



Ciencias y creencias en conversación

¿Sobre qué se escribe en investigación sociomédica?

Georgina Vega Fregoso
Elizabeth Sevilla
Rocío Preciado González
coordinadoras



ALFABÉTICA



Rector General

Ricardo Villanueva Lomelí

Vicerrector Ejecutivo

Héctor Raúl Solís Gadea

Secretario General

Guillermo Arturo Gómez Mata

**Coordinadora General Académica
y de Innovación**

María Esther Avelar Álvarez



**Rector del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud**

José Francisco Muñoz Valle

Secretaria Académica

Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Secretaria Administrativa

Saralyn López y Taylor

**Directora de la División de Disciplinas
Básicas para la Salud**

Norma Alicia Ruvalcaba Romero

Director de la División de Disciplinas Clínicas

Eduardo Gómez Sánchez

**Directora de la División de Disciplinas
para el Desarrollo, Promoción
y Preservación de la Salud**

Gabriela Macedo Ojeda

Jefa del Departamento de Ciencias Sociales

Maritza Alvarado Nando

Coordinador de Innovación Educativa y Calidad

Juan Francisco Flores Bravo

COMITÉ EDITORIAL CUCS

Presidente

José Francisco Muñoz Valle

Secretaria

Edith Oregon Romero

Secretarios Técnicos

Alexis Missael Vizcaino Quirarte
Ma. de los Ángeles Villegas

**Directora de la Colección
de Publicaciones Científicas**

Juliana Marisol Godínez Rubí

Directora de la Colección de Difusión

Georgina Vega Fregoso

Directora de la Colección

de Libros de Texto
Alma Marina Sánchez Sánchez

Director de la Colección de Divulgación

Francisco Javier Turrubiates Hernández

**Directora de Comisión de Análisis,
Impacto y Relevancia Científica,
Curricular, Social e Institucional**

Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Profesor Dictaminador Invitado Externo

Iván Manuel Girón Pérez

Ciencias y creencias en conversación

**¿Sobre qué se escribe en
investigación sociomédica?**

Georgina Vega Fregoso

Elizabeth Sevilla

Rocío Preciado González

coordinadoras



ALFABÉTICA

La presente obra cuenta con el dictamen
No. CUCS/CE/0004/24 del Comité Editorial
del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

ALFABÉTICA

**D.R. © 2024, Editorial Innovación
Educativa S. A. de C. V.**

Lábaro Patrio 264, Conjunto Patria
45150, Zapopan, Jalisco

Primera edición, 2024

Coordinadoras

Georgina Vega Fregoso
Rosa Elizabeth Sevilla Godínez
Rocío Preciado González

Autores

- › José Carlos Aguado Vázquez
- › Giselle Montserrat Márquez Jiménez
- › Silvia Padilla Loredo
- › Martha Patricia Aceves Pulido
- › Griselda Vergara Galván
- › Miguel Ángel de Guadalupe Sánchez Ramos
- › Eva Laura Arana Gutiérrez
- › Eduardo Enrique Zetina Bautista
- › Valeria Ramírez Castellanos
- › Georgina Vega Fregoso
- › Margarito Vega Vélez
- › María Guadalupe Vega López
- › María Claudia Espinel Bermúdez
- › Andrea Yunuén Hernández Gómez
- › Rosa Elizabeth Sevilla Godínez
- › Rocío Preciado González
- › Nancy Rosas Cortez
- › Antonio de Jesús de la Cruz Villarreal
- › Misael Jesús Rubio Espinosa
- › Rafael Alejandro Hernández Covarrubias
- › Julio Alejandro Flores Huerta

Noviembre de 2024

Agradecemos el invaluable apoyo para la publicación
de este libro a la Universidad de Guadalajara, institución
referente en la promoción de la educación y la cultura.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*



Este trabajo está autorizado bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercialSinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND) lo que significa que el texto puede ser compartido y redistribuido, siempre que el crédito sea otorgado al autor, pero no puede ser mezclado, transformado, construir sobre él ni utilizado con propósitos comerciales. Para más detalles consúltese <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Índice

Presentación	9
---------------------	----------

Prólogo	11
----------------	-----------

PRIMERA SECCIÓN

CARACTERIZAR LO SOCIAL EN SALUD

CAPÍTULO 1

Cultura y corporeidad. La salud y el bienestar: una mirada antropológica sobre la cuestión	18
---	-----------

CAPÍTULO 2

Es para tanto y es para más: mundo de vida de una “ágora-mujer”	42
--	-----------

CAPÍTULO 3

Sufrimiento y atención a la salud de indígenas migrantes. Una aproximación hermenéutica	59
--	-----------

SEGUNDA SECCIÓN

DIFERENTES APORTES PARA COMPRENDER LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES

CAPÍTULO 4

Análisis comparado de la profesionalización y gestión de directivos de los hospitales de segundo nivel, zona oriente del Estado de México	74
--	-----------

CAPÍTULO 5

Concepciones sobre salud, enfermedad y atención en estudiantes de Medicina de la Universidad Lamar en Guadalajara, México	89
--	-----------

CAPÍTULO 6

La formación médica. Experiencias de mujeres profesionales de la salud	108
---	------------

CAPÍTULO 7

Determinantes de la salud en pacientes con pie diabético. Una revisión panorámica	126
--	------------

CAPÍTULO 8

La relación entre la antropología médica y la seguridad humana. ¿Cómo saber primeros auxilios puede hacer que las personas se sientan más seguras?	142
---	------------

TERCERA SECCIÓN

RETOS Y CONSENSOS PARA LOS FUTUROS POSIBLES

CAPÍTULO 9

A propósito del I Encuentro de Investigación Sociomédica #IEISM2023	166
--	------------

CAPÍTULO 10

La distancia nos acercó, vinculando caminos. Participaciones virtuales	183
---	------------

CAPÍTULO 11

Exposición de carteles	187
-------------------------------	------------

CAPÍTULO 12

Aliados del #IEISM2023	192
-------------------------------	------------

ANEXOS	
MEMORIA DOCUMENTAL Y VISUAL	195
Epílogo	213
Semblanzas	216

Presentación

La investigación sociomédica se encuentra en la intersección entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, en un espacio donde se exploran las dinámicas entre cultura, sociedad y bienestar. Este libro, *Ciencias y creencias en conversación. ¿Sobre qué se escribe en investigación sociomédica?*, prolonga el diálogo iniciado hace siglos entre las ciencias naturales y las ciencias del espíritu; en la perspectiva de producir reflexiones y acciones que trasciendan las fronteras disciplinarias tradicionales y permita que las creencias, las experiencias y el conocimiento científico coexistan y se nutran mutuamente.

A lo largo de sus capítulos, esta obra recoge una diversidad de temas que reflejan la riqueza y complejidad de la investigación sociomédica en el contexto mexicano; desde el análisis de la corporeidad y las culturas de la salud, pasando por la salud mental y su construcción social, a la protección civil, los servicios hospitalarios y la formación médica. Las teorías sociales y los métodos cualitativos favorecen comprender las enfermedades desde una perspectiva cultural contextual, permiten resolver los retos y alcanzar consensos en la práctica investigativa, cada sección invita al lector a cuestionar y reimaginar las maneras en que concebimos y abordamos los problemas de salud en nuestras sociedades. El título de este libro alude a la convergencia entre lo científico y lo mágico, y permite, a quien se decida, a cuestionar las presunciones ideológicas y culturales de la cientificidad por oposición a una visión social e histórica de las enfermedades. El título destaca la importancia de reconocer que la salud no puede comprenderse sin considerar las creencias, los valores y los diversos contextos económicos que la enmarcan. Las ciencias sociales y las humanidades nos ofrecen herramientas valiosas para desentrañar cómo estos factores condicionan la manera en que las personas viven y entienden el cuidado y el

bienestar, y cómo las políticas y prácticas de salud pública pueden ser más inclusivas y efectivas.

Los textos aquí reunidos provienen de voces diversas, de investigadores y estudiantes comprometidos con la tarea de ampliar el horizonte del conocimiento sociomédico. A través de sus aportes, este libro ofrece una panorámica de temas clásicos y actuales y de las metodologías que se aplican configurando el campo de la investigación sociomédica en México.

Esperamos que esta obra sea útil como un recurso académico y como una invitación a todos los profesionales de todas disciplinas científicas a reflexionar sobre el papel de la investigación en la transformación social y en la mejora de las condiciones de vida de las personas. Al final, la ciencia y las creencias no son mundos apartados, sino partes esenciales de un diálogo continuo que busca respuestas a las preguntas más fundamentales sobre nuestra existencia y buen vivir.

José Francisco Muñoz Valle

Prólogo

El I Encuentro de Investigación Sociomédica (#IEISM2023) convocado por el programa de Maestría en Ciencias Sociomédicas (MCSM) se llevó a cabo el 9 y 10 de noviembre de 2023 en los auditorios y salones del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara (UdeG). Iniciamos los trabajos parafraseando un fragmento de la sabiduría zapatista que expresó la mayor Ana María a nombre del Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (CCRI-CG del EZLN) en el Primer Encuentro Intercontinental por la Humanidad y Contra el Neoliberalismo realizado en Oventik en 1996: “Bienvenidos, bienvenidas, bienvenidos a este rincón del mundo donde todos somos iguales porque somos diferentes”.

Desde luego, el encuentro y este libro, no hubieran sido posibles sin la confianza y el apoyo incondicional de las autoridades universitarias, del doctor José Francisco Muñoz Valle, rector del CUCS, de la jefa de Departamento de Ciencias Sociales, doctora Maritza Alvarado Nando y del coordinador de Posgrados CUCS, doctor Jorge Hernández Bello, y qué decir de un amplio grupo de agentes institucionales académicos y administrativos, de los integrantes de la Junta Académica de la MCSM y de un nutrido grupo de estudiantes jóvenes entusiastas de licenciatura y posgrado que, con actitud disponible al trabajo colaborativo, hicieron posible que nos encontráramos para continuar las conversaciones sobre las diversas formas de producir conocimiento científico en salud, desde una perspectiva interdisciplinaria con aspiración transdisciplinar.

Consideramos que las ciencias y el conocimiento científico por sí solo no contribuye a transformar la realidad; son los actores sociales devenidos en investigador/investigadora los que, a través del diálogo, la escucha activa y

la acción radical sobre los contextos diversos, ejercen sin titubeos el margen de maniobra que tienen y, partiendo de hacer acciones socialmente útiles, denuncian los contubernios y las relaciones de poder que impiden el real acceso universal a los beneficios que supone la producción de conocimiento científico para las mayorías en México.

Los estudiantes, docentes e investigadores –a partir de cuestionar en clave histórica todos los procesos de producción de conocimiento– contribuyen al cambio social. De ahí que el objetivo del IEISM fue abrir un espacio de diálogo plural en el que se pudieran integrar temas, disciplinas y profesionales que consideran producir conocimiento científico en el espectro de lo sociomédico.

