

enlaceS académico

Revista de la DES en Ciencias de la Salud

Durango, Dgo.
Diciembre de 2011
Vol. 4 No. 2
ISSN: 1870-7335

EDITORIAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

Percepción de la violencia conyugal de un grupo de mujeres que estaban de estancia en un refugio de la ciudad de Durango, Mx.

El saber de la familia sobre drogadicción en adolescentes

Incremento de cintura y factores asociados en madres de familia de colonias marginadas de la ciudad de Durango, Mx.

Referentes básicos para la ética de la vida

Registro Postal
Publicaciones
PP10-0004
Autorizado por
SEPOMEX

Indizada en: Indice Mexicano
de Revistas Biomédicas
Latinoamericanas (**IMBIOMED**)



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO



Enlaces Académicos se publica semestralmente, junio y diciembre de 2011.

Editado por: Universidad Juárez del Estado de Durango. *Ave. Universidad y Fanny Anitúa s/n, C.P. 34000, Durango, Dgo, México.*

Editor responsable: Armando Avila Rodríguez.

Reservas de Derechos al uso exclusivo:
No. 04-2008-121114333300-102, ISSN No. 1870-7335, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, de la Dirección de Reservas de Derechos de la Secretaría de Educación Pública.

Licitud de Título y Contenido No. 15050 expedido por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Registro Postal Publicaciones, SEPOMEX No. PP10-0004.

Responsable de diseño e impresión:
Punto y Medios Publicidad, *Blvd. Felipe Pescador 1113 Pte., Col. Esperanza, Durango, Dgo. C.P. 34060. Teléfono: (618)455 39 38*

Este número (Vol. 4 No.2) se terminó de imprimir en diciembre de 2011 con un tiraje de 1000 ejemplares.

Revista indizada en: Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas (**IMBIOMED**).

Los artículos firmados son responsabilidad de los autores.

Edición financiada por PIFI.

La Revista *Enlaces Académicos* es el Órgano Oficial de Comunicación Científica de los Cuerpos Académicos de la Dependencia de Educación Superior (DES) en Ciencias de la Salud, constituida por la Facultad de Medicina-Dgo, Escuela de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana, Escuela de Educación Física y Deporte, Facultad de Medicina y Psicología-Gómez Palacio, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Escuela de Odontología y el Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED).

Las áreas y disciplinas de las Ciencias de la Salud Humana que aborda preferentemente son: ciencias de la vida, medicina y patología humana, pedagogía, psicología y ética. Publica artículos originales, casos clínicos, artículos de actualización, cartas al editor, una sección cultural y notas varias de la DES y de la UJED.

Cuenta con un cuerpo arbitral Local, Nacional e Internacional al cual se someterán todos los artículos a través del procedimiento de arbitraje ciego, para ser leídos de manera anónima por al menos dos de ellos. Las opiniones presentadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan los criterios, ni la política de la DES, de la UJED o de la propia revista.

Las instrucciones para los autores que deseen enviar contribuciones para su publicación aparecen al final de cada número.

Se autoriza la reproducción parcial o total del material publicado en *Enlaces Académicos*, siempre que se cite la fuente.

MISIÓN

Ser el vehículo para la difusión de los trabajos de investigación que se producen en la DES de Ciencias de la Salud de la UJED así como de otras instituciones educativas y de salud.

VISIÓN

En cinco años, constituirnos como una de las mejores revistas de difusión en medios especializados del área de las ciencias de la salud humana, con una visión polifacética en cuanto a metodologías y contenidos.

Directorio

Rector

Luis Tomás Castro Hidalgo

Secretario General

Vicente Reyes Espino

Director General de Administración

Ignacio Gómez Romero

Director Facultad de Medicina-Durango

Antonio H. Bracho Huemoeller

Directora Escuela de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana

María Josefina Franco Ortega

Director Escuela de Educación Física y Deporte

Eduardo Flores García

Directora Facultad de Enfermería y Obstetricia

María Elena Valdez Martínez

Director Facultad de Medicina y Psicología-Gómez Palacio Dgo.

Juan Manuel Candelas Rangel

Director Escuela de Odontología

Marcelo Gómez Palacio Gastelum

Director Instituto de Investigación Científica

Jaime Salvador Moysén

Director de la Revista

Armando Avila Rodríguez



Comité Editorial

Carmen Alicia Aboytes Meléndez
María de los Ángeles Alarcón Rosales
Patricia Bañuelos Barrera
Laura Ernestina Barragán Ledesma
Martina Patricia Flores Saucedo
Gonzalo García Vargas
María del Rocío Guzmán Benavente
María del Pilar Intriago Ortega
Martha Cecilia Ramírez Ochoa
José Alejandro Ríos Valles
Efrén Rivas Avila

Consejo Editorial

Locales

Cosme Alvarado Esquivel	UJED-Durango, Dgo.
Eliás Humberto Avila Rodríguez	UJED-Durango, Dgo.
Luis Fernando Ortiz Rodarte	UJED-Durango, Dgo.
Elizabeth Martín del Campo E.	UJED-Durango, Dgo.
Rebeca Ramírez de los Ríos	UJED-Durango, Dgo.
Alejandro Torres Castorena	UJED-Durango, Dgo.
Rebeca Treviño Montemayor	UJED-Durango, Dgo.
Bertha Dolores Martínez Trujillo	UJED-Durango, Dgo.
Jesús María Araujo Contreras	UJED-Durango, Dgo.
Patricia Bañuelos Barrera	UJED-Durango, Dgo.
Alfonso Avila del Palacio	UJED-Durango, Dgo.
Juan Villarreal Alba	UJED-Durango, Dgo.
Arturo Martínez Álvarez	UJED-Durango, Dgo.
Luis Ángel Ruano Calderón	SS-Durango, Dgo.
Francisco Antolín Carrete R.	SS-Durango, Dgo.
Carlos Tecalero Hernández	SS-Durango, Dgo.
Agustín Ramón Delgado Campo	ISSSTE-Dgo.
Adriana García Soto	AMCCI-Dgo.
Antonio Emilio González Font	AMCCI-Dgo.

Nacionales

Felipe Cruz Pérez	UNAM-México D.F.
Milagros Figueroa Campos	UNAM-México D.F.
Carmen Merino Gamiño	UNAM-México D.F.
Guillermo Delahanty Matuk	UAEM-Morelos
Bernardo Jiménez Domínguez	U de G-Jalisco
Isabel de La Asunción Valadez	U de G-Jalisco
Francisco Javier Mercado M.	U de G-Jalisco
Leticia Robles Silva	U de G-Jalisco
Juan Carlos Ramírez Rodríguez	U de G-Jalisco
Martha Villaseñor Farías	U de G-Jalisco
Nóe Alfaro Alfaro	U de G-Jalisco
Isabel Hernández Rivas	U de G-Jalisco
Héctor Ochoa Velazquez	U de G-Jalisco
Leobardo Cuevas Álvarez	U de G-Jalisco
Luz María Tejada Tayabas	UASLP-San Luis Potosí
Luz Helena Sanín	UACH-Chihuahua
Juan Carlos García García	UAC-Campeche
María de Lourdes Méndez Faz	UANL-Nuevo León
José Víctor Calderón Salinas	CINVESTAV-IPN-D.F.
Blanca Graciela Flores Avalos	INR-México D.F.
Ana Luisa Lino González	INR-México D.F.
Aramiz López Durán	INP-México D.F.
Francisco Barriga Puente	INAH-México D.F.
Evelyn Jo Arón Bronstein	Cuernavaca, Mor.
Roberto Lagunes Córdoba	Veracruz, Ver.

Internacionales

Nelda Mier	U. Texas A&M, E.U.A.
Eduardo Martínez Ceballos	U. Southern and A&M, E.U.A.
José H. Ornelas	Lisboa, Portugal
Adela L. Rendón Ramírez	U. del País Vasco, España
Andrés Manuel Pérez Acosta	U. del Rosario, Colombia

contenido:

Durango, Dgo.
Diciembre de 2011
Vol. 4 No. 2

Editorial 51

Artículos originales:

Percepción de la violencia conyugal de un grupo de mujeres que estaban de estancia en un refugio de la ciudad de Durango, Mx. 52

Parra-Domínguez Martha Lilia, Lázaro-Aranda Delia Aurora

El saber de la familia sobre drogadicción en adolescentes 61

Villa-Rivas Fani, Lázaro-Aranda Delia Aurora

Incremento de cintura y factores asociados en madres de familia de colonias marginadas de la ciudad de Durango, Mx. 70

Avila-Rodríguez Armando, Araujo-Contreras Jesús M,
Avila-Rodríguez E Humberto, Rivas-Avila Efrén,
Vargas-Chávez Nohé, Mier-Mier Nelda

Referentes básicos para la ética de la vida 80

Etxeberria-Mauleon Xabier

Instrucciones para los autores 105

Una de las responsabilidades que asumen los investigadores para el desarrollo de la ciencia es dar a conocer a la sociedad los resultados de sus avances y resultados. Solamente así se pueden superar los obstáculos que se les presentan a los que buscan el progreso del conocimiento para contribuir a la solución de los problemas de la sociedad. Desde el espacio de las universidades la investigación científica se realiza muchas veces, a pesar de la incomprensión y falta de apoyo de quienes tienen mayores responsabilidades ante la sociedad.

Por eso es que celebramos la aparición de un nuevo número de la revista Enlaces Académicos que presenta los trabajos de un grupo de investigadores universitarios para dar espacios y apertura en la recreación de los saberes, y en artículos que ayudan a ampliar el conocimiento en diversos temas relevantes y de actualidad.

En este número, encontramos artículos que nos remiten a la investigación de asuntos como "Percepción de la violencia conyugal de un grupo de mujeres que estaban en estancia en un refugio de la ciudad de Durango, México". El estudio nos adentra en los tipos y formas que adquieren la violencia y la violación a los derechos humanos de las mujeres, situación que mantiene una estrecha relación con las condiciones que determinan la calidad de vida, en el estudio se presentan solo los resultados de la categoría de dimensión social.

El trabajo denominado "El saber de la familia sobre drogadicción en adolescentes" se apoya en el método creativo y sensible de Cabral y la investigación se desarrolla a partir del encuentro que se tiene entre las madres de

familia con hijos que consumen drogas, y la investigadora. Los resultados de la investigación colocan a los factores que ayudan a crear un ambiente favorable para el consumo de drogas y destaca la falta de comunicación entre los integrantes de la familia.

Los resultados que se presentan en el estudio "Incremento de cintura y factores asociados en madres de familia de colonias marginadas de la ciudad de Durango, México", demuestra las diferencias de ese incremento a los factores sociales, obstétricos, indicadores corporales y demás diferencias entre mujeres de colonias marginadas y a las características sociales y económicas que orientan los resultados esperados.

En el contexto en que se desenvuelven nuestras vidas el tema de la ética es una preocupación creciente entre académicos e investigadores. En el trabajo "Referentes básicos para la ética de la vida" se nos presenta el abordaje de la ética desde diversos paradigmas, e inicialmente el análisis de la disyuntiva de la vida como valor fin o como valor medio, luego se abordan las categorías que están en juego entre ética de la vida, bioética y ecoética. Con ello se permiten reflexiones filosóficas sobre la ética de la vida.

El esfuerzo investigativo aquí presentado y sus diversos abordajes serán sin duda, elementos para dar respuestas a los problemas planteados y sus contenidos impulsarán el interés de los académicos, investigadores y estudiantes para adentrarse en el mundo del conocimiento.

MAESTRA EN EDUCACIÓN.

MARÍA REBECA MELÉNDEZ TORRES

Percepción de la violencia conyugal de un grupo de mujeres que estaban de estancia en un refugio de la ciudad de Durango, Mx.

Parra-Domínguez Martha Lilia¹
Lázaro-Aranda Delia Aurora²

Resumen

Introducción: La violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas: física, sexual o psicológica, a lo largo del ciclo de la vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos y ha sido considerada por mucho tiempo como algo natural y de carácter privado. El presente estudio está basado en los conceptos sobre Percepción de Maturana y Varela, Violencia de Minayo, Violencia conyugal de Nogueiras. **Objetivo:** Conocer e interpretar la percepción que tiene un grupo de mujeres que sufren violencia conyugal a partir del método Creativo Sensible de Cabral. **Material y métodos:** La investigación de tipo cualitativa fue desarrollada según el método creativo y sensible de Cabral, cuya dinámica (calendario) fue desarrollada en un encuentro: con cinco participantes. Para el análisis de datos, se usó el análisis de discurso según Orlandi. **Resultados:** En este estudio solo se presentan los resultados que develan la primera categoría fundamental: La dimensión social de la violencia conyugal, que rescató la concepción, elementos y expresiones que la favorecen. La concepción como primer tema, fue desdoblada en tres subtemas: violencia es golpes, destrucción y muerte; violencia es maltrato a los hijos y violencia es agresión y malos tratos. **Conclusiones:** Las dimensiones social y relacional de la violencia conyugal, muestran que es un problema complejo que se nutre de la inequidad social, cultural, económica y de género, como determinantes de la calidad de vida y a partir de las vivencias de las mismas mujeres violentadas, permitirán reconocer las contradicciones más importantes que determinan la calidad de vida.

Palabras clave: Percepción, violencia conyugal, mujeres.

Perceptions of domestic violence in a group of women who were staying in a shelter of the city of Durango, Mx.

Abstract

Introduction: Violence against women and children, in all its forms: physical, sexual or psychological, throughout the life cycle and both the public and private spheres, is a violation of human rights and has been considered for a long time as natural and private. The theoretical approach is based on the concepts of Maturana and Varela Perception, Minayo Violence, Violence marital Nogueiras. This study aimed to interpret the perception of women who suffer domestic violence. **Material and methods:** The qualitative research type was developed by creative and sensitive method Cabral, whose dynamics (calendar) was developed in one encounter: with five participants. For data analysis, the use of discourse analysis as Orlandi. **Results:** Unveiled the first major category: 1) The social dimension of domestic violence, who rescued the design elements and expressions that favor. The design, first issue, was split into three sub-themes: violence is shock, destruction and death, violence and abuse of children is violence assault and battery. **Conclusions:** The social and relational dimensions of conjugal violence show that it is a complex problem that thrives on social, cultural, economic inequality and gender as determinants of quality of life and from the experiences of these women violated, will allow recognize the major contradictions that determine the quality of life.

Keywords: Perception, domestic violence, women

1. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Juárez del Estado de Durango.

2. Facultad de Enfermería y Escuela de Postgrado. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Correspondencia. M.C.E. Martha Lilia Parra-Domínguez. Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UJED.
Ave. Cuauhtemoc No. 223 Nte. Zona Centro, Durango, Dgo., México, C.P. 34000. Teléfono: (618) 8171197 Ext. 106.
Correo electrónico: mlpd73@hotmail.com

Fecha de recepción: 10 de julio de 2011. **Fecha de aceptación:** 7 de diciembre de 2011

Introducción

La violencia que se ejerce contra las mujeres ha sido considerada por mucho tiempo como algo natural y de carácter privado. No ha sido hasta muy recientemente cuando el movimiento de mujeres en los 70s, aunado a la preocupación y acción de los gobiernos, ha hecho visible el problema y lo han posicionado en la agenda pública. La violencia contra las mujeres en cualquiera de sus formas: física, sexual o psicológica, a lo largo del ciclo de la vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Por las graves implicaciones que tiene para la salud de las mujeres por lo que debe ser considerada una prioridad de salud pública.

La violencia de manera general ha ido en aumento en el Estado de Durango, según el programa de prevención y atención a la violencia, se atendió a 137,999 mujeres víctimas de violencia en el período comprendido de 2002 al 2006, de las cuales 22,084 fueron detectadas por profesionales de enfermería. En el Estado hay una población total de 802,357 mujeres, 252,071 corresponden entre 15 años a más, y aproximadamente 37% sufren violencia por parte de su pareja, de esta cifra 135,362 están en riesgo de sufrir violencia, la edad en la que se presenta con mayor frecuencia la violencia oscila entre los 25 y 35 años, cabe destacar que estas mujeres no cuentan con seguridad social. Por entidad federativa Durango ocupa el cuarto lugar de mujeres que sufre algún tipo de violencia por su pareja actual, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), realizada por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública.¹

Por otro lado, algunas de las manifestaciones físicas más comunes

observadas en la práctica profesional, cuando las mujeres violentadas llegan a los servicios de salud por agresiones de las que son objeto se encuentran: hematomas, lesiones, hemorragias, abortos. Percibiendo en ellas, tristeza, angustia, vergüenza, desconfianza y miedo a su agresor, que generalmente es su cónyuge.

Por lo que se ha considerado como una causa importante de divorcio sin distinción de clase social y/o económica, raza, religión etc.

Se debe reconocer que la violencia contra las mujeres, en realidad, es un tema de preocupación social que sienta sus bases en la intolerancia y la discriminación social como puntos centrales de la exclusión cultural y económica. Violencia contra las mujeres que puede continuar y aumentar si sigue silenciosa y oculta.

La revisión de la literatura permitió la descripción de los conceptos principales que versan en el presente trabajo, en relación a la percepción, Maturana y Varela, afirman que la realidad en que vivimos es codependiente de nuestro modo de ordenarla y que va unida a nuestra percepción. El mundo de regularidades que vivimos es un mundo que es co-construido por el observador. Es imposible entonces percibir el mundo fuera de nuestra apreciación que acompaña a cada conocimiento, a cada observación, nuestro mundo perceptible es importante entonces para entender nuestra realidad.²

En cuanto a la Violencia, Minayo (2006) señala que es de origen latino, deriva de la palabra frente, que significa fuerza y se refiere a las nociones de restricción y del uso de la superioridad física sobre el otro. Hace mención que por ser un fenómeno socio-histórico, no es en sí, una cuestión de salud pública ni un problema médico típico, es un proceso complejo que afecta fuertemente la salud, provocando muerte, lesiones y traumas

físicos y un sin número de agravios mentales, emocionales, espirituales, disminuye la calidad de vida de las personas, exige una adecuación de la organización tradicional de los servicios de salud y evidencia la necesidad de una actuación mucho más específica, interdisciplinaria, multidisciplinaria, intersectorial, visualizando las necesidades de la población. La violencia contra la mujer para ser entendida debe ser vista desde la perspectiva de género, según Minayo considera al género respecto a las relaciones de poder y la distinción entre las características culturales atribuidas a cada uno de los sexos y a sus peculiaridades biológicas. Las características de género se fundan en la jerarquía y en la desigualdad de lugares sexuados. La violencia de género distingue un tipo de denominación, de opresión y de crueldad estructuralmente construido en las relaciones entre hombres y mujeres, atravesando clases sociales, razas y etnias. Dentro de la tipología de la violencia se encuentra la intrafamiliar, entendiéndose por esta la que ocurre entre los compañeros íntimos y entre los miembros de la familia, principalmente en el ambiente de la casa. Se incluyen las diferentes formas de agresión contra niños, contra la mujer u hombre y los ancianos en el ámbito doméstico.³

La violencia conyugal contra la mujer, según Bonino 2008,⁴ es "un conjunto sistemático de técnicas -que pueden o no incluir la agresividad manifiesta-, que el hombre utiliza en un proceso de invasión de los límites de la mujer para restarle libertad y encauzarla hacia los deseos e intereses masculinos", debido a sus características, esta violencia suele llamarse también malos tratos o comportamientos abusivos y sus efectos varían según su intensidad y su prolongación en el tiempo. Aunque útil, la

definición señalada no se interroga sobre el papel de la mujer ante la violencia que ejerce su pareja.

Nogueiras 2005,⁵ referido por Ruíz-Jarabo, brinda una categorización sobre violencia considerándola sinónimo de maltrato. Llamando malos tratos a aquella violencia física, psicológica o sexual, dirigida contra las mujeres, en forma frecuente en su vida cotidiana y ejercida por el marido, compañero, novio o ex pareja. En una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia o solo algunos de ellos. No siempre se produce violencia física, pero a la física siempre le acompaña la violencia psicológica, porque el maltrato es un proceso, no un hecho aislado o puntual.

