centro de salud, en un ambiente más íntimo más personal. Esto quizá se deba a que dentro del centro se institucionaliza una forma de mirar la sexualidad conformada a lo largo de su paso por la universidad, en las aulas o en las clínicas, en donde no se abordan estos temas más que bajo el modelo biológico y ante la evidencia de patologías, no obstante esta condición en las más de las veces el tema es excluido en los programas institucionales.

Los adolescentes son como esponjitas. Vamos a hablar de enfermedad de transmisión sexual; no doctor ya lo sabemos [...], lo que más me sorprende es cómo se aprenden las cosas pero no tienen una toma de decisiones adecuada porque a pesar de que tienen información, no la saben aprovechar. Por ejemplo tuve un encuentro de CARAS, tipo Rallys, ponencias, se premian a los mejores lugares. Una adolescente fue de las que mejor expuso, dominó el tema, expuso claramente, habilidad de palabra, toda una profesional, como si fueran médicos, lo abordaron muy bien. A la mamá en consulta, la felicité por su hija; después vino y que estaba embarazada, son cosas que no se explica uno, cómo es que una muchacha tan brillante, tan activa caiga en eso [...], no les cae el veinte de las consecuencias y no hacen lo correcto (Gerardo, 2006)

En el texto se reflejan las acciones de los jóvenes de la comunidad en donde predomina el patrón de comportamiento de sus pares por encima de la toma de decisiones en cuanto a prevención de ITS y embarazos no deseados, esto evidencia claramente las diferencias de abordar los aspectos relativos a la sexualidad, los cuales han sido abandonados por las instancias de salud en la implementación de sus políticas, parece una necedad seguir por los mismos caminos sin resultados, no es sólo la información lo que se requiere, es necesaria una comprensión profunda de los significados que se le atribuyen a la sexualidad, y con base en esto implementar las estrategias pertinentes. Es interesante resaltar que aun cuando los pasantes se sorprenden de las prácticas ejercidas por los adolescentes, estos patrones se presentan también entre ellos como se refirió en un rubro anterior.

Lamentablemente las mamás creen que con decir: cuídate ahí hija, es más que suficiente pero no, ¿qué es ahí?, finalmente uno lo puede interpretar como muchas cosas, tienen uno que ser más específico (Leonor, 2006).

El reclamo de los pasantes es que no obstante que les dan información a los adolescentes, quienes aparentan comprender el tema, estos últimos repiten el mismo patrón establecido en su comunidad, en donde se incluyen los embarazos no deseados. El médico muestra su sorpresa por las habilidades de los adolescentes para exponer temas de sexualidad; sin embargo, esto no va a la par con los comportamientos, o como lo señala el médico con la toma de decisiones. Esto se evidencia con la mejor expositora de los temas quien tiempo después se presenta a la consulta por estar embarazada. La clara percepción que tiene el médico del actuar de los adolescentes, es el patrón bajo el que ellos mismos han aprendido, tienen información teórica pero no saben qué hacer con ella cuando se les presenta un caso en la realidad, esto sobresale con la expresión "toda una profesional como si fuera un médico" es exactamente lo que se reproduce en su ámbito profesional, se maneja lo teórico y lo centrado en una parte del organismo, no lo que extrapola las fronteras orgánicas.

Tenemos un frasco de condones en la entrada, cuando mi enfermera sale, de repente vemos el frasco está vacío, o en la noche estoy haciendo mi papelería y llegan; oiga doctor regáleme unos condones, ahí están, llévate los que quieras, para esto están. Los adolescentes no son tan tímidos pero la gente adulta no va (Gerardo, 2006).

La sexualidad en los jóvenes de la comunidad se vive como una parte de la personalidad que se tiene que esconder; en los adultos al no hacer referencia al tema pareciera que no tienen vida sexual.

Es complicado, estoy viviendo una etapa diferente porque tengo mi hija pero no quiero que la gente del pueblo sepa, así abiertamente porque qué dirán de mí, se me hace difícil que sepan que tengo mi novio y me visita, porque digo: qué van a pensar que estamos haciendo aquí adentro, sí estoy un poquito cerrada en ese aspecto de prejuicios, que a lo mejor ni siquiera les importa [...] y yo me voy más allá; qué pensarán de mí, soy la doctora, tengo que ser toda rectitud; sí se me está haciendo un poco complicado porque como soy de provincia, no sé si estos habitantes piensan igual que los de mi pueblo. Allá sería el pecado capital, eso de que vayan, visiten y se queden a dormir en el centro de salud [...] (Elba, 2006)

En el discurso de Elba aflora la confrontación de sus percepciones con las que creen son de la comunidad. Los canales de comunicación son muy diversos y complejos, por una parte está la conversación que establece la pasante con la comunidad, desde una perspectiva personal (incluyendo sus raíces en la provincia); el diálogo entre el profesional de la salud y la comunidad con sus significados tan diversos, y finalmente el intercambio que se establece entre tres aparentes realidades en las que se mueven los pasantes: la personal; la profesional y la de la comunidad. Esto indica las diferentes formas de significar la sexualidad, emergiendo una postura básica centrada en el acto sexual, y derivada de esta, su negación tanto en la población como en el personal de salud.

Los contrastes que experimentan estos pasantes se muestra con el caso de Elba, por una parte el hecho de tener una hija determina la apertura para hablar sobre sexualidad entre sus colegas, adquiriendo cierto estatus, pero en la comunidad esta misma situación se convierte en una limitante, debido a que su experiencia personal (madre soltera) le impide mostrar abiertamente su sexualidad en la comunidad. Como resultado se genera una contradicción respecto de cómo vivir. Al extrapolar las creencias de la comunidad de origen, con las de la comunidad en donde labora, limita la expresión de su sexualidad⁸⁸.

No obstante la confrontación que los jóvenes pasantes refieren al conocer las prácticas sexuales entre los pobladores, para estos últimos es algo normal, ya que responde a la forma en cómo significan y experimentan su sexualidad, aun cuando los parámetros bajo los que se rigen sean los religiosos.

A menos que les peguen muy fuerte llegan aquí, y las cervicovaginitis, son muy descuidadas, eso me enoja, es que señora le estoy diciendo, ¡ay doctora! es que mi esposo no quiere, pero es tu salud, tuya, tú eres lo importante. A tus hijos ¿quién los cuida? yo, ¿quién le da de comer a tu esposo? yo, ¿quién cuida la casa? yo, y si faltas tú, ¡ah pues sí! pues cuídate, sí me da coraje con ellas (Ana, 2006)

La información que se obtiene respecto de la violencia sexual que sufren las mujeres en la comunidad generalmente es fuera del consultorio, al menos que sea muy evidente, lo cual indica que en la convivencia con los habitantes se logran identificar eventos que afectan la salud de las mujeres y que por no constituir un motivo de consulta, no son notificados. Por otra parte, respecto a un padecimiento específico se busca una causa, a la cual se le pone todo el peso de la enfermedad, se responsabiliza a la persona de no tomar medidas preventivas, sin considerar que en la más de las ocasiones estas decisiones representan cambios radicales en sus condiciones generales de vida. Se ubica a la sexualidad como un aspecto que está

⁸⁸ En otro momento, esta misma pasante ha referido el valor que se da a la mujer cuando al quedar embarazada se casa en comparación con quien se convierte en madre soltera

bajo el control de la mujer, y esto va mucho más allá, quién en realidad decide cómo debe comportarse sexualmente una mujer.

Las enfermedades que se presentan entre la población son el reflejo del peso de las condiciones económicas, sociales y culturales, esto no es percibido por la pasante; para ella el punto central radica en la toma de decisión, reduciendo o simplificando el problema a este motivo. Otra visión emerge en la recomendación que ella hace a esta mujer para que se cuide, subyace la postura de que éstas son las que deben de estar bien para cuidar al esposo y al hijo, pero no porque ellas como ser humano lo merezcan, ésta visión se mantiene respecto a la sexualidad.

Al principio quieres cambiar las cosas [...] vamos a hacer muchas cosas van a ver, la clínica se va a poner bien bonita, y la gente no coopera, no le interesa venir a las pláticas, aunque quieras tú tener aquí a la pareja para hablarle de métodos de planificación familiar, no viene con su esposa. Aunque tengas aquí sentado explicándole que si no se cuida la va a infectar, no les interesa, no me siento completamente frustrada porque sí hice muchas cosas de las que quería, siento que hice un buen papel como médico pero si me quedo con la espinita (Ana, 2006).

La falta de interés de la comunidad por generar cambios se evidencia también en su nula disposición para mejorar la clínica, la pasante al principio se muestra muy participativa pero ante la respuesta de la población su interés decae. La indiferencia de la población de acuerdo a cómo lo interpreta esta pasante, se da también en las cuestiones de salud, lo que le genera una gran frustración.

Todo el tiempo andan afuera platicando, cuidando el ganado, tanto hombres como mujeres comunican todo, entonces la gente se guarda cosas personales, que sabe al rato todo el pueblo lo va a comentar y se van a estar burlando de ella y la van a estar atacando e interrogando sobre cosas que la hicieron sentir mal o van a estar atacando a sus seres queridos. Segundo, este pueblo derivó de una tribu náhuatl y

tienen raíces y costumbres muy arraigadas, cuando llegas y hablas de algo nuevo, no entienden. Te pueden hacer la cara de sí entendí, pero cuando les toca aplicarlo... No todos son católicos, hay testigos de Jehova, evangelistas, tienen diferentes formas de pensar. Las señoras no sé si sean católicas, pero se la pasan en la iglesia, no están con sus esposos, ni en sus casas, pintan la iglesia, la arreglan, contribuyen con lo que pide el padre. En la noche todos los hombres o la mayoría de los jóvenes están en la tienda, tomando cervezas, no hay esa convivencia con la familia que hace falta en la comunidad; tienen arraigado que las mujeres son para estar en la casa; a sus hijas adolescentes las tienen encerradas, no las dejan salir. La violencia emocional con las mujeres, con las adolescentes, aunque no me platicuen me doy cuenta con las actitudes que toman cuando hacemos dinámicas. Los adolescentes que conviven con sus papás son más abiertos, los papás les gritan que son inútiles, son más retraídos o no participan, y hasta se enojan contigo por hablar de eso o lloran repentinamente, y eso tampoco lo sé manejar; que alguien llore o se ponga muy loco, enojado, no sé siento que estos temas mueven muchas cosas de la gente, por eso son importantes, como la sexualidad abarca muchas cosas: físicas, psicológicas, emocionales, mueves todo eso que trae la gente guardado y cómo manejas esas emociones. Aquí son muy individualistas. Por ejemplo, si hay una embarazada o si hay alguien a quien le peguen o maltraten, la gente nada más está para decir ¡ah, a ese le pegan! ¡ay esa está embarazada!, pero no son para decirte, te ayudo (Ana, 2006).

La sexualidad es un tema difícil de abordar en la comunidad pues la gente es muy comunicativa y cuando se habla de algo en un espacio reservado no se mantiene como tal. Esta situación impide que las personas se expresen abiertamente, y por lo tanto se abstengan de preguntar, pues si se habla puede significar exponerse a burlas o juicios. La pasante se forma la idea de que por los orígenes indígenas de esta población, no entienden la información que se les da. La percepción es que ellos deberían de estar abiertos a la nueva información, no se plantea que las creencias en torno al tema varían por ser una comunidad diferente del lugar en donde ella creció y por tanto, los conceptos estructurados no coinciden, quizá ella tendría que

incorporar las diferentes ideas de esa población para poder dirigir con mayor eficacia sus estrategias de intervención.