El IEISM se organizó a partir de un panel magistral –que tuvo lugar el primer día–, seguido de paneles temáticos, presentaciones individuales en grupos de trabajo presenciales y virtuales, así como la exposición de carteles. Una de las actividades de las que teníamos más expectativa era la de presentaciones individuales en grupos de trabajo de sociología médica y antropología médica, pues los moderadores fueron investigadores y tenían un responsable de relatoría, quienes hicieron un valioso trabajo al sistematizar las discusiones y con ello dar cuerpo a lo que llamamos declaratorias, es decir, el rescate de las ideas centrales a las que cada grupo de trabajo considero llegar o aspectos problemáticos que deben seguir siendo escudriñados. Esas declaratorias colectivas están incluidas en la tercera parte de esta obra.

A los ponentes individuales que expusieron en grupos de trabajo como parte del proceso de selección, se les solicitó primero un resumen de la ponencia, que fue puesto a consideración del Comité Científico, coordinado por la doctora Elizabeth Sevilla (Anexo 9). Una vez revisado y aprobado el material, se solicitó a los autores el trabajo en extenso, con la posibilidad de que los mejores artículos, a juicio de los revisores, pudieran ser enviados para someterlos a una segunda revisión y ser publicados en alguno de los números 13 y 14 de la revista de ciencias y humanidades *Astrolabio*, que edita la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

Dada la respuesta de las y los estudiantes e investigadores, quedaron en el tintero un cúmulo importante de contribuciones que no podíamos dejar fuera, por lo que, aprovechando nuevamente la voluntad de las autoridades universitarias, decidimos dar cuerpo a este libro.

El libro está conformado por tres partes, en la primera, titulada “Caracterizar lo social en salud”, se encuentra un grupo de artículos que buscan exponer ante el lector cómo las ciencias sociales y las humanidades entramadas a las ciencias de la salud permiten caracterizar lo material (fisiopatológico) y lo metafísico (emotivo, subjetivo, espiritual); así llegamos al artículo de José Carlos Aguado Vázquez, investigador de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, titulado “Cultura y corporeidad. La salud y el bienestar: una mirada antropológica sobre la cuestión”, en donde el autor vuelve sobre la idea de que diversas cosmovisiones implican distintas corporeidades y a su vez diferentes epistemologías; para ejemplificarlo, aborda el caso de un grupo de otomíes migrantes en la Ciudad de México.

El texto “Es para tanto y es para más: mundo de vida de una ‘ágora-mujer’”, de Giselle Montserrat Márquez Jiménez y Silvia Padilla Loredó, expone la pertinencia de usar el enfoque teórico de la fenomenología sociológica para caracterizar las enfermedades mentales, y, en función de ello, las autoras nos presentan la narrativa de una mujer que ha sido diagnosticada con agorafobia y la necesidad profundizar en la comprensión del padecer y de la enfermedad desde los aportes de la sociología de la salud.

En el tercer artículo, titulado “Sufrimiento y atención a la salud de indígenas migrantes. Una aproximación hermenéutica”, Martha Patricia Aceves Pulido nos invita a adentrarnos en el mundo de una curandera tradicional de origen mixteco, en donde encuentra que el indígena que migra sufre y este sufrimiento deviene en enfermedades ocasionadas por alejarse de los saberes ancestrales.

En la segunda parte, “Diferentes aportes para comprender la salud y las enfermedades”, se presentan artículos que precisan contribuciones al conocimiento científico a partir de conceptos clásicos en los análisis socioantropológicos de la salud. De esta forma, tenemos el trabajo titulado “Análisis comparado de la profesionalización y gestión de directivos de los hospitales de segundo nivel, zona oriente del Estado de México”, de Griselda Vergara Galván, Miguel Ángel Sánchez Ramos y Eva Laura Arana Gutiérrez, en donde los autores logran documentar a partir de testimonios de los propios médicos de instituciones de salud, que aunque los directivos han adquirido experiencia a través del tiempo, esta no es suficiente para la gestión exitosa del hospital,

mientras que la calidez en la atención sigue siendo un criterio fundamental para que los usuarios se sientan bien atendidos pese a la carencia de insumos, medicamentos y personal.

El siguiente texto, de la autoría de Eduardo Enrique Zetina Bautista, nos permite asomarnos a las ideas que tienen los estudiantes de medicina de los primeros grados en una universidad privada sobre sus conceptos como la salud, el cuerpo, la consulta médica y la enfermedad. El artículo se titula “Concepciones sobre salud, enfermedad y atención en estudiantes de medicina de la Universidad Lamar en Guadalajara, México”.

En “La formación médica. Experiencias de mujeres profesionales de la salud”, las autoras Valeria Ramírez Castellanos y Georgina Vega Fregoso recuperan los testimonios de dos profesionales de la salud durante su formación médica, en dos generaciones, 1988 y 2003 respectivamente, y describen cómo se mantienen las relaciones jerárquicas dentro del hospital y persiste la ausencia del enfoque de género durante la educación y el entrenamiento médico.

El texto “Determinantes de la salud en pacientes con pie diabético. Una revisión panorámica”, de Margarito Vega Vélez, María Guadalupe Vega López y María Claudia Espinel Bermúdez, es justamente un repaso que explora la literatura relacionada con los determinantes de la salud implicados en el desarrollo del pie diabético, los autores seleccionaron 42 de entre 874 estudios que nos presentan sistematizados.

Cerramos este apartado con “La relación entre la antropología médica y la seguridad humana. ¿Cómo saber primeros auxilios puede hacer que las personas se sientan más seguras”, en el que Andrea Yunúen Hernández Gómez reflexiona en torno a la relación entre la antropología médica y la seguridad humana. La autora responde a la pregunta del título a partir de un recorrido por la historia de la antropología médica, de la seguridad humana y los primeros auxilios centrándose en dos catástrofes ocurridas en territorio mexicano.

En la última parte del libro, titulada “Retos y consensos para los futuros posibles”, encontramos la Declaratoria colectiva, una vez que finalizaron las actividades del Encuentro, las Declaratorias por grupos de trabajo y varios textos breves que describen la dinámica de las actividades en línea (“La distancia nos acercó”, “Vinculando caminos. Participaciones virtuales”), así como los

títulos de la ponencia virtual, los paneles temáticos y la dinámica de la exposición de carteles, así como las instituciones que coadyuvaron en la realización.

Por último el lector podrá apreciar una breve Memoria documental y visual, varios anexos a modo de ilustración del Encuentro, el epílogo y las semblanzas de las autorías participantes en el presente volumen. Esperamos que sea de su agrado.

Primera sección. **Caracterizar lo social en salud**

*La imaginación sociológica permite a su poseedor
comprender el escenario histórico más amplio
en cuanto a su significado para la vida interior y
para la trayectoria exterior de diversidad de individuos [...].*

Wright, 2020, p. 25

Cultura y corporeidad. La salud y el bienestar: una mirada antropológica sobre la cuestión

José Carlos Aguado Vázquez

Introducción

La definición de salud que tomamos de referencia nos señala un estado de bienestar: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946).

El proceso de salud-enfermedad se ha definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) a partir de esta conferencia. La definición ha sido cuestionada por diversos autores en razón de su aspiración universalista ya que resulta omniabarcante pero utópica.¹ Existen diversas propuestas en ciencias sociales para la conceptualización de salud que nos resultan fructíferas.² Sin embargo, realizaré una reflexión propia pensando en la otredad antropológica.

Este bienestar varía necesariamente de acuerdo con la experiencia de los sujetos, variación que no es solo individual, sino que está determinada por la

.....

¹ Véase Alcántara Moreno (2008) y Navarro (1998).

² Por ejemplo, además de los autores citados está López, Rivera y Blanco (2011), López *et al.* (2011) y Menéndez (1993).

cultura de origen. Me explico: la antropología ha documentado cómo cada cultura aprecia y valora el bienestar en relación con sus maneras de percibir, comprender y experimentar la vida. Este fenómeno no se reduce a una cierta apreciación subjetiva, sino que determina también los procesos orgánicos de los sujetos.

El *completo bienestar* presume que una situación de cierto malestar sería considerada enfermedad. Esto va en favor de una ideología característicamente occidental que considera cualquier malestar, y el dolor en particular, algo siempre indeseable. El manejo del dolor como indicador de enfermedad, para la concepción moderna, puede diferir entre una cultura y otra de forma notable. Empiezo con la medicina científica que lo ha considerado un indicador de enfermedad por excelencia. El dolor ciertamente puede ser un aviso de posible daño o de daño en curso. Sin embargo, hay dolores que no señalan daño orgánico como sucede en los dolores propios del ejercicio cuando se inicia una actividad nueva. También hay dolores físicos que son expresiones emocionales de conflictos no resueltos. Algunos dolores incluso estimulan cambios favorables tanto orgánicos como psíquicos. La visión vulgar (ideológica) en occidente es que el dolor es malo siempre y hay que eliminarlo a toda costa, esto frecuentemente lleva a la medicalización de la sociedad.

Para otras culturas existen grados de malestar que son parte de la vida cotidiana y que no representan un problema de salud, incluso en nuestra sociedad las clases populares tienen otras concepciones sobre la salud. El trabajo físico arduo, como lo realizan los grupos indígenas y mestizos en el campo mexicano, implica malestares que no se consideran enfermedad salvo que no se quiten o que imposibiliten el trabajo. Si pensamos en otras tradiciones como la hindú, la práctica del yoga contempla cierto *adolorimiento* como algo aceptable e incluso inicialmente deseable. Para el budismo zen el dolor de piernas durante la meditación es un objeto de observación y no un dato de enfermedad (les dicen *piernas adoloridas*).

También encontramos ejemplos históricos: para los espartanos en la época clásica, por ejemplo, el dolor era una forma de forjar al futuro guerrero. Parte de la formación del aprendiz pasaba por soportar estoicamente latigazos. Otros grupos guerreros como los lakotas de Norteamérica en los rituales chamánicos se someten al dolor del desgarrar corporal autoinfligido atravesando los pechos

con puntas y colgándose de ellas o amarrado a un palo bailando, el guerrero se va separando y desgarrando a través del ritual. Otras culturas tan diversas como la macedonia, argelina, egipcia, polinesia, india, tahitiana y en Sri Lanka practican por ejemplo la caminata sobre fuego (o sobre brasas incandescentes) con fines religiosos espirituales. Incluso en España se celebra la noche de San Juan atravesando descalzo las brasas encendidas cargando a otro.

Como podemos apreciar, con estos ejemplos etnográficos, el bienestar puede ser apreciado de formas diversas y contradictorias.

Si analizamos, aun en nuestra cultura dicha definición sería cuestionable debido a que los seres humanos, igual que los animales, se desarrollan en condiciones de estrés, de reto frente al medio, de lucha por la sobrevivencia, lo que implica frecuentemente incomodidad, malestar, desagrado y dolor, sin que eso sea necesariamente patógeno. La salud implica también desgaste, desorden y autopoyesis (Maturana, 2009). Hablar de equilibrio implica reconocer el desequilibrio y los mecanismos para recuperarlo, esto es precisamente salud: la capacidad de recuperación (Canguilhem, 1976). Este enfoque sería afín a la idea de Morín (2008) sobre complejidad.