La problemática y los antecedentes sobre el tema, motivaron la realización de la presente investigación que tiene como propósito interpretar la concepción en un grupo de mujeres violentadas albergadas en un refugio de la ciudad de Durango-Mx y en razón a los resultados proponer bases para la consejería en enfermería; porque la violencia conyugal requiere de un esfuerzo interdisciplinario, que tenga en cuenta los diferentes contextos, socioculturales y económicos, escenarios de detección y principalmente la concientización de la mujer sobre la violencia de la que es víctima y que muchas veces no es tomado en cuenta por la familia, ni por el Estado, por lo que se hace necesario su estudio, por ser un problema eminentemente social y de salud pública.

Cabe enfatizar que el estudio es relevante ya que proporcionará bases para la prevención de la violencia conyugal a través de programas y/o proyectos de consejería en enfermería para familias y en especial para mujeres; así como, a partir de las concepciones conocer mejor al agresor y a las víctimas para una eficaz intervención sanitaria y educativa, conocer mejor las

concepciones en el marco de prevención de la violencia conyugal, será de vital importancia, ya que se ha comprobado que todas las intervenciones son mucho más efectivas cuando se basan en una investigación previa.

Metodología

El presente trabajo se realizó bajo un abordaje cualitativo, transversal, empleando el Método Creativo y Sensible de Cabral,⁶ utilizando la dinámica del calendario el cual permitió la recolección de los datos.

Procedimiento

La selección de los informantes fue realizada considerando los criterios de inclusión pre-establecidos. Se coordinó con la Subprocuradora de la Defensa del Menor y la Familia del Estado de Durango, la consideración y aceptación del consentimiento informado para el acceso al Refugio Casa Esperanza donde se llevó a cabo la recolección de la información. Una vez aceptado y aprobado el consentimiento informado, se coordinó y realizó cronograma de actividades con la Directora del Refugio Casa Esperanza para la realización de la dinámica con las mujeres. Se tuvieron tres encuentros previos con las mujeres, facilitando la relación y favoreciendo la confianza; se les dio a conocer el objetivo de la investigación, la dinámica que se realizaría, así como de la existencia y finalidad del consentimiento informado. En el cuarto encuentro se trabajó con las cinco mujeres que se encontraban en ese momento de estancia en el Refugio, se llevaron a cabo las entrevistas colectivas, la elaboración del Calendario Dinámica de Creatividad y Sensibilidad (DCS). Esta dinámica se desarrolló a partir de las preguntas

generadoras de debate, *¿Qué es violencia? ¿Cómo se da la violencia por parte de su pareja?* las cuales, tuvieron la intencionalidad de mover al grupo para la construcción de producciones artísticas colectivas que demostraron dónde se aprende el saber común o saber científico, para lo cual se les facilitó diferentes impresos como: revistas, láminas, recortes de figuras, tijeras, entre otros.

Como medio de registro de los procedimientos se utilizaron la grabación digital, tanto de las dinámicas y discusiones de grupo, como de las entrevistas, y el diario de campo para las observaciones participantes. Al término de las grabaciones, los datos fueron transcritos y agrupados en forma de relatorios, procediendo al análisis del discurso.

Para el análisis de los datos, se trabajó con los principios del análisis de discurso según ORLANDI. Las herramientas propuestas tales como realizar una reflexión crítica sobre las condiciones de producción y aprehensión del significado de los textos producidos, comprender el modo de funcionamiento del discurso, los principios de su organización y las formas de producción social del sentido de las palabras, que los sujetos involucrados dieron a una determinada acción o al concepto relacionado con promoción de la salud.⁷

Para la codificación y descodificación de las situaciones problemáticas emergentes del universo cultural de las mujeres violentadas, se usó el abordaje crítico reflexivo de Freire,⁸ sistematizado y operacionalizado por Cabral.⁹ Los temas generadores de debate fueron codificados como resultado de situaciones existenciales concretas, decodificados en subtemas y recodificados como síntesis. En este sentido, tanto las producciones artísticas como los discursos fueron

fundamentales a la interpretación de los hallazgos.

En la codificación de los temas, se delimitó el asunto de interés para el grupo y en la descodificación se promovió una profundización de un tema dado y el pasaje de lo abstracto a lo concreto; de la parte al todo, para después volver a las partes. Finalmente, el grupo realizó una síntesis temática de los subtemas.

La presente investigación se basó en criterios éticos y de rigor que tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación, considerándose los siguientes criterios:

a) En relación a la ética:

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y anonimato de las entrevistas.^{10,11}

b) En relación al rigor:

Estuvo dado por los criterios que determinan la fiabilidad de la información cualitativa, como son: la credibilidad, la transferibilidad, la auditabilidad o neutralidad del análisis de la información.^{10,11}

Resultados y discusión

El diálogo entre las mujeres que sufren violencia conyugal, durante el proceso de reflexión crítica colectiva, de codificación, descodificación y síntesis, develó en el debate colectivo la dimensión social de la violencia conyugal constituyendo la primera categoría de análisis. La dimensión social de la violencia conyugal, como uno de los pilares fundamentales de la tesis que comprende los aspectos sociales, culturales, políticos y económicos del contexto de las familias, rescatando el tema: La concepción de las mujeres sobre violencia conyugal.

En el primer calendario la participante organizó sus respuestas a partir de la

pregunta generadora de debate *¿Qué es violencia contra la mujer?*, colocando figuras y textos que enfatizaban que la violencia contra la mujer empieza como una pareja feliz, luego vienen los golpes, las amenazas, el miedo, las drogas, la depresión y la muerte.

En el segundo calendario la participante organizó sus respuestas a partir de la pregunta generadora de debate, colocando figuras y textos que enfatizaban que violencia contra la mujer es tristeza, estar lastimada, niños lastimados y tristes, lágrimas, amenazas, envejecimiento prematuro y agresor.

Terminada la primera parte de la dinámica, es decir de elaboración de sus calendarios, *la investigadora pregunta: ¿Cómo interpretan el contenido de sus calendarios?*

Participante 1 responde: *–bueno, para mí la violencia es como un círculo vicioso, inicia con la pareja feliz, luego la mujer empieza a sentirse deprimida, con miedo, después vienen los golpes, humillaciones, amenazas, drogas, y si no encontramos ninguna ayuda o ninguna otra opción, volvemos a comenzar con el círculo, todo es una bomba de tiempo, muchas cuando no encontramos la puerta (...), viene el suicidio, la muerte, eso es la violencia.*

Participante 2 levanta la mano y refiere: *–para mí, la violencia es cuando hay golpes, amenazas, eres lastimada, cuando los hijos están presentes son lastimados también y reflejan tristeza (...), uno como mujer joven está radiante y cuando vive violencia termina envejecida, apagada, lastimada y refleja tristeza, eso es violencia.*

Las imágenes y respuestas organizadas en los calendarios y en los discursos de las participantes, muestran que la violencia es golpes, destrucción, amenazas, miedo, tristeza, lágrimas, estar lastimada, envejecida, drogas, depresión y

muerte. Además, niños tristes y también lastimados; dando lugar al primer tema generador de debate:

1. Concepción de las mujeres sobre violencia conyugal

La concepción de las mujeres que sufren violencia conyugal, según Grossi es una de las violaciones de derechos humanos más practicadas y menos reconocidas en el mundo. Trátese, también, de un problema de salud pública, pues afecta la integralidad corporal y el estado psíquico y emocional de la víctima, además de su sentido de seguridad.¹² Minayo añade que generalmente este tipo de violencia es una forma de comunicación y de relación interpersonal con malos tratos y abusos contra la mujer por parte de su pareja, y que para ser entendida precisa ser vista sobre la perspectiva de género.³ Hace referencia al género, respecto a las relaciones de poder y la distinción entre características culturales atribuidas a cada uno de los sexos y a sus peculiaridades biológicas. La violencia de género distingue un tipo de dominación, de opresión y de crueldad estructuralmente construido en las relaciones entre hombres y mujeres, sin importar clase social, raza y religión.

El tema generador de debate, concepción de las mujeres sobre violencia conyugal, a través del proceso crítico reflexivo, fue desdoblado en tres subtemas: 1) Violencia es golpes, destrucción y muerte; 2) Violencia es maltrato a los hijos, 3) Violencia son malos tratos.

1.1. Violencia es golpes, destrucción y muerte.

En el tercer calendario la participante organizó sus respuestas a partir de la pregunta generadora de debate, colocando figuras y textos que enfatizaban, que violencia contra la mujer son accidentes, acoso sexual, amenazas, exceso de trabajo,

amarrada de manos, sentirse como basura y dormirse para siempre (muerte).

La investigadora continuando con la dinámica vuelve a pregunta *¿Qué es violencia?*

Participante 1 contesta: – la violencia son golpes y actitudes que van acabando con la vida, algo que te destruye poco a poco y después viene la muerte, eso es para mí la violencia.

Participante 3 agrega: – muchas veces huímos y no hallamos hacia donde ir, caemos en pedir, en andar en la calle, y nos sentimos como basura, o a veces caemos en la depresión, y así queremos estar siempre dormidas y sin saber de nada ni de nadie, y si es posible quedarnos dormidas para siempre (muerte).

El calendario y discursos de las participantes, señalan que la violencia son golpes y actitudes que van acabando con la vida, les hace sentir como basura, deprimidas, algo que las destruye poco a poco y después viene la muerte. Como señala Güzmes¹³ cuando describe a la violencia como golpes, destrucción y muerte; con el uso intencional de la fuerza física para causar muerte, lesiones y daño, y no se limita solo a bofetadas, empujones, jalones de pelo, puñetazos, golpes, quemaduras, estrangulamiento y amenazas. Es decir, que la violencia conyugal son golpes, destrucción y muerte.

1.2. Violencia es maltrato a los hijos.

En el cuarto calendario la participante organizó sus respuestas a partir de la pregunta generadora de debate, colocando figuras y textos que enfatizaban, que la violencia contra la mujer es desde el noviazgo violento, abuso sexual, gritos, **maltrato a los hijos**, amenazas, súplicas y la salvación.

La investigadora continúa preguntando *¿Qué es violencia?*

Participante 4 responde: –la violencia es el castigar a mis hijos, no dejarlos hablar, no dejarlos jugar, no dejarlos salir de casa (...) a mis niños si les dejaba los verdugones en sus nalguitas, en su espalda, sus piernas, siempre las traían todas moretoneadas porque les pegaba mucho la ultima vez me tuve que meter en medio para que ya no les pegara (...)

Participante 5 dice: –cuando se inicia la violencia, los golpes, las amenazas, y los niños están ahí, dándose cuenta de todo lo que pasa, los niños son lastimados, por eso los niños reflejan tristeza en sus dibujos y juegan con violencia (...)

El calendario y discursos de las participantes, muestran que la violencia es castigar a los hijos, no dejarlos hablar, no dejarlos jugar, no dejarlos salir de casa, obligarlos a tomar, a mentir, golpearlos hasta dejar marcas, son lastimados y reflejan la tristeza en sus actos. Concordando con Minayo³ cuando manifiesta que los hijos son las mayores víctimas de la violencia intrafamiliar, pues la rabia, los resentimientos, las impaciencias y las emociones negativas de los otros miembros las toman como si fueran válvulas de escape, y que debido a su fragilidad física y de personalidad las hace blanco fácil de los adultos. Es decir que otra de las principales víctimas de la violencia conyugal son los hijos.

1.3. Violencia es agresión y malos tratos

La investigadora vuelve a pregunta ¿Qué es violencia para ustedes?

Participante 2 añade: – hay violencia cuando hay amenazas, eres lastimada, (...) te avientan con lo que pueden (...), a veces me decía mira ahí va una morrita, ¿Me dejas decirle cosas? Yo le decía si, si quieres ve acompáñala, quien quita y allá te quedas con ella y ya no regresas.

Participante 3 responde: –para mí la violencia empieza (...) cuando te amenazan. También el exceso de trabajo, me tiene como su sirvienta (...), para ellos no hacemos nada, no lo ven, aunque nos matemos trabajando (...)

Participante 4 comenta: –para mí la violencia comienza con gritos, amenazas y humillaciones (...), aguantar que me diera cien pesos a la semana para la comida (...)

El calendario y discursos de las participantes, indican que la violencia es agresión y malos tratos, con gritos, amenazas, humillaciones, burlas en público, seducir a otras mujeres en su presencia, tratarla como una sirvienta en presencia de otras personas, ser lastimada, exceso de trabajo sin ser visto como tal, recibir escasa economía para la alimentación. Coherente con Corsi¹⁴ quien señala que la conducta agresiva adopta diferentes formas: motoras, verbales, gestuales, posturales; y también con Nogueiras,⁵ que considera a la violencia como malos tratos, con gritos, amenazas, descalificaciones, humillaciones como burlas en público, También incluye a los malos tratos ambientales, cuando la persona rompe y golpea objetos, destroza enseres, tira sus cosas; y a los malos tratos económicos Es decir, que la violencia son agresiones y malos tratos con gritos, amenazas, humillaciones con burlas en público, exceso de trabajo sin reconocimiento, maltrato ambiental y económico.

Consideraciones finales

La concepción de la mujer que sufre violencia conyugal, como base para la consejería en enfermería, tuvo como punto de partida para el análisis, la codificación de los temas generadores de debate, utilizando el método creativo y sensible y

la dinámica calendario, a través del diálogo establecido entre la investigadora y cinco mujeres violentadas de una casa de resguardo ubicada en la ciudad de Durango, Mx., conducida por las siguientes preguntas generadoras de debate: *¿Qué es violencia? ¿Cómo se da la violencia por parte de su pareja?* La concepción de la mujer que sufre violencia conyugal en Durango-México, en la dinámica calendario del primer encuentro, develó en el debate colectivo la dimensión social de la violencia conyugal como uno de los pilares fundamentales de la tesis que comprende los aspectos sociales, culturales, políticos y económicos del contexto de las familias, rescató la concepción, los elementos y expresiones que favorecen la violencia conyugal.

La primera categoría: Dimensión social de la violencia conyugal, comprende el tema la concepción de las mujeres sobre violencia conyugal, se refiere a como ellas perciben la violencia por parte de su pareja: como un círculo vicioso, una bomba de tiempo, tiene forma cíclica, inicia con la pareja feliz, luego vienen golpes, amenazas, miedo, tristeza, lágrimas, depresión, y si no hay ayuda puede venir la muerte. Además, es agresión, abuso sexual, envejecimiento prematuro de la mujer.

Las dimensiones social y relacional de la violencia conyugal, muestran que la violencia conyugal es un problema complejo que se nutre de la inequidad social, cultural, económica y de género, como determinantes de la calidad de vida y a partir de las vivencias de las mismas mujeres violentadas, permitirán reconocer las contradicciones más importantes que determinan la calidad de vida. Asimismo, es de vital importancia la intervención del Estado a través de políticas públicas que reconsideren la inequidad social, cultural, económica y de género, que favorecerá

positivamente la disminución de la violencia conyugal.

Las dimensiones social y relacional de la violencia conyugal como referente para la consejería en enfermería, debe orientarse fundamentalmente como proceso educativo con promoción de la salud y la prevención de la violencia conyugal, mediante una intervención interdisciplinaria e intersectorial.

Referencias

- 1) Secretaria de Salud. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo. 2ª Ed., México, 2006.
- 2) Maturana, H.; Varela, F. A árvore do conhecimento. Campinas: Ed. Psy II, 1995.
- 3) Minayo, M.C. *Vioência e Saúde*. Ed. Fiocruz. Río de Janeiro, Brasil, 2006.
- 4) Bonino, L. La violencia masculina en la pareja. 2005. Recuperado el 26 de marzo de 2008, de <http://www.luisbonino.com/0ing/pdf/violencia%20masculina.pdf>
- 5) Ruíz-Jarabo, Q. La violencia contra las mujeres: Prevención y Promoción. ED. Díaz de Santos. España, 2005.
- 6) Cabral IE. Aliança de Saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê. Rio de Janeiro (RJ): Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.
- 7) Orlandi, E. P. *Discurso e leitura*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- 8) Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2000.
- 9) Cabral, I. O Método Criativo e Sensível: Alternativa da pesquisa na Enfermagem. In: GAUTHIER, J. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Brasil: Guanabara Koogan, 1998.

- 10) Hernández R, Fernández-Collado C. Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. Ed. McGRAW- HILL: España. 2006.
- 11) Polit, D y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill. 2000.
- 12) Grossi, P. Violência contra a mulher na esfera doméstica: Rompendo o silêncio. Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado em serviço social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. 1994.
- 13) Güzmes, A. Palomino, N. Ramos, M. Violencia Sexual y Física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicentrico de la oms sobre la violencia de pareja de las mujeres. Lima, Perú, 2002.
- 14) Corsi, J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinar sobre un grave problema social. Paidós. Barcelona. 2004.

El saber de la familia sobre drogadicción en adolescentes

Villa-Rivas Fani¹
Lázaro-Aranda Delia Aurora²

Knowledge of the family on
adolescent addiction

Resumen

Objetivo: Estudiar el saber sobre drogadicción en familias con hijos adolescentes que consumen drogas en Durango, México. **Material y métodos:** El abordaje metodológico se basó en el método creativo y sensible de Cabral (1998), cuya dinámica de creatividad y sensibilidad (calendario) fue desarrollada en un encuentro con madres de familia con hijos adolescentes que consumen drogas en una colonia suburbana de la ciudad de Durango, México. Para el análisis de datos, se hizo uso de los principios del análisis de discurso según Orlandi (1997). **Resultados:** Los resultados se basaron en el diálogo establecido entre la investigadora y las participantes, develando los saberes de la familia sobre drogadicción. **Conclusión:** La falta de comunicación dentro de la familia, el amor y el cuidado en la familia contribuyen a crear un ambiente propicio para el consumo de drogas en adolescentes.

Palabras clave: Familia, drogadicción, adolescentes

Abstract

Objective: Study knowledge about drug abuse in families with teenage who use drugs in Durango, Mexico. **Material and methods:** The methodological approach was based on the creative and sensitive method of Cabral (1998), the dynamics of creativity and sensitivity (calendar) was developed in a meeting with mothers with teenage children who use drugs in a suburban neighborhood in the city of Durango, Mexico. For data analysis, use was of the principles of discourse analysis by Orlandi (1997). **Results:** The results were based on dialogue between the researcher and the participants, revealing knowledge of the family on drug addiction. **Conclusions:** The lack of communication within the family, love and care in the family contribute to creating an environment conducive to drug use in adolescents.

Keywords: Family, drug use, teen

1. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Juárez del Estado de Durango

2. Facultad de Enfermería y Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Correspondencia. MCE. Fani Villa- Rivas, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Juárez del Estado de Durango, Cuahtémoc No. 223 Nte, Zona Centro, Durango, Dgo., México, CP 34000. Tel: +52(618) 8171197 Ext. 106.
Correo electrónico: f74villa@gmail.com

Fecha de recepción: 12 de junio de 2011. **Fecha de aceptación:** 5 de diciembre de 2011

Introducción

El consumo de drogas es un problema multifactorial en el mundo, afecta la salud del individuo, y daña la sociedad. Resulta de la compleja interacción de la droga, el usuario y el medio ambiente, es decir, la familia, la sociedad, la cultura, la educación, la situación económica, entre otras.¹ La familia es un organismo vivo, complejo, que en su transcurrir hay diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.²

La familia tiene un rol muy importante en la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de sus miembros. Cabe resaltar que la familia está en cambio continuo entre sus miembros y entre sus generaciones y que entre esos cambios la familia se puede enfrentar a problemas como el uso de drogas, que se ha considerado como una decisión individual, sin embargo, los padres pueden influir en el desarrollo de los hijos, que se inician en el consumo de drogas cada vez a edades más tempranas como los adolescentes. Dicha población es considerada de mayor riesgo para el consumo de drogas por su vulnerabilidad. Durante la adolescencia aparece en escena la búsqueda de la identidad como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido, el esfuerzo del adolescente por dar sentido al yo no es una especie de malestar madurativa, sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores sobre la confianza, la autonomía,

la iniciativa y la laboriosidad y sienta las bases para afrontar los desafíos de la adultez. El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2008) y la Encuesta Nacional de Adicciones³ en México, reportaron que en los últimos años el consumo de drogas en la población adolescente se ha incrementado considerablemente, Durango fue el estado que mostró prevalencias altas de consumo de drogas en jóvenes de 12 a 25 años.