Los roles de género están totalmente definidos en la comunidad; el hombre en el campo trabajando, y emborrachándose con los amigos; la mujer en las actividades de la casa, las actividades fuera del hogar se restringen a tareas realizadas en su iglesia. Este patrón se repite con las hijas a quienes se les mantiene encerradas. La violencia tanto física como emocional es muy recurrente en la comunidad. Los pasantes se percatan de ello al trabajar con los adolescentes, quienes se inhiben, no hablan, ni participan y en ocasiones lloran en las actividades de grupo; la pasante se declara incompetente para manejar estas situaciones. Es muy claro en su texto que ante las manifestaciones de tristeza o enojo, no sabe qué hacer, pues en su entrenamiento no se abordan los aspectos emocionales. A partir de hablar de las emociones, la pasante reconoce que estas cosas mueven puntos esenciales de la vida de una persona, e identifica la relevancia de abordar la sexualidad ya que esta abarca aspectos físicos, psicológicos, emocionales de lo cual la gente no quiere hablar.

Percibe a la población como individualista, poco comprometida incluso con su familia, se señala a los demás pero no se es solidario con sus problemas, como es el caso de las mujeres golpeadas.

Una comunidad muy frustrada, con una cultura muy mala, el machismo predomina; no soportan que una mujer se pueda arreglar, que se sienta alegre, no soportan esas cosas las demás mujeres, son envidiosas, obviamente entra la hipocresía y los chismes al por mayor, horrible. Si me dijeran que describiera como tal el lugar donde estoy, es maravilloso, pero las personas son prepotentes; llegan y piden consulta demandándola de una manera muy grosera, a veces uno intenta ser amable, casi deja su dignidad al suelo pero la verdad es que a veces es imposible, llegan exigiendo el tratamiento como si ellos fueran los médicos (Leonor, 2006).

En este relato, al describir el “mal comportamiento” de la comunidad, se deja entrever que así es como se comporta el médico, en el paciente esto es censurado y quién observa cómo tratan ellos a las personas.

Estuve a punto de dejar el servicio, voy a decir textualmente lo que dicen, la doctora pasada era una enojona toda ñanga sin carnes, y esta se siente la gran cosa, porque está bonita, está bien culona, siempre se está riendo, es una loca, son situaciones en las que uno de repente ya no se siente a gusto, el hecho de estar en la comunidad uno se va con la ilusión o el pensamiento de: soy médico, soy quien los va a curar, los va a ayudar, me van a tratar bien y claro que no, fue exactamente lo contrario, me di cuenta que el hecho era que era mujer, ellos no lo aceptan muy bien. En todo este año que llevo allá, si me han propuesto 5 veces matrimonio ha sido poco, o quieren salir conmigo, que si quiero ser su novia, lo más extraño, son gente casada, finalmente uno enfrenta esa situación porque cómo me salgo de ahí, no hay otra forma. A veces le dan el ride [...], y es cuando empieza el acoso, finalmente el acoso es algo que uno siempre vive [...], sin embargo, en el internado fue cuando aprendí a darles la vuelta [...]. En la actualidad por eso en la comunidad no he tenido tanto problema, así, ay que cuándo nos vamos a comer, un día de estos nada más que no tenga trabajo, pero en realidad yo sé dentro de mí que nunca voy a ir pero darles la vuelta porque a veces son circunstancias difíciles y más cuando uno está allá solo. Soy una persona muy alegre, me gusta mucho bailar; sin embargo, jamás fui a los bailes, incómoda, insegura, digo no, finalmente no dejo de ser mujer, no tengo las fuerzas de un hombre, si me quieren hacer algo cómo me voy a defender [...]. Llegó un momento en que ya me quería largar de ahí, hablé con mi asesor médico, le explico la situación y me dice: qué raro que a las mujeres les esté pasando esto, porque eso les pasa a los hombres regularmente, algo ha de estar haciendo doctora, fijese cómo se comporta, y a estas alturas te faltan 2, 3 meses para salir, no voy a hablar ahorita con la doctora que es nuestra coordinadora, pero usted mejor échele ganas y fijese cómo se comporta. No doctor, si náda más a dónde llevo a ir es a la iglesia a mandarle mensajes a mi papá y a comer con la familia,

no salgo de la unidad, cómo me puede decir eso,” yo no sé doctora tú sabes tú vida, yo sólo te digo que te cuides”, dije: que gran apoyo, gracias, eso y nada es exactamente lo mismo. Cada fin de semana, yo ya nada más esperando que llegue... adiós, hasta nunca (Leonor, 2006)

El hostigamiento sexual presente claramente en la comunidad en donde esta pasante realizaba su servicio social es muy nítido, y aunque no con la misma claridad se deja entrever que esta situación también se presenta en los espacios académicos, reduciendo la gravedad de la experiencia por la cotidianidad con la que se presenta.

1.4. Tres momentos en que se cruza el tema de la sexualidad

Básicamente, tres fueron las vías de acercamiento al tema de la sexualidad, en el transcurso de su formación profesional: en los módulos de la carrera, específicamente en la especialidad de gineco-obstetricia, psiquiatría, y urología; el curso con una sexóloga en el módulo de gineco-obstetricia y, por último el curso de introducción al servicio social en el cual se programó un tiempo para hablar del tema.

1.4.1. La sexualidad en los módulos de la carrera

El momento en que se impartió algún componente sobre tópicos de sexualidad pudo haber coincidido en los siete jóvenes participantes; sin embargo, la heterogeneidad en sus recuerdos se da a partir de la relevancia que para ellos adquirió el tema a lo largo de su trayectoria profesional, esto se evidencia en los distintos relatos.

No recuerdo haber abordado temas de sexualidad, me acuerdo que en los módulos de ginecología vimos algo sobre aparato reproductivo femenino y un poquito de masculino, algo sobre fecundación, embarazo y luego al final en once cuando llevábamos el módulo de... psiquiatría, ahí empezamos a ver un poquito con los psiquiatras pero desviaciones sexuales, fases de una relación sexual y nada más fue todo lo que vimos a lo mejor un poquito de noviazgo, fue todo, en la carrera como tal hablar de sexualidad, no, no entra dentro de los módulos. Como

fueron los únicos contactos que tuve me quedé con lo de psiquiatría, con lo de ginecología no tanto, como tal los profesores de la universidad, no (Ana, 2006)

A lo mejor en el módulo de ginecología y obstetricia se veía un poquito pero igual se daba como sobre entendido del hecho de que pues si que tienes que tener placer y que no te deben de forzar y que eres libre de decidir cuántos hijos y no sé que... pero más como sobreentendido y más sobre patologías. (Susana, 2006)

Honestamente nada, los poquitos consejos que traigo de sexualidad, género los adquirí en el servicio social [...] en el IMSS tienen manuales de todo, hasta cómo ponerte la bata, en uno que va dirigido principalmente para los adolescentes, es de sexualidad para que no te sientas tú tan apenado, bueno no decir apenado, para que sepas más bien de qué se trata. No puedes enseñarle algo a alguien que no conoces, más o menos se trata de eso pero solamente hasta el servicio social (Luis, 2006)

En mis módulos nunca hablamos de sexualidad, así el tema sexualidad, ni en el módulo quinto que es parto, puerperio que es gineco, tampoco se hablaba de sexualidad. Se hablaba de genitales [...] básicamente de mujer porque el hombre no se embaraza [...] o sea todo lo médico pero así el tema sexual de cómo abarcar temas sexuales o más allá de lo fisiológico, no. Nunca tuve clases o así círculos de comentarios acerca de eso, obviamente con los amigos, pues sí, no sé en una reunión empezar a platicar y terminar hablando de sexo y experiencias o de lo que supo que le pasó a un paciente, pero así tema de hoy nos toca hablar de la relación disfuncional o una parafilia, nunca lo abordamos en las clases (Elba, 2006)

[...] me gustó mucho el de ginecología, porque uno empieza a conocer más el cuerpo como tal, pero lo malo es abarcan pura gineco-obstetricia [...] y lo más importante de la sexualidad dónde lo dejaron, porque antes de cualquier cosa, es

primero la sexualidad de la persona para que pueda haber una procreación [...] y es lo que no me gusta porque luego llegaban y me preguntaban, cuáles son las fases de la respuesta sexual, y yo así... cómo. La parte de la psicología sexual, que son cosas que serían muy importantes para nosotros lo dejan de lado, pero creo que hasta cierto punto todavía lo ven como un tabú o como algo que ya se sabe. Son temas que no se tocan en realidad, en ningún tema. Por ejemplo a mí me hubiera gustado que lo hubiéramos visto en medicina interna [...] pero jamás tocamos un tema de sexualidad en la gente mayor que sería algo importante, también en el módulo de la reproducción, uno pensaba que iba a ver algo más sobre sexualidad pero no, en realidad lo único... lo típico que se sabe, lo que viene en los libros, y hay cosas que no se aprenden en los libros directamente (Leonor, 2006)

Creo que lo que estuvo un poquito apegado fue cuando rotamos por neuro y en psiquiatría, pero cómo es posible que en psiquiatría te den tanto de eso, o sea, no, y era como para entender, porque las mujeres que tenían como tics, que se rascaban [...] pero ni siquiera me acuerdo, vea que tan insignificante lo vimos que ni siquiera me acuerdo cómo lo abordamos, y en gineco, son los únicos dos módulos donde lo hemos manejado (Linda, 2006)

[...] urología pues sí hablamos del tema de la disfunción eréctil, cómo se trataban; lo que implica ser urólogo porque tienen que hacer mil tactos rectales al día y son casi siempre señores los que van, los que son urólogos son hombres y van señores, al urólogo van pocas mujeres, casi todos van por hiperplasia prostática, en ese sentido llegamos a hablar de sexualidad pero de ahí para allá no, siempre era medicina, hablar del tema del paciente, que tenía cirrosis o que tiene secundariamente una disfunción pero no con el objetivo de ver el problema disfunción sino del ebc, de las consecuencias... En el servicio de urología, al menos ahí vimos que un hombre prefiere a un urólogo a una uróloga, a pesar de que es hombre y le va a hacer un tacto rectal porque es un tabú del... recto, por los homosexuales. (Elba, 2006)

El escaso abordaje del tema en los distintos módulos de la carrera, así como la limitada profundidad para su comprensión remite inevitablemente a la negación o irrelevancia. Lo que se señala como sexualidad en la formación profesional se relaciona con aspectos de la reproducción, y con enfermedades relacionadas con los genitales, no más allá de lo fisiológico o lo médico. Cuando se llega a hablar del tema es con los compañeros y en espacios informales, no se da de forma abierta ni espontánea. Las experiencias personales en cuanto a la sexualidad podrían surgir después de tocar otros temas, no se pregunta directamente. Lo que se llega a hablar más es de las experiencias que viven los usuarios de los servicios.

Sólo tengo el caso de un paciente que tiene disfunción eréctil pero porque tiene diabetes, él está preocupado porque no sabe qué hacer, porque se siente joven y tiene a su pareja, a él específicamente lo he orientado que hay medicamento que lo puede tomar pero que tiene que ir a visitar al urólogo, y ya le resolverá sus dudas, porque yo le puedo indicar el medicamento, pero tiene que hacer una serie de estudios para ver si no es otra causa que no sea la diabetes. Lo más seguro es que sí, porque esto es lo frecuente, bueno común porque ahí sólo conozco que él me lo haya mencionado, pero este señor es de los que si son abiertos (Elba, 2006)

Cuando el tema relativo a la sexualidad surge es en el servicio de urología, pero enfocado a una patología, como es el caso de la hiperplasia prostática, o bien como un aspecto secundario a algún padecimiento, como es la disfunción eréctil presente en enfermedades como la diabetes o cirrosis. En este contexto la sexualidad no se aborda por sí misma, ni por el impacto que pueda tener en la vida del paciente. Ello producto del aprendizaje que se imparte a los pasantes en la universidad. Si estos temas están ausentes en los contenidos de los módulos de la carrera, es lógico que no estarán presentes en el momento de que se interroga a los pacientes sobre su sintomatología.