Si hablamos del malestar mental es claro que se requiere cierto malestar para enfrentar un problema y resolverlo, de otra forma nos mantendríamos pasivos y eso no es precisamente saludable en un mundo lleno de retos. La resiliencia es por definición una función de salud y se origina precisamente del malestar.

Por último, el malestar social es una realidad que raya en lo lacerante, sería tan general que no encontraríamos salud en casi ningún lado, lo que haría inoperante a la definición. La definición de la OMS fue relevante en su tiempo porque se aparta de una reducción de la salud a la ausencia de enfermedad (física) y porque trata de ampliar el concepto tradicional en ese momento (1948) de salud médico-clínico basado en una concepción biológico-lesional. Sin embargo, es poco útil para comprender otras maneras de experimentar el proceso de salud-enfermedad. Este es el caso de las conceptualizaciones de la salud-enfermedad entre los grupos indígenas, me explico a continuación.

Cosmovisión, corporeidad y salud-enfermedad

Tanto el bienestar como la salud varían de acuerdo con una determinada corporeidad. Esta responde a una cosmovisión particular. Para los fines de este ensayo defino *corporeidad* como aquella estructura de significado (simbólica) que se construye a través de la cultura en el cuerpo humano del sujeto precisamente en la medida en la que se construye el sujeto mismo. Es, por así decirlo, el lenguaje (en el sentido amplio) puesto en el cuerpo o incorporado.

La corporeidad, comprendida como la estructura simbólica del cuerpo, se materializa en los objetos de la cultura, pero, se asienta en una estructura físico-simbólica que denomino *imagen corporal*.³ En pocas palabras, entiendo Imagen corporal como la estructura que se construye por la cultura en todos los sujetos a partir de la *domesticación* del esquema corporal. El esquema corporal es la estructura neurofisiológica que permite a todos los animales vertebrados superiores moverse en el espacio, aprender de la experiencia y realizar las acciones programadas por los genes.

La corporeidad, aclaro, no es solo una manera de interpretar las vivencias del sujeto, es una estructura que establece enlaces entre la cultura y la fisiología. Esto implica que las formas de significar de una cultura, *improntadas* en el sujeto, afectan, modifican y regulan los procesos fisiológicos vitales y por este medio modifican el estado de salud-enfermedad. Me explico a continuación.

Cada cultura particular impone a sus miembros, desde el nacimiento, determinadas formas reguladas de atender las necesidades vitales: alimentación, descanso, actividad física, desecho de excretas, higiene, sexualidad. También genera determinadas necesidades que no están codificadas genéticamente como las necesidades estéticas. Estas regulaciones, culturalmente determinadas, se establecen a través de prácticas ritualizadas como *las maneras de mesa*, que implica horarios, formas de ingerir alimentos, tipo de alimentos, cómo van preparados, y el significado del acto de comer. Esta ritualización, impuesta por la cultura a todos los sujetos, establece una determinada forma de regular la activación de los genes (estimular-inhibir) y, a través de ello, las secreciones

.....
³ Sobre este concepto se puede consultar Aguado (2011).

endocrinas. Con ello toda la fisiología del cuerpo se adecua a una determinada forma de relacionarse con el medio.

Por ejemplo: el sistema inmunológico responde a los estímulos a los que es sometido el individuo. Estos estímulos pueden ser el tipo de bacterias, virus, hongos, protozoarios con los que estamos en contacto desde la infancia. También pueden ser el tipo de alimentos predominantes y su preparación. Hay culturas que pueden consumir carne descompuesta y que no los enferma, lo que para otra sería motivo de enfermedad. Dentro de ciertos límites, genéticamente establecidos, el cuerpo humano tiene una gran plasticidad y capacidad de adaptación. Esto nos procura una diversidad humana y una gran capacidad de habitar muchos nichos ecológicos como especie.

Hay un ejemplo histórico que ilustra muy claramente lo dicho: durante la conquista de América o la guerra de colonización europea el encuentro de dos mundos implicó también el desencuentro de corporeidades que en este caso trajo epidemias devastadoras de enfermedades no conocidas como la sífilis. Enfermedades que produjeron más muertes que la guerra misma (se calculan millones de muertos durante el encuentro por parte de los nativos).

Otro ejemplo moderno lo podemos observar en una epidemia de obesidad que acompaña a una de diabetes y que data de hace apenas dos o tres décadas. Esto coincide con un proceso de urbanización acelerada y un cambio en los hábitos de alimentación estimulado por las grandes corporaciones alimenticias como Kellogg's y Nestlé, sin olvidar a Coca-Cola y todos los refrescos embotellados. También podemos citar a Bimbo y Marinela como parte de esta modificación que trajo esta condición de salud de la población.

El cáncer, que es otra de las enfermedades que ha cobrado relevancia por su prevalencia y por su letalidad, está asociado tanto a los alimentos industrializados como al consumo de alcohol y tabaco. Todos ellos fuente de grandes fortunas y objeto de manipulación mediática durante el siglo XX y XXI. Dicho en otras palabras, tanto la economía como la cultura han forjado un estilo de vida que conlleva un determinado perfil epidemiológico. Sobre la economía vale la pena recordar cómo el proceso de trabajo y sus formas determinan patologías propias de los operadores, lo que conlleva a una morbilidad diferenciada por clases sociales y no solo entre diferentes culturas. Esto tiene varias implicaciones que desarrollaré a continuación:

- 1. Cada cultura tiene una corporeidad propia que corresponde a una determinada cosmovisión.** Cada cultura tiene una corporeidad propia, significa dos aspectos relacionados, por un lado, hay una determinada forma de representar al cuerpo socialmente aceptada: *modelo de cuerpo*, que es coherente con una forma de concebir el cosmos y el mundo. En los pueblos mesoamericanos podemos observar cómo el cuerpo se relaciona metafóricamente con los componentes de la comunidad y del hábitat, así como con los diferentes estratos del cosmos (un inframundo, doce cielos). De la cintura para abajo encontramos lo relacionado con la tierra y el inframundo y en la cabeza se ubica la fuerza del *tonalli* relacionada con el doceavo cielo y con la dualidad: Ometecutli y Omecihuatl. Dentro de esta cosmovisión compartida por diferentes pueblos mesoamericanos cada uno encontraba un lugar propio, por ejemplo: los nahuas se consideraban representando la mitad superior del cosmos que en el cuerpo es rostro-corazón vinculado a su identidad relacionada con el dios Huitzilopochtli asociado al corazón. En el caso de los otomíes ellos se ubican como representantes de la mitad inferior del cosmos (Galinier, 1990), por lo tanto, su identidad está vinculada a la tierra y al inframundo, a la fertilidad y a la sexualidad. Lo que tendrá repercusiones en las formas de concebir la enfermedad y en el fenómeno de la enfermedad misma como abundaré más adelante. El segundo aspecto se vincula directamente a la experiencia de cuerpo referida a una determinada cosmovisión y al lugar en el que se sitúa el pueblo. En el caso de los nahuas prehispánicos es claro cómo se consideraban los responsables de sostener el cielo-sol a través de la sangre y el corazón de los sacrificados. Sin esta relación es incomprensible la práctica sacrificial de los mexicas. Por su parte para los otomíes su cuerpo es tomado –a través del trance– por las deidades de la tierra y el inframundo para comunicarse con los humanos y a través de ello pueden tratar también las enfermedades.
- 2. Cada cultura, entonces, tiene una determinada forma de comprender la salud-enfermedad.** Cada cultura comprende la salud-enfermedad de acuerdo con su corporeidad. Esto quiere decir que la comprensión de salud-enfermedad es un fenómeno relativo a la cultura. Determinada corporeidad implica una determinada forma de entender la salud y la

enfermedad. Este aspecto genera una dificultad para traducir (decodificar) los problemas de salud de una determinada cultura en los términos de otra.

3. **Cada cultura experimenta de forma diferente y específica el proceso de salud-enfermedad.** El ejemplo clásico es el mal de ojo, enfermedad fundamental para los grupos indígenas y que no tiene traducción para la medicina occidental moderna. Esta enfermedad se quiso traducir al inicio como conjuntivitis o como un proceso infeccioso lo que llevó a distorsionar el fenómeno tratando de reducirlo a un proceso orgánico. La verdad es que el mal de ojo es un proceso bio-psico-social con un contenido metafísico o sagrado que no es traducible al lenguaje médico habitual. El mal de ojo solo⁴ es comprensible acudiendo al sistema frío-calor mesoamericano en el que a mayor calor mayor poder de influencia sobre los procesos de los otros. Es una enfermedad producto de la relación de una persona con mayor poder que otra y su influencia negativa. La explicación es más social que biológica incluso más social que psicológica. Aunque el sentido tiene una dimensión de fuerzas en juego de lo sagrado. En la concepción europea del Renacimiento se puede encontrar mal de ojo en relación con la brujería, sin embargo, esto se ha prestado a confusión al asumir que se trata de la misma enfermedad. La distinción se encuentra al referirse al concepto de cuerpo y a la cosmovisión. Entre los indígenas mesoamericanos el mal de ojo se relaciona con las entidades anímicas particularmente con el tonalli. Entre los otomíes es la fuerza del *nzahki* (fuerza vital) la que determina el daño. Otro ejemplo similar es el susto, enfermedad común en los grupos indígenas y que parte de la pérdida o salida abrupta del *tonalli* –entidad anímica en la corporeidad mesoamericana que se localiza

.....

⁴ En esta reflexión mi interés es discutir sobre la categoría de salud-enfermedad y su utilidad en antropología, por ello pongo ejemplos ya trabajados en antropología como el susto y mal de ojo, pero no me extiendo en su explicación etnográfica. Si se quiere ampliar al respecto se puede consultar Galinier (2012, p. 370), Van de Fliert, (1988, pp. 204-207), Fagetti (2012) y Báez Cubero *et al.* (2014, p. 67).

preferentemente en la cabeza— que ocasiona alteraciones bio-psico-sociales al sujeto.⁵ No existe una traducción adecuada a la nosología médica occidental actual.

Cada cultura experimenta de una forma específica el proceso de salud enfermedad. Hablamos de experiencia social —que comprende la individual— en virtud de que existen mecanismos sociales no solo de representación, sino moduladores de la experiencia dentro de los que se encuentran los mecanismos de control de los cuerpos entre ellos la medicina misma, la higiene, las prácticas culturales de consumo de alimentos, reguladores del sueño y de la actividad física incluyendo el trabajo, etcétera. Estos moduladores generan procesos biopsicosociales propios. Por ejemplo, una maldición realizada por un chamán genera cambios en el orden de lo social, de lo psicológico, pero también de lo biológico.