El trabajo se justifica porque en nuestro medio, el consumo de drogas en adolescentes es un problema de salud pública, y la familia entorno inmediato del desarrollo del adolescente, es importante porque va a permitir conocer esta problemática, en nuestra realidad no se han encontrado estudios cualitativos referentes al tema. Por otra parte la necesidad de profundizar en el análisis cualitativo del saber sobre drogadicción en familias con hijos adolescentes que consumen drogas, con el fin de elaborar algunas conclusiones, que permitan realizar recomendaciones para las instituciones que tengan que ver con la problemática en estudio. Por lo cual el propósito del presente estudio fue analizar el saber sobre drogadicción en familias con hijos adolescentes consumidores de drogas.

Material y métodos

El estudio utilizó el abordaje cualitativo que según⁴ responde a la realidad de los fenómenos que no pueden ser cuantificados, que corresponde a un espacio mas profundo de los fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables. El método de investigación utilizado fue el Creativo y Sensible.⁵ Las técnicas utilizadas fueron la entrevista colectiva, observación participante y discusión de grupo. La

dinámica de creatividad y sensibilidad fue de almanaque la cual revela la conciencia subjetiva de las participantes. El estudio se llevó a cabo en un centro de salud de una colonia suburbana de la ciudad de Durango. Los sujetos en estudio fueron un grupo de seis madres de adolescentes consumidores de drogas quienes fueron elegidas por conveniencia. Para la producción de la información se realizó una sesión para la creación del almanaque, inició con la construcción del almanaque con recortes de revistas y periódicos que expresaron el saber de la familia sobre la drogadicción en adolescentes, luego se hicieron las presentaciones de la producción artística y finalizó con el análisis colectivo. La sesión fue grabada con grabadora digital. Al término de la sesión el audio fue transcrito. El análisis de los datos, se trabajó con los principios del análisis de discurso según Orlandi.⁶ Para la codificación y descodificación se usó el abordaje crítico reflexivo de Freire, sistematizado y operacionalizado por Cabral.⁵ El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación,⁷ se tomó en consideración lo establecido en el Título II, relacionado a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Resultados

Se presentan el análisis de los discursos de las participantes a través de los relatos y expresiones artísticas relacionadas con el saber de la familia sobre el consumo de drogas, las informantes revelaron que el consumo de drogas es un problema de salud que origina impotencia en la familia para enfrentarlo y apoyar al hijo consumidor; en una de las producciones artísticas la participante expresa preocupación por no contar con

información clara y suficiente sobre los centros de rehabilitación:

Cuando vi a mí hijo consumiendo drogas, me sentí impotente. Acudí a un centro de rehabilitación a preguntar los requisitos para internarlo, pero mis vecinas me dijeron que los internos más grandes los golpean, la verdad uno de madre no sabe que hacer. (P 04)

Nosotros a nuestro hijo le damos consejos, pero el no quiere cooperar y en los centros de rehabilitación nos han dicho que el tiene que internarse por su voluntad. No se, si seria bueno internarlo a fuerza, pero fijarnos bien en que centro, porque a mis sobrinos los han tratado mal, por eso tengo miedo de internarlo. (P 08)

Los discursos anteriores expresan la preocupación de las participantes sobre el manejo del consumo de drogas de los hijos; una de ellas relata haber manejado el problema con sus propios recursos; al respecto, Morin⁸ menciona que en apariencia todos somos ciudadanos aun cuando es evidente que ninguno de nosotros, ciudadanos, cuenta con una brújula que nos oriente dentro del mundo primitivo postmoderno en donde la mayor satisfacción es imponer la ley de la selva. Es decir, los más fuertes pueden disfrutar de todos sus derechos y los que carecen de esas ventajas dentro de la sociedad, son considerados intolerantes por ser personas consumidoras de drogas, situación que alimenta la estigmatización social y dificulta a las personas acceder a los servicios y vuelve imposible su integración social:

Yo he pensado en llevar a mí hijo a un centro de rehabilitación antes que empeore, porque ya tiene 8 años consumiendo drogas. Me he querido apoyar en mi vecina para internarlo, pero como su hijo se interna sólo, no me apoya. Preguntamos en un centro y cobran \$5,000.00 pesos por tres meses, y ahorita no tenemos ni

para comer, además me da miedo porque dicen que en los centros de rehabilitación los tratan muy mal. (P 09)

Mi hijo, por sí solo ha buscado ayuda para dejar de consumir drogas, primero asistió a un retiro espiritual y nada. También se ha internado dos veces en un centro de rehabilitación y se ha salido porque lo molestan unos internos mas grandes. Le pregunte ¿Y ahora qué piensas hacer?, voy a trabajar, duró solo un tiempo sin consumir y vuelve a las drogas. (P 07)

En el primer discurso la participante expresa preocupación por el estado de salud de su hijo que consume drogas; su saber común le indica que el consumo de drogas daña la salud, además intuye que el consumo de drogas produce severos cambios en el organismo paulatinamente; en los discursos se devela la incertidumbre por la hospitalidad en el centro de rehabilitación; respecto a la hospitalidad Waldow,⁹ refiere que la hospitalización es un acontecimiento atemorizante tanto para la persona como para su familia, sobre todo cuando uno de sus integrantes sufre por el consumo de drogas, debe permanecer internado por un tiempo prolongado alejado de su familia y perciben amenazada la integridad del hijo consumidor de drogas, situación que genera angustia.

En los discursos anteriores el fragmento: *“me da miedo porque dicen que en los centros de rehabilitación los tratan muy mal”*, se traduce en el reclamo de contar con instituciones de salud donde realmente acompañen al ser humano en la limitación del daño, pues los centros de *“rehabilitación”* son una expresión institucionalizada que refleja la impotencia social. También se señala lo difícil de satisfacer la necesidad del consumo de drogas del hijo, puesto que su preocupación es la satisfacción de las

necesidades básicas de sobrevivencia, al respecto Max-Neef¹⁰ afirma que el ser humano es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello, las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades. Es decir, la familia con hijos que consumen drogas consideran prioridad satisfacer las necesidades básicas más que la necesidad de ayudar al hijo a que vuelva a su integración social.

Morin⁸ señala que el saber manejar el consumo de drogas, se constituye interiorizando el mundo y las significaciones creadas por la sociedad, interiorizando explícitamente fragmentos importantes de ese mundo e implícitamente su totalidad por las alusiones interminables que unen magmáticamente cada fragmento de ese mundo con los otros seres que convive. El mundo social es el conjunto de las instituciones donde ha permanecido el ser humano consumidor de drogas desde el nacimiento, y en primer lugar el otro social, la madre, que se ocupa de él, estando ya él mismo socializado de una manera determinada, y el lenguaje que este otro habla.

Cuatrocchi¹¹ afirma que los jóvenes consumidores de drogas están inmersos en situaciones familiares sumamente complicadas, que favorecen el consumo de drogas. Son familias en las que los padres no han podido cumplir con la función de cariño que el infante necesita para crecer y desarrollarse; luego cuando los hijos crecen, ante la crisis de la adolescencia estos conflictos y carencias se exageran, no cuenta con una adecuada capacidad y enfrenta los cambios de la adolescencia con limitaciones. Por tanto, el consumo de

drogas en uno de los miembros de la familia somete a pruebas extremas a los padres sin recursos emocionales para tolerarlo y contenerlo:

Yo le pregunto a mi hijo ¿por qué no te internas en un centro de rehabilitación?, y me contesta, usted lo que quiere es que me salga de la casa, sí usted me llega a internar por la fuerza, me salgo y la mato, le digo, yo no te voy a internar, tú eres el que se debe de internar. (P 06)

Los discursos develan que las participantes simplifican el problema de salud social de los hijos, situación que se relaciona con la visión de la sociedad antes mencionada, es decir, el fenómeno de las drogas se vincula únicamente con el joven pobre, marginado y delincuente. Tal aseveración bloquea a los padres de familia y confinan a los hijos consumidores de drogas a círculos cerrados donde se vuelven más vulnerables, impidiendo su integración social. Situación por cual los padres de familia declaran no saber qué hacer con ese hijo que consume drogas y lo dejan solo. Es así que el hijo consumidor de drogas se encuentra en una familia que no tiene lugar para él, en una sociedad que tampoco lo tiene, además sin recursos emocionales para enfrentar sus conflictos.

De lo expresado en los discursos del saber manejar el consumo de drogas, para las familias significa saber identificar y aceptar el consumo de drogas en los hijos; el fenómeno social del consumo de drogas origina impotencia en la familia para enfrentarlo y apoyar al hijo consumidor; expresan preocupación por no contar con información clara y suficiente sobre los centros de rehabilitación, su saber común les indica que el consumir drogas produce severos cambios en el organismo paulatinamente; revelan el reclamo de contar con instituciones de salud donde realmente acompañen al ser humano en la

limitación del daño, pues los centros de “rehabilitación” son una expresión institucionalizada que refleja la impotencia social. Consideran prioridad satisfacer las necesidades básicas más que la necesidad de ayudar al hijo a que vuelva a su integración social.

Enfermería debe involucrarse con la familia con hijos consumidores de drogas y acompañarla para lograr la cooperación del hijo en limitar el daño, sin el temor que se afecte su integridad durante la rehabilitación. Así como educar a la familia para que acompañe al hijo sin excluirlo de la totalidad, finalmente es la familia quien padece la enfermedad del consumo de drogas; esto contribuirá en evitar las recaídas al consumo de drogas, y que el miembro de la familia no experimente el sentirse como un ser excluido de la familia y así evitar que reconsidere nuevamente las drogas como ruta de escape. En ese acompañar, enfermería debe convencer a la familia que la integración social existe desde la recuperación de la individualidad y la autonomía del ser humano, independientemente de la situación de vida en la que se encuentre precisa de ser considerado como un otro, capaz de encontrar una fuente de placer en su naturaleza íntima y al interior de la totalidad para que viva como un ser social en el medio que le ha tocado vivir.

El consumo de drogas a ciertas personas les plantea enormes consecuencias, como la violencia que se muestra en esta subcategoría. Respecto a la violencia Hirigoyen¹² sostiene que en la familia es difícil detectarla porque tiende a pasar de una generación a otra, en el seno familiar los padres tienen conductas agresivas y al no poderlas externar de otro modo, la dirigen hacia los hijos y al no tener otra salida, pierden la posibilidad de individualización o de tener opiniones propias. Cada integrante de la familia

guarda una parte de ese sufrimiento que al no poder matar físicamente al hijo, se anula psicológicamente de modo que no sea nadie y en consecuencia ese hijo pierde toda conciencia de su propio valor, que más tarde reproducirá con el consumo de drogas.

Minayo¹³ considera que la violencia es un fenómeno de origen vivido, provocado por una carga emocional fuerte de quien la comete, de quien la sufre y de quien la presencia. Los eventos de violencia siempre pasan y pasarán por el juzgamiento moral de la sociedad. Es parte intrínseca de la sociedad y resultante de las relaciones de comunicación y de los conflictos de poder. Nunca existe una sociedad sin violencia, mas siempre existirán sociedades más violentadas que otras, cada una con su historia. La violencia tiene su origen en la crisis que padece la familia con hijos que consumen drogas, creada por la gran cantidad de estresores externos a los que está expuesta o por el cambio que está sufriendo las normas sociales y culturales en la que se desenvuelve.

La misma autora también señala que la violencia es un fenómeno universal e histórico. Los jóvenes son los grupos sociales más rebeldes y los que más infringen las leyes sociales. Profesionales de salud y de educación precisan que deben tener más conocimiento que los habiliten a diagnosticar y a enfrentar los problemas trazados por los jóvenes, muchas veces consideran como un pedido de socorro. Una de las características en los procesos de agresión familiar el agresor es consumidor de drogas.

En uno de los calendarios la participante presenta sus respuestas a las interrogantes planteadas. Con base a los recortes y el texto presentado afirma que la consecuencia más importante del consumo de drogas en el hijo es la violencia, las

causas pueden ser el efecto de combinar diferentes drogas o necesidad de consumir droga; el tipo de violencia identificada fue la física y psicológica. Es decir, para la familia el consumo de drogas tiene consecuencia que el hijo violentador pierde el respeto de los miembros de la familia, la víctima puede ser la madre o hermanas, como más adelante se puede apreciar en los discursos. Al respecto, Morin¹⁴ refiere que el consumo de drogas en el individuo produce una fuente de placer, cada individuo reacciona a las drogas de una manera diferente y según el producto consumido, la persona puede presentar trastornos psíquicos o somáticos y la situación de carencia desarrolla una necesidad incontenible que puede conducir al ser humano a violentar a los miembros de la familia:

Mi hijo cuando consumía diferentes drogas se ponía muy violento, me golpeaba, me gritaba, se peleaba con otro de mis hijos cuando me defendían. Ahora que solo consume marihuana es menos agresivo. (P 05)

Mi hijo el que más se droga, es muy violento conmigo, no le puedo llamar la atención porque se pone al tú por tú, me ha llegado a decir vieja pendeja. (P 01)

En los discursos anteriores las participantes expresan que han sido víctimas de sus hijos que consumen drogas, manifiestan la relación entre el policonsumo de drogas con la presencia de mayor violencia, es decir la violencia la refieren como una consecuencia inducida por el consumo de diversas drogas. El consumo de drogas en un miembro de la familia es un problema complejo para saber manejar, sobre todo por tratarse de un hijo y por el vínculo que existe.

Según Domenach,¹⁵ la violencia está inscrita y arraigada principalmente en las relaciones sociales y está construida en el

interior de la conciencia y de la subjetividad. El fenómeno de la violencia no puede ser tratado como una violencia exterior del hijo consumidor de drogas y de la familia. Su visión se proyecta en dirección contraria al consenso común que acostumbra colocarla como un fenómeno siempre producido por el otro. Es fácil condenar al hijo consumidor de drogas de la violencia como consecuencia del problema social y de salud e inclusive como algo extraño al ser humano:

Mi hijo es muy agresivo, ha querido golpear a mis hijas y ellas se le han echado encima y le llaman a la policía para que se lo lleve (P 09)

Mi hijo y yo ahorita nos peleamos, porque les quería pegar a sus hermanas (voz entrecortada), el me dice que soy una estúpida (voz entrecortada). A mi nieta le dice que la va a matar a golpes. Me duele que se lo lleve la policía porque me lo regresan golpeado (P 06)

Los discursos de las participantes muestran que la mayoría de las madres participantes manifiestan que la armonía de la familia es interrumpida por el consumo de drogas en los hijos. También se revela la angustia de la participante por la amenaza que se vislumbra en la familia, la muerte de uno de los miembros como consecuencia del consumo de drogas. Expresan la necesidad de un trato humano hacia el consumidor. Por tanto la violencia como consecuencia del consumo de drogas, representa un riesgo para la realización del proceso vital humano, amenaza la vida, altera el equilibrio de la familia. La violencia por parte del hijo que consume drogas como respuesta frente a la situación de querer ser y no del deber ser, estigmatiza su rol frente a la familia y a la sociedad.

Después de haber analizado el saber manejar las consecuencias del consumo de

drogas hace evidente que las familias perciben que la consecuencia más importante del consumo de drogas en el hijo es la violencia, las causas pueden ser el efecto de combinar diferentes drogas o necesidad de consumir droga; Se perciben la violencia física y psicológica. Las participantes expresan que han sido víctimas de sus hijos que consumen drogas. Expresan que el consumo de drogas en un miembro de la familia es un problema complejo de saber manejar, sobre todo por tratarse de un hijo y por el vínculo que existe.

En la práctica de enfermería es notorio la poca presencia en la relación, enfermera/familia con hijos consumidores, se busca mostrar actitud humana y comprensión de la enfermedad social a partir del paradigma holístico, pues la familia al sentirse capaz de manejar el consumo de drogas contribuirá a fortalecer el saber manejar las consecuencias del consumo de drogas, hará que el saber cuidar al hijo consumidor de drogas beneficie a la familia en su totalidad, posibilitando a la familia saber manejar mejor su situación.

Consideraciones finales

Los discursos mostraron que las familias con hijos que consumen drogas, con base a su conocimiento, manifestaron lo que ellas entienden por el saber de la familia en el consumo de drogas que nació de la creación colectiva a través de la expresión artística que develó la sensibilidad de las familias de su trayectoria histórica.

Es importante profundizar en el saber de la familia y saber sobre el consumo de drogas, si es que como enfermeras se pretende contribuir en la promoción de la salud y prevención del consumo de drogas, porque afecta no sólo a la persona consumidora de drogas, sino también al

resto de los miembros de la familia, impidiendo una integración plena en todos los aspectos de la vida de la familia y sociedad.

El saber de las familias frente a hijos consumidores de drogas, tuvieron como punta de partida para el análisis, la codificación de los temas generadores de debate, utilizando el método creativo y sensible y la dinámica calendario, a partir de dichas preguntas, las participantes del estudio elaboraron sus producciones artísticas, con los materiales e indicaciones previamente proporcionadas, organizando sus calendarios en tres encuentros. El saber de las familias mediado con la dinámica calendario, en los encuentros develó en el debate colectivo el saber ser familia. La proposición principal que surgió del análisis fue el saber sobre el consumo de drogas es probable que guarde relación con el saber cuidar al hijo consumidor de drogas. De la cual se pueden derivar las siguientes hipótesis, el saber sobre el consumo de drogas es probable que guarde relación con la promoción de la salud y la prevención del consumo de drogas en los hijos y el saber manejar el consumo de drogas repercutirá en limitar el daño del consumo de drogas en los hijos consumidores de drogas. Con estos hallazgos, se requiere que enfermería construya ambientes de cuidado. De esta manera se fortalecerá la relación enfermera(o)/familia viviendo un compromiso real, estar siempre educando, pues la familia sintiéndose acompañada contribuye para que sea tratado como un ser indispensable para la sociedad y hará que participe en la prevención del consumo de drogas y en la limitación del daño de los hijos consumidores. Hay que ser parte de la comunidad y del fenómeno que abordamos, es decir, apegada a la realidad social de nuestra comunidad con el fin de no sólo desarrollar acciones educativas y

de tratamiento para los adolescentes y jóvenes, sino fortalecer el saber de familia sobre la drogadicción.

La promoción de la salud y la prevención del consumo de drogas demanda respuestas efectivas, basadas en el conocimiento del saber ser familia, por la dinámica actual el papel de la familia es fundamental para hacer frente al fenómeno social de las drogas, considerando que la promoción y prevención debe tener una base comunitaria a nivel de la familia, con el objetivo de construir una familia como un ser individual y social, de tal manera que el primer uso de drogas se convierta en abuso.

Se trata de acompañar una población, a un grupo, a una familia, al individuo, a partir de la visión actual y este acompañar puede llegar a la reducción del daño por el consumo de drogas, porque la propuesta es acompañar a dónde el sujeto lo necesite no hacia dónde nosotros queramos llevarlo.

Con lo antes mencionado se recomienda diseñar perfiles curriculares en busca de la formación de enfermero(a)s idóneos(as) que demuestren compromiso, sensibilidad y humanismo, en su actuar con la familia en la promoción de la salud, prevención del consumo de drogas y limitación del daño. Establecer espacios donde a la familia con hijos consumidores de drogas se le permita conocer su singularidad, así como facilitar la apertura de canales de comunicación entre ella y su entorno social.

Conclusión

La familia juega un papel importante en el consumo de drogas en los adolescentes. De acuerdo a los resultados preliminares del presente estudio se puede visualizar que el saber de la familia sobre drogadicción contribuye a crear un ambiente propicio

para la limitación del daño en el adolescente consumidor y en la participación con el sector salud para la rehabilitación del hijo consumidor.

Referencias

1. Tapia, C. Las adicciones Dimensión, Impacto y Perspectivas. (2a.ed.). México, DF.: Manual Moderno. 2001
2. Bustamante, S. Enfermería Familiar: Principios de Cuidado a partir del saber (in) común de la familias. UNT. Perú. F.E. 2004
3. Córdoba, J. Encuesta Nacional de Adicciones. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx>. 2008
4. Minayo, M.C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: HUITEC / ABRASCO, 1996.
5. Cabral, I. O método criativo sensível: alternativa da pesquisa na enfermagem. In: Gauthier, J. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
6. Orlandi, E. P. Discurso e leitura. 3ed. Sao Paulo: Cortez, 1996. 118p.
7. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. 1987
8. Morin, E. (2005). Ciudadanos sin brújula. Ed. Coyoacán. México.
9. Waldow, V. (2006). Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Editora Vozes. Petrópolis.
10. Max-Neef. M (1998). Desarrollo a escala humana conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. 2a ed. Ed. Nordan-Comunidad. España
11. Cuatrochi, E. (2008). La adicción a las drogas. 1ra. Ed. Ed. Espacio editorial. Buenos Aires Argentina.
12. Hirigoyen, M. (2000). Assédio Moral: A violência perversa no cotidiano. Bertrand. Rio de Janeiro, Brasil.
13. Minayo, M. (2006) Violencia e saúde. Editora Fiocruz: Río de Janeiro, Brasil
14. Morin, E. (2011) La vía. 2ª. Paidós. México.
15. Domenach M. Inguez (1998). La violencia y sus causas. Buenos Aires: Editorial de la UNESCO.