La carencia de conocimiento sobre el tema se constituye en otro aspecto que coloca no sólo a estos jóvenes en una situación desventajosa, sino también a los usuarios de los servicios, particularmente cuando la opción que a estos últimos se les

ofrece, consiste en solicitar la atención de un especialista (sexólogo). Esto resulta muy complicado debido a la inaccesibilidad, sea por lejanía, porque en los centros de salud no se cuenta con este tipo de atención, o por los altos costos que ello representa.

El tener la oportunidad de hablar de aspectos de sexualidad con los pacientes, se asocia con la apertura de éstos para abordar el tema, restando relevancia a la dificultad del propio personal de salud para introducir este aspecto en el interrogatorio, o en la consulta. Así, se deja la responsabilidad de esta incapacidad exclusivamente en el paciente. Asimismo, emerge el aspecto del género cuando se hace referencia a las especialidades, exponiéndose el caso del urólogo, quien en general atiende a los hombres, como si la mujer no tuviera la posibilidad de presentar algún problema urológico, estos posicionamientos se hacen extensivos a las vivencias de los mismos pasantes.

[...] el abordaje clínico es básico porque estamos ahuyentando a nuestros pacientes, y no nos damos cuenta, sobre todo lo que es el aspecto femenino con los médicos hombres, no de en balde una mujer siempre busca una ginecóloga, está mal que yo lo diga, yo soy médico pero si a mí me pones a una ginecóloga y un ginecólogo, tonto que soy médico, iría con una ginecóloga, porque me sentiría más cómoda con una mujer. Sientes que te entiende más, sabe qué desnudarte, quitarte la ropa, sabe dónde tocarte, donde no te va a lastimar, porque en eso lo hombres son de verdad brutísimos, meten todo el puño ahí, cuando están haciendo una exploración. Tú como mujer cuando estás explorando a otra mujer, estás haciendo un tacto, sabes hasta donde, dónde duele, tal vez porque tú eres mujer y un hombre, no, tiene menos tacto para hacerte una revisión, por eso surge la visualización esa que están haciendo ahorita las enfermeras, malo para mis compañeros hombres porque no van a aprender a hacer una visualización, o a lo mejor en teoría saben lo que es, pero no es lo mismo a que tú metas un espejo, saber si el cervix está posterior, leerlo es bien fácil pero aplicarlo... (Linda, 2006)

1.4.2. La sexualidad desde el enfoque de la sexóloga

Otro de los acercamientos a la sexualidad que tuvieron los pasantes en la carrera, se presentó a través de los ojos de una sexóloga, en una situación especial; ya que ésta impartió un curso abordando el tema por invitación de uno de los profesores del módulo de ginecología, no porque el tema estuviera incluido en el programa. Así, la oportunidad de que los jóvenes recibieran esta información dependía del profesor responsable del módulo.

De sexualidad sólo tuve un curso como de dos meses [...] fue con una sexóloga; un curso muy interesante porque hablamos de parafilias, de la sexualidad natural, libre, de llevar a cabo nuestros deseos, pero fue la única vez que abordamos el tema y fue porque el doctor que estaba a cargo de mi módulo conocía a la sexóloga y nos lo permitió, pero básicamente nunca hablamos del tema de sexualidad, y cómo abordar la sexualidad de un paciente, básicamente eran las patologías o si acaso la disfunción sexual, o algún problema que es más común que vayan a un servicio (Elba, 2006)

Nada más recuerdo un trimestre en el que sí, inclusive nos mandaron con una sexóloga y nos hicieron que tomáramos clases con ella, me parece que fue en segundo o tercer trimestre de la carrera... ella más o menos nos habló de qué era la sexualidad y el sexo [...] en realidad fueron como 11 sesiones [...] y un trabajo final donde teníamos que escribirle, la sexualidad es esto, y el género es esto, pero eso igual, lo sacas de los libros. Así como abordar en serio, de a ver vamos a hablar de sexualidad y cómo puedes abordar tú, la sexualidad con un paciente o en tu propia vida, no (Susana, 2006)

Se habla de enfermedades pero no de sexualidad, ni de cómo abordar el tema con los usuarios de los servicios de salud. En la literatura se identifica que el tema ha sido cubierto desde la perspectiva médica y clínica, desde este enfoque no se hace

referencia a los sentimientos, ni a los afectos y mucho menos a los significados⁸⁹. Por tanto, la integración de estos elementos en el discurso queda de lado, debido a que ni los médicos, ni los usuarios de los servicios reconocen su trascendencia. Los primeros no exploran esta área; los segundos, por tanto no aportan información al respecto. Así, todo lo que se salga de los límites de lo biológico queda excluido del campo de interés de la medicina.

La valoración positiva que se asigna al curso de sexología impartido a algunos de los pasantes durante la carrera, marca la necesidad de estos profesionistas de ubicar un aspecto que les permita identificar qué es la sexualidad, no obstante que se haga a partir de patrones establecidos de comportamiento, como lo destaca Foucault (1991) en el sentido de que la sexología al tratar de comprender las conductas sexuales, a lo que llevó fue a normarlas, de esta manera todo lo que queda fuera de esos parámetros se enfoca como desviado. El curso puede resultar de utilidad si rompe con el esquema tradicional de enseñanza de temas en el ámbito médico.

Igual el curso con la sexóloga fue un buen curso porque fue de orientación, pero sí pondría el curso de cómo capacitar a personas en sexualidad, y cómo abordar temas de una forma que ellos aprendan sin necesidad de sobreentenderse que lo tienen que hacer, o sea, abordar el tema de sexualidad sin meterse en problemas de valores o creencias, con lo que yo siento o lo que yo crea... Supongo que funcionaría bien en pláticas de mesa redonda respecto de dudas, sin tabúes, o con el prejuicio, yo digo que esto está bien o mal, ya alguien más va a opinar que no y.... llegar así como que pues sí, pero a lo mejor sería que hagas esto porque se ha comprobado, o con la experiencia que yo tengo pues funciona mejor que des el tema de tal forma, entonces eso ayudaría mucho a... al menos a la capacitación que tenemos que llevar a cabo en el servicio social (Elba, 2006)

Una primera reflexión sitúa el discurso sobre sexualidad como un aspecto que podría trascender como parte de un proceso común en la vida de toda persona, sin

⁸⁹ Aspecto que conlleva un componente cultural importante.

poner especial énfasis en la necesidad de su abordaje, pero en un segundo momento la sexualidad se problematiza como resultado de los valores y creencias, siendo que estos en sí mismos constituyen las diversas formas de mirar y vivir la sexualidad en cada cultura. Esto para los jóvenes ha representado enfrentarse a situaciones complejas. El problema no es la sexualidad en sí, si no el choque entre las diferentes miradas, partiendo del patrón impuesto por disciplinas como la medicina, que marca los lineamientos de normalidad. Se destaca la necesidad de abordar estos temas sin prejuicios, sin tabúes pero una vez más sobresale el hecho de hacerlo para cubrir los requisitos del programa de capacitación del servicio social.

1.4.3. El curso de inducción

Como parte del entrenamiento que los jóvenes pasantes reciben al responsabilizarse de las unidades de salud donde realizan su servicio social, está la asistencia a un curso de inducción, cuyo objetivo consiste en brindarles capacitación en el manejo administrativo. En el caso de los pasantes asignados a la zona de Zacualtipan sur en Hidalgo, también se les incluyó un curso de sexualidad, para lo cual se les congregó en un hotel, durante dos días de trabajo intensivo. Las actividades iniciaron a las 8 de la mañana y finalizando a las 11 o 12 de la noche⁹⁰; dicho curso fue impartido por un promotor de acción comunitaria⁹¹ de la región.

Los jóvenes pasantes hacen referencia al curso de sexualidad como relevante, debido a que en cada unidad de salud, existe un Centro de Atención Rural Adolescente (CARA); en donde como parte de sus actividades programadas tienen que impartir a los adolescentes pláticas sobre temas de sexualidad. Ante lo cual los pasantes se reconocen con carencias de información que les permita manejar los diferentes tópicos. Estos se concentran en tres módulos, cuyo nivel de complejidad se dificulta conforme se va avanzando en el temario; los jóvenes que asisten y cumplen con las actividades programadas en el paquete, se convierten en jóvenes graduados.

⁹⁰ Es interesante destacar las diferentes percepciones respecto a la duración de este curso; hay quienes señalan que se realizó en dos días, otros que fueron tres y otra parte del grupo señala que el éste se impartió en una semana.

⁹¹ Este promotor ha tomado cursos de sexualidad; y ha puesto un interés especial en capacitar al personal de salud, en su jurisdicción.

Algunos de los aspectos que se contemplan en dicho programa son: órganos genitales, valores, derechos sexuales de los adolescentes, violencia familiar, métodos de planificación familiar, autoestima, erotismo, noviazgo, embarazo aborto, género, orientación sexual, juegos y juguetes sexuales. Esto define la variedad de tópicos que requieren ser preparados y expuestos a los adolescentes de la comunidad. Asimismo, refleja la variedad de experiencias vividas por los jóvenes pasantes, derivadas de las actividades realizadas durante el periodo en que cumplen con el servicio social. La sexualidad para estos jóvenes resulta algo desconocido, ya que, no obstante que estos tópicos no son abordados durante su entrenamiento profesional, requieren ser cubiertos en los programas dirigidos a los adolescentes. Esta situación lleva a los pasantes que van saliendo de la etapa de la adolescencia, a confrontarse con inquietudes semejantes a las que ellos experimentan en su vida cotidiana, lo cual los lleva a reflexionar sobre su actuar como profesionales en este campo de la medicina.

En el caso de estos pasantes, el hecho de estar en Centros de Salud integrados al IMSS⁹², los coloca en situaciones que les generan contradicciones, ya que en estas instituciones se deben promover programas de educación sexual. Este hecho lleva a los pasantes no sólo a cuestionar el nivel de conocimientos que tienen sobre el tema, sino también su postura personal ante las diferentes expresiones de la sexualidad, observadas en las poblaciones que asisten. Esto remite a la forma en que se ha abordado la sexualidad como un aspecto eminentemente biológico⁹³.

[...] te sacan todo lo que traes adentro en ese momento, lo que te hace llorar, que te hace sufrir, lo que no te puedes permitir pasar, pero un curso no se da en dos días y menos todo lo que abarca la sexualidad, todo nos los dieron así, chus, y si no ha sido por eso, la verdad es que quién sabe cómo abordaríamos los temas. Sí, es un rollo muy difícil y no hay nadie que te oriente, tú mismo sabes que no

⁹² Sería importante conocer la visión de otros pasantes que no trabajaron en las instalaciones del IMSS, que no tuvieron que dar las pláticas a los adolescentes del CARA, esto para ver cómo enfrentan la situación. Puede ser que aquellos que no pasaron por esta experiencia, el tema de la sexualidad les resulta menos confrontante en todos sentidos.