Un ejemplo que suscitó mucha atención en los medios de comunicación (marzo del 2006) y ampliamente conocido en México fue la epidemia que surgió en una escuela de señoritas “Villa de las niñas”, dirigida por monjas coreanas en Chalco y que generó un escándalo en su momento porque alcanzó a más de seiscientas alumnas que enfermaron de algo que no se pudo tipificar más que como una histeria colectiva,⁶ después de diversos estudios médicos en los que se descartó enfermedad orgánica. Las alumnas y algunas de las novicias empezaron a presentar problemas para la deambulaci3n y alguna franca parálisis, dolores en articulaciones e incluso v3mito. Este fenómeno se originó con una maldici3n de una alumna de origen oaxaqueña y con claros referentes indígenas (con familiares chamanes).⁷ Esta misma alumna manejaba la ouija, lo que propici3 un conflicto intercultural que voy a explicar. Se enfrentaron visiones tradicionales cat3licas que consideraron el fenómeno como posesi3n demoníaca por la ouija, con una perspectiva indígena mesoamericana en el que la

.....
⁵ Sobre la visi3n mesoamericana de cuerpo puede consultarse López Austin (2012) o el texto citado de Aguado (2011).

⁶ Véase periódico *La Jornada* (28 de marzo de 2006).

⁷ Este fenómeno lo ha documentado Arriagada (2016). Tuve la oportunidad, en lo personal, de dirigir a Arriagada y asesorar a los psicoanalistas que trabajaron directamente con las afectadas, por lo que la informaci3n es de primera mano.

brujería tiene una pertinencia y con una mirada médica-psiquiátrica que evaluó la situación como psicosomática. El desencuentro generó mayor reacción de parte de las enfermas y sus padres, al confirmarles que su enfermedad no tenía origen orgánico, la opción, en su perspectiva, eran fuerzas sobrenaturales.

En síntesis, una determinada corporeidad no solo radica en las formas de significar los síntomas, sino modifica las respuestas somáticas de los involucrados.

A continuación presento algunos elementos etnográficos a manera de ilustración que han ido surgiendo en el trabajo de investigación con un grupo otomí migrante a la Ciudad de México y que nos permiten ilustrar la capacidad heurística de nuestra propuesta conceptual.

Esta aproximación conceptual al proceso de salud la pondré en juego en el análisis etnográfico del grupo otomí radicado en la colonia Roma de la Ciudad de México, con el que he venido trabajando los últimos años. Con el propósito de señalar algunos aspectos claves en la salud de los habitantes de ese condominio presentaremos algunos datos etnográficos a manera de ilustración sobre los tópicos claves relacionados con la salud de este grupo indígena migrante. No pretendo realizar un diagnóstico de salud-enfermedad exhaustivo, sino mostrar algunos aspectos que pasan desapercibidos bajo una mirada médica occidental moderna.

Otomíes migrantes a la Ciudad de México: una reflexión etnográfica sobre salud-enfermedad-atención⁸

El grupo *ñāhño* con el que hemos trabajado habita en la colonia Roma desde hace más de dos décadas. Lograron que les construyeran unos departamentos en condominio después de una lucha social. Este grupo étnico *ñāhño* es originario de Amealco, Santiago Mexquititlán, Querétaro. Pueblo que ha sido históricamente otomí (desde el siglo XVI se puede observar el proceso de desplazamiento indígena) y que es generador de múltiples migraciones hacia la

.....

⁸ Tomo el término de Menéndez (1993 y 2016).

Ciudad de Querétaro, la Ciudad de México, Guadalajara, Baja California, Estados Unidos y Canadá. Es una comunidad de habla *ñāhñu* cuya economía se sustenta en la agricultura, la artesanía tradicional y el comercio. Desde muy temprano la ganadería ha generado una presión sobre la tierra desplazando a la agricultura tradicional. Esto y el creciente incremento poblacional genera escasez de tierras. Además de las condiciones de explotación y despojo que han sido históricamente documentadas han propiciado el empobrecimiento de este sector indígena, que nos explica el un flujo constante de migrantes hacia otras latitudes (Vázquez y Prieto, 2011).⁹

Sin embargo, como lo mencioné en una comunicación previa,¹⁰ los espacios arquitectónicos adecuados para una familia pequeña de clase media urbana no lo son para este grupo indígena. Esta inadecuación es en sí misma un problema de salud.

Técnicas corporales y proxemia

Los otomíes en general y este grupo *ñāhñu* en particular gustan de sentarse en el suelo y preferentemente en la tierra. Esto es una técnica corporal ancestral mantenida hasta la fecha por el grupo aun cuando cuenten con sillas. Tanto en sus casas, en la colonia Roma como en el pueblo de origen, Santiago Mexquititlán puede uno observar cómo las sillas las usan para los invitados o para poner objetos, pero a la hora de departir entre ellos o descansar se sientan en el suelo. De cualquier forma, se observan pocas sillas en sus hogares. La técnica corporal: sentarse en la tierra –en nuestra interpretación– es coherente con la identidad otomí que se identifica con la tierra. Es decir, no es una práctica solo utilitaria, sino tiene un contenido simbólico asociado al inframundo y al lugar que como pueblo ocupan en el cosmos que corresponde con la mitad inferior del cosmos¹¹.

Los pisos de cemento –considerados higiénicos– en el modelo occidental de vivienda, pueden no serlo para este grupo indígena. La costumbre de sentarse

⁹ Para una panorámica histórica consúltase: Valverde López (2009).

¹⁰ Aguado (2017).

¹¹ Galinier (2012).

en el suelo y de escupir en el mismo funciona mejor con piso de tierra. En el pueblo la convivencia con animales domésticos (perros, gatos, gallinas, guajolotes) hace que el piso de tierra sea más conveniente por su capacidad de absorción de excreciones (orina, excremento, saliva, moco). Si un niño pequeño se orina no implica mayor problema.¹² Los pisos de cemento requieren una limpieza cotidiana con sustancias antisépticas que los otomíes con los que trabajamos no pueden realizar con la frecuencia necesaria por sus requerimientos laborales (falta de tiempo) y porque sube el costo del mantenimiento doméstico.

Tiempo y vida cotidiana

En una comunicación previa¹³ analizamos los tiempos cotidianos de este grupo de migrantes, resumo brevemente: las madres otomíes migrantes se convierten en las principales proveedoras del hogar y frecuentemente las únicas. Esto les implica textualmente una doble jornada. Salen a trabajar todo el día a la venta de artesanías y dulces y regresan en la tarde-noche. Nos ha tocado constatar, repetidas veces, que a las 9 am están dormidas porque se acostaron en la madrugada en algún día de venta especial (feriados, por ejemplo). Estas madres llegan al hogar a ver qué hicieron los hijos, a limpiar, lavar, hacer de comer, etcétera. El dicho repetido por ellas es “no tengo tiempo” y, en efecto no cuentan con tiempo para todo, cuando hay algún tiempo disponible (día de descanso, por ejemplo) lo utilizan para lavar (con problemas adicionales porque hay escasez de agua). Cuando no realizan labores domésticas aprovechan para compartir en familia, que es una costumbre importante en este grupo y que en condiciones de migración se ha limitado mucho. El manejo del tiempo es uno de los aspectos de la vida cotidiana que permite la reproducción de la identidad. Los tiempos en el pueblo de origen le permiten a la mujer recrear un rol femenino que en la concepción otomí se vincula con la fertilidad, con la tierra y

.....

¹² Uno de los programas de salubridad para sectores marginales y rurales es poner a todos pisos de cemento. Habría que revisar lo adecuado o inadecuado de dicha medida.

¹³ Aguado, J. C. (2013). *Identidades sociales, identidad de género, identidad étnica y corporeidad*. Ponencia presentada en las Séptimas Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos, organizado por el Centro de Antropología Social del IDES. Buenos Aires, Argentina, 14, 15 y 16 de agosto del 2013.

que se asocia al cuidado del hogar. Estos tiempos están afectados en este grupo en condiciones de migración porque la mujer tiene que cubrir tanto la función tradicional femenina como la masculina al volverse la principal proveedora del hogar y perder la referencia agrícola.

Contaminación y manejo de residuos

La basura es también un problema de clasificación. Para el campesino un terreno sucio puede ser un terreno lleno de hierba, aunque no tenga residuos orgánicos ni inorgánicos. En la ciudad el concepto de *basura* predominante tiene que ver con todo lo que “ya no sirve” o hay que desechar. La idea de reciclar y reusar es reciente y no ha permeado la ideología urbana. En el campo la idea de reusar y reciclar es muy común, por ello hay muchas cosas que no se consideran basura que en la ciudad son inaceptables. En el condominio que nos ocupa se pueden observar montones de “basura” en los pasillos, en los lugares de uso común. Esto en el pueblo de origen –en donde cada casa tiene un espacio amplio y está separada del vecino por cien o doscientos metros– no implica una molestia para la comunidad guardar algunos objetos con el propósito de reutilizarlos o venderlos. En los edificios de departamentos donde habitan los otomíes es motivo de fricción, rechazo y juicio por parte de otros vecinos no otomíes, los consideran sucios, desordenados, desconsiderados, etcétera. El material orgánico en las visiones campesinas es considerado un potencial abono. Ideológicamente no se caracteriza como *sucio*. La mirada médica occidental moderna lo orgánico es por excelencia fuente de infecciones y por ello clasificado como sucio.

Por ejemplo, una labor simple y cotidiana como barrer se convierte en motivo de conflicto debido a que el que barre del tercer piso arroja la basura al patio o a los pisos de abajo. Esto implica un motivo permanente de desencuentro vecinal. La espacialidad vertical es ajena a la tradición indígena otomí. El manejo de residuos no afecta sólo el tránsito, y la vista sino también los olores que se comparten en el edificio.

Por último, hay una contaminación –muy urbana– de sonidos, música, ruido, genera también problemas porque los departamentos son permeados

por el sonido con facilidad. Las distancias del pueblo de origen hacen que cada uno pueda manejar su música sin afectaciones al vecino.

Sexualidad

La práctica erótica es uno de los aspectos que han distinguido históricamente a los otomíes, para los nahuas prehispánicos sus vecinos otomíes realizaban en forma excesiva la sexualidad y eran vistos como lujuriosos:

La descripción de las mujeres otomíes, pueblo criticado por los nahuas por ser lujuriosos, vestir atuendos que no correspondían a las jerarquías sociales impuestas por los mexicas, gustar del maíz tierno, no almacenar cosechas, tener reglas para el consumo del pulque más relajadas que las mexicas, fiereza de sus guerreros, y especialización en el trabajo de las fibras duras (Sahagún 2002, t. II, lib. X, cap. XXIX, párr. sexto, pp. 960-964).¹⁴

El erotismo y la sexualidad entre los otomíes no solo es importante por su sentido vinculado a la fertilidad y al deseo, sino porque es una de las funciones asociadas a la tierra, la fertilidad, la creación y el inframundo en las que ellos se ubican como representantes de esa parte del cosmos (la mitad del mundo). Es decir, hay un proceso de identidad que define una corporeidad específica y diferenciable de sus vecinos históricos nahuas.