Incremento de cintura y factores asociados en madres de familia de colonias marginadas de la ciudad de Durango, Mx.

Avila-Rodríguez Armando,¹ Araujo-Contreras Jesús M,¹ Avila-Rodríguez E Humberto,¹ Rivas-Avila Efrén,¹ Vargas-Chávez Nohé,² Mier-Mier Nelda³

Resumen

Objetivo: Establecer la relación entre el incremento de cintura y factores asociados en madres de familia de colonias marginadas de la ciudad de Durango, Mx. **Material y métodos:** Se recolectó información domicilio por domicilio de 1268 madres de cuatro colonias marginadas. Mediante un instrumento impreso, se obtuvo información socio-económica-ambiental. A las participantes se les midió la circunferencia de cintura. **Resultados:** La prevalencia de circunferencia de cintura ≥ 88 cm fue 66.9%. La cintura fue mayor en las madres con más edad, menos escolaridad y en las amas de casa. Asimismo fue mayor la cintura en las madres: con ≥ 4 embarazos únicos o hijos nacidos vivos, las que ganaron ≥ 9.89 Kg de peso durante el último embarazo, cuando este fue ≥ 28.5 años de edad, cuando la antigüedad del último a la fecha del estudio fue ≥ 11.6 años y en las que realizaban < 210 minutos/semana de AFI, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$). **Conclusiones:** La mayor circunferencia de cintura está influenciada, por la edad, baja escolaridad, los antecedentes gineco-obstétricos y por la falta de actividad física intensa de las madres.

Palabras clave: Cintura, madres de familia, Durango, Dgo.

Relationship between increased waist and associated factors in mothers from marginalized neighborhoods of the city of Durango, Mx.

Abstract

Objective: To establish the relationship between increased waist and associated factors in mothers from marginalized neighborhoods of the city of Durango, Mx. **Materials and Methods:** In a census way, social-economic-environmental information about 1268 mothers from four selected colonies was collected using a printed form. Participants were standing when their waist circumference was measured. **Results:** Prevalence of waist circumference ≥ 88 cm was 66.9%. The waist was higher in older mothers, less educated and housewives. Also it was higher in mothers with 4 or more single pregnancies or live birth's children, Those who won ≥ 9.89 Kg during last pregnancy, those with age in their last pregnancy was ≥ 28.5 years old, when the elapsed time between last pregnancy and date of study was ≥ 11.6 years and who performed < 210 minutes/week of intense physical activity, observed differences were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusions:** Higher waist circumference of these mothers is influenced by age, low education, gynecobstetric background and lack of intense physical activity.

Key words: waist, mothers, Durango, Dgo.

1. Centro de Investigación en Alimentos y Nutrición, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Juárez del Estado de Durango, México
2. Facultad de Odontología, Universidad Juárez del Estado de Durango, México
3. School of Rural Public Health, Texas A&M University, College Station, Texas, U.S.A.

Correspondencia. M. en C. Armando Avila Rodríguez, Centro de Investigación en Alimentos y Nutrición, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Juárez del Estado de Durango, Av. Universidad y Fanny Anitua, Durango, Dgo., México, CP 34000.
Correo electrónico: mandisav@gmail.com.

Fecha de recepción: 7 de junio de 2011. Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 2011

Introducción

La circunferencia de cintura (CC) es una medida antropométrica específica para detectar la acumulación de grasa intrabdominal. Permite identificar personas en riesgo de morbi-mortalidad de diferentes padecimientos en todos los grupos de edad.

El uso de la CC facilita la caracterización de la obesidad abdominal, establecido como un fenotipo de alto riesgo para la salud. El valor crítico establecido de diagnóstico de la circunferencia de cintura para la mujer es de 88 cm representando un riesgo cardiovascular aumentado.^{1,2}

Múltiples estudios revelan las serias complicaciones observadas en individuos con mediciones e índices antropométricos por encima de lo normal, así como con sobrepeso y obesidad. Tal es el caso del estudio realizado por Ali Chehrei en una población de adultos (ambos sexos) de Irán, en el que la CC y el índice cintura/talla mostraron mayor correlación con el colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL, colesterol total/colesterol-HDL que con el IMC. En el perfil de lípidos, los triglicéridos mostraron la correlación más cercana con el índice cintura/talla ($r = 0.309$, $p < 0.001$) y con la CC ($r = 0.308$, $p < 0.001$). El colesterol HDL no mostró relación estadística con cintura/talla, pero estaba débilmente correlacionado con la circunferencia de cintura ($r = -0.088$, $p < 0.05$). El estudio permitió concluir que la CC y el índice cintura/talla pueden predecir mejor la dislipidemia en una población adulta de Irán.³

Investigaciones realizadas en una población de cubanos adultos con CC elevada, mostraron mayores niveles de triglicéridos, glucemia y tensión arterial sistólica.⁴

Por su parte, Araujo-Contreras JM y cols., en una población mexicana de

adolescentes con sobrepeso y obesidad apreciaron mayor prevalencia de dislipidemias y alteraciones en los índices aterogénicos, asimismo encontraron una clara relación entre los niveles anormales de las lipoproteínas aterogénicas con los valores aterogénicos asociados al riesgo cardiovascular.⁵

Estudios adicionales demuestran que la obesidad abdominal, frecuentemente se relaciona con niveles plasmáticos elevados de triglicéridos, apolipoproteína B, colesterol VLDL y reducidos de HDL, anomalías que pueden ser consecuencia de un efecto metabólico global de la resistencia a la insulina.⁶

Desde el punto de vista de la Salud Pública, la obesidad abdominal es un problema mundial con serias repercusiones en las enfermedades no transmisibles (ENT), de ahí su necesidad de estudiarla con mayor detalle.

El motivo de la realización de este trabajo, es que en México y de forma específica en la ciudad de Durango, no se cuenta con información suficiente que permita identificar en poblaciones de mujeres con condiciones marginales los factores asociados al incremento de la CC. Información requerida para diseñar las estrategias que permitan disminuir las enfermedades cardiovasculares (ECV) que en el año 2002, causaron casi 30% de las defunciones a nivel mundial y que se prevé sean la primera causa de discapacidad y defunción en el mundo para 2020⁷ y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los principales factores de riesgo controlables oportunos de las ECV son: dieta poco saludable, sedentarismo, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial y tabaquismo.⁸

Material y métodos

El estudio se realizó de enero de 2010 a abril de 2011 empleando un diseño epidemiológico de tipo transversal.⁹ Se seleccionaron las colonias por conveniencia con base a las características del programa HÁBITAT.¹⁰ El método empleado para seleccionar la muestra fue no probabilístico por cuota. Se recolectó información domicilio por domicilio de las madres en las colonias Benigno Montoya, Dolores del Rio, El Ciprés y Antonio Ramírez-La Virgen ubicadas en la periferia de la ciudad de Durango; autorizado el conocimiento informado participaron las madres que voluntariamente decidieron hacerlo. Mediante la aplicación de un instrumento impreso se obtuvo información sobre: características sociodemográficas, estructura familiar, características de la vivienda, antecedentes gineco-obstétricos, adicciones, violencia intrafamiliar, salud reproductiva, planificación familiar y actividad física.

Fueron eliminadas del estudio las madres que no pudieron contestar el instrumento y las que no proporcionaron la información completa.

La medición de la CC, fue realizada de pie (solicitando a la participante subirse la camisa o despejarse esta zona) con una cinta métrica flexible no extensible, en un punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca, colocando la cinta métrica en el punto intermedio alrededor de la cintura, con el abdomen relajado, de acuerdo al Manual de la Secretaría de Salud 2005.¹¹ Fue considerado factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, un punto de corte $\geq 88\text{cm}$.^{1,2}

Para el análisis estadístico, se consideró la variable antropométrica CC como *dependiente* y como *independientes*: características sociodemográficas (edad,

escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de origen, forma de transportarse), estructura familiar (número de miembros que viven en la casa y parentesco con la entrevistada, derechohabiencia), características de la vivienda (material de construcción, número de habitaciones, aparatos electrodomésticos disponibles, servicios públicos), antecedentes gineco-obstétricos (número de embarazos único y múltiples, número de hijos nacidos vivos, edad en el último embarazo, forma de nacimiento), adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción), violencia intrafamiliar (psicológica y física), salud reproductiva (actualmente está embarazada, en la actualidad está lactando, consulta prenatal, peso aumentado durante el último embarazo, peso al nacer del último hijo), planificación familiar (uso de anticonceptivos) y actividad física (moderada, intensa).

El análisis estadístico descriptivo fue realizado en el total de la población participante y en una subpoblación que no consideró a las madres que estaban lactando así como a las embarazadas se realizó el análisis de la correlación entre las variables *dependiente* e *independientes*. Para la variable uso de anticonceptivos la subpoblación fue todavía menor por aplicar el criterio de excluir a las mayores de 52 años.

Se emplearon pruebas estadísticas de tendencia central y análisis de varianza (ANOVA) para probar la significancia estadística ($p < 0.05$) entre la CC y las variables *independientes*. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS- Windows versión 14.0.

La captura y análisis de la información fue realizada en el Centro de Investigación en Alimentos y Nutrición de la Facultad de Medicina y Nutrición de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Resultados

Participaron 1268 madres de familia; de las colonias Benigno Montoya 320 (25.2%), Dolores del Río 297 (23.4%), El Ciprés 301 (23.7%) y Antonio Ramírez-La Virgen 350 (27.6%).

Contaban con: energía eléctrica 1233 (99.5%), refrigerador 1139 (91.9%), disponibilidad de agua entubada hasta la entrada o dentro del domicilio 1192 (96.1%). Tenían piso de cemento terminado o mosaico 978 (78.8%) y el resto con piso de menor calidad. Las paredes eran de bloque o ladrillo con enjarre 835 (67.3%) y de material menos resistente el resto. Estaban afiliadas a una institución de salud 894 (70.5%); acudían al IMSS 498 (55.7%), ISSSTE 133 (14.9%) y Seguro Popular-SS 263 (29.4%).

Las madres que estaban lactando fueron 80 (6.3%), embarazadas 57 (4.5%) y las que tenían ≥ 52 años 194 (15.3%). El promedio de edad fue 38.9 ± 12.9 años, de escolaridad en años terminados 8.6 ± 3.7 , trabajaban fuera de casa (empleadas y/o propietarias de negocio) 287 (23.0%) y eran amas de casa exclusivamente 960 (77.0%), vivían en pareja (casadas y unión libre) 984 (79.0%) y sin pareja (viudas, divorciadas, separadas, madres solteras) 261 (21.0%).

El promedio de CC en mujeres de 20 a 49 años de edad fue 94.1 ± 14.7 cm. En el total de las participantes la edad de la

menarquía fue 12.8 ± 1.4 años; dijeron estar utilizando algún método anticonceptivos 489 (62.7%). El número de embarazos únicos fue 3.6 y de hijos nacidos vivos 3.3; producto del último embarazo, 12.3% de los hijos presentaron bajo peso al nacer (BPN) (< 2.5 kg); la edad de la madre en el primer embarazo fue 19.9 ± 3.9 años y del último 28.1 ± 6.7 .

Declararon tener las adicciones siguientes: tabaquismo 149 (12.9%), alcoholismo 335 (30.4%). No fue posible recolectar la información relacionada con el uso de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, otras) debido a que la información era muy inconsistente.

Manifestaron recibir por parte de su pareja, violencia psicológica (insultos, amenazas o humillación) 174 (14.3%) y física (golpes) 93 (7.6%).

El tiempo promedio de Actividad Física Intensa (AFI) realizado por semana fue 36.8 ± 95.3 minutos; 47 (5.6%) realizó ≥ 210 min AFI/semana. El tiempo promedio de Actividad Física Moderada (AFM) realizado por semana fue 49.2 ± 102.1 minutos; 48 (5.9%) realizó ≥ 210 min AFM/semana.

El análisis de la correlación entre la variable *dependiente e independientes*, se realizó en una subpoblación de 1104 participantes exceptuando la variable uso de anticonceptivos.

La prevalencia de madres con cintura ≥ 88 cm fue 66.9%, tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de obesidad abdominal de las madres de familia

Condición (circunferencia de cintura)	N	%
Obesidad abdominal (≥ 88 cm)	729	66.9
Normal (< 88 cm)	361	33.1
Total	1090	100.0

Los factores sociodemográficos edad, escolaridad y ocupación, se encontraron asociados al incremento de la cintura, las variaciones observadas en las medias fueron estadísticamente significativas, tabla 2.

La CC fue más elevada en las madres con mayor número de embarazos únicos, hijos nacidos vivos y en las que ganaron más peso durante el último embarazo. Asimismo, en las madres que se embarazaron por última vez con 28.0 años

o más y en las que la antigüedad del último embarazo (tiempo transcurrido entre el último embarazo y la fecha de la entrevista) fue ≥ 11.6 años. Las diferencias en todos los casos fueron estadísticamente significativas, tabla 3.

La CC no mostró diferencias debido a las adicciones y a la violencia intrafamiliar. A pesar de ello las madres que manifestaron ser sujetas de violencia por insultos, presentaron mayor cintura, tabla 4.

Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados al incremento de la cintura de las madres de familia.

	N	Rebasa el corte (%)	Cintura (cm) ($\bar{X} \pm D.E$)	ANOVA valor de p
Edad (años)				
≤ 19	16	37.5	82.4 ± 11.4	
20 a 29.9	211	47.4	86.9 ± 13.2	
30 a 39.9	332	67.8	93.9 ± 14.4	0.000
40 a 49.9	282	73.4	97.1 ± 15.3	
50 a 59.9	160	73.8	96.9 ± 13.1	
60 y más	88	81.8	99.2 ± 14.4	
Escolaridad (años)				
0 a 6	369	75.1	96.7 ± 14.4	
7 a 9	414	63.3	93.1 ± 14.8	0.000
10 a 12	167	60.5	90.7 ± 13.5	
13 y más	109	60.6	92.3 ± 14.5	
Ocupación				
Ama de casa	824	69.3	95.1 ± 14.7	0.000
Trabaja fuera de casa	265	59.6	90.9 ± 14.6	
Estado civil				
Con pareja (casada y unión libre)	844	67.7	94.1 ± 14.4	0.996
Sin pareja (viuda, divorciada, separada, madre soltera)	244	63.9	94.1 ± 16.3	

Tabla 3. Relación entre la CC, el uso de anticonceptivos y variables gineco-obstétricas de las madres de familia.

	N	Cintura (cm) ($\bar{X} \pm D.E$)	ANOVA valor de p
Uso de anticonceptivos			
No	291	93.9 \pm 14.3	0.232
Si	489	92.6 \pm 15.1	
Número de embarazos únicos			
1-3	633	91.9 \pm 14.7	0.000
≥ 4	453	97.2 \pm 14.0	
Número de hijos nacidos vivos			
1-3	701	92.2 \pm 14.7	0.000
≥ 4	382	97.7 \pm 14.1	
Kg aumentados en el último embarazo			
< 9.89	455	91.9 \pm 13.9	0.000
≥ 9.89	555	95.6 \pm 15.1	
Edad de la madre en el último embarazo (años)			
< 28.5	536	91.1 \pm 15.0	0.000
≥ 28.5	528	97.0 \pm 13.8	
Antigüedad del último embarazo (años)			
< 11.6	630	92.3 \pm 14.8	0.000
≥ 11.6	428	96.0 \pm 14.0	
Peso (kg) del último hijo al nacer			
< 2.5	121	92.9 \pm 15.7	0.443
≥ 2.5	859	94.0 \pm 14.7	

Tabla 4. Relación entre circunferencia de cintura y adicciones y violencia intrafamiliar en las madres de familia.

	N	Cintura (cm) ($\bar{X} \pm D.E$)	ANOVA valor de p
Tabaquismo			
No	873	93.9 \pm 14.7	0.662
Si	136	94.5 \pm 16.5	
Alcoholismo			
No	756	94.4 \pm 15.1	0.250
Si	331	93.3 \pm 13.7	
Violencia (insultos)			
No	912	93.8 \pm 14.7	0.081
Si	156	96.0 \pm 14.4	
Violencia (golpes)			
No	987	94.0 \pm 14.8	0.818
Si	82	94.4 \pm 13.7	

La CC no mostró diferencias con el tiempo de realización de AFM, en cambio las madres que realizaban < 210 minutos de AFI/semana presentaron CC más elevada que las que realizaron ≥ 210; estas diferencias fueron estadísticamente significativas, tabla 5.

Los cambios son independientes de los efectos por la edad (que también se producen) y están relacionados además con el decremento de los esteroides sexuales¹³ lo cual explica parcialmente el incremento de la CC con la edad en las madres participantes.

Las madres de familia presentaron $\bar{x} = 38.9 \pm 12.9$ años de edad, escolaridad

Tabla 5. Relación entre circunferencia de cintura y actividad física en las madres de familia.

Actividad física (minutos/semana)	N	Cintura (cm) ($\bar{x} \pm D.E$)	ANOVA valor de p
Moderada			
< 210	674	94.0 ± 15.1	0.555
≥ 210	46	92.7 ± 13.3	
Intensa			
< 210	706	94.1 ± 14.5	0.011
≥ 210	44	88.3 ± 13.3	

Discusión

La prevalencia de CC de riesgo de morbimortalidad de las participantes en el estudio (66.9%) fue mayor que la nacional (ENSANUT-2006)¹² por 5.0 puntos porcentuales (datos no mostrados) y las coloca en punto de riesgo de síndrome metabólico de acuerdo con ATP III (Institutos Nacionales de Salud Pública de Estados Unidos). Entre los grupos de edad el incremento de la prevalencia fue sostenido, similar a la ENSANUT-2006 en los grupos de 20 a 59.9 años de edad.

El promedio de CC del grupo de 20 a 49 años de edad de las participantes en el estudio estuvo 2.2 cm por encima de la media nacional (91.9 cm).¹²

Estudios que usan técnicas de imagen radiológica o análisis de composición corporal por DEXA (Dual Energy X-ray absorptiometry) para medir grasa abdominal, revelan aumento de la grasa troncal y visceral durante la menopausia.

que no superó la secundaria ($\bar{x} = 8.6 \pm 3.7$ años terminados) y una actividad económica no remunerada (77%) que sugiere una dependencia económica que ante una eventual situación adversa su nivel socioeconómico sufra una pérdida importante. Estudios previos indican que el problema de la obesidad es mayor en mujeres de bajo nivel socioeconómico,^{14,15} condición presente en las participantes. El perfil de las madres de este estudio aunado a los altos valores de la CC permitió identificar, en todos los grupos de edad, ciertos factores de riesgo que frecuentemente se asocian a alguna cardiopatía.

Estudios realizados en mujeres británicas mostraron que conforme aumenta el número de hijos nacidos vivos, incrementaba el IMC y el índice cintura cadera.¹⁶

No se encontraron resultados de estudios previos realizados en madres Latinas con las características de las participantes en este estudio que

permitieran contrastar la relación entre el incremento de la CC y variables gineco-obstétricas.

Estudios realizados en una población adulta sana de ambos sexos, revelan que el consumo moderado de alcohol (cerveza) durante un mes no provocó en las mujeres cambios en el peso corporal, índice de masa corporal, pliegues cutáneos (bicipital, tricípital, subescapular), perímetro de brazo, cintura y cadera.¹⁷ Las madres consumidoras de alcohol participantes en nuestro estudio, tampoco presentaron cambios en la CC.