⁹³ Aquí también faltaría explorar cuáles son esos mitos o creencias que piensan les están inculcando a la población.

estás preparado, no estás convencido, no es como poner una inyección que sabes va en el cuadrante superior, no. La sexualidad es otro rollo y cada quien lo ve en base a cómo lo vivió, a lo que trae atrás, pero de eso a nada [...]. El tema de erotismo ni lo di, ni sé cómo se aborda porque no lo vimos, ese yo me lo salté, si a mí me cuesta trabajo lo que sería el término erótico, luego, luego pienso ¡ay! película porno, erotismo [...] (Linda, 2006)

[...] en realidad lo que les interesa a los de oportunidades es que reportes adolescentes graduados, les vale lo demás. Tengo compañeros que no dan pláticas a sus adolescentes, nada más lo marcan ahí en el papelito, porque es quitarse un problema de encima. Otros compañeros están en la misma situación que yo, que sí les damos los temas, [...] tú cómo trataste este tema; hice esta dinámica y los puse a hacer un dibujito y les fui sacando ahí la plática, y más o menos quedó entendido, pero luego te das cuenta que en sí, no sabes, bueno al menos a mí, sí me hace falta como que llegarles más porque les hice un examen y salieron así, catastróficamente reprobados todos. Cuando platicas con ellos sí te entienden, pero no saben cómo expresarlo. Y digo, si yo no sé cómo expresárselos y se los estoy tratando de dar a entender, ellos mucho menos van a saber cómo expresármelo aunque sus cerebritos más o menos lo entiendan, se dificulta. Hay temas, por ejemplo, ese de sexualidad, de noviazgo que traen un asterisquito y dice: este tema deberá ser dado por un sexólogo, y de dónde voy a sacar un sexólogo aquí, entonces tú dices, ni modo, lo lees tú del libro y lo vas sacando y ya tú se los das a ellos (Susana, 2006)

[...] cada mes tenemos una reunión de médicos y el encargado de darnos los temas de sexualidad para llevar al CARA nos ha dado noviazgo, enamoramiento, valores y autoestima; es lo único que nos han dado y con eso tenemos que llevar los módulos, son 54 temas. Y no nada más consisten en eso [...] para pasar a uno, hay que cursar todos los temas, pero cada vez se van complicando más porque primero son sencillitos: métodos anticonceptivos, órganos reproductores, valores, autoestima, fisiología, pero después les tienes que hablar de erotismo,

juguetes sexuales; cómo van a llevar un proyecto personal y cómo deben de involucrarse en su sexualidad [...] (Ana, 2006).

[...] aprendí muchas cosas que no sabía y eso que soy médico, hay cosas que a veces uno dice, bueno... sí tengo el concepto pero no es lo mismo, porque se realizaban una especie de prácticas en las cuáles uno aprende a conocerse a sí mismo, la propia sexualidad para poder ayudar a los demás, y obviamente con las dinámicas uno se da cuenta que tiene muchas barreras en cuanto a la sexualidad, pueden ser experiencias que pueda haber tenido uno anteriormente. Si en una semana todo lo que pudieron lograr, pues en un trimestre mucho más, creo que eso nos ayudaría a poder comprender a nuestra población [...]. Todo esto que hemos ido aprendiendo en el servicio social sobre la sexualidad, todo lo que nos enseñaron porque son cosas que nos sirven a nosotros, y ya una vez que lo podemos digerir, podemos ayudar a las demás personas para que puedan superar todos los problemas que lleguen a tener. Claro que obviamente estamos muy limitados porque finalmente no tenemos una especialidad en ello, y no sabemos exactamente en qué forma conducirlos para poderlos ayudar a superar ese tipo de problemas, pero nos ayuda para mínimo orientarlos y poderlos derivar con alguien que tenga la capacidad para poderlo hacer (Leonor, 2006).

Aquí se presenta una visión más amplia en donde se incluyen los temas de violencia sexual como problemas enfocados con la sexualidad, no se reduce a la simple visión biológica. Mientras la información va encaminada a los aspectos biológicos la cuestión se visualiza como fácil, el problema inicia cuando los temas que hay que abordar están enfocados a un aspecto integral, en donde se incluyen otros factores, entonces la sexualidad deriva en algo complejo más aún, cuando su abordaje va más allá de la mera fisiología, o rebasa el aspecto reproductivo, emerge entonces la dificultad para abordarla. Para los jóvenes pasantes todo ello representa desconocimiento, confusión y complejidad, particularmente cuando hay que hacer referencia a los temas desde la perspectiva social y cultural, o bien en el momento de destacar el aspecto placentero de la sexualidad, eso se torna aún más complicado.

El tema más allá de una perspectiva fisiológica se desconoce, se anula su presencia en el individuo, al mismo tiempo que a la población se le clasifica como penosa o ignorante. La perspectiva de que la sexualidad es un proceso social y culturalmente construido queda anulada en el discurso del médico. El desconocimiento de cómo manejar el tema se hace evidente también en el personal de salud adscrito.

No nada más los pasantes, los médicos de base también, porque en las reuniones preguntan mucho; cómo vamos a decir eso, pero de qué se va a tratar y ya el promotor, es esto, esto, ¡ah, bueno! Los médicos de base llevan muchos cursos pero de sexualidad no se imparten mucho, más bien son de actualización (Ana, 2006)

La confusión que produce la información que se da en los cursos de capacitación se evidencia con lo que plantea esta pasante. La idea de que la sexualidad es algo más integral se refleja en la cita siguiente donde la entrevistada manifiesta que si ella supiera dar bien estos temas esto repercutiría en una mayor autoestima, menos embarazos y violencia. Esta es la visión integral del tema que se desconoce cómo manejar.

A mí no me gusta hablar de un tema, porque yo sé que aunque los adolescentes estén dispersos en algún momento se les queda algo de lo que dices; en algún momento lo van a aplicar a sus vidas, y si tú les estas dando un mito o algo que tú crees y no está bien, entonces al ratito ellos lo van a empezar a aplicar a su vida y si están mal les va a ir mal en su vida, y si está bien mucha suerte tuvieron [...]. Por eso no me gustan los temas que dan, porque ni siquiera te dan una bibliografía o algo de donde informarte, o por lo menos, ¡ah! lo saqué de tal parte, cómo sé que él no me está transmitiendo sus mitos, ideas y creencias [...] Si a mí me enseñaron estos temas, cómo abarcarlos, si yo los supiera aplicar bien en los adolescentes, creo que habría un poquito más autoestima, menos embarazos y

enfermedades de transmisión sexual entre adolescentes, menos violencia [...] (Ana, 2006).

Es muy clara la falta de información que se tiene respecto a estos temas, además se hace evidente las dudas que emergen respecto a transmitir información errónea, producto de sus valores y creencias. Asimismo se reconoce el impacto negativo que ésta pueda tener en los jóvenes adolescentes de la comunidad, al tomar decisiones basadas en información incorrecta. Se evidencia la responsabilidad que se siente de abordar estos temas sin contar con los recursos suficientes que les permitan una comunicación espontánea. Se pone énfasis en la idea de transmitir mitos y creencias en lugar de dar información verdadera.

La carencia de herramientas para el manejo de grupos, aunado a la dificultad de abordar el tema tomando en cuenta otros aspectos que vayan más allá de lo biológico, los coloca en una situación de gran vulnerabilidad. Ello se evidencia cuando expresan su incapacidad para defenderse, ante lo que perciben como un eminente ataque, esto es las preguntas sobre el tema que plantean los adolescentes de la comunidad; estas expresiones denotan la ansiedad que el tema les genera.

Eso también es importante, me voy a parar frente a ti, pero si yo no sé manejar un grupo, no voy a poder hablar de nada, y menos de sexualidad que es un poquito más complicado por las creencias de la gente, y por lo que ellos van a pensar, y por cómo me van a cuestionar, y por cómo me van a tratar y me van a empezar a atacar posiblemente. Yo cómo me voy a defender y cómo voy a hacer que ese grupo no se me salga de las manos, entonces sería bueno, que también impartieran un poquito eso de manejo de grupos (Ana, 2006)

La sexualidad en su campo profesional representa una situación de conflicto, de cuestionamiento, de agresión. Esto significa penetrar en un campo desconocido al que no se sabe cómo se va a enfrentar. La sexualidad resulta complicada por las creencias que se tienen alrededor de ella, aquí sí se valora como algo estructurado

por la población, no como algo natural. Hay una dificultad para entender qué están queriendo significar con sexualidad, lo que sí parece estar claro, es que ésta representa un evento del que hay que defenderse como médico, resulta ser una amenaza sobre todo cuando la sexualidad se aborda lejos del espacio del consultorio.

Afortunadamente (refiriéndose a las pláticas) no me mandaron antes a darla porque con ese rollo que yo traigo, le hubiera dicho a la gente, todo el rollo sexual tiene que ver con las relaciones, y no, [...] pero no lo entiendes hasta que lo haces. El problema aquí, es que lo estás leyendo y lo estás viviendo al mismo tiempo, no lo leíste, lo asimilaste y luego lo aplicaste, no, aquí lo leíste y lo vas aplicando, entonces es muy difícil, muy pesado porque hay muchos términos que no asimilas, entonces en lo que lo estás entendiendo, la plática es mañana a las 9 y a ver cómo le va y luego a parte que das la plática, te empiezan a bombardear con preguntas. Sí, hay veces que es más honesto decir, no sé, lo voy a averiguar [...], entonces hay términos con los que no estamos asociados, los lees, los ves, pero no lo practicas entonces cuando te preguntan, no tienes ni idea, o sea hay muchas cositas con las que estamos viviendo muy rápido, a ver la sexualidad es esto, toma y ahora ve y aplícalo, y ahora ve y has dinámicas, nunca en la vida hemos hecho una dinámica, jamás, ¡por Dios! Trabajar con un grupo de gente y tener la responsabilidad de ir a llevar la información de algo que no conoces, es bien pesado. No tenemos chance de ir comprendiendo lo que tú vas a decir, no, es a lo que entiendas y lo lleves (Linda, 2006)

Una aportación importante que plantea Linda es el reconocimiento de la responsabilidad que contrae el médico tanto en los espacios clínicos, cuando atiende a los usuarios de los servicios de salud; como en el ámbito académico, en el proceso de formación de otros profesionistas, para no desestimar la trascendencia de abordar estos temas. Este deber va más allá de retomar estos tópicos en las pláticas con la comunidad, implica la introyección de un discurso distinto que se refleje en el trato con los otros; sean compañeros, usuarios de los servicios o gente de la comunidad.

Asimismo, señala que el argumento del promotor es que si no tienes definida una postura al respecto de cada tema, no puedes abordarlos en la comunidad. Por ejemplo, cómo hablar del aborto o de la diversidad sexual, si se tiene una postura en contra.

[...] el sólo hecho de escuchar esos términos, antes lo oías y dejabas que pasara, pero ahorita [...] escuchas que uno le dice al otro, cállate tú, gay. A ver explícame ¿qué es gay?, cuando tú le cuestionas haces que ya no se utilice en forma despectiva, o cuando haces tus dinámicas, a ver qué pasaría si tú fueras homosexual [...] qué pasaría si nadie de nosotros te queremos hablar, entonces les pones a ellos a vivir, a respetar. Tú aprendes primero que tú debes respetar a las demás personas aunque no coincidan en lo que tú piensas [...], si tú no respetas, cómo pretendes enseñarle a los demás a que respeten su diversidad. Ahorita ya tú respetas, escuchas y trasmites esa parte de respeto, por lo menos que esos términos ya no se utilicen de forma despectiva ¡maricón, cállate!, escuchas y te regresas a buscar al adolescente, ¿cómo le dijiste a tu compañero? maricón y ¿qué significa?, ¿por qué le dijiste así? demerita para ti, los empiezas a cuestionar, pobres niños de veras, rojos como jitomates, y no utilizan los términos, pero ya como que defiendes todo eso que vas aprendiendo (Linda, 2006)⁹⁴

Para Linda este curso marcó una diferencia importante entre aquellos pasantes que asistieron, y quienes no. La relevancia del curso de sexología se destaca como un medio que permita a los jóvenes reflexionar sobre aspectos en los que comúnmente no se piensa, como lo expone una de las pasantes.