Entre los otomíes es común y pertinente en la conversación las alusiones cotidianas a la sexualidad y al erotismo. Los cantos carnavalescos, menciona Galinier (1990), se caracterizan por expresar una sexualidad exacerbada. Este es un ejemplo muy claro de cómo la corporeidad de una cultura establece los criterios de idoneidad y determina la salud. Para los otomíes, a diferencia por ejemplo de los nahuas históricos, la práctica repetida (¿diez veces? Decían los nahuas) del coito es deseable y necesaria. En el grupo *ñāhñu* de la Roma esto se refleja de varias formas: embarazos tempranos, que en ocasiones terminan

.....
¹⁴ Cita tomada de López Hernández (2012).

en abortos provocados o en madres adolescentes;¹⁵ mujeres que al ser abandonadas por sus maridos se vinculan con otra pareja sexual que funge como acompañante, pero no asume las funciones paternas. Algunos conflictos en la comunidad tienen que ver con relaciones adúlteras entre los miembros que generaron rupturas familiares y división comunitaria.

A nivel doméstico los cuartos son escasos y pequeños y albergan familias numerosas que practican la sexualidad en condiciones de promiscuidad. Aunque esto puede suceder en el pueblo de origen. En Santiago Mexquititlán los padres tienen más tiempo y más espacio para realizar su intimidad sin presencia de otros miembros de la familia.

Salud mental

Observamos que uno de los problemas de salud mental más significativos (dicho por ellos mismos) son las adicciones de los jóvenes masculinos. Adicción sobre todo a los inhalantes, aunque consumen mariguana y ocasionalmente cocaína. También se consume alcohol con frecuencia. Considero que estos jóvenes varones (algunos empiezan temprano desde los 10 años) son fácil presa de esta disposición debido a varios factores:

- a. Ausencia de las figuras parentales la mayor parte del día.
- b. Ausencia de la figura paterna como autoridad en muchas familias.
- c. Una experiencia de abandono temprano.
- d. Conflictos interculturales con los vecinos y en la escuela (rechazo, incomprensión, discriminación) que provoca el abandono de los estudios.
- e. Problemas de desocupación y subocupación entre los jóvenes varones.
- f. Sostén femenino del hogar tanto en su manutención como en la vida doméstica.
- g. La promiscuidad, ya mencionada por problemas de espacio, favorece las fantasías incestuosas (y sus posibles *acting-out*).

.....

¹⁵ El embarazo temprano es común en nuestro país, pero obedece a diferentes causas. En el grupo que nos ocupa existe una concepción ideológica que favorece el ejercicio temprano de la sexualidad, incluyendo sus consecuencias como hacer pareja temprano y tener hijos. Aunque ya tenemos datos de contradicciones en este punto entre ellos mismos.

Estos son factores comunes a otros grupos urbanos. Sin embargo, un factor cultural específico es que entre los otomíes el consumo de Santa Rosa (*cannabis sativa*) y en ocasiones otros psicotrópicos (*datura stramonium*) de forma ritual, propicia una disposición hacia los psicoactivos de mayor tolerancia. Es decir, una corporeidad que comprende los psicoactivos como formas de inducir el trance, necesario para la comunicación con los ancestros (*antigüas*) y para la sanación, y que resulta útil para enfrentar el vacío. Esto no es la causa de la adicción, pero resulta un recurso paliativo frente al abandono (afectivo, social).¹⁶

Otro problema que afecta la salud mental de los habitantes de esta comunidad otomí tiene que ver con una tradición que consiste en que los recién casados o las parejas jóvenes viven los primeros años en casa de los padres del esposo y la suegra cumple una función de educadora, sostén y apoyo con los hijos mientras la pareja crece y se estabiliza. En condiciones de migración las parejas jóvenes con hijos tienen que hacerse cargo solos de esta responsabilidad. Una joven en esta condición nos expresaba su sensación de desvalidez hablando de no tener apoyo familiar (como en el pueblo) para la educación de los hijos. Otra mujer cabeza de familia, con hijos mayores se sentía impotente para resolver (sola) el problema de su hijo en relación con la adicción a las drogas.

Nutrición

El grupo otomí migrante que nos ocupa ha modificado sus prácticas de alimentación en parte por la propia disponibilidad de alimentos que es diferente en la ciudad que en el pueblo, pero en parte por sus propias condiciones cotidianas. Las madres salen a trabajar durante todo el día y los momentos de alimentación se han modificado a partir de esta rutina laboral. La madre ya no puede hacer por ejemplo las tortillas a mano en la vida cotidiana. Los hijos frecuentemente comen solos atendidos por una hermana mayor o por algún familiar. Hemos encontrado niños con hambre porque no desayunaron, que buscan alimento con los vecinos o con los vendedores ambulantes de la calle. Vimos cómo el vendedor de tamales les regalaba algunos a los niños.

.....

¹⁶ Para ampliar este aspecto véase Báez Cubero (2012).

Como el producto que ocupan para comercializar son dulces, lo inmediatamente disponible para los niños son azúcares. Cuando obtienen alguna moneda en la calle es común que la utilicen para comprar frituras de harina de trigo. Algunos venden las mismas frituras como forma de sostén y consumen el producto. Los niños que asisten a la escuela no llevan refrigerio en parte porque las condiciones económicas de muchas familias son precarias, pero en parte porque las madres se encuentran sobrecargadas de actividades. El problema nutricional afecta sobre todo a los niños y se agrava con problemas gastrointestinales que son comunes debido a que el cuidado de los niños pequeños queda a cargo de sus propios hermanos (as) y los niños pequeños se llevan a la boca lo que encuentran en el suelo.

Un joven, que tenía un problema de consumo de drogas, se quejaba de que no le gustaba comer solo (sin su madre). La madre trató de corregir esto regresando a casa más temprano para comer con sus hijos.

Pudimos observar una nutrición muy cargada hacia los carbohidratos, con pocas proteínas y grasa, problema común entre los sectores empobrecidos de la ciudad.¹⁷ La alimentación de este grupo *ñähñu* está afectada por la migración, tanto en su dimensión biológica (desnutrición-malnutrición) como en su condición psicosocial. Han perdido los momentos de convivencia familiar y comunitaria alrededor de la comida cotidiana. Durante las festividades esto es particularmente significativo y muchos de ellos ya no han podido asistir a Santiago, su lugar de origen, por problemas de orden económico.

Percepción sobre enfermedades

El desencuentro intercultural en el área de salud es particularmente significativo. Los indígenas en general y los otomíes en particular tienen una visión de cuerpo en la que no se separan los factores biológicos de los psicológicos ni de los sociales. Para el grupo otomí el cuerpo, la palabra que se utiliza para cuerpo (*jāi*) es a su vez utilizada para gente, útero y en general lo humano. En su concepción no hay esta separación entre cuerpo y mente característica de

.....
¹⁷ La epidemia de obesidad y diabetes en nuestro país tiene como factor nutricional clave el consumo excesivo de carbohidratos.

occidente. La dinámica de la corporeidad otomí se concibe a partir de energías vitales como el *nzahki* que está en los huesos, el pene, la vagina, pero que se concentra en el centro del cuerpo (corazón-estómago). El *nzahki* es una energía que se encuentra en el cuerpo, pero que se comparte con el cosmos. Es una energía por ello puede ser perturbada tanto en la persona como en los puntos clave del entorno: cuevas, montes, ríos, etcétera. Por ello una enfermedad no es concebida como un fenómeno individual solamente sino como un desequilibrio del cosmos. Por esto los procedimientos de sanación parten de este principio.

La energía relacionada con la sexualidad se le denomina *tezä*, que es una envoltura genital y que se asocia a las funciones sexuales: menstruación, cópula, etcétera, particularmente relevante en la comprensión de la vida-muerte y por ende de la enfermedad.¹⁸

En la mirada otomí los factores metafísicos para ocasionar enfermedad están presentes. Habitan un cosmos en el que hay entidades sagradas que pueden enfermar y ocasionar daño. Las antiguas, que son los ancestros mitificados, pueden generar salud, prosperidad y bienestar, pero también pueden generar lo contrario. Eso depende de la conducta alrededor de los rituales y celebraciones religiosas o de sanación. En este grupo étnico existe la figura del Charro Negro y de La Llorona como entidades sobrenaturales resignificadas que pueden hacer daño y enfermar. Es común escuchar que educan a los niños señalando la presencia de dichos personajes: “No se suban a la azotea porque está el Charro Negro”. Como se puede apreciar la mirada del médico alópata no está solo alejada de esta concepción sino hay un verdadero desencuentro ideológico intercultural.

El grupo *ñähñu* que nos ocupa comparte esta cosmovisión. Sin embargo, hay ajustes ideológicos recientes que generan conflicto. Por ejemplo: algunos han pasado de un catolicismo popular a un cristianismo protestante. Otros han incorporado a sus creencias a la Santa Muerte. Todo esto no hace que desaparezcan las creencias originales, pero genera contradicciones al recurrir o no a alternativas tradicionales de curación como el *bädi*.¹⁹ También genera conflicto

..... *

¹⁸ No me puedo extender en este tema por razones de espacio, pero se puede consultar a Mendoza (2015) y a Galinier (1990).

¹⁹ Véase al respecto de la función del *bädi* y el uso de psicotrópicos entre los otomíes a Báez Cubero (2012).

con la atención médica alopática. Se sienten maltratados e incomprendidos en el Centro de Salud por lo que evitan asistir ahí como primer recurso. Lo primero es la autoatención, cuando no funciona recurren a medicina popular incluyendo regresar a su pueblo y asisten a las instituciones de salud como último recurso.

La envidia, un ejemplo paradigmático que ilustra las diferentes epistemologías sobre la salud

La envidia es un complejo psico-emocional que se configura con el deseo y el odio. El deseo de poseer lo que el otro tiene y el sujeto carece y el odio de no tenerlo. Este odio se dirige hacia el objeto de la envidia. También tiene una versión en la que hay gozo porque el otro carece de lo que el sujeto ha deseado y obtiene.

Este complejo genera un vínculo personal y social cargado de animadversión, de rencor, de rabia contra el otro. Es un complejo que produce rupturas, separaciones, y en ocasiones violencia interpersonal. La envidia no regulada rompe la red social.