No se logró establecer una relación positiva entre el incremento de la CC, el consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, se requiere establecer una vigilancia permanente en la población estudiada debido a que un grupo considerable de fumadoras de cigarrillos de tabaco (12.9%) se aproximó a la media nacional (13.1%) reportada en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 realizada en México. El consumo de alcohol en las madres participantes (30.4%) estuvo por debajo de la media nacional (34.2%) reportada en la misma encuesta. Es sabido por otros estudios que el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la inactividad física, juegan un papel importante en el desarrollo de cáncer colorrectal,¹⁸ por lo que se requiere estrecha vigilancia médica de estas poblaciones poseedoras de dichos factores de riesgo.

En ninguno de los grupos de edad se cumplió con el tiempo de realización de AFI diario recomendado por la OMS. En el caso de los adolescentes se recomienda acumulen al menos 60 minutos/día (min/sem) de AFM a Intensa, las adolescentes en este estudio acumularon a la semana 54.3 minutos de AFI (dato no mostrado), estando muy por debajo de las recomendaciones emitidas por la OMS y a las reportadas en la ENSANUT-2006, señalando que el tiempo subóptimo

dedicado a actividades moderadas a intensas explican parcialmente el incremento de la CC (sobrepeso-obesidad) en México.

Con la finalidad de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, la misma OMS recomienda que los adultos de 18 a 64 años dediquen al menos 150 minutos semanales a la práctica de actividad aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad vigorosa, o bien combinación de ambas. Las participantes en el estudio solo realizaron 39.74 ± 25.6 minutos de AFI/semana y 53.43 min de AFM/semana, privándose de los beneficios para la salud que conlleva la realización de actividad física en cualquiera de sus modalidades.

Las participantes con y sin pareja no presentaron diferencias significativas en la CC, asimismo, no mostraron diferencias en la realización de actividad física de moderada a intensa.

Las madres con mayor CC realizaban menos AFI, cuando su ocupación principal era ama de casa y contaban con menos escolaridad.

En la medida que las madres tenían menos escolaridad era menor su AFI/semana

La OMS reconoce la importancia de la masa grasa abdominal referida como obesidad visceral, central o abdominal sugiriendo que la CC, cadera y el cálculo del índice cintura/cadera es buen parámetro en la medición de la distribución de la grasa corporal por edad y sexo. Es conocido que la obesidad abdominal se asocia con un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad, diversos estudios lo confirman.^{19,20} Se considera a la obesidad la principal causa de las muertes por enfermedades cardiovasculares, y cuando esta es abdominal es un importante predictor de riesgo cardiovascular en adultos, lo anterior se basa en un

incremento en el tejido adiposo visceral asociado a algunos cánceres y a diversas anormalidades metabólicas donde se incluye tolerancia a la glucosa reducida, sensibilidad a la insulina disminuida, dislipidemias, todos ellos factores de riesgo de diabetes tipo 2 y EC.²¹⁻²³

La obesidad y el sobrepeso constituyen un factor de riesgo importante en la generación de enfermedades crónicas degenerativas que representan una presión financiera para el Sector Público de Salud. El análisis de ingresos perdidos por muerte prematura, estiman una pérdida de ingresos acumulada entre 2008 a 2017 por 468 mil millones de pesos.²⁴ En el caso de las participantes en este estudio, las madres con CC \geq 88 cm (66.9%) tienen un factor de riesgo de ENT elevado, que aunado a las que no contaban con seguridad social (29.5%) representarán una carga económica considerable para el Sector Salud en México.

Conclusiones

El incremento de la circunferencia de cintura, está influenciado por el aumento de edad, la baja escolaridad, ocupación, los antecedentes gineco-obstétricos y la falta de actividad física intensa por las madres.

Agradecimientos

A las madres de familia participantes de las colonias estudiadas, así como a los estudiantes que cursaron la cátedra de medicina preventiva de enero de 2010 a mayo de 2011 en el quinto semestre de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina y Nutrición en la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Referencias

1. Lean M., Han T., Morrison C., Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ* 1995; 311:158-61.
2. Martín López De La Torre, Diego Bellido Guerrero, Josep Vidal Cortada, Alfonso Soto González, Katherinne García Malpartida, Antonio Hernandez Mijares. Distribución de la circunferencia de la cintura y de la relación circunferencia de la cintura con respecto a la talla según la categoría del índice de masa corporal en los pacientes atendidos en consultas de endocrinología y nutrición. *Endocrinología y Nutrición* 2010; 57(10):479-485..
3. Ali Chehrei, Saeid Sadrnia, Ammar Hassanzadeh Keshteli, Mohammad Ali Daneshmand, Jalal Rezaei. Correlation of dyslipidemia with waist to height ratio, waist circumference, and body mass index in Iranian adults. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007; 16(2): 248-253.
4. Sandra Pérez León, Georgina Diaz-Perera Fernández. Circunferencia de la cintura en adultos, indicador de riesgo de aterosclerosis. *Habanera de Ciencias Médicas* 2011; 10(4): 441-447.
5. Araujo-Contreras JM, Avila-Rodríguez EH, Avila-Rodríguez A, Rivas-Avila E, Vargas-Chavez N, Mier-Mier N. Sobrepeso, obesidad y su relación con índices aterogénicos en adolescentes de la ciudad de Durango, Mx. *Enlaces Académicos* 2011; 4 (1): 8-22.
6. Chan DC, Barrett HP, Watts GF. Dyslipidemia in visceral obesity: mechanisms, implications, and therapy. *Am J Cardiovasc Drugs* 2004; 4(4):227-46.
7. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke. [Internet]. Ginebra WHO. [cited 2005 Apr 11]. Available from :

- http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.
8. Sáez Y, Bernui I. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de instituciones educativas. *An Fac Med*. 2009;70(4):259-65.
 9. Kahl-Martin Colimon. Estudios descriptivos. En: *Fundamentos de epidemiología*. Primera edición. Ed. Ediciones. Díaz de Santos, S.A. Madrid. 1990.
 10. Secretaría de Desarrollo Social, Delegación Durango. Evaluación de programas anuales, Hábitat 2007. [Internet].2007 [citado el 09/07/2011]. Recuperado a partir de:http://www.20062012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Habitat_Transparencia?page=2
 11. Secretaria de Salud. Menor circunferencia abdominal, mejor salud. Reporte 740. México: SSA, 2005.
 12. Estado nutricio en: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006: 150.
 13. Wang P, Hassager C, Ravn P, Wang S, Christiansen C: Total and regional body-composition changes in early postmenopausal women: age related or menopausal related? *Am J Clin Nutr* 1994; 60: 843-8.
 14. Lemieux S, Prud'homme D, Nadeau A, Tremblay A, Bouchard C, Després J. Anthropometric correlates to changes in visceral adipose tissue over 7 years in women. *Int J Obes* 1996; 20:618-624.
 15. Zuzunaga A, Villarreal J. Índice cintura-cadera y perímetro abdominal: su relación con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en una población femenina. *Rev Soc Perú Med Interna* [publicación periódica on line] 2002; 15(3):129-133. En: <http://www.scielo.org> Recuperado el 2 de octubre de 2011.
 16. Debbie A. Lawlor, Jonathan R. Emberson, Shah Ebrahim, Peter H. Whincup, Goya Wannamethee, Mary Walker, George Davey Smith. Is the Association Between Parity and Coronary Heart Disease Due to Biological Effects of Pregnancy or Adverse Lifestyle Risk Factors Associated With Child-Rearing? Findings From the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study. *Circulation*. 2003;107:1260-1264.
 17. Romero J, Gonzalez-Gross M, Warnberg J, Díaz LE, Marcos A. ¿Influye la cerveza en el aumento de peso? Efectos de un consumo moderado de cerveza sobre la composición corporal. *Nutr Hosp*. 2007; 22(2):223-8.
 18. Hano-García OM, Wood-Rodríguez L, Galbán-García E, Abreu-Vazquez MR. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. *Revista Cubana de Medicina*. 2011; 50 (2): 118-132.
 19. Larsen IK, Grotmol, Almendiguer K, Hoff G. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasm in asymptomatic individuals. *BMC Gastroenterology*. 2006; 6: 5.
 20. Polednak AP. Trends in incidence rates for obesity-associated cancers in the U.S. *Cancer Detection and Prevention*. 2003; 27(6):415-21.
 21. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva: WHO; 8-11 December 2008.
 22. Hano-García OM, Wood-Rodríguez L, Villa-Jiménez OM. Obesidad y riesgo de cáncer colorrectal. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2011; 30 (2): 251-259.
 23. Zosia Chusteka, Désiree Lie. Excess Body Weight Increases Risk for Many Cancers CME/CE. *Lancet*. 2008;1371:536-7.
 24. Verónica Guajardo Barrón. Impacto financiero de la obesidad y el sobrepeso en México, 2000-2017. 5º Foro Nacional de Tecnología para la Salud. Secretaría de Salud. 2009.

Referentes básicos para la ética de la vida

Etxeberria-Mauleon Xabier

Resumen

El presente artículo expone una reflexión filosófica en torno a la ética de la vida como tópico decisivamente actual, donde las problemáticas que se implican son muchas, serias y muy polémicas. El artículo arranca analizando la disyuntiva de la vida como valor fin o como valor medio: solo cuando se la ve como valor fin es situada en el ámbito de la moralidad, surgiendo entonces planteamientos relevantes sobre el derecho a la vida, tanto en sentido negativo (no quitarla) como positivo (derecho a una vida buena disfrutando de condiciones de longevidad y autonomía para realizar las posibilidades inherentes a ella). Se abordan luego las clarificaciones terminológicas de las categorías en juego: ética de la vida, bioética y ecoética. Y se presentan a continuación los grandes principios de la bioética que permiten abordar éticamente los fenómenos vitales. Pero se hace también la presentación y análisis de algo que suele ser menos común, aunque se presuponga confusamente: los paradigmas más utilizados en la argumentación ética en cuestiones que tienen que ver con la vida, a saber: el de la ley natural, el deontologismo kantiano, el utilitarismo y el paradigma dialógico. El artículo pretende de este modo ofrecer el marco de referencias fundamentales de la ética de la vida, en la conciencia de que no las agota, pues hay otras también muy relevantes como el principio de responsabilidad, latente en lo dicho, o el paradigma de las virtudes.

Palabras clave: ética de la vida, principios de la bioética y paradigmas éticos

Reference to basic ethics of life

Abstract

This paper presents a philosophical reflection about life ethics as a decisively current topic, where the implicated problems are many, serious and very controversial. This paper starts out by analyzing the disjunction in life as an end value or a mean value: only when this is viewed as an end value can it be located in field morality, then emerging relevant approaches about the right to life, both in a negative sense (not removing it) and positive sense (the right to have a good life, enjoying longevity conditions and autonomy in order to perform the inherent possibilities in it). Later we will talk about the terminological clarification of the categories in play: Ethics in life, bioethics and eco ethics. Then the great principles in bioethics are exposed, which ethically allow the explanation of the sense of the vital phenomena. But the presentation and analysis are also performed in an analysis of something that sometimes is less common, although it is often confusedly presupposed: The most used paradigms in ethical argumentation on these issues which have to do with life, such as: the Natural Law; Kant deontologism, the Utilitarianism and Dialogic paradigm. The paper thus seeks to provide a fundamental reference framework about the ethics of life, in the awareness that they are not exhausted, since there are others very relevant such as the responsibility principle, latent in what was said, or the virtues paradigm.

Keywords: ethic of life; bioethics principles and ethical paradigms.

Xabier Etxeberria Mauleon. Doctor en Filosofía. Profesor emérito de la Universidad de Deusto, España.
Correo electrónico: xetxema@deusto.es

Fecha de recepción: 15 de junio de 2011. **Fecha de aceptación:** 19 de noviembre de 2011

1. Preámbulo

La vida, desde siempre, se ha presentado como una referencia básica para lo que debe y no debe hacerse (cara deontológica de la ética: conservar la vida), así como para los horizontes de realización a los que es bueno que aspiremos (cara teleológica: dar plenitud a la vida).

Por lo que se refiere a lo primero, el inmemorial mandato de «¡no matarás!», se yergue como foco decisivo. Pero pronto constatamos que en su aparente simplicidad es un mandato con grandísimas problemáticas. ¿Tomarlo como mandato absoluto, al menos referido a toda persona humana, o como mandato condicionado? La mayoría ha tendido a responder que se trata de mandato condicionado, haciendo que emerja entonces una segunda pregunta que abre a la posibilidad de múltiples vericuetos: ¿qué condiciones y circunstancias legitiman poner entre paréntesis ese mandato de no matar? Con lo que los enredos morales se han hecho también múltiples. Y, lo que es peor, con mucha frecuencia se han convertido en excusas para matar.

Eso ha hecho que este inmemorial mandato (en general concebido como mandato intraespecífico más que interespecífico) siga siendo siempre mandato de actualidad, tópico actualísimo para la ética. Pero esta actualidad se ha afianzado decisivamente por una serie de factores que son novedosos y que tienen que ver especialmente con la revolución tecno-científica aplicada a la vida:

- Esta revolución nos da posibilidades de matarnos entre nosotros como nunca antes en la historia: a) es la revolución en la elaboración de armas nuevas –desde las más diminutas hasta las más grandes-, con gran poder destructor, y de los vehículos que las

transportan; b) es la revolución de los conocimientos sobre la Naturaleza y de los medios para explotarla, que hace que su rica biodiversidad se vea amenazada; c) es también la revolución de la tecnología de la información que permite ampliar la eficacia en el uso de las armas, que facilita el crimen organizado o el terrorismo global, que favorece mercados esquiladores, etc.

- Pero esta revolución nos da asimismo enormes posibilidades para proteger y fomentar esa vida: a) para ofrecer una atención médica que permite prolongar la esperanza media de vida hasta las 85 años y que promete seguir avanzando; b) para intervenir en los procesos de generación de la vida humana que hacen posible que nos enfrentemos satisfactoriamente a diversos problemas adheridos a la generación «natural»; c) para intervenir igualmente en los procesos de generación de vida no humana que, aumentando la capacidad de producción agrícola-ganadera, ofrezcan más bienes para la satisfacción de las necesidades humanas; d) para hacer posibles transportes de recursos para la vida desde cualquier parte del mundo a cualquier otro.

En el traslapamiento que se produce entre lo negativo de las primeras observaciones –capacidad de matarnos y de matar a otros vivientes- y lo a primera vista positivo de las segundas –capacidad de favorecer la vida-, emergen cuestiones para la ética de la vida que adquieren rasgos de total novedad, aunque se enraícen en problemáticas clásicas. Sin pretender ser exhaustivos, he aquí unos ejemplos relevantes:

- El problema de la legitimidad de la estimulación del aborto de fetos

humanos está presente en todas las culturas. Pero hoy, con las nuevas posibilidades de intervención tecnológica en el proceso de concepción y gestación, se ha complejizado fortísimamente, apareciendo delicadas cuestiones éticas relacionadas con él pero a su vez desbordándolo, y que tienen que ver con la reproducción «artificial», que se concreta en múltiples variantes que se pueden clasificar en: a) reproducción sexual: inseminación artificial *in vivo*; inseminación artificial *in vitro*; b) reproducción asexual: clonación.

- El alargamiento de la esperanza de vida humana, gracias a la nueva medicina, es en sí positivo, pero trae un efecto problemático: la posibilidad de una prolongación de un final de la vida en el que nuestras capacidades están muy disminuidas y nuestros sufrimientos psico-físicos se hacen presentes. Este problema se enraíza con la histórica cuestión de la eutanasia, pero le da connotaciones y variaciones nuevas. Por ejemplo, lo que es más bien «suicidio asistido», con todas sus implicaciones, pasa a ser una cuestión especialmente relevante.

- Que hayamos podido hacer lo que se ha llamado una «revolución verde», con las nuevas tecnologías de cultivo, incluyendo las técnicas de los transgénicos, que han posibilitado el fuerte aumento de la producción, ha dado lugar, en negativo, al empobrecimiento de la biodiversidad y a la introducción de factores que ponen seriamente en riesgo los equilibrios ecológicos.

- Que lo más positivo de los avances en protección de la vida haya estado sujeto a estructuras no igualitarias que regulan las relaciones sociales nacionales e internacionales, ha hecho

que la desigualdad injusta entre los humanos en el acceso a los recursos necesarios para vivir y vivir bien, haya crecido exponencialmente. El que coexista la mayor riqueza con la muerte masiva por hambre, subalimentación y falta de atención sanitaria, porque los recursos disponibles no se distribuyen en función de las necesidades, es un atentado a la vida, silencioso en general, pero imponente.

- Por último, el que las condiciones sociales actuales hayan facilitado la expansión de ciertas formas de criminalidad especialmente dura (como la fuertemente organizada, tenga o no intención política), está haciendo replantearse cuestiones relacionadas con la vida sobre las que parecía que se iba avanzando hacia consensos éticos sólidos. Me refiero aquí a la legitimidad de la pena de muerte y de la tortura. El avance hacia su consideración como ilegítimas es hoy fuertemente cuestionado en múltiples países.

Como puede constatarse por estas pinceladas, la ética de la vida es un decisivo tópico actual. Las temáticas implicadas en ella son muchísimas, muy serias y muy polémicas.

2. La vida como valor-fin y como derecho

Si la vida se nos muestra como referente ético básico es porque puede reclamarse para ella no sólo la condición de valor, sino la de valor-fin.

En efecto, en el ámbito de los valores (de lo subjetivamente valorado porque se considera que es objetivamente valorable), una de las distinciones básicas que debe tenerse en cuenta cuando asumimos la perspectiva moral, es la que diferencia lo que es valor-medio de lo que es valor-fin.

Los valores-fin son evidentemente, aquellos que buscamos por ellos mismos. Mientras que los valores medios son los que buscamos en función de otros valores, por ser la vía para lograrlos; es decir, su valor les viene de que se nos muestran vías eficaces para otros fines. Esta primera caracterización está ya cargada de moralidad: lo que es valor-fin debe ser respetado, no puede ser instrumentalizado; mientras que lo que es valor medio puede y debe ser utilizado en función de aquello para lo que sirve, incluso destruyéndolo, si es así como se logra el valor-fin. Esto supone que los deberes y derechos tienen que ver de modo directo con aquellas realidades o cualidades que son consideradas valores-fines, no con las que son vistas como valores-medios.

El que una realidad dada sea considerada valor-fin, merecedora de respeto, no quiere decir que no pueda implicarse en actividades que suponen que es medio para lograr otro fin. Kant afinó al respecto indicando que lo que se impone es que no sea tratada como «puro» medio. Por ejemplo, es de esperar que un profesor sea un buen medio para estimular el aprendizaje de sus alumnos, pero siendo al mismo tiempo fin en sí mientras realiza esa actividad; mientras que un esclavo es puro medio al servicio de los fines de su amo.

¿Debemos considerar la vida como un valor-fin o como un valor-medio? La respuesta dada a esta pregunta en los diversos tiempos y lugares ha sido muy variada.

- Para empezar, ha sido relevante distinguir entre vida humana y vida no humana. Especialmente en lo que llamamos la macrocultura occidental, ha habido una inclinación importante a asignar la condición de valor-fin a la vida humana, pero no a la vida no humana, que pasa a ser considerada

valor-medio para los humanos. Pues bien, hoy en día, incluso en esta cultura, esta distinción está puesta en cuestión. Y si la vida de los animales, e incluso las plantas, es considerada valor-fin, en sus individualidades y/o en su realidad colectiva y en red (como ecosistemas), también para ella habrá que reclamar respeto.

- Centrados en la vida humana, históricamente ha sido también muy relevante la distinción entre vida humana «de los nuestros» (nuestra casta, nuestra etnia o nación, nuestra religión, etc.), a la que se ha reconocido la condición de valor-fin, y vida humana «de los otros» a la que, o no se le ha reconocido valor ninguno -marginándola y destruyéndola- o se le ha reconocido sólo valor instrumental -explotándola-.

- Ha sido igualmente importante, y sigue siéndolo para muchos, la distinción entre vida del inocente, a la que se dota de valor-fin, y que, por tanto, debe ser respetada, y vida del no inocente, del criminal, que pasa a perder la condición de valor-fin, por lo que puede ser instrumentalizada (por ejemplo, a través de la pena de muerte).