Seguridad en sí mismos, en lo que son, lo que hacen, lo que expresan, para eso les serviría, para conocerse un poquito más, saber sus debilidades y a lo mejor

⁹⁴ Linda habla de hacer respetar los derechos de los demás y cosas como las que relata de cuestionar a los adolescentes, lo repite en su casa. En su discurso se denota un respeto por el derecho de los otros, tanto de los adolescentes a los que les imparte pláticas, como a los usuarios de los centros de salud, en el tiempo de consulta.

reforzarlas. A mí no me incomodaron cuando me las aplicaron; porque me empecé a analizar. Por ejemplo, nos ponían una dinámica de discapacidad y sexualidad, nos ponían a hacer nuestro proyecto de vida, verlo y después nos discapacitaban, nos dejaban ciegos, cojos o sin manos y luego decían qué van a hacer ahora con su proyecto de vida [...], o nos hablaban de... género y orientación sexual, nos dividían, ustedes son los homosexuales y nosotros los heterosexuales y ahora los vamos a desprestigiar y les vamos a decir.... habla cosas que te hacían sentir horrible; te pones en el lugar de la otra persona y sí te cambia un poquito la perspectiva y en alguna te hace tener más seguridad en ti mismo, y en lo que eres, yo creo que sí les servirían, pero es un poco difícil aplicarlas. (Ana, 2006)

En la interacción con los jóvenes pasantes, al hacer referencia al curso de capacitación, describen algunas experiencias personales que denotan la connotación que asignan a la sexualidad; ésta se percibe como un componente presente a través del desarrollo personal. La carencia de un espacio para la reflexión y asimilación de esta visión, les impide manejarlo en esos términos con la población. Por tanto, como es el caso específico de Ana, se presenta una disociación, cuando plantea que, aun cuando considera que la sexualidad es un proceso que compromete el desarrollo personal, que requiere de una reflexión profunda, no tiene la habilidad de manejarlo desde esta perspectiva con la población, en su lugar de adscripción. Esto lleva a repetir el esquema a través del cual la sexualidad se identifica como algo teórico o superficial.

Es muy interesante identificar que los ejercicios que hacen sobre el sentir de una persona con preferencias sexuales distintas o con alguna discapacidad, en el curso de capacitación, los lleva a la reflexión no sólo de su propia sexualidad⁹⁵ sino también la del otro; lo que guía a estructurar una perspectiva integral. A pesar de ello

⁹⁵ La reflexión también se hace extensiva a mi persona pues en algunos momentos a lo largo de esta investigación no ha sido sencillo ver la sexualidad como un proceso que trasciende la vida cotidiana, máxime cuando su manifestación se asocia con la violencia sexual, o con las condiciones de marginación en que vive la población.

les es difícil transmitir ese patrón a la población, porque no se ha logrado la transformación total de sus propios esquemas de significar la sexualidad.

Vale la pena destacar que la sexualidad entre los jóvenes pasantes se comprende a partir de comportamientos diferentes o situaciones extremas como es la homosexualidad o la violación sexual, o bien las discapacidades; que rompen con los parámetros de normalidad, pero la sexualidad como parte de la vida cotidiana no se logra percibir, tampoco las repercusiones, ni el impacto que tiene en hombres y mujeres el no hacer referencia a estos temas. Ello tiene como consecuencia la indiscutible negación de su presencia en la vida cotidiana de la población.

La sexualidad es algo disociado, hace referencia a dos mundos, de acuerdo con Gail Hawkes (1996) la distinción entre el significado social positivo y negativo no es lineal y por ende, frecuentemente contradictorio. En compañía de gente joven, particularmente en un contexto caracterizado por una fuerte diferencia social, hablar de sexo puede ser difícil y penoso, más aún, cuando oficialmente es sancionado, como ocurre con los programas de educación sexual en el país.

1.5. Dicotomías

Lo que emerge en todas estas vivencias son una serie de dicotomías que obligan a estos jóvenes a transitar de uno a otro polo; ello representa conjuntar una serie de conocimientos y experiencias tanto personales como profesionales. Este hecho dificulta mantener una postura, pues ni el mundo en el que se mueven, ni la realidad son precisas o tangibles. Así, se encuentran con una serie de disyuntivas difíciles de sortear, cuando se insertan solos por primera vez en su campo profesional. Esto se desencadena producto de las acciones que deben afrontar, para las cuales manifiestan no estar preparados. A continuación se resumen algunas de las principales dicotomías emergentes en este trabajo.

- ***Hablar o no sobre sexualidad a los adolescentes en la comunidad.*** La inquietud que aquí se genera deriva de la incertidumbre respecto a: si al hablar del tema con los adolescentes, los incita a iniciar su vida sexual. Por

otra parte, se asume que la información es el primer eslabón para prevenir consecuencias no deseadas al inicio de la vida sexual, ésta también se constituye en el factor principal para establecer una responsabilidad en la vida sexual, visión muy alejada de la realidad que describen los jóvenes pasantes.

- **Alumno medicina - profesional médico.** Aquí cabe muy bien el discurso de Susana en donde expone que cuando eres estudiante tienes que comportarte de cierta manera. Asimismo, los pasantes se enfrentan a un campo de acción, cuando empiezan su servicio social, donde ya son profesionistas, y automáticamente del día a la noche tuvieron que enfrentar esa responsabilidad, dejaron de ser dirigidos para dirigir. Sin embargo, hay dificultad para asumir la responsabilidad de hablar sobre temas de sexualidad. Se cuestionan sobre los mensajes que transmiten a la población. Por ejemplo: “tienes el derecho de tener relaciones sexuales, pero mejor no las tengas”. Así los mensajes que se envían suelen ser contradictorios.
- **Placer – reproducción.** La disonancia se origina por los valores morales establecidos que sitúan a los pasantes en un estado de indefensión. ¿qué hacer? ya que la decisión que se tome puede generar diferencias con la comunidad. Esta visión puede estar más apegada a la percepción de los pasantes que a las de la misma población, esto nos lleva a otro espectro, el de la realidad frente a la fantasía. Se sueña con una relación apegada a los cánones: casarse, vivir en pareja, tener una familia; sin embargo, la realidad de muchos jóvenes en la sociedad los llevan a establecer relaciones forzadas, en la mayoría de los casos como consecuencia de embarazos no deseados.
- **Sexualidad libre - posturas morales y religiosas.** Una vez más subyacen los mensajes socialmente establecidos; la sexualidad se puede vivir, pero en una relación formal y decente, de otra manera lo tienes que vivir en lo oscuro y en un marco de restricción como lo señala Foucault (1991), el caso de marginar el placer a espacios como los burdeles.

Un aspecto de la confrontación de las ideas radica en el camino que ha llevado a la construcción de estos argumentos, y a la construcción en sí misma del significado.

Los aspectos que interactúan se originan en la experiencia adquirida en su vida sexual. Así, la vida personal, la información que se tiene, la necesidad de un marco estructural; como son las políticas de salud de las instituciones, a través de las cuales se imponen prácticas sobre el tema, tanto al personal como a los usuarios de los servicios, además de la información que reciben en su formación profesional, son elementos que se conjuntan para la conformación de los significados.

La sexualidad, en primera instancia se resignifica a partir del inicio de la vida sexual, pero también cuando los jóvenes pasantes se confrontan con otras formas de ejercer la sexualidad, contrarias a los patrones socialmente reconocidos.

1.6. Impacto de la investigación en los jóvenes

En la sección de metodología señalé la relevancia de dar presencia e identidad a los participantes de esta investigación, siguiendo con ese fin, no quiero dejar de mencionar las expresiones de aprobación manifestadas por los jóvenes ante el tema de esta investigación. El reconocimiento parte de la oportunidad que tuvieron de estar en un espacio donde fueron escuchados tanto como personas, como en su rol de profesionales de la salud; asimismo, destacan la relevancia de hablar sobre un tema tan complejo, como necesario para su vida y para la población con la que se vinculan en su campo disciplinario. Se congratulan por la idea de que sus experiencias puedan sentar las bases para mejorar los contenidos en la carrera de medicina, y sea este el principio de una cadena de acciones que lleven a posicionar el tema en las agendas de salud del país. Un ejemplo de esto se describe con un fragmento de la entrevista a Linda.

Por lo menos ahorita me da gusto que alguien se preocupe por lo que nosotros vivimos, porque hasta ahorita no hay nadie que te pregunte. ¡Oye! ¿cómo te fue en el internado?, no valen tus compañeros porque son de chocolate y es lo mismo que nosotros, pero alguien externo que llegue y te diga, ¿cómo lo viviste? ¿qué problemas tuviste? No. De hecho aquí mismo cuando son la promoción de la plaza de pasante, este mes me mandaron a mí porque el jefe no pudo venir y la doctora,

no sé cómo se llama, me decía: pero por qué tú, por qué no vino tu jefe, yo decía mire doctora es mejor que venga un pasante, que sabe cuántas horas haces, cuánto te pagan, que tiene tu unidad, a que venga un médico que nunca se ha ido a parar en la unidad, ni verme ahí, entonces entre nosotros podemos hablar de cómo están las unidades pero nunca nadie de los foráneos vamos a llamarlo así te pregunta, ¿oye a qué te enfrentas? la asesora pregunta ¿qué problemas tienen con sus unidades? pero nunca a nadie se le ha ocurrido decirles, ella se refiere a problemas, no sé, me peleé con la presidenta municipal, me quieren correr del pueblo, me robaron, pero el aspecto de los temas, nadie, nadie, creo que ni nosotros mismos, nos habíamos percatado de qué nos faltaba o de que no conocíamos de sexualidad tanto como deberíamos, no como deberíamos sino como necesitamos saber para cumplir las metas, los programas, para poder resolver dudas de la gente, no te percatas hasta que lo vives. A lo mejor yo puedo decir ahorita, no, yo no necesito un teléfono, pero cuando estás lejos y te necesitas comunicar con tus amigos, no, sí lo necesito, aquí sucede exactamente lo mismo, no te das cuenta de todo lo que te hace falta como médico hasta que estás ahí, te dices ¡ay no sé cómo decirlo! ¿cómo le hago?, ¿cómo le digo? ¿qué le contesto? haré bien, haré mal, no sé y cuando alguien te respalda todo eso, dices bueno, yo ya lo estudié, a mí me enseñaron, me dijeron, lo viví, es más fácil poder expresarte. Deberían de interesarse más (risas) en cómo nos va, o qué es de nosotros (Linda, 2006)

En el texto anterior se reflejan las inquietudes que el tema genera a los pasantes; la dificultad que han tenido para lidiar con su propia sexualidad y con la de los usuarios de los centros de salud, así como con la de la población en las distintas comunidades.