Para los grupos indígenas mexicanos implica un problema de salud porque afecta al sujeto, a la comunidad y al conjunto del cosmos. Esta afectación genera un desequilibrio que debe ser restablecido por bien no solo del individuo, sino del todo. Por ejemplo: para los grupos otomíes la obtención de bienes materiales de forma individual puede favorecer la envidia de los iguales, de los otros miembros de la comunidad. Si alguien es afortunado y obtiene mejores cosechas, o una gran venta está obligado a compartir parte de su recurso con la comunidad, esto se hace a través de los procedimientos rituales establecidos como las fiestas patronales, las festividades religiosas en las que todos son invitados a compartir.²⁰

Es frecuente que el diagnóstico de un badí o curandero apunte hacia la envidia como causa de enfermedad. Es común encontrar la envidia como origen

²⁰ Véase: Aguado, J. C. (2019). Análisis etnográfico de la envidia como factor de ruptura comunitaria en un grupo otomí migrante a la ciudad de México". *Revista Aries*.

de brujería o daño. La atención de este problema se constituye en un problema que trasciende al individuo porque afecta a toda la comunidad de origen. Durante el ritual de curación se contacta a las antiguas, ancestros divinizados que tienen el poder de restablecer el orden cósmico. El badi o curandero establece este contacto a través de un ritual utilizando la Santa Rosa (cannabis) y se vuelve el medio (a través de cierta posesión en la que el chamán entra en una especie de trance) para que las *antiguas* se manifiesten con los seres humanos vivos y restablezcan el equilibrio perdido por este complejo psico-emocional. Hay que decir que el paciente afectado recurre a la curación por presentar dolencias corporales, por sentirse enfermo, pero es una dolencia que se reconoce como una enfermedad que solo puede ser curada por el chamán o curandero tradicional y no por la medicina occidental. Aunque menciono el grupo otomí los tratamientos en otros grupos originarios americanos son similares.

Según Galinier, el diablo como poseedor de riqueza es el operador por excelencia de la envidia, Este diablo o *Zithû* no es la representación cristiana del personaje, sino una figura más relacionada con el dios Tezcatlipoca prehispánico. Nos resulta particularmente útil la mirada de Galinier porque nos plantea precisamente el problema epistemológico del antropólogo que requiere comprender una epistemología ajena y cambiante de acuerdo con las disposiciones de *Zithû*.

Jorgelina Reynoso investigadora de los otomíes de Pantepec, Puebla, relata cómo estando en un ritual, el diablo se dirige a ella a través del badi y la interpela señalando que no puede grabar ni filmar que no tiene autorización. Al año siguiente ella consiguió el permiso para grabar precisamente de este personaje.²¹

El antropólogo en el campo no deja de negociar con esa obligación de maniobrar con la envidia, de la cual el Diablo es el soporte privilegiado. Las sospechas recurrentes de enriquecimiento son la prueba más cotidiana de que el Diablo es uno de los actores de este juego de suma nula (se considera que anda en el tianguis los días de plaza, que controla la circulación de dinero). El Diablo (*Zithû*) acumula

.....

²¹ Jorgelina Reynoso, comunicación personal. También se puede consultar de ella *Recortando en el mundo: cuerpo, curandero y recortes de papel brujo entre los otomíes*. Tesis de doctorado. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. 2018.

la riqueza para después expulsarla por vía anal, bajo la forma de monedas. Pero esta posesión genera de manera incontrolable la muerte (Galinier, 2019).

En esta cita podemos apreciar cómo se asocia la envidia con la riqueza, con el inframundo, con la fertilidad y con la muerte. La dinámica vida-muerte es de cierta forma la que se altera con la envidia. Hay una concepción sobre los bienes y su posesión que se aprecia a través de este ciclo en el que tener y no tener son momentos vitales, por así decirlo circunstanciales. El sentido en este grupo otomí es que lo que sea que se posea es transitorio, temporal. Pretender otra cosa implica desconocer esas leyes que rigen el cosmos de los otomíes. El Zithû se encarga de recordarles este principio dinámico y conlleva una determinada valoración (ética) sobre los bienes y las posesiones materiales, una disposición en la que hay que aceptar que las cosas cambian, que no son eternas y que las posesiones son temporales. Si contrastamos con el principio de propiedad privada de las sociedades occidentales modernas observamos una visión ideológica radicalmente distinta. Poseer bienes para occidente implica una permanencia incluso una trascendencia en los que los bienes materiales ocupan un lugar privilegiado en la trascendencia (véase las leyes sobre la herencia). El centro de la mirada otomí es que las pertenencias regresan al dueño (el Zithû) de la riqueza. Es decir, al mundo de lo sagrado. La mirada occidental es que la propiedad en sí misma es un valor una especie de reificación.

Considerando esta perspectiva epistemológica otomí la salud se define desde el mantener los principios que le dan sostén al cosmos. Recordarlos y reestablecerlos cuando se pierde de vista lo esencial. Hay una consideración ética sobre la salud y el bienestar, una perspectiva religiosa que atraviesa su comprensión. En esta consideración los individuos no son el centro sino la comunidad y está en armonía con el universo sagrado de la naturaleza. La envidia, vista desde esta perspectiva, es una pérdida del valor fundamental que es sostener el cosmos y sus leyes. Esta desubicación del sujeto tiene que ser corregida para restablecer la salud individual y colectiva. Hay un propósito superior (ético) en juego.

Conclusión

Una primera conclusión para la investigación antropológica es que la salud tiene que analizarse como la condición bio-psico-social idónea de acuerdo con la corporeidad propia de la cultura. Sin embargo, cada cultura tiene variantes dentro de sí misma que hay que contemplar con base en clase social, género, generación y etnia; es decir, según los niveles de identidad de la cultura considerada. Además, la corporeidad es un proceso dinámico lo que obliga a referirla siempre a un espacio-tiempo determinado (histórico social).

El término *idóneo* requiere cierta explicación: pensamos en idóneo como adecuado-apropiado para una determinada función. La corporeidad parte de las funciones básicas biológicas genéticamente determinadas, pero las va adecuando-apropiando de acuerdo con los requerimientos del medio a través de la experiencia acumulada de la cultura. Esto implica que para cada cultura hay una adecuación propia a partir de su historia.

La corporeidad, señalamos antes, es una estructura de significado integrada al cuerpo y su fisiología, esta estructura simbólica contiene una determinada hermenéutica o epistemología. Es decir, la corporeidad está constituida con un conjunto articulado de códigos a la manera de un lenguaje que permite establecer una determinada forma de acción o interacción con el medio. A esto le denominamos epistemologías. Cada cultura entonces tendrá su propia epistemología según su historia, su cosmovisión y su corporeidad.

Si queremos comprender en profundidad el proceso de salud-enfermedad es necesario decodificar la estructura simbólica del cuerpo de una determinada cultura. Presumir o presuponer que podemos caracterizar la salud fuera de contexto histórico-cultural no solo es un obstáculo epistemológico (Bachelard, 2000, p. 15), sino una forma velada de etnocentrismo dado que nuestra valoración, con un aparente sentido científico, es en realidad un juicio que borra las diferencias asumiendo que todos deben ajustarse a nuestros valores culturales.

Referencias

- Aguado, J. C. (2011). *Cuerpo humano e imagen corporal: Notas para una antropología de la corporeidad*. Instituto de Investigaciones Antropológicas/Facultad de Medicina de la UNAM.
- Aguado, J. C. (2016). Interculturalidad, corporeidad e identidad. En R. Campos (Comp.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 59-67). McGraw Hill/UNAM.
- Aguado, J. C. (2017). Análisis etnológico de la proxemia de un grupo otomí migrante a la Ciudad de México. *Alteridades*, 53, 83-94.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Arriagada, M. (2016). Somatización colectiva y conflicto intercultural en un internado escolar en Chalco, Estado de México. *Revista Brasileira de Sociologia de Emoção*, 15(43), 125-140.
- Bachelard, G. (2000). *La formación del espíritu científico: Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. Siglo XXI.
- Báez Cubero, L. (2012). El uso ritual de la santa Rosa entre los otomíes orientales de Hidalgo: El caso de Santa Ana Hueytlalpan. *Cuicuilco*, 19(53), 155-174.
- Báez Cubero, L. (2014). Los ropajes del cuerpo: El saber ritual, oniromancia y transformación en el mundo otomí del Estado de Hidalgo. En M. Bartolomé y A. Barabas (Coords.), *Los sueños y los días: Chamanismo y nahualismo en el México actual. Volumen V. Pueblos otomíes, huastecos, pames, totonacos y purépechas* (pp. 63-74). Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Anagrama.
- Fagetti, A., Rivermar, M. L., y D'Aubeterre, M. E. (2012). Migración transnacional y medicina tradicional: Otomíes de San Pablito Pahuatlán, Puebla en Carolina del Norte. *Anales de Antropología*, 46, 203-224. <https://doi.org/10.22201/ia.24486221e.2012.o.30947>
- Galinier, J. (1990). *La mitad del mundo: Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes* (Á. Ochoa y H. Silva, Trans.). Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos/ Instituto Nacional Indigenista/Universidad Nacional Autónoma de México.

- Galinier, J. (2012). Equilibrio y desequilibrio en el cosmos: Concepciones de los otomíes orientales en los pueblos indígenas de Hidalgo. En L. Báez Cubero (Coord.), *Los pueblos indígenas de Hidalgo: Atlas etnográfico* (1ª ed., pp. 369-379). Gobierno del Estado de Hidalgo/Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- López Austin, A. (2012). *Cuerpo humano e ideología: Las concepciones de los antiguos nahuas*. Instituto de Investigaciones Antropológicas/UNAM.
- López Hernández, M. (2012). Ahuanime: Las seductoras del mundo nahua prehispánico. *Revista Española de Antropología Americana*, 42(2), 401-423.
- López, O. J. A., Rivera, J., y Blanco, J. (2011). Determinantes sociales y salud/enfermedad en México. En M. De C. Chapela y M. E. Contreras (Eds.), *La salud en México* (pp. 93-123). UAM.
- López, S., et al. (2011). Concepciones sobre salud, la enfermedad y el cuerpo en los siglos XIX y XX. En M. De C. Chapela y M. E. Contreras (Eds.), *La salud en México* (pp. 51-90). UAM.
- Maturana, H. (2009). *La realidad ¿objetiva o construida?* Anthropos/Universidad Iberoamericana/ITESO.
- Mendoza, R. (2015, octubre). *La resignificación de la identidad otomí: Nzahki, la construcción de persona en grupos de otomíes jóvenes migrantes contemporáneos a través de rituales curativos* [Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia]. ENAH.
- Menéndez, E. (1993). Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención: Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En F. J. Mercado et al. (Eds.), *Familia, salud y sociedad: Experiencias de investigación en México* (pp. 130-162). Universidad de Guadalajara/Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigación y Estudios Superiores de Antropología Social/El Colegio de Sonora.
- Menéndez, E. (2016). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos. En R. Campos (Comp.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 297-320). McGraw Hill/UNAM.
- Morin, E. (2008). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P. L. Castellanos, y V. Navarro (Eds.), *Salud pública* (pp. 49-54). McGraw-Hill.

- Reynoso, J. (2018). *Recortando en el mundo: Cuerpo curandero y recortes de papel brujo entre los otomíes* [Tesis de doctorado, Escuela Nacional de Antropología e Historia]. ENAH
- Vázquez, A., y Prieto, D. (Coords.). (2011). *Indios en la ciudad: Identidad, vida cotidiana e inclusión de la población indígena en la metrópoli queretana*. CONACULTA/INAH/CONACYT.
- Valverde López, A. (2009). Santiago Mexquititlán: Un pueblo de indios, siglos XVI-XVIII. *Dimensión Antropológica*, 45, 7-44.
- Van de Fliert, L. (1988). *Otomí en busca de la vida*. Universidad Autónoma de Querétaro.