- Los derechos «humanos» se enfrentan a estas dos últimas visiones. Asumen con el mayor rigor que la vida humana, en cuanto vida de persona racional, libre, sujeta a la moralidad, es fin en sí, no puede ser instrumentalizada, merece respeto, al margen de lo que sea o haga. Esto es lo que se pretende proclamar cuando se afirma que todo ser humano, por el hecho de serlo, es sujeto de una dignidad intrínseca y moralmente inalienable. Entiendo que la idea a defender es que esta propuesta debe ser considerada como maduración

ética de la humanidad; que, aunque debemos preguntarnos por los derechos de los animales y de la Naturaleza, el respeto a la vida de la persona humana se nos impone. Aunque, como señalaremos, hay enfoques éticos –así, el del utilitarismo–, que cuestionan seriamente el referente de la dignidad humana.

- ¿Debe presuponerse que aceptando la tesis de la universal dignidad se acaban los problemas éticos por lo que se refiere a la vida humana? No. Porque hay situaciones en las que la aplicación de este criterio está sujeta a polémica. Pongamos algunos casos:

- Cuando quien es fin en sí ha tratado o amenaza con tratar a otro fin en sí como puro medio, ¿qué reacciones le están permitidas al segundo –o a la sociedad políticamente organizada– para evitarlo? ¿Puede tratarlo defensiva o correctivamente como puro medio, incluso destruirlo? Es aquí donde se sitúa la dramática cuestión de la tortura y la pena de muerte.

- Cuando quien es fin en sí considera que su vida no vale la pena de ser vivida y se plantea acabar con ella, ¿significa que se trata a sí mismo como puro medio? Es la cuestión del tema de la eutanasia y el suicidio asistido.

- Por último, cuando nos planteamos la legitimidad o ilegitimidad del aborto, ¿debemos distinguir entre vida humana y vida de persona humana –la que propiamente sería fin en sí– o no debemos hacer esta distinción? Según se adopte una u otra tesis, las posturas éticas respecto al aborto variarán decisivamente.

Como puede constatarse, afirmar que la vida humana es valor-fin la sitúa en el ámbito de la moralidad, pero con una

problematicidad que habrá que ir abordando. De momento, con todo, insistamos un poco más en esto de que la vida humana se nos muestra como valor-fin, viéndolo ahora desde el lado del derecho. Lo que es fin en sí tiene derecho a ser. Surge así el derecho a la vida, que, de momento, vamos a centrar en el derecho a la vida de los humanos.

Suele decirse a menudo que el derecho a la vida, a que no sea truncada, es el más fundamental de los derechos humanos. Pero en la historia de estos derechos, el más centralmente reivindicado ha sido el de la libertad, y en la reivindicación coherente del mismo se ha estado dispuesto a arriesgar y perder la propia vida. Lo que nos lleva ya a una primera y decisiva matización, que suele asumirse implícitamente pero que conviene afirmar de modo explícito. El derecho más básico es el derecho «de los otros» a la vida (yo también soy otro para los otros), esto es, el deber más elemental que tengo respecto a los otros es el de no atentar contra su vida. La razón es evidente: la vida es condición de posibilidad básica del resto de sus derechos. No es necesario interpretar esta afirmación como indicando una especie de jerarquía de derechos. Personalmente prefiero seguir reivindicando la indivisibilidad de los mismos, algo que niega la jerarquía. Sólo que para que esa indivisibilidad se realice, para que se realicen del modo más pleno posible el mayor número de derechos, la condición más elemental es, de nuevo, disfrutar de la vida.

El que el deber más básicamente exigible a los otros, derivado de un derecho, sea el que no atenten contra mi vida, no quiere decir que mi derecho/deber más básico respecto a mí mismo, sea el mantenimiento de mi vida. Realizar o ejercer lo más posible los derechos humanos, en nosotros y en los

otros, puede pedirnos el que la arriesguemos libremente. En este sentido, es cierto que hay causas que están por encima de la vida -propia-, precisamente la causa de los derechos de todos. Desde ella es plenamente coherente estar dispuestos a arriesgar la propia vida. Ésta es ciertamente una cuestión delicada. Porque con facilidad se desliza hacia su perversión extrema, hacia la asunción del derecho a matar por la causa por la que estoy dispuesto a morir. Y porque puede ser manipulada para inducir a inmoluciones por causas fútiles o incluso negativas. Pero ciertamente, es la cuestión que ha alentado decididamente el progreso moral y de los derechos humanos. Dado lo exigente que es, a la hora de plantearla como deber tendemos a decir que -en su expresión más alta de grave riesgo de la propia vida- no se nos puede exigir desde fuera, porque no estaríamos obligados a lo heroico. Es innegable, en cualquier caso, que la coherencia de los derechos humanos vividos desde la solidaridad, pide avanzar en esa dirección, autoasumir esa lógica que lleva a arriesgar la propia vida cuando ello es claramente necesario para la defensa de los derechos humanos.

Las consideraciones precedentes remiten al derecho a la vida en sentido negativo: derecho a que no me la quiten. Pero no puede ignorarse su vertiente positiva: derecho no sólo a la vida, sino a la vida buena, a disfrutar de las condiciones de longevidad y de autonomía que posibilitan tener una vida realizada. Sabemos que a muchísimos humanos se les cercena directamente la vida. No podemos ignorar que a muchísimos más se les niegan esas condiciones de longevidad y autonomía, con lo que su vida queda radicalmente empobrecida y prematuramente truncada. Quien defiende el derecho a la vida no puede excusarse en la magnitud del segundo modo de

violación del mismo para minimizar el primero, pero, en sentido contrario, es incoherente desde los derechos indivisibles mostrar una fuerte preocupación por la vertiente negativa de este derecho e ignorar su vertiente positiva y su correspondiente conexión con la justicia social y la lucha contra la violencia estructural. Tampoco aquí se trata de hacer jerarquías. Se trata, más bien, de reivindicar el derecho a la vida, pero en toda su complejidad, en su vertiente negativa de respeto y en su vertiente positiva de promoción.

3. Ética de la vida y bioética

Hoy en día pocos términos éticos son tan nombrados como el de «bioética», etimológicamente «ética de la vida». Sin embargo, en torno a él hay una ambigüedad que conviene aclarar.

Quien pasa por acuñar esta palabra de modo que haga fortuna es Van Rensselaer Potter, en su obra *Bioethics: Bridge to the Future* (Prentice-Hall, 1970).¹ Pretende con ello fundar una disciplina que una «bio» -referencia al conocimiento biológico de los seres vivos-, con «ética» -referencia al sistema de valores conexiónados con esos seres-. Y que, además, lo haga en toda su globalidad, esto es, implicando a todos los fenómenos vitales. Es decir, que no incluya únicamente la vida humana, sino la biodiversidad ecológica, que no se preocupe sólo por los criterios éticos en torno a la salud de la primera, sino que piense también en la salud de los ecosistemas, y en la vida de los humanos dentro de ellos.

Pronto, de todos modos, se retomó la palabra «bioética» para darle un alcance menor, centrada decisivamente en el espacio de la medicina y de la salud humana en general. Se suele destacar, a este respecto, la influencia de los estudiosos del Kennedy Institute of Ethics,

que avanzaron en esta dirección (a partir de 1972). W. Thomas plasma muy bien su alcance en la definición que ofrece de ella en su *Encyclopedia of Bioethics*, de 1978: «es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales».² Beauchamps y Childress, en su obra de 1979, *Principles of Biomedical Ethics*, la acaban definiendo con más precisión como saber que aplica las teorías, principios y reglas de orden ético a problemas que se presentan: a) en la práctica clínica –incluyendo las cuestiones del comienzo y el final de la vida–; b) en la distribución de los cuidados de la salud; c) en la investigación biomédica.

En la discusión a que dio origen esta doble concepción de la bioética, acabó triunfando socialmente la segunda. Hoy, predominantemente, por bioética se entiende su acepción restringida. Mientras que para referirnos a otros fenómenos vitales abordados desde el punto de vista ético acudimos a otras denominaciones, como «ética ecológica» o «ecoética». Por lo demás, en uno y otro caso se descuidaron cuestiones éticas conexas con el alcance del «¡no matarás!», como la tortura, o la guerra, etc.

4. Los grandes principios de la bioética

Visto cómo la vida se sitúa en el ámbito moral a partir de su categorización como valor y derecho –con los correspondientes deberes–, toca ahora avanzar ofreciendo los principios y referentes con los que los diversos fenómenos vitales son abordados éticamente. Es una tarea que realizaremos en dos pasos.

- Primero, presentando los grandes principios que la bioética tiene presentes: valen por supuesto para la

bioética en su sentido restringido, pero en buena medida pueden aplicarse a otras problemáticas que ésta no contempla.

- Segundo, ofreciendo sistemáticamente los más relevantes paradigmas de la ética que se están utilizando para la argumentación ética en cuestiones que tienen que ver con la vida en toda su amplitud (algunas referencias a ellos aparecerán al presentar los principios de la bioética).

Paso, pues, a lo primero. Advirtiendo de arranque que los principios de la bioética se han ido precisando a partir de la práctica médica. Y señalando, además, que no interesan únicamente a profesionales sanitarios y a investigadores biomédicos, sino que interesan a todos los ciudadanos, pues todos precisamos el cuidado de la salud y es importante que sepamos con qué criterios hay que hacerlo. Conexionando esta cuestión con el tema general de este curso, «ética de la vida», puede decirse que aparecen aquí referentes éticos para la ética del «cuidado de la vida» cuando está ligado a la intervención de profesionales.

a) Emerger histórico de los principios

Como estudiosos relevantes ponen de manifiesto, la ética médica se guió durante muchísimo tiempo (desde los griegos - juramento hipocrático- hasta nuestros días) por el principio que se ha venido a llamar de beneficencia, de hacer el bien al paciente. De acuerdo con el paradigma *naturalista* imperante en el campo de la ética, el médico era el agente que, desde su saber y poder, restituía al orden natural al paciente que, ignorante, debía aceptar como bueno –para él y para ese orden en el que estaba inmerso- aquello que el médico le proponía, o mejor, le imponía. Es decir, el paciente era ante el médico un perpetuo

niño pequeño y la *beneficencia* del médico era, por definición y sin ningún complejo, paternalista, aunque evidentemente no se usaba ese término.

El paradigma naturalista en ética deja de ser dominante en la edad moderna. Bajo el impulso del pensamiento liberal e ilustrado -de Locke a Kant- la referencia al «orden natural» va a ser sustituida por la referencia a la *autonomía* de los individuos libres e iguales. Ese horizonte de autonomía impactó antes que nada al mundo de las creencias, en donde se exigió la libertad de religión y consiguientemente el pluralismo religioso. Pero pronto se dirigió también al campo político -democracia- y moral -pluralismo moral-. El individuo, toda persona humana, pasa a ser visto desde este nuevo modelo como aquél que desde su autonomía diseña y realiza libremente sus planes de vida de acuerdo a sus propias ideas de bien. Esta concepción, que remite a derecho -los derechos humanos- con la correspondiente fuerza de exigibilidad ante los otros, destruye en sí las relaciones profesionales de beneficencia paternalista en las que por definición impera la sumisión. Sin embargo, por lo que respecta al campo médico, habrá que esperar hasta 1970 -aunque en los sesenta fueron apareciendo ya precedentes- para que, en ciertos países, se empiece a cuestionar con fuerza la antigua relación médico-paciente y a reivindicar la autonomía de este último respecto a las propuestas del primero. Desde ese momento, un segundo principio, el de autonomía, entra en escena, estableciendo una relación compleja y con frecuencia tensa con el principio de beneficencia, que deberá aplicarse a partir de ahora en el respeto a la voluntad del paciente.

En la versión liberal inicial, este derecho a la autonomía al que corresponde el consiguiente deber profesional, se afirma

en su expresión «negativa», esto es, como derecho a que los demás no obstaculicen directamente el ejercicio de mi libertad, como derecho a que no me impongan su voluntad. Críticas como las provenientes del campo socialista y marxista, asumidas a su modo por el liberalismo igualitario, empiezan a mostrar la debilidad de tal enfoque: de nada vale un derecho a elegir que no puede ejercerse en la práctica porque no se dan las circunstancias sociales que lo hacen posible (cierto grado de seguridad económica, de salud, de educación, etc.). A partir de esta constatación surge la exigencia de reclamar la igualdad básica también en las circunstancias de elección, lo que se traduce en exigencia de justicia social. El Estado no podrá ser sólo el Estado mínimo que garantiza los derechos negativos, deberá ser un Estado redistributivo y gestor que garantice la igualdad de circunstancias de elección. En el lenguaje de los derechos: a los primeros derechos civiles y políticos se les suman ahora los derechos económicos y sociales.

Entre estos últimos, por lo que respecta a la profesión médica, está el decisivo derecho al cuidado de la salud. Hasta entonces la relación médico-paciente había sido una relación predominantemente privada, guiada por la ley del intercambio: atención médica por dinero; por tanto sólo al alcance de los que tenían dinero. La justicia no entraba en escena. Es cierto, como dice Walzer, que no sin confusa mala conciencia, porque en el propio objetivo de curar -en su relevancia para todo humano- late la llamada al criterio de que se debe curar porque se necesita la curación, no porque se puede pagar. En cualquier caso, con los derechos sociales el enfoque cambia. Ahora es el ciudadano, por el hecho de serlo, el que reclama atención médica no en función de sus posibilidades monetarias sino de sus necesidades.

Aunque tocará luego a las instituciones públicas discernir las necesidades básicas de salud que deben ser cubiertas y gestionar de cara a ello los recursos limitados, con la consiguiente recepción crítica -por parte de profesionales y organismos públicos- de los deseos del paciente, de su autonomía. Nace de este modo el tercer principio, el de *justicia*, que al interrelacionarse con los anteriores hace más complejo, pero también más pleno, el panorama de referencias éticas profesionales.

En la profesión médica a estos tres principios se le suele añadir un cuarto, el de no maleficencia, formulado y clásicamente como "*primum non nocere*", antes que nada no hacer daño.³ Sucede, con todo, que es un principio que admite varias interpretaciones: la tradicional, como primer nivel o condición de la beneficencia que el médico hace al paciente en función de la concepción de bien del médico; la modificada por el principio de autonomía, como primera condición de la beneficencia que se hace al paciente en función de la concepción de bien del propio paciente; y la que hoy defienden varios autores, como primer nivel de la justicia, esto es, como lo más elemental que en justicia se debe a los otros -«no lesiones la integridad psicofísica de nadie»-, a los pacientes en este caso.

En el campo de la profesión médica se ha ido asentando también que el principio de beneficencia afecta fundamentalmente al profesional sanitario, pues es el que debe realizar el bien desde su saber específico; que el principio de autonomía afecta decisivamente al paciente, que es el que, desde sus opciones libres, debe decidir la concepción de bien que debe tener en cuenta el profesional; y que el principio de

justicia remite decisivamente a las políticas y la Administración públicas, desde donde, apoyándose en el poder del que se dispone, se debe planificar y gestionar la distribución correcta de los recursos para la salud. Esta asignación de principios a sujetos diversos es sólo orientadora; vale con tal de que no se la tome en el sentido de la exclusividad sino de la dominancia. Por ejemplo, el profesional sanitario también tiene, como sujeto moral, una autonomía a la que no puede renunciar y que le puede empujar en un momento dado a la no aceptación de ciertas demandas de los pacientes o a la objeción de conciencia en función de su propia concepción de bien; e igualmente está llamado a tomar decisiones concretas que le tocan directamente a él teniendo en cuenta los criterios de justicia en la distribución de recursos.

Hechas estas aclaraciones generales, pasemos a presentar sintéticamente cada uno de los principios, formulándolos de modo tal que puedan servir tanto a los profesionales sanitarios como a los que hacen investigaciones biomédicas.

b) Principio de no maleficencia

- Formulación: «Los planificadores y los protagonistas del proceso de sanación y de investigación biomédica tienen la obligación de no lesionar con sus intervenciones la integridad del ser humano».
- Criterio de aplicación: Debe presuponerse el cumplimiento de este principio, previamente a la aplicación de otros principios, en especial el de beneficencia.

³La primera gran sistematización de los cuatro principios de la ética biomédica es la de T.L. Beauchamp y F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, editada en 1979. En sucesivas ediciones (la cuarta, en 1994) hacen modificaciones importantes.

c) Principio de beneficencia

- Formulación: «Los profesionales del proceso de sanación deben procurar el bien de aquél de quien son responsables en este ámbito, de acuerdo a los ideales biomédicos de excelencia».

- Condiciones para esta autoasignación «obligada» de responsabilidad:

· El bien debe cubrir una necesidad relevante en el ámbito de la salud.

· Debe depender del profesional sanitario el cubrirla.

· El hacerlo no debe suponerle costes o riesgos desproporcionados (por ejemplo, de grave contagio).

- Criterio para la aplicación del principio. El bien interno a la práctica biomédica -curar, prevenir la enfermedad- no debe subordinarse a bienes externos que se pueden lograr con esa práctica (como dinero, prestigio, poder); no debe condicionarse al logro de éstos.

- Conexión del principio de beneficencia con el de no maleficencia.

Éste en forma de *primum non nocere*. Hay que estar atentos a las consecuencias negativas que se deriven de una intervención que busca consecuencias positivas de salud. Lo que nos lleva al problema de los actos de doble efecto (se cura algo, pero colateralmente se crea un problema de salud). Criterios ante esto:

· Inevitabilidad: no debe haber otra posibilidad de intervención que produzca el efecto bueno evitando el malo.

· Eficacia: el efecto bueno debe ser significativamente mejor que el efecto malo.

- Conexión del principio de beneficencia con el de autonomía:

· Debe hacerse el bien de sanación respetando los valores y el proyecto de vida de la persona atendida.

· El paternalismo que impone el bien de la salud a través de la correspondiente intervención, sólo es legítimo cuando falta capacidad de autonomía en la persona y, además, en la medida de lo posible, debe realizarse de modo tal que potencie esta autonomía (paternalismo tenue).

- Conexión del principio de beneficencia con el principio de justicia:

· Para hacer el bien con su intervención, el personal biosanitario tiene que estar dispuesto a utilizar los medios proporcionados en relación con los resultados previsibles, pero no los desproporcionados.

· Al utilizar los recursos sanitarios para hacer el bien, dado que son limitados, debe tener presentes las necesidades de esos bienes por parte de otros pacientes, a fin de no comprometer con su práctica una equitativa distribución de los mismos.

d) Principio de autonomía

- Formulación del principio: «Los pacientes o sujetos del proceso de sanación o de investigación biomédica tienen el derecho de exigir que sea tenida en cuenta por los profesionales su voluntad libre en lo que se refiere a la acogida de los contenidos y formas de realizar el bien del cuidado de la salud o de investigaciones tendentes a mejorarlo».

- Condición fundamental para la aplicación del principio. Ser «competente»: tener capacidad suficiente de decisión libre.

- Dinámica básica y obligada de este principio

· El profesional debe ofrecer al paciente o persona investigada información suficiente y clara sobre la situación y la intervención.

· Al informado le toca, a continuación, **d a r s u c o n s e n t i m i e n t o** (consentimiento informado).

· Si el paciente o investigado lo desea, previamente puede renunciar al derecho a ser informado, ofreciendo así un consentimiento genérico al profesional para que intervenga como considere oportuno.

- Deberes adheridos al derecho de que se respete la autonomía del paciente o investigado:

· El paciente se responsabiliza de sus decisiones de rechazo del tratamiento médico que se le propone.

· A nivel de obligación personal y privada, no exigible socialmente, ejercer la autonomía en el paciente debe ser acompañado de la búsqueda honesta de los valores y proyectos de vida que él considere más consistentes para él.

- Riesgo más relevante ligado a este principio: la judicialización de las relaciones entre personal sanitario y pacientes, que puede frenar las relaciones de confianza mutua, tan importantes para los procesos de sanación.

- Autonomía del paciente y autonomía del profesional. Si se armonizan, no hay problemas, pero cabe el choque, por ejemplo, cuando el paciente pide al profesional una intervención que éste considera inmoral desde su escala de valores. Criterios:

· El profesional tiene derecho a la objeción de conciencia, aunque para que no se abuse del recurso a ella conviene que esté regulada convenientemente por ley.

· En la medida en que lo que pide el

paciente es legítimo desde el punto de vista de la ética civil, tiene derecho a ser atendido. Por tanto, si el médico que le corresponde no lo hace, la Administración pública de la salud debe dotarse de estrategias para que ese paciente sea correctamente atendido por otros profesionales.