VIII. Conclusiones

Como ya ha sido señalado, el propósito de esta investigación estuvo centrado en profundizar sobre los significados que los jóvenes pasantes de la carrera de medicina confieren a la sexualidad en el marco de su práctica profesional, este tema resulta de gran relevancia para comprender la mirada bajo la cual entienden los procesos ligados con el tema, ya que ellos son el eslabón para acercar los servicios de salud a las necesidades de la población. En esta investigación resulta sorprendente el nivel de capacitación en sexualidad que los jóvenes demandan ya sea explícita o implícitamente, tanto para su desarrollo personal como profesional.

En este primer acercamiento a los significados de la sexualidad de los pasantes de medicina, se hace evidente la carencia de espacios tanto en la universidad como en las instituciones de salud para la reflexión y discusión sobre el tema. Este hecho no sólo limita la comunicación con los usuarios de los servicios, también dificulta la puesta en marcha de programas de prevención y promoción de la salud, acciones que se le exige cubrir al profesionalista con el propósito de impactar en la salud sexual y reproductiva de la población. Aquí, se presenta un dilema referido a cómo podrá el médico cubrir estas demandas, si carece de habilidades para comprender y aproximarse a la sexualidad de la población.

En el contexto descrito es imprescindible anotar la serie de dificultades con las que se enfrenta el pasante en su campo de acción, cuando el tema de la sexualidad emerge, específicamente en dos niveles: poblacional e individual; en el primero se destacan las diversas prácticas sexuales que se viven en cada comunidad, esto en sí no representaría ningún problema, sino fuera porque se alejan del modelo cultural estructurado en el pasante. Esta condición aunada a la carencia de instancias que faciliten la atención integral agudiza el problema, así lo hacen constar los jóvenes cuando ante la presencia de violencia familiar o sexual, la comunidad no tiene acceso a servicios con especialistas que puedan atender las consecuencias de estas violaciones, tampoco están accesibles las instancias legales que defiendan los derechos humanos y sexuales de las víctimas.

Por otra parte, las dificultades a nivel individual están dadas por la confrontación sistemática que los pasantes experimentan tanto en lo personal como en su rol de médicos al enfrentarse a un campo desconocido, la sexualidad que trasciende la esfera de lo teórico y biológico, condición reforzada por la falta de capacitación tanto en las instituciones educativas, como de salud. A este respecto los pasantes apuntan que la saturación de información sobre el tema no es suficiente para manejarlo en su práctica profesional. Se requiere tiempo y espacios para la reflexión con el fin de procesar y reestructurar una forma de mirar al respecto, esto lo reafirma Elba al señalar que: “no es lo mismo hablar de, que capacitar”, pues en la primera acción se parte de una visión personal, carente de una perspectiva profesional integral.

Uno de los aspectos que sobresalen en el discurso de los jóvenes es el difícil paso que representa transitar del rol de estudiante al de profesionista, ya que en el primer caso sus acciones y decisiones están cobijadas por el personal que ejerce como docente, no así cuando se insertan en el campo profesional al inicio de su servicio social, en donde se perciben abandonados, y tomando decisiones de un día para otro. Ello sin estar preparados o al menos advertidos de la diversidad y complejidad de problemas de salud que se presentan en una comunidad. El reclamo se basa en la distancia existente entre los escenarios donde se formaron, instituciones educativas y de salud, con lo que se encuentran en la comunidad, en el primer caso la visión se reduce a cuerpos en el segundo, la cercanía con la población los lleva a pensar en personas.

La sexualidad

La sexualidad, como lo señala Foucault (1991), se ha constituido en una importante fuente de control en la sociedad, manifestándose de diferentes formas de acuerdo con los intereses de la época. En México, la iglesia católica ha tenido un poderoso papel en la regulación de los comportamientos sexuales (Amuchastegui, 2001) hecho que se confirma en los relatos de los pasantes, ya sea a través de la descripción de una experiencia en la comunidad o de un caso personal, que reprime la expresión de su sexualidad.

Por otro lado, en el campo de las ciencias de la salud, la sexología en su afán por identificar la respuesta sexual humana, también ha definido un patrón de normalidad, bajo el cual se etiquetan los comportamientos como normales o patológicos (Weeks, 1986). Esta postura se impone en los jóvenes pasantes a través de su entrenamiento profesional, en donde la sexualidad se aborda pero como un padecimiento, sin la claridad de cómo curarlo, ni de su ubicación en el organismo. El enfoque biológico impide mirar los aspectos emocionales y culturales involucrados. Así, el médico o el personal de salud asumen una actitud indiferente cuando requieren explorar la intimidad de las personas, sea en la historia clínica o en la auscultación.

La invisibilidad de la sexualidad como una construcción social, en la cual está inmersa la subjetividad, lleva a estos jóvenes a una disonancia respecto a si preguntar o no sobre la vida sexual de las personas que atienden, o si tocar o no los genitales en una exploración, esto bajo el supuesto que al hacerlo se inmiscuyen en la vida íntima de la persona. Sin embargo, la irrupción mayor se da al no comprender la forma de mirar y de ejercer la sexualidad por parte del otro, o cuando intentan ajustar a la población a los parámetros de normalidad. La burla y mofa hacia los usuarios de los servicios también se constituye en un elemento que rebasa la intimidad, ello producto de la visión que han configurado de la sexualidad, lo que determina que estos aspectos no sean visibles. La descripción que ejemplifica esta situación, es cuando el médico se burla de un joven al que se le va a realizar la circuncisión, o ante las muestras de pudor y pena de una mujer al momento de realizarle una exploración ginecológica.

Los problemas inmersos en la salud sexual que viven diferentes grupos poblacionales en las comunidades, vistos desde la mirada de los pasantes, se constituyen en un aspecto de gran relevancia, pues les permite observar con más cercanía la situación que se vive en cada poblado e identificar que los problemas concernientes a la salud sexual no se reducen al ámbito de lo biológico, ni a la revisión de la teoría. Las soluciones no se encuentran en los libros.

El acercamiento con la gente también les permite a los pasantes ubicar la situación de pobreza y marginación en la que vive gran parte de la población; así como las consecuentes condiciones de injusticia social. Sin embargo, no logran

identificar que este patrón se repite en sus campos de trabajo, en donde las precarias condiciones les impiden brindar una mejor atención. Por tanto, el pasante logra visualizar las carencias que impactan la vida diaria de los pobladores, pero no identifica, que esta situación también se da en su realidad profesional.

El reconocimiento de lo sexual con su correspondiente componente subjetivo se da a partir de que los pasantes identifican como problemas prioritarios asociados con la sexualidad, la violencia (emocional, familiar, sexual) en las comunidades, por encima de las ITS o incluso del SIDA. Es pertinente destacar que no obstante que el discurso está muy estructurado en lo teórico y en lo biológico, el tema de la violencia sexual desentraña las redes de lo cultural, ante lo cual surge la indefensión y frustración de los pasantes por no contar con las herramientas adecuadas que les permitan avanzar en estos problemas de salud pública.

Al reflexionar sobre el campo de la medicina y las acciones propuestas para mejorar la salud sexual, se concluye que los programas propuestos tanto por organismos nacionales, como internacionales, no han sido suficientes para aminorar problemas que afectan la vida y salud sexual de la población. De este hecho se deduce que el poder al que se refiere Foucault (1991) pareciera estar en manos del personal de salud, quien determina lo bueno, lo malo; lo saludable y lo patológico. Es importante hacer notar que en el aspecto sexual, con los análisis realizados en esta investigación, se concluye que es la población con sus diversas formas de significar la sexualidad, quien dirige como ejercerla a pesar de las múltiples intervenciones. Esta situación pone a los pasantes en constante contradicción: en palabras de Elba, "hay un cruce de cables", entonces quién gobierna a quién.

La comprensión de los comportamientos sexuales será factible cuando la medicina identifique las necesidades reales de la población, con sus correspondientes componentes culturales. En este trabajo, se evidencia la sorpresa que les produce a los pasantes las habilidades desarrolladas por los adolescentes para manejar tópicos sobre anticoncepción, prevención de embarazos e ITS, pero a pesar de ello, se embarazan. Los jóvenes pasantes al intentar explicar estos desenlaces lo hacen desde una aproximación teórica, olvidando la complejidad de estos procesos sociales. Como señala Stern (2007), mientras los adolescentes embarazan a las

mujeres como un símbolo de madurez y virilidad; para las mujeres esta condición puede representar una ventaja, al alejarse de su familia, en donde está presente la violencia familiar.

Los significados de la sexualidad se han convertido en un tema de interés que está siendo ampliamente documentado (Amuchástegui, 2001; Stern et al., 2003; Villaseñor y Castañeda, 2003; Amuchástegui y Aggleton, 2007). Sin embargo, al no profundizar en este campo que también compete a su disciplina, el médico les resta relevancia a este aspecto. Aquí es importante retomar la idea de Chauvenet (1980:47) quien señala: "a medida que la medicina se industrializa, se distancia al individuo del dominio de su cuerpo, en donde no sólo se fragmenta sino que se aleja cada vez más de su medio de vida, y del entorno social y familiar.

En épocas más recientes, el control de la sexualidad queda en manos de la mercadotecnia, la que en su afán por vender nuevos productos, como son las nuevas tecnologías reproductivas (inseminación artificial), induce un nuevo modelo de procreación, enfocado a las mujeres solteras y a parejas del mismo sexo. Por tanto, las decisiones en cuanto a la intimidad de la pareja quedan en manos del médico y de las farmacéuticas dejando a los individuos desexualizados (Loyola, 2003). Otro escenario está definido por el énfasis en la relación coital que los medios masivos de comunicación promueven como sinónimo de sexualidad. Esta visión se reitera en el discurso de los pasantes, quienes confiesan que hasta hace poco hablar de sexualidad los remitía irremediable a pensar exclusivamente en el coito. Dicho enfoque está fundado en la enseñanza del tema en los contenidos de la carrera, pues se centra en el aparato reproductor.

El breve recorrido del camino de la sexualidad, desde los planteamientos de Foucault hasta el momento actual, muestra la huella que ésta va imprimiendo en diferentes épocas. En esta investigación se evidencia el momento actual bajo la mirada del médico, y a través de él, la de la población. Un aspecto de gran relevancia que aquí surge es la discusión en torno al poder que la medicina ha ejercido a través del control e invisibilidad de la sexualidad. Asimismo, se identifica que los jóvenes pasantes de medicina, al estar presente en situaciones que afectan la vida sexual de la población más allá de lo biológico, comienzan a cuestionar la veracidad de las

aseveraciones en las que se plantea a la sexualidad con un componente primordialmente biológico, y naturalmente determinado.

La integración de la información obtenida resultó en la conformación de un eje principal denominado "confrontación". Éste adquiere gran relevancia porque es el punto sobre el cual transitan el resto de las categorías emergentes. La estructura de significados conlleva a una serie de dicotomías presentes a lo largo del discurso de los jóvenes pasantes de la carrera de medicina, las cuales fueron descritas al final del capítulo anterior. Esto denota la disociación en varios sentidos; uno de ellos es lo personal y profesional, cómo asumir un rol profesional y una postura ante la sexualidad si no se tiene ni la experiencia de vida, ni el conocimiento teórico, ni la capacitación que permita reestructurar y conformar una visión de la sexualidad.

No existe una distinción clara por parte del médico con relación a cuáles son sus creencias como persona y cuáles sus compromisos como profesional, al abordar cualquier tema relacionado con la sexualidad. La distancia en cuanto a vivencias de la sexualidad descrita por los pasantes no está tan alejada de las prácticas de la población, aun cuando en este caso los jóvenes son capaces de percibir que el tener conocimiento no lleva a una práctica responsable, no se logra visualizar que sucede lo mismo entre sus colegas. Los adolescentes de la comunidad, no obstante estar informados, se embarazan. Las jóvenes pasantes recurren a la anticoncepción de emergencia. La situación de origen es la misma en ambos casos, lo que varía es el resultado, embarazos no deseados en la comunidad, anticoncepción de emergencia en las pasantes. La sexualidad está llena de significados y se les debe de comprender desde el mundo subjetivo de quien lo vive.