Es para tanto y es para más: mundo de vida de una “ágora-mujer”

Giselle Montserrat Márquez Jiménez

Silvia Padilla Loredo

¿En qué circunstancias pensamos que las cosas son reales?

James, 1950, p. 686

Introducción

La agorafobia desde una perspectiva clínica es considerada un trastorno mental derivado de la ansiedad cuya característica principal es el miedo y la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones en los que escapar pueda ser difícil, imposible o bien, que la ayuda no se encuentre disponible ante la amenaza o no de un ataque de pánico; en respuesta, se desarrollan conductas de evitación hasta derivar en un confinamiento voluntario (American Psychiatric Association, 2013), otra de sus peculiaridades es que es mayormente diagnosticado en mujeres (Bekker, 1996; Thorpe y Burns, 1983; Myers y otros, 1984; Gasto y Vallejo, 1992; Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000; Wilson, 1996; Barlow, 2002; Goldberg y otros, 2009; Moral de la Rubia y otros, 2012; Preti y otros, 2020), dándole la etiqueta de ser una “enfermedad femenina”.

Si bien la psicología y la psiquiatría son las disciplinas dominantes en el estudio de la agorafobia al tratarse de un trastorno mental, existen considerables

aportaciones dentro de las ciencias sociales, tal es el caso de Dylan Trigg, quien propuso una definición de agorafobia con base en la fenomenología, al referirla como una condición compuesta a partir de una multiplicidad de ansiedades espaciales que son irreductibles al miedo y al espacio público; su propuesta novedosa al manifestar que la agorafobia se estructura por aspectos corporales, espaciales e intersubjetivos (Trigg, 2018).

La sociología de la medicina –o bien, sociología de la salud–, es ejecutada por personal ajeno al campo médico, es decir, por profesionales dentro de la sociología que se enfocan en colaborar con profesionales de la salud considerando el proceso salud-enfermedad y cómo los determinantes sociales que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas y enfermedades mentales (Straus, 1957).

Con base en lo anterior, la revisión de la literatura permitió encontrar estudios sobre la agorafobia desde una perspectiva sociológica (Siegel, 2001; Reuter, 2001; Green, 2009; Lemon, 2004; Jover-Leal, 2022); de hecho, desde la sociología de la salud *per se*, pudimos identificar que existe un área de oportunidad muy pertinente para abordar la sociología de las enfermedades mentales, con base en las narrativas de lo que llamamos “ágora-mujeres”, quienes, por medio de sus experiencias y los significados atribuidos al espacio, dentro de su mundo de vida, contribuyen a la comprensión de la construcción social de la agorafobia.

Marco teórico. Sociología de las enfermedades mentales

La sociología de las enfermedades mentales no es tan reciente como podría pensarse, de hecho, fue el mismo Augusto Comte, considerado padre y fundador de la sociología, quien también fundó la sociología de la salud mental, juzgó con severidad tanto a abogados como a médicos al decir que “no estudian en nosotros más que al animal y no al hombre”. Esto los haría merecedores a llamarse más veterinarios que médicos y, desde esa perspectiva, se establecerían las bases de la psiquiatría social.

De forma opuesta, surgiría la sociología de las enfermedades mentales, que se interesaría por las colectividades y los grupos más que por las y los individuos a nivel clínico. Uno de sus referentes fue Audiffrend, al observar que la desorganización de la personación es un reflejo de la sociedad y, al hablar sobre los trastornos mentales y los períodos de crisis, sentó las bases de la sociología de las enfermedades mentales (Bastide, 2005). Dentro de la sociología existen perspectivas que se han enfocado en sumar esfuerzos para el estudio de la salud mental. En este sentido se exponen grosso modo tres enfoques propuestos por (Rogers y Pilgrim, 2014):

- a. Causalidad social: hace énfasis en trazar relaciones entre las desigualdades sociales y las enfermedades mentales, donde, además de las clases sociales, la raza, la edad, y el género son temas de interés para las y los sociólogos en aras de explicar la enfermedad mental
- b. Hermenéutica: se encuentra posicionada a la sociología interpretativa al nutrirse directamente de la fenomenología, la etnometodología, el interaccionismo simbólico y los modelos existencialistas o psicoanalíticos. A partir de significados, la interpretación de las experiencias, la búsqueda de sentido y el contexto social son las formas de captar datos para ofrecer un análisis sociológico interpretativo a partir de la experiencia de las sujetas y los sujetos con enfermedades mentales.
- c. Construccinismo social: es el enfoque al que más ha recurrido desde 1980 la sociología para el estudio de la salud y enfermedad mental, a partir de que Brown (1995) sugiriera tres corrientes dentro del constructivismo social; el primero, que se centra en demostrar cómo las fuerzas sociales definen o no un problema social (microsociología); el segundo, más cercano al postestructuralismo de Foucault a partir de las relaciones de poder y el tercero, se aproxima a la salud desde el entendimiento de la producción de conocimiento científico y sus intereses individuales y colectivos.

Para alcanzar los fines establecidos, este artículo se nutre principalmente del construccionismo social y la hermenéutica para ahondar en la agorafobia; por medio de la teoría fenomenológica de (Schütz, 1993), se usa el término “ágora-mujeres” que se retomó a partir del propuesto por (Jover-Leal, 2022)

y, siguiendo la metodología propuesta por el fenomenólogo canadiense-neerlandés, Van Manen (2023). En lo tocante al género, podría tener atisbos de las causalidades sociales en virtud de explicar por qué la agorafobia a partir de las narrativas de “ágora-mujeres” es una construcción social.

Metodología

Diseño de la Investigación. El presente capítulo forma parte de la tesis *Construcción social de la agorafobia desde la fenomenología* (Márquez Jiménez, 2023), de enfoque cualitativo de tipo fenomenológico interpretativo, narrativo y documental, cuyo objetivo fue contribuir a la comprensión de la agorafobia a través de la experiencia de “agora-mujeres”, por medio de la subjetividad, intersubjetividad y el género. El instrumento empleado una entrevista basada y fue nombrado: entrevista fenomenológica dirigida a ágora-mujeres, aplicada a siete personas que cumplieron con los criterios de inclusión, con base en el muestreo por criterio de la investigadora, que es el más adecuado para las investigaciones fenomenológicas (Otzen y Manterola, 2017).

La entrevista fue diseñada con base en lo propuesto por Van Manen (2017; 2023), en apego a los requisitos teórico-metodológicos que coadyuven a obtener los resultados esperados. Las preguntas centrales fenomenológicas fueron: ¿qué hace que la agorafobia sea lo que es y no otra cosa?, ¿cómo es para una mujer vivir con agorafobia? El resto de las preguntas fueron diseñadas en función del estado del arte y estructuradas con base en Van Manen (1990; 2023). Cabe recalcar que, a pesar de tratarse de una entrevista fenomenológica, es decir, que no requiere de un guion ni demanda una estructura, se eligió el método Delphi para realizar la evaluación del instrumento.

Aspectos éticos de la investigación

Consentimiento informado. Todas las entrevistadas otorgaron su consentimiento informado basado en los criterios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014. Además,

desde el contacto inicial les fue garantizado el anonimato para no comprometerlas al tratarse de temas sensibles para ellas. La primera parte metodológica y el consentimiento informado fueron enviados al Comité de Ética Institucional del Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México, dictaminado mediante el método de pares ciegos, registrado con el núm. CEIN/2023/010, retornado el 26 de junio de 2023 a la primera autora, con el dictamen de avalado para llevarse a cabo.

Protocolo de Angustia de la Investigación Cualitativa (The Qualitative Research Distress Protocol, QRDP)

Durante las entrevistas fenomenológicas la investigadora estuvo al tanto por medio de la observación directa y escucha activa a las narrativas para identificar posibles escenarios que pudieran afectar directamente a las entrevistadas. Pues, si bien con base en el RLGSMS la investigación ejecutada se considera sin riesgo, al tratarse de la narración de la experiencia vivida contiene información de carácter sensible, por lo tanto, se optó por aplicar el Protocolo de Angustia de la Investigación Cualitativa desarrollado por Whitney y Evered (2022).

El método Delphi es considerado un método subjetivo-intuitivo, donde básicamente se solicita la opinión de expertas y expertos para generar ideas, después se establecen acuerdos respecto a las opiniones emitidas (Brown, 2018). El método Delphi es pertinente debido a que, a menudo, es empleado cuando el tiempo es limitado y existe la premura por establecer la dirección más propicia para resolver un problema complejo (Rowley, 2012). Ha sido particularmente aplicado en diversos estudios en investigación médica y en enfermería, en proyectos comunitarios, en educación y en gestión y aplicación de políticas gubernamentales (Linstone y Turoff, 2002). Considerando esto, se constituyó un panel de expertas y expertos en diversas disciplinas por medio de un muestreo intencional (Bryman y Bell, 2011), en relación con los siguientes criterios: *expertise*, conocimiento sobre el tema para determinar la validación de los resultados, que busquen adquirir conocimientos a través de la investigación, tener disposición para participar, tener suficiente tiempo para hacerlo y

poseer habilidades de comunicación (Adler y Ziglio, 1996) (Skulmoski y otros, 2007) (Avella, 2016).

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Mujeres mayores de edad Mujeres con agorafobia diagnosticada que accedieran a participar Mujeres con agorafobia con acceso a un dispositivo electrónico e Internet	Mujeres menores de edad Mujeres con agorafobia diagnosticada que se negaran a participar Mujeres con agorafobia que buscaron a la investigadora para obtener atención psicológica

Fuente: Márquez Jiménez, 2023.

TABLA 2. PRIMERA RONDA DE PANELISTAS AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2023

PANELISTA	INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN	PAÍS
Assumpta Jover-Leal	Universidad de Valencia	España
Mariana Palumbo	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas	Argentina
Héctor Arnaldo Durán Gómez	Universidad Autónoma del Estado de México	México
Reyles Jesús Rodríguez Olaya	Universidad Intercontinental	México
Anthony Vicent Fernández	University of Southern Denmark	Dinamarca
Leonardo Felipe Olivos Santoyo	Universidad Nacional Autónoma de México	México

Fuente: elaboración propia.

Procedimiento. Las entrevistadas fueron contactadas por medio de un grupo de Facebook dirigido a personas con agorafobia. Subsecuente, se estableció contacto inicial con las interesadas con el ánimo de identificar a las potenciales entrevistadas y siguiendo con el procedimiento de la entrevista, se les hizo llegar el consentimiento informado en virtud de que las entrevistas serían grabadas. Las entrevistas se agendaron de acuerdo con la disponibilidad de las participantes en modalidad a distancia en la plataforma Zoom y una más por llamada telefónica en atención a las limitaciones propias de la agorafobia. Previo a la grabación se reiteró el consentimiento expresado tácitamente. Una vez concluidas las entrevistas, se obtuvo en promedio, alrededor de veinte horas

de grabación y se transcribieron en poco más de 150 cuartillas cuidando los detalles de tono y sentido de las palabras para realizar un análisis más completo. Finalmente, las grabaciones fueron destruidas para no exponer la identidad de las entrevistadas.