- Conexión del principio de autonomía con el de justicia: Ningún paciente o persona candidata a proyectos de investigación puede exigir, alegando el ejercicio de su autonomía, intervenciones que contradigan el principio de justicia.

e) Principio de justicia

- Formulación del principio: «Los **planificadores públicos** (Administración pública: políticas de salud y de investigación biosanitaria) y los protagonistas públicos (personal sanitario y de investigación en centros públicos) tienen la obligación de realizar sus proyectos e intervenciones ateniéndose a lo que reclama la justicia distributiva en relación con los bienes y recursos de salud».

- Este principio remite a una pregunta: ¿a través de qué criterios definir la justicia distributiva en el ámbito de la salud de los que deben ser considerados ya no meramente individuos sino ciudadanos? Hay respuestas diferentes, según se tenga un enfoque liberal estricto, igualitario o cultural. No entro aquí en el debate a fondo, y me limito a formular, sin hacer el proceso de fundamentación, las tesis que considero más pertinentes:

· El enfoque liberal estricto de la justicia, que contempla sólo deberes en negativo en la Administración pública (que se responsabilice

únicamente de garantizar condiciones sociales para que no me maten y para que no me dañen directamente mi salud); que, por tanto, deja a los individuos la carga de atender positivamente sus necesidades de salud pagando a los profesionales, se muestra incorrecto porque no tiene presentes las circunstancias de desigualdad de las personas, de las que no son responsables. Deja de ese modo en el abandono a quienes no pueden costearse la atención de la salud.

· Se muestra, por eso, más pertinente el enfoque social o igualitario de la justicia, que, para el caso de la salud, se expresa con estos dos criterios. Criterio de intervención: «que las instituciones públicas garanticen el acceso a los cuidados de salud de todos los ciudadanos en función de sus necesidades relevantes de salud, gestionando equitativamente y sin discriminaciones los recursos existentes». Criterio de recaudación de recursos, que haga posible el criterio de intervención: «que cada uno aporte según sus posibilidades». En el ciudadano es incoherente reclamar lo primero sin estar dispuesto a lo segundo.

· Es importante modular el enfoque social de la justicia con una perspectiva democrática y cultural. Lo que significa: 1) que se precisa un acuerdo social sobre lo que son necesidades relevantes de salud –por ejemplo, ¿cuándo una cirugía estética es relevante como para ser garantizada por la Administración pública?–; 2) que se tendrá presente la concepción de la salud y la curación de las culturas, dato éste muy importante para países pluriculturales. Respecto a esto último, el respeto al enfoque cultural de la justicia sanitaria nunca

debe suponer que se hacen discriminaciones a determinadas personas o colectivos (por ejemplo, que se ofrecen ciertos cuidados de la salud a varones, pero no a mujeres).

- Como ha podido constatarse, los responsables más directos de la ejecución del principio de justicia son los responsables públicos, en sus diversos niveles. Ahora bien:

· Los ciudadanos que utilizan los servicios públicos de salud deben ofrecer su aportación: no abusando de los recursos (por ejemplo, en medicamentos), no trampeando, ofreciendo su colaboración cuando sea preciso, etc.

· A las personas en sus iniciativas privadas respecto a la salud y a las instituciones privadas dedicadas a la salud, aunque se rijan por criterios de contractualidad libre, se les debe exigir, como mínimo, que con sus iniciativas no contradigan las exigencias de la justicia social. Y, por supuesto, están también invitadas a perseguirlas expresamente (es lo que hacen las instituciones privadas de salud con orientación de justicia social).

- Relación del principio de justicia con los otros principios:

· El respeto al principio de justicia es condición necesaria para que se cumplan correctamente los principios de autonomía y beneficencia. En este sentido, el primero marca límites a los segundos.

· Por otro lado, los principios de autonomía y beneficencia dan concreción personalizada a las exigencias de la justicia. En este sentido, marcan la plenificación de ésta.

Conviene cerrar esta sintética presentación de los principios ya clásicos de la bioética apuntando dos cuestiones. En

primer lugar, no hay que pretender que sean principios únicos, puesto que otros, como el de responsabilidad, tienen su valor y relevancia (y con frecuencia se muestran transversales a los presentados). En segundo lugar, en la base y fundamentación de estos principios tiene que estar el principio o referente general de la dignidad humana, que prohíbe tratar a ninguna persona humana como puro medio. Por último, en el ámbito de la bioética no todo son principios y normas; un espacio decisivo para ella lo ocupa la ética de las virtudes en la relación entre profesionales y pacientes, investigadores e investigados.^b Dadas las limitaciones de espacio, nos contentamos con dejar apuntadas estas cuestiones.^{c4}

5. Paradigmas ético-filosóficos en torno a la vida

Presentadas las categorías que tienen que ver con el cuidado de la vida humana –incluyendo el comienzo y el final de ésta–, en general profesionalizado, pasemos ahora a ofrecer los paradigmas que se utilizan para la argumentación ética en las cuestiones relacionadas con la vida en todas sus manifestaciones. Aquí destacaremos cuatro. El primero de ellos nos viene de la antigüedad grecorromana: el de la ley natural; aunque, con conexiones y diferencias con él, el ecologismo es otro «naturalismo» que tiene que ver más bien con culturas holistas, como muchas de las culturas indígenas y orientales. Otros dos adquieren su formulación consistente en la madurez de la Ilustración, a fines del siglo XVIII: el modelo deontológico kantiano y el utilitarista. El último, el paradigma de la ética discursiva, es precisado como tal en

los 70-80 del siglo XX. Aquí nos limitaremos a presentar sintéticamente estos paradigmas, pensando en su aplicación a la ética de la vida y sin entrar en los temas más arduamente filosóficos de su fundamentación.

a) El paradigma de la ley natural

1. Ya hemos apuntado antes que la medicina occidental arranca (Hipócrates) con un criterio naturalista, que persiste durante siglos y que perdura en parte implícitamente y en parte como medicina «alternativa».

- Frente al «orden natural» que hay que tratar de mantener, la enfermedad es la desnaturalización, el desorden. La tarea del médico es restituir el cuerpo al «orden natural», colaborar con la naturaleza.
- Es por eso, a la vez, una tarea técnica (curar) y moral (rehacer el orden bueno).
- Que pretende un bien objetivo: la restitución del orden natural, que como tal puede imponerse al enfermo aún en contra de su voluntad (paternalismo).

2. Si de la práctica médica pasamos a las propuestas filosóficas, deben ser destacadas, en especial, las aportaciones de Aristóteles (384-322 a.c.) y los estoicos. Comencemos por la fuente aristotélica:

- Aristóteles tiene un enfoque polisémico del concepto de naturaleza. Pero para nuestro caso es especialmente relevante la concepción de la naturaleza como «esencia de los seres que poseen en sí mismos y en cuanto tales el principio de su movimiento» (por movimiento hay que entender no sólo el movimiento

^b Por lo que se refiere a las virtudes en el ámbito biomédico, personalmente he trabajado este referente en «Virtudes éticas: una necesidad en cuidados paliativos», en Couceiro, A. (dir.), *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004, 49-62.⁵

^c Si se quiere profundizar en los procesos de decisión a partir de la utilización de los principios aquí descritos, puede consultarse: Gracia, Diego, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, Triacastela, 2008.⁴

local, sino todo tipo de cambio). En la naturaleza así concebida se articulan, pues, lo que se es y el principio interno del devenir; lo cual dota a los seres de *finalidad interna*. Como se ve, Aristóteles se centra en la naturaleza de los seres, más que en la Naturaleza como todo, e incorpora en ella la «causa» final.

- Lo que existe por naturaleza se contrapone a lo que existe por *techné* humana, aunque con matización, porque la *teché* bien ejecutada prolonga la naturaleza humana.

- Lo realmente contrario a la naturaleza son los *movimientos violentos*, no necesariamente artificiales (por ejemplo, la monstruosidad o la enfermedad también son violentos), porque contradicen la causa final, frente a los «movimientos naturales» que se armonizan con ella.

- Aplicado esto último a los seres humanos: la acción buena de los seres humanos es la que se orienta al fin que encuentran en su naturaleza. Esto significa que lo que se es define lo que se debe hacer.

3. En cuanto a la fuente estoica, hay que advertir que los estoicos se centran en la Naturaleza o Cosmos como totalidad.

- El principio pasivo de la Naturaleza es la materia y el activo la Razón inmanente o Dios, conciencia o Logos del mundo, que tiene, con todo, sustrato material (fuego activo). Dios contiene en sí las formas activas de todas las cosas (*logoi spermatikoi* -semillas del Logos-), que se desarrollan en las cosas individuales.

- Ese Dios Logos del Cosmos, es Hado/Providencia, lo ordena todo para lo mejor. De donde se desprende la tesis del determinismo de todo lo que es y se hace. Si miramos todos sub *specie aeternitatis*, veremos que no existe realmente ningún mal, que todo

acaba concurriendo para lo mejor. En los estoicos todo tiende a incluirse en lo natural.

- La ética es aspiración a la felicidad; ésta consiste en la virtud; y la virtud en «vivir conforme a la Naturaleza». Esto es, se pide la conformidad de la acción humana con la Ley de la Naturaleza (no sólo la nuestra, sino la del Cosmos), se pide atenerse al *Logos* que opera en ella, del que participa la razón humana. El fin ético consiste en la sumisión al orden divinamente impuesto. Esta vida según la Naturaleza significa a su vez vida según la razón.

- Con la exhortación moral no se persigue cambiar el contenido de las acciones -determinismo- sino la *actitud interior*: asumir conscientemente la senda del Destino para lograr la serenidad y la independencia frente al exterior. Tenemos libertad para mudar la actitud interior. (En la práctica los estoicos no son deterministas hasta el final).

- Dado que la razón es la naturaleza esencial común de todos los humanos, sólo hay una Ley para todos y todos tenemos en última instancia una única patria: *cosmopolitismo con benevolencia universal*.

- Cicerón (ecléctico con dominancia estoica) da una definición de ley natural que se hace clásica: «Existe una ley verdadera, una razón recta, conforme a la naturaleza, presente en todos, invariable, eterna, tal que interpela a los hombres con sus mandatos a hacer su deber o a impedirles hacer el mal. Esta ley no es diversa en Roma o en Atenas. No es diversa ahora o mañana. Es una ley inmutable y eterna cuyo único autor, intérprete y legislador es Dios.»⁶

4. La formulación de la ley natural que, en el contexto occidental ha acabado siendo dominante, «canónica» en buena medida, es la realizada por Tomás de Aquino (1224-1274), teniendo presentes las dos fuentes anteriores, aunque especialmente la aristotélica, y añadiendo complementos relevantes. Podemos sintetizarla de este modo:

- Quien debe dirigir la actividad del hombre es la razón, pero ésta no es arbitraria ante el bien: el bien para el hombre es lo que conviene a su naturaleza, aquello a lo que tiene inclinación natural como ser racional. Esto es, la ley natural tiene base en la naturaleza pero es enunciada por la razón.

- Dado que la ley natural se fundamenta en la naturaleza humana: 1) es universal e inmutable: sus preceptos primarios y las conclusiones próximas derivadas de ellos no pueden ser cambiados, pero recuérdese que son absolutamente necesarios para el bien del hombre; 2) en principio es cognoscible por la razón siempre y en todas partes, aunque hay que reconocer que la pasión y los prejuicios pueden llevar a ignorarla; 3) es obligatoria para todos.

- Los principales preceptos de la ley natural son: 1) hacer el bien y evitar el mal; 2) «lo que la naturaleza ha enseñado a los animales»: inclinación a la preservación en el ser -no al suicidio, etc.-, a la propagación de la especie y a la educación de la prole -regulación de la sexualidad en función de ello-; 3) vida en sociedad ordenada al bien común; 4) deber de buscar la verdad necesaria para conseguir nuestro fin.

- Tomás de Aquino desborda claramente a Aristóteles cuando arraiga la ley natural en Dios (el Dios

de Aristóteles ni es creador, ni ejerce providencia, ni es causa ejemplar). Sobre el supuesto de que Dios crea y gobierna el mundo, hay que concebir la sabiduría divina como ordenadora de las acciones humanas hacia su fin. Como Dios es eterno y su idea del hombre es eterna, la promulgación de la ley es eterna *ex parte Dei*: existe en Dios, es fuente de la ley natural, la cual es participación en la ley eterna. Este Dios así presentado es accesible a todas las personas, si usan adecuadamente su razón.

- De todos modos, en Dios hay además dos iniciativas específicas respecto a esta ley natural, que sitúan de modo expreso a esta propuesta dentro de la tradición judeo-cristiana, interpretada de un cierto modo:

· Dado que la pasión y los prejuicios pueden hacernos ignorar esta ley, ha sido moralmente necesario que la ley natural fuese positivamente expresada por Dios, confirmada como ley divina positiva: el Decálogo revelado a Moisés.

· El hombre tiene *de facto* un fin sobrenatural, y para que sea capaz de alcanzarlo ha sido necesario que Dios le revelase la ley sobrenatural, además de la natural.

- El que se fundamente la ley natural en la ley eterna no significa que aquella depende de la voluntad arbitraria de Dios. Pues no depende primariamente de la voluntad divina sino de la razón divina. Ésta tiene presente la idea ejemplar de la naturaleza humana, desde la que la ley natural no puede ser de otro modo que como es. Lo que no significa que Dios esté sometido a una ley moral externa a él: conoce su esencia como imitable en una multiplicidad de modos finitos en los que discierne la ley de su ser como

Bien supremo, y uno de esos modos es la naturaleza humana. La ley natural se fundamenta en última instancia en la esencia divina, es lo que es porque Dios es lo que es (afianzamiento de la inmutabilidad).

- He aquí, como conclusión, la definición de ley natural que da Tomás de Aquino: "Partiendo del presupuesto de que el mundo está regido por la divina Providencia, es evidente que la comunidad entera del universo está gobernada por la razón divina. Por tanto, la razón misma del gobierno de las cosas creadas, en cuanto existe en Dios como regidor del todo, tiene naturaleza de ley [...] Conviene llamar a esta ley la *ley eterna*. Y puesto que todas las cosas sujetas a la divina Providencia son reguladas y medidas por la ley eterna, es evidente que todas participan de ella en un cierto modo, en cuanto extraen de la impresión de ella sus particulares inclinaciones a los actos y a los fines que les son propios. Pero entre todas, la criatura racional está sujeta a la divina Providencia en una medida más perfecta en cuanto deviene ella misma partícipe de la providencia, proveyendo a sí misma y a los otros. También ella es partícipe de la razón eterna, y de ésta deriva su natural inclinación al fin y al acto que le son propios. Es esta participación de la criatura racional en la ley eterna la que se llama *ley natural* [...]; la luz de la razón natural que nos permite distinguir el bien y el mal -que es la función de la ley natural- no es otra cosa que la impronta en nosotros de la luz divina. Es por tanto evidente que la ley natural no es otra cosa que la participación de la ley eterna en la criatura racional".⁷

5. Concluimos esta presentación del paradigma ético de la ley natural señalando algunos complementos y desarrollos de la misma, producidos en la escuela aristotélico-tomista:

- Generalizando la cuestión de la ley natural a todos los seres podemos decir que supone que la ordenación a la actividad está ínsita en su esencia;
 - en el caso de los seres inertes esto se expresa como necesidad pura;
 - en el caso de los seres vivos, en parte como necesidad pura, en parte como virtualidades desde su dinamismo interno;
 - esto segundo en los animales tiene regulación espontánea;
 - en los humanos, regulación inteligente. Lo que se produce en tres campos: el de la medicina; el de la moral natural; el del derecho natural.
- La ley positiva, o ley libremente estatuida por la soberanía legisladora del Estado:
 - debe concretar la ley natural a las circunstancias contingentes en el horizonte del bien común;
 - si no lo hace, hay derecho/deber de desobedecerla;
 - relevancia de la recta razón/conciencia como criterio último de discernimiento de lo que pide la ley natural (algo que las autoridades que se remiten a ella no siempre tienen suficientemente en cuenta).
- La inmutabilidad de la ley natural es compatible con cierta historicidad:
 - en el progresivo descubrimiento de la misma, desde la situación del hombre caído;
 - y en la adaptación de los principios a las situaciones.
- Esto explicaría en parte una variabilidad que sería aceptable. Pero se objeta:

- las autoridades son remisas a una flexibilidad que no protagonicen ellas;
- si se asume abiertamente, conduce al relativismo que se quiere evitar.

6. En la modernidad surgen posturas diversas que coinciden en cuestionar el paradigma de la ley natural. Cabe destacar las siguientes:

- La distinción radical cartesiana entre cosa extensa mecánica sin finalidad y cosa pensante, culmina afinadamente Kant, distinguiendo entre naturaleza (totalidad de los objetos de la experiencia empírica determinados por leyes necesarias -ciencia-) y libertad (espontánea ante la necesidad y llamada a regularse éticamente por la ley que se da a sí misma). Ser en la naturaleza -con leyes-, frente al deber ser en la libertad -con moralidad autónoma-. El existencialismo de Sartre y Merleau-Ponty radicalizará la oposición en el ser humano: su «naturaleza», dirán, es no tener naturaleza, es ser una libertad en situación.
- Hobbes y Locke: del iusnaturalismo medieval (centrado en la ley natural antes descrita) postulan el paso al iusnaturalismo moderno (centrado en los derechos de libertad inherentes al individuo).
- Desde la crítica moderna a las posibilidades de saber metafísico se concluye afirmando la indemostrabilidad racional de la existencia de Dios, frente al enfoque tomista, cayendo así -desde el punto de vista racional universalizable- lo que en este enfoque es el fundamento último de la ley natural.
- Desde la antropología cultural se plantea que los humanos somos seres inevitablemente acabados por culturas particulares; que no existe el «hombre natural» despojado de los

«aderezos» culturales. O si se quiere: nuestra «tenue naturaleza» es ser seres que se constituyen por la cultura con concreciones particulares varias (Geertz).

- Se formulan además otras tres objeciones al (ius)naturalismo descrito:

- Dificultad de definir la naturaleza humana y de deducir leyes y derechos de ella: se han hecho definiciones y deducciones contradictorias sin que aparezcan criterios de discernimiento.
- La razón humana es una facultad con capacidad «natural» de modificar el orden de la naturaleza, no sólo accidentalmente (*techné* aristotélica) sino sustancialmente (tecnociencia moderna).
- Caería en la falacia naturalista: del «es» -naturaleza- salta al «debe ser» -ética y derecho-. La ilegitimidad de la deducción vendría de que en la conclusión -*debe ser*- se hace aparecer lo que no está en la premisa -*ser*-.

7. A pesar de estas críticas, de las que se defienden los partidarios de la ley natural se aprecia que:

- el paradigma de la ley natural sigue presente, especialmente en cuestiones relacionadas con la bioética, en sectores relevantes de la sociedad actual, entre los que destaca el Magisterio católico y sus seguidores;
- por otro lado, aunque con enfoques holistas y con inspiración más bien externa a la cultura occidental (culturas orientales, indígenas, etc.), hay otro modo de enfoque naturalista, presente en los postulados ecologistas no medioambientalistas, que se está expandiendo en la propia cultura occidental (ecologismo).

b) El paradigma deontologista de tipo kantiano

1. Se apoya en una distinción de dos espacios de realidad que acaba de ser apuntada. Hay que distinguir, dice Kant (1724-1804), entre:

- *naturaleza* como totalidad de los objetos de la experiencia empírica determinados por leyes necesarias que trata de descubrir la ciencia (y sobre las cuales se podrá asentar una tecnología);
- *y libertad*, que en cuanto tal: a) es espontánea ante la necesidad –no está determinada por leyes necesarias-; b) está llamada a autodeterminarse éticamente por la «ley» moral –imperativo- que se da a sí misma.

El ser humano, en cuanto corporalidad, es en parte «ser en la naturaleza», sujeto a las correspondientes leyes necesarias. Pero lo distintivo de él es que es «ser de libertad» y en cuanto tal, no se le imponen leyes necesarias, sino que se le abre el horizonte de un «deber ser» -moralidad- que debe afrontar desde la «autonomía». No puede, por tanto, hablarse de «leyes naturales morales» inscritas en lo que se es, sino de libertad que, acudiendo a la racionalidad, debe autoconfigurarse moralmente.

2. La categoría clave que hay que tener como referencia para este paradigma ético es la de *dignidad de la persona humana*.