Aun cuando el tema central de esta investigación se enfocó en la sexualidad en la práctica profesional, lo personal afloró en todo momento en las conversaciones; múltiples ejemplos dan cuenta de ello. El caso de Elba quien siendo madre soltera tiene dificultad para asumir su sexualidad abiertamente; el caso de hostigamiento sexual del que ha sido víctima Leonor durante su formación profesional y también en la comunidad. La dificultad de Gerardo para comprender la falta de respeto hacia posturas diferentes de ejercer la sexualidad en la misma comunidad universitaria, o el caso de Ana, quien se siente incompetente para resolver los problemas de

violencia física y emocional que viven las mujeres en su comunidad. Además, están Luis y Linda con su enojo ante la imposibilidad de evitar la violencia sexual, especialmente cuando los afectados son los niños.

Los aspectos basados en el género que influyen la salud son ignorados en la práctica médica. Bajo este modelo se atienden los procesos de salud enfermedad de la población incluyendo los relativos a la sexualidad, con un enfoque centrado en lo biológico y asociado con la reproducción. Se pierde de vista que la sexualidad es más que la relación coital, más que un momento de la vida, más que un evento biológico y natural, la sexualidad involucra aspectos emocionales, culturales, religiosos, sociales y políticos, los cuales están presentes a través del ciclo de vida; por tanto, el significado y la expresión de la sexualidad varía de acuerdo con cada individuo o según el grupo al que se pertenezca. Estos elementos no se dan de forma aislada, Geertz (2001) señala que esta división conviene a diversas disciplinas porque se constituyen en su objeto de estudio. Así, el estudiante queda inserto en este proceso de enseñanza aprendizaje, y en el momento de integrarse a su campo profesional se enfrenta a situaciones desconocidas y retadoras.

El proceso de investigación

Durante el desarrollo de esta investigación surgieron algunas dificultades para abordar el tema, debido a la necesidad de apegarse al modelo de investigación tradicional, pero desde otra perspectiva epistemológica. Asimismo, es relevante destacar la complejidad implícita al reestructurar los conceptos de ciencia y sexualidad, especialmente en relación con el discurso y organización de la aproximación cualitativa. Del mismo modo, se podrían enlistar una serie de dificultades presentes durante el proceso de investigación, así como en la decisión de las estrategias para su abordaje. Pero de ello surgirían dos contradicciones con lo aquí descrito: a) pensar que la experiencia de otros se iguala a la experiencia personal, máxime cuando partimos de contextos completamente distintos y b) reducir a unos cuantos elementos un proceso tan complejo como son las experiencias de vida.

Una observación a este trabajo se centra en el procesamiento de la información, debido a que los conceptos no surgieron espontáneamente, ya que al hacer el análisis prevalecieron los temas planteados en la guía de entrevista. Como sugerencia sería importante dejar de lado esa información, y permitir a los datos hablar por sí mismos, lo cual también representa una dificultad para el investigador debido a que se tiene cierta información previa, no se parte de la nada.

En esta investigación se discutieron algunas posturas respecto a los diferentes paradigmas y a la forma de realizar las investigaciones. Una crítica hacia estos estudios plantea que las emociones se dejan de lado, en este sentido, Clarke (Charmaz, 2005) propone el mapeo situacional para mostrar acciones, voces y silencios en varios niveles de análisis, ya que estos plantean un trascendente significado y aportan información en investigaciones que tratan temas morales, dilemas éticos y políticas de justicia social. No obstante que en esta investigación se consideraron estas emociones, motivo por el cual se abandonó el análisis en Atlas Ti5, sería importante hacerlo de forma más sistemática.

Mi formación básica como psicóloga me ha llevado a establecer una barrera importante entre lo que debo y lo que no debo preguntar. En algunas ocasiones, cuando quería ir más allá de lo que los pasantes comentaban, pensaba que no podía abusar de las estrategias desarrolladas como terapeuta y me limitaba a hacer las preguntas. Al analizar la información, me di cuenta que ese freno me impidió ir más allá, esto es, explorar los campos a los que los pasantes me querían llevar. El caso más notable fue Gerardo, cuando al abordar el tema de la homofobia en varias ocasiones, no lo invité a profundizar en el tema; o el caso de Elba, quien en distintos momentos hizo referencia a su situación de madre soltera. Asimismo, me parece de gran relevancia en futuros estudios abordar el tema del hostigamiento sexual en los hombres.

El camino a seguir

En esta investigación se presentan aspectos de gran relevancia respecto al significado que se le da a la sexualidad dentro del campo de la medicina bajo la mirada de jóvenes pasantes. Estas concepciones sientan las bases para reconocer

que es imprescindible hablar del tema, y urgente incluirlo en los cursos académicos, pero rompiendo con el esquema de abordaje biológico con el que se le ha venido enfocando.

Este trabajo realizado desde la salud colectiva muestra la potencialidad de esta perspectiva. La sexualidad constituye un tema que está inmerso en la existencia humana y como tal, forma parte de su dimensión biológica y social; integrar ambos espectros constituye un reto para la ciencia y las visiones interdisciplinarias están aún por construirse.

Con los pasantes en servicio social se puede situar una comprensión del personal de salud que forma parte de las prácticas sociales para enfrentar la salud-enfermedad de los individuos y de los grupos humanos. Mirar a los pasantes es un modelo a escala de lo que puede suceder con el personal que labora en las instituciones de atención a la salud, por ende no sería difícil encontrar situaciones semejantes a las aquí mostradas.

Por tanto, para la salud colectiva, esta tesis contribuye a mostrar un camino más que la nutre y desarrolla. Al mismo tiempo el abordaje metodológico enriquece las rutas recientemente exploradas y permite, más allá de la especificidad del tema de la sexualidad, generalizar los planteamientos y construcciones teóricas para avanzar en posicionar a la salud colectiva como un campo en construcción.

Así, la salud colectiva tiene como parte de su compromiso mejorar las condiciones de vida de la población, y el tema de la sexualidad debe ser integrado en su agenda. Graham (2006) plantea que la carencia de la sociología médica en los contenidos de los programas académicos conlleva una visión reduccionista, e imposibilita al personal de salud una visión integral ante los problemas que se presentan en su campo profesional.

A partir de los resultados de esta investigación se pueden plantear estrategias que permitan redefinir el significado que se tiene de la sexualidad, no obstante que aquí se analizó una mirada muy particular, la visión de los pasantes. Esto no exime la posibilidad de que estos significados se compartan en otros escenarios.

Algunas de las propuestas para iniciar con el abordaje del tema tienen que ver con la historia clínica enfocada en la parte sexual. Hernández et al. (2003) plantean que una historia sexual adecuada y un examen físico dirigido pueden proveer datos clave. Algunos estudios muestran la relevancia de entrenar al personal médico para que identifique y atienda efectivamente los aspectos tocantes a la sexualidad en su consulta (Skelton y Matthews, 2001). Se enfatiza también la relevancia de que los médicos estén entrenados para comprender cómo sus actitudes pueden influir en la atención que brindan a sus pacientes (Baraitser et al., 1998; Dixon-Woods et al., 2002; Haslegrave y Olatunbosun, 2003)

Una propuesta específica consiste en implementar un programa de salud sexual y reproductiva, tomando como base la información de esta investigación, dirigido a estudiantes de las áreas de la salud en la Universidad Autónoma Metropolitana.

Para terminar...

A lo largo de este trabajo hubo infinidad de momentos en los que me detuve a pensar en la relevancia del tema. Ahora estoy convencida de su importancia, pues se ha abierto el espacio para escuchar a estos jóvenes quienes muestran una gran confusión de ideas, producto de su entrenamiento en una disciplina muy focalizada en lo biológico, pero también porque éste fue el medio para escuchar la voz de la comunidad.

El médico ha sido etiquetado como un personal indiferente, insensible e inhumano y en parte comparto la postura, aunque también identifiqué que no es producto en sí de su condición de ser humano, sino del entrenamiento que ha recibido. En este trabajo, ese personal con esas características se ha doblegado ante las situaciones con las que se ha encontrado en su práctica profesional. Si este personaje se ha desquebrajado, es evidente la gravedad de la situación. Así también en mi rol de investigadora, entrevistadora, y como ser humano, no he podido evitar sucumbir ante tantas emociones. El enojo, la tristeza, la frustración, la alegría también tocaron mi subjetividad. Uno de los pasantes, Luis señala: "que no puede llorar" y yo he llorado por él.

Nada me parece tan vano hoy, ni nada me parece poco, ni mucho para trabajar en esta área, no sólo por el personal de salud, sino principalmente por los hombres y mujeres que se han visto atrapados en esta construcción que hemos hecho de la sexualidad.

Referencias

- Abdel-Tawab, N., Nawar, L., Youssef, H., & Huntington, D. (2000). Integrating issues of sexuality into egyptian family planning counseling. Consultado 14 noviembre 2001, disponible en www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/egypt_sex.pdf
- ADIVAC.-Asociación-para-el-Desarrollo-Integral-de-Personas-Violadas-A.C. (2006). Programa de Capacitación y Prevención de la Violencia Familiar, Sexual y de Género. Consultado 14 marzo 2008, disponible en www.emexico.gob.mx/work/resources/LocalContent/18466/1/DIPLOMADOADIVAC.pdf
- Aggleton, P. (1990). *Health*. Londres: Routledge.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e Iniciación Sexual. Experiencias y Significados*. México: Edamex / Population Council.
- Amuchástegui, A., & Aggleton, P. (2007). "I had a guilty conscience because I wasn't going to marry her": Ethical dilemmas for mexican men in their sexual relationships with women. *Sexualities*, 10(1), 61-81.
- Andrews, W. C. (2000). Approaches to taking a sexual history. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 9(suplemento 1), 21-24.
- Atlas.ti-Scientific-Software-Development-GmbH. (2008). Atlas.ti The Knowledge Workbench (Version 5.2.9) [Disco compacto]. Berlin.
- Baraitser, P., Elliott, L., & Bigrigg, A. (1998). How to talk about sex and do it well: A course for medical students. *Medical Teacher*, 20(3), 237-240.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1968). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bernard, H. R. (1988). *Research Methods in Cultural Anthropology*. Newbury Park: Sage.
- Bourdieu, P. (1999). Comprender. En P. Bourdieu & otros (Eds.), *La Miseria del Mundo* (pp. 527-556). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz & S. Lerner (Eds.), *Para Comprender la Subjetividad. Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad* (pp. 57-85). México: El Colegio de México.
- Castro, R. (2000). *La Vida en la Adversidad: El Significado de la Salud y la Reproducción en la Pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Censida (2007) *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México*. Censida, México. Consultado 15 enero 2008, disponible en <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html>
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research. Second Edition* (pp. 509-535). Thousand Oaks: Sage.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. Application for advancing social justice studies. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition* (pp. 507-535). Thousand Oaks: Sage.

- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. Londres: Sage.
- Chauvenet, A. (1980). Biología y gestión de los cuerpos. En P. Achard, A. Chauvenet, E. Lage, F. Lentin & P. Neve (Eds.), *Discurso Biológico y Orden Social* (pp. 23-63). México: Nueva Imagen.
- CIPD.-Conferencia-Internacional-sobre-la-Población-y-el-Desarrollo. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Consultado 31 marzo 2003, disponible en <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>
- Clavreul, J. (1983). *El Orden Médico*. Barcelona: Argot.
- Collins, R. (1996). *Cuatro Tradiciones Sociológicas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- COLMEX.-El-Colegio-de-México. (sin año). Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Consultado 23 junio 2008, disponible en <http://www.colmex.mx/centros/cedua/psrs/index.htm>
- COLMEX.-El-Colegio-de-México. (sin año). Aspectos Sociales de la Salud Reproductiva. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.colmex.mx/centros/cedua/psrs/act_inv.htm
- Conde Gutierrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros en la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 395-408.
- Consejo Nacional de Población (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva República Mexicana*. CONAPO, México.
- Corporation, S. (2005). Digital Voice Editor.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Dirie, W., & Miller, C. (1998). *Desert Flower*. Nueva York: Perennial.
- Dixon-Woods, M., Regan, J., Robertson, N., Young, B., Cordle, C., & Tobin, M. (2002). Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. *Medical Education*, 36, 432-440.
- Ehrenfeld Lenkiewicz, N. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36(2), 154-160.
- Evans, D. T. (2000). Speaking of sex: the need to dispel myths and overcome fears. *British Journal of Nursing*, 9(10), 650-655.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la Sexualidad. 1. La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI.
- Gagnon, J. (2001). Acciones virtuosas en ausencia de un dogma convincente: la salud reproductiva en un mundo socialmente construido. En C. Stern & J. G. Figueroa (Eds.), *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos para la Investigación* (pp. 61-83). México: El Colegio de México.
- Geertz, C. (2001). *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giammuso, B. (2006). Uno de cada 10 jóvenes italianos consume Viagra sin necesitarlo. Consultado 14 noviembre 2007, disponible en <http://www.jornada.unam.mx/imprimir.php?fecha=20060201¬a=a03n2cie.php&seccion=nota>
- Glasier, A., Gülmezoglu, M., Schmid, G., García-Moreno, C., & Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *Lancet*, 368(9547),

1595-1607.

- González de León Aguirre, D., & Salinas Urbina, A. A. (2000). Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la Ciudad de México. *Reporte de Investigación No. 89*, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Graham, R. (2006). Lacking compassion. Sociological analyses of the medical profession. *Social Theory and Health*, 4(1), 43-63.
- Grigg, E. (1997). Guidelines for teaching about sexuality. *Nurse Education Today*, 17, 62-66.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues* (pp. 195-220). Thousand Oaks, California: Sage.
- Haslegrave, M., & Olatunbosun, O. (2003). Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 49-58.
- Hawkes, G. (1996). *A Sociology of Sex and Sexuality*. Maidenhead: Open University Press.
- Hernández, P. N., Mendoza, R., Hernández, I., Rodríguez, J. M. & Ayala, A. (2003). Análisis epidemiológico de la función eréctil en una población mexicana escogida. *Ginecología y Obstetricia de México*, 71(7), 332-342.
- Herson, L., Hart, K., Gordon, M., & Rintala, D. (1999). Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabilitation Nursing*, 24(4), 148-151.
- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del Sujeto. La Investigación Social de Segundo Orden*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- IMIFAP.-Instituto-Mexicano-de-la-Familia-y-la-Población. (sin año). El rol del personal de salud ante la sociedad: un enfoque humanista. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen12.pdf
- IMIFAP.-Instituto-Mexicano-de-la-Familia-y-la-Población. (sin año). Sexualidad y sida. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen12.pdf
- INMUJERES/UNIFEM (2002), El Enfoque de Género en la Producción de las Estadísticas sobre Salud Sexual en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información, INMUJERES/UNIFEM, México.
- ITESM.-Instituto-Tecnológico-de-Estudios-Superiores-de-Monterrey. (sin año). Sexualidad Humana. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.emagister.com.mx/curso_sexualidad_humana-cursos-2352496.htm
- Jarillo Soto, E. C., Delgadillo Gutiérrez, H. J., & Granados Cosme, J. A. (2000). Conocimientos sobre el sida entre los estudiantes de medicina de tres universidades mejicanas. *Revista Española Salud Pública*, 74(2), 177-187.
- Jarillo Soto, E. C., Garduño Andrade, Á., & Guinsberg Blank, E. (2007). Introducción. En E. C. Jarillo Soto & E. Guinsberg Blank (Eds.), *Temas y Desafíos en Salud Colectiva* (pp. 9-19). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Klein, M. (1998). What patients want to know about sex - and Doctors aren't discussing. *San Francisco Medical Journal*, 71(10).
- Kuzel, A. J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. En B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 31-44). Newbury Park: Sage.

- Langer, A., & Romero, M. (1996). El embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En A. Langer & K. Tolbert (Eds.), *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México* (pp. 13-37). México: Population Council/Edamex.
- Leal, G., & Martínez, C. (2002). *Cuatro Ensayos sobre Calidad Clínica de la Atención. El caso de la Salud Reproductiva*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Leslie, J., Rubin-Kurtzman, J., & Goldani, A. M. (2001). La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres. En C. Stern & J. G. Figueroa (Eds.), *Salud Sexual y Reproductiva. Avances y retos para la investigación* (pp. 165-192). México: El Colegio de México.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research. Second Edition* (pp. 163-187). Thousands Oaks: Sage.
- López Arellano, O., & Peña Saint-Martin, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En E. de la Garza Toledo (Ed.), *Tratado Latinoamericano de Sociología* (pp. 278-299). México: Anthropos, UAM-Iztapalapa.
- Loyola, M. A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 875-899.
- Martínez, C. (2001). Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva (Comentario). En C. Stern & J. G. Figueroa (Eds.), *Sexualidad y Salud Reproductiva: Avances y Retos para la Investigación* (pp. 115-126). México: El Colegio de México.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos Navarro (Ed.), *La Antropología Médica en México I*. México: Universidad Autónoma Metropolitana - Instituto Mora.
- Mercado, F. (2002). *Entre el Infierno y la Gloria. La experiencia de la Enfermedad Crónica en un Barrio Urbano de Guadalajara*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- MEXFAM.-Fundación-Mexicana-para-la-Planeación-Familiar. (2008). Programa Gente Joven. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.gentejoven.org.mx/quienes.asp
- Microsoft-Corporation. (2003). Office Word 2003 (Version 2003) [Disco compacto]: Microsoft.
- Morin, E. (1998). *El método IV. Las ideas*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (2001). *La Mente Bien Ordenada*. Barcelona: Seix-Barral.
- Natera, G., & Mora, J. (2000). La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En F. Mercado & T. Torres (Eds.), *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica* (pp. 73-95). México: Plaza y Valdez.
- Neuman, W. L. (1994). *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn and Bacon.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., et al. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT)*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P., et al. (2003).

- Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2: La Salud de los Adultos.* Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Orr, D. P., Wilbrandt, M. L., Brack, C. J., Rauch, S. P., & Ingersoll, G. M. (1989). Reported sexual behaviors and self-esteem among young adolescents. *American Journal of Diseases of Children, 143*(1), 86-90.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods.* Newbury Park: Sage.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa.* Málaga: Ediciones Aljibe.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salinas-Urbina, A. A., Cortés-Sotres, J., Brindis, C., & Goldfarb, N. (2003). Factores asociados a la prevención del cáncer cérvico uterino en una comunidad urbana en la Ciudad de México. *Hispanic Health Care International, 2*(3), 119-127.
- Salles, V., & Tuirán, R. (2001). El Discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma? Sexualidad y salud reproductiva. En C. Stern & J. G. Figueroa (Eds.), *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y Retos para la Investigación* (pp. 93-113). México: El Colegio de México.
- Sarrado, J. J., Cléries, X., Ferrer, M., & Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gaceta Sanitaria, 18*(3), 235-244.
- Scully, D. (1994). *Men Who Control Women's Health. The Miseducation of Obstetrician-Gynecologists.* Nueva York: Athene Series.
- Secretaría-de-Salud. (2001). *Programa de Acción. Salud Reproductiva.* México: Secretaría de Salud.
- Secretaría-de-Salud. (2005). Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México, 47*(2), 171-187.
- Shore, B. (2001). *Addressing Challenging and Sensitive Issues in Clinical Practice. IDS 32, Winter Quarter.* San Francisco: School of Medicine, University of California, San Francisco.
- Sitton, T., Mehaffy, G. L., & Davis Jr., O. L. (1995). *Historia Oral: Una Guía para Profesores (y otras personas).* México: Fondo de Cultura Económica.
- Skelton, J. R., & Matthews, P. M. (2001). Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Medical Education, 35,* 603-608.
- Sony-Corporation. (2005). Digital Voice Editor (Version 2.4.03) [Disco compacto]. Tokio.
- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos, XXV*(1), 105-129.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, L., & Fenneke, R. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 45*(suplemento 1), 34-43.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada.* Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados.* Barcelona: Paidós.

- UNAM.-Universidad-Autónoma-Metropolitana. (2001). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Medicina*. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- Ugarte y Romano, F., & Barroso Aguirre, J. (2001). Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Revista Mexicana de Urología*, 61(2), 63-76.
- UNAM.Universidad-Nacional-Autónoma-de-México. (2004). Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil. Facultad de Medicina, Dirección General de Servicios Médicos. Consultado 23 junio 2008, disponible en www.facmed.unam.mx/publicaciones/gaceta/marzo/102k4/signa.html
- UNAM.Universidad-Nacional-Autónoma-de-México. (sin año). Taller Sexualidad y Sexología. División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM. Consultado 23 junio 2008, disponible en <http://dec.psicol.unam.mx/institucionales.php>
- UNAM.Universidad-Nacional-Autónoma-de-México. (sin año). Sexualidad en la Discapacidad. División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM. Consultado 24 junio 2008, disponible en <http://dec.psicol.unam.mx/diplosexualidad.php>
- UNFPA.-Fondo-de-Población-de-las-Naciones-Unidas. (1997). *Estado de la Población Mundial 1997. El derecho a optar. Derechos de procreación y salud de la reproducción*. Nueva York: (UNFPA).
- UNFPA.-Fondo-de-Población-de-las-Naciones-Unidas. (2003). *Estado de la Población Mundial 2003. Valorizar a 1,000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- UNFPA.-Fondo-de-Población-de-las-Naciones-Unidas. (2007). *Estado de la Población Mundial 2007. Seguimiento de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
- Vendrell Ferré, J. (2004a). El debate esencialismo-constructivismo en la cuestión sexual. En G. Careaga & S. Cruz (Eds.), *Sexualidades Diversas. Aproximaciones para su Análisis* (pp. 35-64). México: UNAM-PUEG.
- Vendrell Ferré, J. (2004b). La centralidad de la sexualidad en la era moderna. En G. Careaga & S. Cruz (Eds.), *Sexualidades Diversas. Aproximaciones para su Análisis* (pp. 65-93). México: UNAM-PUEG.
- Villaseñor-Farías, M., & Castañeda-Torres, J. D. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: Análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(suplemento 1), 44-57.
- Weeks, J. (1986). *Sexualidad*. México: UNAM/PUEG.
- Whyte, W. F. (1971). *La Sociedad de las Esquinas*. México: Diana.
- Wight, D., Abraham, C., & Scott, S. (1998). Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research*, 13(3), 317-330.
- Zeidenstein, S. & Moore, K. (1996). *Learning about sexuality. A practical beginning*. New York: The Population Council. International Womens's Health Coalition.