- Esta categoría remite a una distinción clave de la que se ha hecho mención antes, la de valor-medio y valor-fin. Es digno lo que es de tal forma de ser que vale por sí mismo, lo que es *fin en sí*.
- Para Kant lo que da la condición de dignidad es la condición de ser racional y libre abierto a la moralidad. Concretándolo en la realidad de este mundo: únicamente la *persona humana*.
- Si somos dignos en cuanto persona, esto quiere decir que todo individuo

humano, por el hecho de ser humano, es sujeto de dignidad. Esto es, la dignidad de los humanos es:

- *universal*, alcanza a todos, no depende ni de identidades que se tienen por nacimiento, ni de los méritos o deméritos morales, ni de las limitaciones que puedan tenerse. “El hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no sólo como medio; en todas sus acciones debe ser considerado al mismo tiempo como fin. La moralidad y la humanidad, en cuanto que ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad” (Kant)

· *permanente*, es decir, no se pierde suceda lo que suceda o se haga lo que se haga. Esto se desprende de la tesis kantiana,⁸ aunque él tenga sus cavilaciones al respecto al tratar algunos temas (por ejemplo la pena de muerte en Kant).

- Si sólo somos sujetos de dignidad los humanos, esto quiere decir que los animales y en general los otros vivientes, no lo son. Dada esta condición, pueden ser legítimamente instrumentalizados por los humanos para sus necesidades. Esta tesis es problemáticamente relevante para el tema de la ecología y el de los deberes que podemos tener respecto a los animales.

3. Cuando proyectamos la categoría de dignidad al ámbito deontológico de la moralidad, en el que Kant centra su propuesta, nos encontramos con los derechos y deberes de los sujetos de dignidad.

- En la forma de derechos, tenemos derecho al ejercicio de nuestra libertad, a que no se nos coaccione ni para hacer ni para no hacer.
- En la forma de deberes, se nos

impone el deber del *respeto* a los sujetos de dignidad, a las personas. Un deber que queda plasmado en el imperativo categórico de humanidad: no trates nunca a ninguna persona humana como puro medio. Matizaciones a este principio:

- Entre las personas que merecen respeto por nuestra parte, debemos incluirnos a nosotros mismos. Esto es, debemos autoprohibirnos el autoinstrumentalizarnos. Este es un aspecto relevante para diversos temas relacionados con la ética de la vida (la propia).

- El imperativo dice que no nos tratemos o no tratemos a otro como «puro» medio. Lo que significa que: podemos tratarnos unos a otros como medios, esto es, tener relaciones intersubjetivas a través de las cuales consigamos objetivos que nos proponemos, pero no como puro medio, esto es, «al mismo tiempo» tenemos que tratarnos como fines.

- Tratamos a otros como puro medio no sólo cuando los instrumentalizamos duramente para nuestros fines, sino cuando los marginamos impidiendo que realicen sus derechos o, por supuesto, cuando los exterminamos por considerarlos peligrosos o por cualquier otra razón.

4. El enfoque kantiano de la dignidad tiene una perspectiva liberal: se atenta contra ella cuando se ejercen coacciones directas a la libertad y autonomía de las personas; y los derechos a que da lugar son los derechos civiles y políticos. Ahora bien, este enfoque cabe ser completado con una perspectiva social de la dignidad –que Kant no admitió–. Según este enfoque:

- Quien es fin en sí tiene derecho a los procesos de desarrollo (educación,

salud, etc.) y a las condiciones contextuales que le permitan ejercer como fin en sí en grado máximo posible. La igualdad de la libertad pide trabajar por que se dé igualdad básica en las condiciones de ejercicio de esa libertad. Esto abre al reconocimiento de los derechos sociales para las personas.

- Frente a enfoques individualistas, hay que ser conscientes de que la independencia de los seres de dignidad se sustenta en múltiples interdependencias, que fluctúan en sus modos e intensidades a lo largo de la vida de cada persona. Se trata de una independencia que implica siempre solidaridad y que se enfrenta al ideal de «autosuficiencia» de la «independencia» postulado por Kant.

5. Al enfoque kantiano se le han hecho diversas objeciones. Algunas de ellas (las tres primeras que señalaremos) no a su núcleo, sino a la carencia de algunos desarrollos del enfoque; otras (las tres últimas), son más radicales porque afectan a su núcleo.

- Una objeción a Kant es que no tiene presentes las condiciones sociales del ejercicio de la libertad. Pero se ha afrontado esta objeción, como se acaba de señalar, no negando la referencia central kantiana, sino completándola con la postulación de los derechos sociales de los sujetos de dignidad.

- Una segunda objeción señala que Kant tiende al «monologuismo» o, si se quiere, al diálogo moral consigo mismo. Cuando el sujeto autónomo tiene que concretar la norma o máxima que guíe su acción, teniendo presentes los imperativos, tiene que acudir, dice, a su racionalidad. Pero, se le objeta, para muchas de esas normas –entre ellas, muchas que tienen que ver con la

ética de la vida- el diálogo racional tiene que ser intersubjetivo. La prolongación intersubjetiva del enfoque kantiano la hace la ética discursiva, que se verá luego.

- Una tercera objeción apunta al «rigorismo» de Kant. En un doble campo: por un lado, cuando sólo considera propiamente moral lo hecho con «buena voluntad», por mero respeto a la ley moral, dejando de lado sentimientos e inclinaciones; por otro lado, cuando impone al individuo deberes para consigo mismo, no sólo para con los otros. Respecto a esto último, el pensamiento liberal dominante, apostando también por la centralidad de la libertad y la autonomía, entiende que sólo hay obligaciones hacia los otros, que nosotros, siendo dueños de nuestro cuerpo y nuestra psique, podemos hacer con ellos lo que queramos.

- Pasando ahora a las objeciones más radicales al planteamiento kantiano, se le acusa de exagerado deontologismo: la ley moral que se nos muestra a nuestra libertad racionalmente y de acuerdo a los imperativos, debe ser seguida «pase lo que pase». Aunque podría matizarse esta objeción, es cierto que Kant arrincona la perspectiva prudencial de tipo aristotélico, la que atiende a las circunstancias y a las consecuencias a la hora de la aplicación de la norma moral.

- Del utilitarismo que veremos enseguida, le viene otra objeción de fondo. Se dice, frente a Kant, que: a) la referencia para la moralidad no deben ser los seres racionales sino los seres sintientes; b) que el criterio general para ella no debe ser deontológico sino teleológico consecuencialista: la búsqueda del mayor placer para el

mayor número de sintientes.

- Por último, desde los supuestos del paradigma de la ley natural tiende a achacarse a modelos como el kantiano que dejan espacios excesivos a la arbitrariedad de la libertad, lo que nos abocaría al relativismo. De todos modos, esta acusación se dirige más propiamente a la versión liberal que no se impone deberes para consigo mismo.

6. El modelo kantiano, aunque con correcciones acordes con algunas de estas objeciones, tiene hoy una fuerte vigencia desde dos puntos de vista:

- Desde el punto de vista de los derechos, en todo lo que son los derechos *humanos* oficialmente proclamados y sustentados por las diversas instancias públicas, fundamentados expresamente en la categoría de la dignidad tal como es definida por Kant.

- Desde el punto de vista de la ética cívica, que es considerada por muchos como la ética común de los ciudadanos, que se sustenta decisivamente en el imperativo de humanidad de Kant, de no tratar a ninguna persona humana como puro medio, de no coaccionarla en su libertad.

c) El paradigma utilitarista

1. El utilitarismo es formulado oficialmente como tal por Bentham (1748-1832), pensador, como se ve, contemporáneo de Kant (algo más joven), y por John Stuart Mill (1806-1874),⁹ siendo Sidgwick (1838-1900) el tercer gran clásico. Entre los pensadores que actualmente son situados en la órbita utilitarista fuertemente interesados por la ética de la vida, destaca Singer. Esta corriente tiene

conexiones con el epicureísmo clásico, aunque se muestra como «hedonismo social», si bien con bases individualistas. Hacemos aquí una presentación genérica, tratando de expresar sobre todo el tono común de pensadores que tienen entre ellos significativas diferencias

2. El enfoque utilitarista es:

- Teleológico: plantea la ética en función del fin, que (toque naturalista) encuentra en la naturaleza (de los vivientes en cuanto sintientes). Entiende que ese fin es el «placer». La búsqueda del máximo placer (y el mínimo dolor) es ética cuando contempla al conjunto. Por eso, se traduce en el principio de buscar el mayor placer para el mayor número. Esto significa:

· Que el bien es remitido a la utilidad para satisfacer los deseos, preferencias e intereses de las personas.

· Que se condena o aprueba algo sólo en la medida en que se demuestre que empeora o mejora el bienestar de la gente.

· Que se aceptan sin discriminación las preferencias de cada uno.

· Que se busca maximizar el bienestar de manera imparcial, reclamando que todos contemos como uno y nadie como más de uno.

- Consecuencialista: son buenas las acciones que traen como consecuencia el aumento de placer o la disminución de dolor. Con lo cual, el principio ético básico queda formulado al final de este modo: «Obra de tal modo que las consecuencias previsibles de tus acciones traigan como consecuencia el mayor placer para el mayor número». La ética se nos muestra, así, sujeta a cálculo.

3. Inicialmente se planteó la discusión de si hay que hacer distinciones cualitativas entre los placeres o no. Posteriormente, visto que la cuantificación y verificación del placer (sensaciones psicofísicas de agrado) resulta muy problemática, y más aún si se piensa en el de la mayoría, se ha acudido a tener presentes categorías mediadoras, especialmente dos:

- La de las preferencias. Se entiende que si satisfacemos las preferencias (algo más evaluable) encontramos placer. Pensando en la satisfacción de las preferencias del mayor número, y, de cara a ello, teniendo presente la necesidad de una intervención pública, algunos proponen que deben asumirse sin más las preferencias de la gente, para tratar de satisfacerlas; mientras que otros señalan que antes de ofrecer posibilidades de satisfacción hay que tratar de que la gente se informe de ellas; esto es, se trataría de satisfacer preferencias informadas –para juzgar si son pertinentes o no-.

- La de los intereses de bienestar. Se supone que si tenemos cubiertos esos intereses (salud, educación, vivienda, ingresos económicos...), tenemos las condiciones de posibilidad para organizarnos una vida lo más placentera posible. Aquí es manifiesta la necesidad de instituciones públicas que traten de impulsar una sociedad que posibilite que la mayoría tenga cubiertos estos intereses. Se propugna así un «Estado de bienestar», que hay que diferenciar del «Estado social de derecho» (que también se preocupa por esos «intereses», pero considerándolos «derechos» de las personas).

4. Para el utilitarismo la referencia decisiva para la moralidad no es la razón,

como en Kant, sino la capacidad de sentir. Ésta es una cuestión clave para la ética de la vida:

- El valor central a tener en cuenta no es la persona en cuanto sujeto de dignidad, sino esta capacidad de sentir. La vida del sintiente «vale» tanto más cuanto más capacidad se tiene de sentir, esto es, de experimentar placer y dolor. Esto significa que todos los vivientes entran dentro del espacio de los derechos morales, con esta clave de jerarquización, aunque sólo los racionales entren en el campo de los deberes.

- Esta cuestión está ya formulada en Bentham: «Los franceses han descubierto ya^d que la negritud de la piel no es una razón para abandonar sin remisión al ser humano al capricho del atormentador. Puede llegar un día en que se reconozca que el número de patas, la vellosidad de la piel, o la terminación del *os sacrum* son razones igualmente insuficientes para abandonar al ser sensible al mismo destino. Pues, ¿qué es lo que debe trazar el límite insuperable? ¿Es la facultad de la razón o quizá la del discurso? Pero un caballo o un perro adulto es, más allá de toda comparación, un animal más racional y más capaz de comunicación que un niño de un día, una semana o un mes incluso. Y aun suponiendo que fuese lo contrario, ¿qué significaría? La cuestión no es ¿puede razonar?, ¿puede hablar?, sino ¿puede sufrir?».¹⁰

- No entramos aquí más en esta temática, con todas sus implicaciones, sólo debe quedar constancia de que en el cálculo del mayor placer entran

también, imparcialmente, los sintientes.

5. Objeciones que se han hecho al utilitarismo. Las dos primeras no lo cuestionan en su núcleo, mientras que las tres últimas sí (proviene de enfoques de tipo kantiano y de la consideración de la moralidad desde la perspectiva de los derechos humanos).

- Es muy problemática la cuantificación que propone del placer, por la igualmente problemática comparabilidad entre placeres.

- La imparcialidad que plantea (que todos cuenten igualmente como uno y nadie como más de uno) no tiene presente la condición humana, que establece lazos (por ejemplo, los familiares) que no pueden ser ignorados. Será preciso plantearse una imparcialidad, para evitar los egoísmos destructores ligados a estos lazos, que de algún modo los tenga presentes.

- Es cuestionable, desde la concepción de la tolerancia ligada a los derechos humanos, su propuesta, en principio «democrática», de que se consideren por igual las preferencias de la gente. Los derechos humanos marcan un límite intolerable a estas preferencias –por ejemplo, a preferencias racistas–.

- El plantearse ya en el principio de moralidad, el mayor placer para el mayor número, asume, ya de arranque, los mecanismos del chivo expiatorio: que una minoría se sacrifique para que se logre el bien de la mayoría.

- Por último, al remitirse a la capacidad de sentir como categoría clave para la moralidad, borra el referente de la

^dEl texto lo escribió en 1780, pero el libro se publicó precisamente el año de la Revolución francesa, en 1789.

dignidad humana, diluyendo fronteras (entre humanos y animales) que deberían considerarse intangibles.

6. El modelo utilitarista, académicamente, sigue muy presente, especialmente en el mundo anglófono –aunque no sólo-. Socialmente la referencia práctica de los ciudadanos a él en muchas cuestiones, a la hora de organizar su vida, tiene notable presencia en el ámbito de lo que llamamos la «cultura occidental», aunque se trate con frecuencia más de un utilitarismo «vivido» que «pensado». En cualquier caso, la meta de «evitación del dolor y sufrimiento» es un ideal clave en esta cultura moderna.

d) El paradigma dialógico

Se encuentra bien plasmado y estructurado en autores contemporáneos como Apel y Habermas («ética discursiva» o dialógica).

1. Presupuestos básicos:

- En la interacción lingüística caben dos mecanismos:
 - El de la acción *estratégica*: se utiliza el lenguaje para lograr lo que se desea del otro.
 - El de la acción *comunicativa*: el lenguaje se orienta al entendimiento mutuo. Sólo ésta merece llamarse diálogo, porque sólo ella responde a la finalidad inherente al lenguaje.
- Los diálogos éticamente relevantes emergen ante conflictos sociales que se dan en el ámbito de las intuiciones morales (por ejemplo, ¿qué forma de respeto merece el embrión humano?). Deben superarse a través de un *discurso práctico* [diálogo ético] que, logrando un consenso adecuado, impida la ruptura de la interacción o el pase a la acción estratégica. El

discurso práctico busca la solución moral –la norma correcta- que sólo podrá comprenderse como expresión de un acuerdo argumentado y que permitirá continuar la interacción comunicativa.

- Hay que distinguir entre cuestiones de justicia, que sí deben ser sometidas a este diálogo, pues deben tener validez universal, y cuestiones de felicidad, de las que no puede pretenderse este modo de validez, y que no están sujetas a ese tipo de diálogo.

2. La lógica del discurso práctico, de la argumentación intersubjetiva encaminada al acuerdo normativo.

- Como toda argumentación implica:
 - defender con buenas razones una determinada pretensión;
 - exponer esas razones a la crítica;
 - asumir la conclusión a la que aboque la fuerza de los argumentos.
- El principio de referencia es el de *universalización*: sólo pueden pretender validez aquellas normas que encuentren el acuerdo de todos los afectados por ellas en un discurso práctico en el que todos participan.
- Para encontrar una propuesta compartida por todos los afectados, hay que buscar intereses comunes o generalizables. El consenso no se define, pues, por el cálculo de beneficios, ni por la aceptación de un equilibrio entre intereses particulares.
- Una buena argumentación intersubjetiva exige unas determinadas condiciones, que remiten a una simetría (o igualdad de posibilidades de utilizar actos de habla) que se concreta en estos tres postulados:
 - De no limitación: no deben existir barreras espaciales o temporales

indebidas, debe haber igual acceso de todos a la información pertinente.

- De no violencia: ausencia de presiones externas e internas que obstaculizarían la participación (no debe haber más «coacción» que la del mejor argumento).
- De honestidad: los argumentos deben exponerse con el único fin de la búsqueda cooperativa del acuerdo.

Cuanto más nos acerquemos a la realización de estas condiciones, más fundamentado moralmente estará el acuerdo logrado.

- En todo esto está implicado el principio ético fundamental de reconocimiento de la común dignidad de todos, como potenciales miembros de un diálogo en igualdad. Esto es, la dignidad no es algo que se somete a debate de cara al consenso, sino algo que se presupone.

3. Objeciones que se hacen a este modelo:

- Reduce la reflexión ética a los temas de justicia
- Al tener presentes sólo a los afectados por las normas que se busca consensuar, tiene dificultades para hacerse cargo de afectados que no pueden estar presentes –porque no existen–, pero que pueden sufrir las consecuencias de la aplicación de las normas consensuadas (piénsese en las futuras generaciones para el tema ecológico).
- Es muy parco en ofrecer pautas para el impasse en el que quedamos cuando, tras esfuerzos honestos por llegar a un acuerdo según las pautas marcadas, no lo logramos. ¿No habrá que valorar más los «compromisos» en los que hay cesiones mutuas, las «negociaciones» hechas sin trampas?
- Se ha acusado también a esta

propuesta de no tener presentes las consecuencias. En desarrollos posteriores, estos autores se han hecho eco de esta crítica. Así, Habermas ha reformulado de este modo el principio de universalidad: Una norma, para ser válida «tiene que cumplir la condición de que las consecuencias y repercusiones que (probablemente) resulten de su cumplimiento universal para satisfacción de los intereses de cada sujeto particular, podrían ser aceptadas por todos los afectados».

- Por último, Gadamer achaca a esta propuesta que el ideal de acuerdo sin fisuras pide una transparencia absoluta en la comprensión que ignora los límites de la facticidad histórica.

4. Presencia actual de este modelo. En principio, podría decirse que se le tiene presente, con más o menos rigor, en todos los procesos de decisión en torno a cuestiones polémicas relacionadas con lo moral, cuando se quieren abordar por procedimientos democráticos. De todos modos, hay que matizar:

- Cuando se defiende o practica una democracia «agregativa», en la que lo que se pretende es lograr más votos que el contrincante, porque lo que cuenta para la decisión son los votos, no se tiene presente lo más propio de este modelo.
- Se le tiene bien presente cuando se plantea una democracia «deliberativa», en la que la decisión se desprende del proceso de deliberación en la que todos se embarcan en la búsqueda del interés general.

Conclusión

Los grandes referentes éticos que pueden y deben guiarnos al abordar la problemática de la vida pueden ser situados en tres bloques. En el primero, que condiciona los demás, se resalta cómo la vida no es un mero valor medio, es un valor-fin que, como tal, genera derechos y deberes. Sobre esta base, se encuentran los principios éticos que se han ido configurando contemporáneamente en torno a esa disciplina de la ética aplicada que llamamos precisamente bioética, ética de la vida. Por último, teniendo como referencia lo que suele entenderse por ética fundamental, se presentan cuatro paradigmas éticos desde los que caben diferentes acercamientos a los problemas de la vida, haciéndose así patente toda la complejidad ética que ésta encierra.

Referencias

1. Potter, V. (1970). *Bioethics: Bridge of the Future*. Prencie-Hall. Englewood Cliffs, NJ.
2. Warren, T. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press
3. Beauchamp, T. L. y Childress, F. (1999). *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Masson. 412
4. Gracia, D. (2008). *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, Triacastela.
5. Etxeberria, X. (2004). Virtudes éticas: Una necesidad de cuidados paliativos. En Couciero, A. (dir.). *Ética en cuidados paliativos*. Madrid. Triacastela. 49-62
6. Cicerón. *De Republica* III. 22, 33.

7. Aquino, T. *Summa Theologica*, I-II, quaest. 91, art. 1 y 2.
8. Kant, I. (1973). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa Calpe.
9. Mill, J.S. (1984). *El utilitarismo*, Madrid, Alianza.
10. Bentham, J. (1948). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Oxford. Brasil Blackwell.