Las transcripciones fueron modificadas en el programa Atlas.ti 23 en la versión con licencia para elaborar la codificación, los memos, el análisis de sentimiento, tablas de correlación, diagramas de Sankey y redes para ejemplificar los datos vertidos. Luego, se realizó el análisis fenomenológico considerando dos aspectos fundamentales: la idoneidad de las preguntas y la calidad experiencial de los datos, (Van Manen, 2023), proporcionados por las ágora-mujeres que ponen sobre la mesa la posibilidad de ofrecer una reflexión y un análisis adecuados en términos fenomenológicos. Para escribir textos fenomenológicos se exige cuidar y discernir el uso del lenguaje para hacerlo de forma satisfactoria, la o el investigador necesita ser lo suficientemente sensible y receptivo a las formas en que las palabras y expresiones pueden adquirir una cierta intensidad, cuando están compuestos por un significado fuertemente arraigado para las narrativas de las ágora-mujeres.

Resultados

Las historias de las siete ágora-mujeres entrevistadas, a pesar de compartir el diagnóstico de agorafobia e inclusive otros más, fueron diversas como sus personalidades *per se*, derivado del proceso correspondiente al análisis de datos se obtuvieron al momento las siguientes categorías de análisis: interpretar significados atribuidos al origen de la agorafobia; describir la experiencia vivida agorafóbica (subjetividad) y analizar parte del mundo de vida a través de las relaciones interpersonales (intersubjetividad).

Para los fines de este capítulo, solo se expondrá el caso particular de la experiencia de la ágora-mujer entrevistada siete (E7), elegida aleatoriamente para poder profundizar fenomenológicamente en su experiencia. La entrevistada refirió haber desarrollado agorafobia a consecuencia de un accidente y manifestó que se agravó luego de la pérdida de su madre. Descripción de los significados atribuidos al origen de la agorafobia:

Bueno, mi agorafobia es como resultado de un shock postraumático a raíz de un accidente de tráfico muy grave, que me produce, pues, secuelas físicas muy importantes y, a raíz de ahí, pues, entro en una depresión grave, severa, al mismo tiempo que caigo en la agorafobia. He tenido, claro, los tratamientos que me ofrecen –psicología y todo, bueno, psiquiatría es medicación y pastillas de rescate–, eh, es el afrontarlo, ¿no? [...] Yo bueno, yo, el último retroceso lo tuve en mayo del 2022... que perdí a mi mamá y que era mi vida. Además de mis hijos, era mi vida. Ahí volví a entrar en fase crítica con la agorafobia. A partir de ahí ya no he vuelto a conseguir salir sola, además fue no solo volver a la casilla de salida, incluso peor, porque no conseguía ni abrir una persiana de la ventana de casa, no conseguía abrir la puerta –si tocaba la puerta alguien, el timbre– Me tenían que venir a buscar ambulancias para llevarme al hospital a los tratamientos y, bueno, era una historia enorme para conseguir que yo pudiera salir. Y desde entonces, desde mayo de 2022 ya no consigo salir sola, he podido abrir puertas y ventanas, pero no consigo salir sola.

En la fenomenología se dice que el significado no puede ser visto como una cualidad de la conciencia, sino que, deviene de la interpretación de una experiencia pasada vista desde el presente, por medio de una mirada reflexiva. Desde ese ángulo, se puede precisar que una experiencia se ha vuelto significativa debido a que ha sido bien circunscrita desde el pasado y que sigue causando efectos en el presente.

Agorafobia

Al principio, cuando no sabía qué era agorafobia. De hecho, yo, además, le puse un nombre que no tenía nada que ver. Le puse el nombre de “claustrofobia”, cuando es todo lo contrario, que es a los espacios cerrados. Me empecé a dar cuenta de que algo raro me pasaba, que no era normal, porque, hasta entonces, yo no sabía lo que era la agorafobia. Es que yo, era igual de ignorante... No había oído nunca un caso, había podido ver algo en una película, pero, incluso decía: qué exagerado, ¿no? No creo que sea para tanto... No sabes lo que me he arrepentido de esa frase que dije cuando vi la película de Jodie Foster, ¿vale? [...] Pero, yo dije: ay, no creo que sea para tanto. Pues, lo que me he arrepentido desde que

yo estoy así, de haber dicho esa frase, porque es que se queda corta, de haber dicho esa frase, porque es que se queda corta, se queda corta, es para tanto y es para más.

El análisis fenomenológico permite identificar que, la entrevistada al hablar sobre el origen de su agorafobia, recordarla en la actualidad y cuestionar sobre sus impactos, coloca a esos eventos detonantes como subjetivamente significativos, esto nos aproxima a la comprensión de agorafobia considerando la parte subjetiva; se pudo identificar que la experiencia traumática que vivió intensificó potencialmente la agorafobia y que, desde su perspectiva, no lo vive como el resto de las agorafóbicas y los agorafóbicos.

Interpretar el significado de la experiencia vivida agorafóbica (subjetividad e intersubjetividad)

Ansiedad fundamental

A mí la agorafobia, a diferencia de otros agorafóbicos, al tener un problema físico tan grande me ataca –por decirlo de alguna manera– de dos formas, ¿vale? Bueno, el principal es como a todo el mundo, la agorafobia... lo peor que tenemos es que nos anticipamos, ¿vale? Días, o dos semanas antes de... de que ocurra una situación que te hace salir de tu zona de seguridad. Toca a tu mente y ya te empieza a hacer, imágenes catastróficas, ¿no? De lo que puede llegar a pasar, de lo que puede llegar a ser, de si te paralizas, si te pasa algo... Te pones a llorar [...] A mí, es una de las cosas que me pasa, que sin darme cuenta me pongo a llorar y es un llanto además desconsolado, ¿vale? Pero, para mí una de las cosas peores es anticipación porque yo, cinco días o una semana antes de, bueno, pues, de esa afrontación, por decirlo de alguna manera, dejo de comer. Apenas me alimento, a la fuerza, por decirlo de alguna manera y más bien, líquidos y dejo de dormir [...] Y el día que tengo que salir y tengo que afrontarlo, empiezo a hiperventilar pero brutal, o sea, unos mareos que me pegan por la hiperventilación tan fuerte que tengo, el corazón parece que se me va a salir, empiezo a llorar desconsoladamente y... y... la mente lo único que manda son señales de alarma,

de alarma como que me voy a morir, como que me va a dar un ataque al corazón y... Entonces empiezo a bloquear, estoy con la hiperventilación, estoy con el llanto imparable o desconsolado y me empiezo a quedar paralizada. O sea, se me empiezan a entumecer las manos, las piernas y si alguien no me ayuda a pararlo porque hay momento, ha habido ataques de pánico que han sido tan fuertes y repentinos a la vez que yo no he podido administrarme las pastillas de rescate.

Rechazo

Hay demasiadas cosas rotas y dañadas en mi vida y lo que más daño siempre me ha hecho, el dolor y el daño que le he hecho y le ha hecho a mis hijos, sobre todo a mi hija, me rechaza, no me soporta y de ahí vino lo que me pasó. La depresión se me fue el norte porque mi hija me dijo que me odiaba y que en cuanto se pudiera ir de casa no la volvería a ver más [...].

Culpa

[...] Porque hace 15 meses perdí a mi mami y por culpa de la agorafobia no pude estar con ella y me quedé con un sentimiento de culpabilidad muy grande e incluso casi me quedo sin poderme despedir de ella ni ir a su funeral, porque estuvieron a punto de ingresarme en psiquiatría porque tuve un ataque brutal como no he tenido ninguno igual y las enfermeras no conseguían ayudarme y tuve la suerte que llegó mi marido al hospital antes de que me llevarán y él me puso la mascarilla de CO₂ que siempre llevo conmigo y me fue administrando las pastillas de rescate y anularon mi ingreso en psiquiatría y cuando sacaban a la familia porque venían de la morgue a llevarse a mi mami, se dieron cuenta de que yo no me había podido despedir de ella por lo que me había pasado y les pidieron que me dejarán entrar cinco minutos para despedirme y me abracé a ella y al oído le prometí que no iba a dejar que la agorafobia me quitará más cosas y sobre todo pasar tiempo con mis seres queridos y esa promesa hace que luché por ello, aunque los reveses de la vida me hagan retroceder. Ahora mismo tengo la agorafobia descontrolada, con cualquier cosa ya me da un ataque horroroso.

Analizar del mundo de vida a través de las relaciones interpersonales (intersubjetividad)

En las narrativas de la ágora-mujer (E7), se puede apreciar que hay un discurso de actitud natural, es decir, con actitud natural entendemos aquella forma en la que se mira el mundo y cómo se comporta en consecuencia en el mundo de vida cotidiano, que comparte con las otras y los otros que coadyuvan a construir la realidad. Dentro de la actitud natural existe un sistema de relevancias que nos gobierna, que se basa en la experiencia básica de cada una de nosotras y nosotros, a esta experiencia básica en Schütz se le conoce como ansiedad fundamental (Schütz, 1972). La ansiedad fundamental y la agorafobia comparten la característica primordial de la anticipación, de la que emergen un cúmulo de sistemas relacionados con la esperanza, los temores, los deseos, las oportunidades, las satisfacciones entre otros riesgos que motivan a que la persona dentro de su contexto de actitud natural intente dominar el mundo, sus obstáculos y dar cuenta de ello.

El Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V) (*American Psychiatric Association*, 2013) es el máximo referente en la psiquiatría para tratar cualquier alteración mental y es además una especie de biblia psiquiátrica atiborrada de verdades absolutas, incuestionables y que lidera todas las prácticas dentro de esta rama de la medicina; algo que Foucault llamaría un gobierno de los otros, que comienza por un diagnóstico irrefutable, cual veredicto que da pauta a la obtención de un diagnóstico de duración variable.

Esto quiere decir que, a partir de ahí, las mujeres y los hombres con agorafobia tienen nuevos modos de subjetivación desde los cuales se perciben y se relacionan con las otras y los otros, pero desde una mirada de enfermedad en la que se comportan en consecuencia de un diagnóstico y comenzarán a experimentarse como enfermas y enfermos, tal y como lo dicta su diagnóstico (Jover Leal, 2019), performan su identidad (Lemon, 2008), como es el caso de las ágora-mujeres.

Por otro lado, no es casualidad que parte del elenco que protagoniza la película *La isla de Nim* que mencionó la entrevistada, fuera una mujer con agorafobia, ni tampoco que haya más mujeres diagnosticadas con agorafobia que hombres, pues, el discurso científico con base en las diferencias sexuales y los

roles sociales, han legitimado un discurso consensuado por todas y todos, lo que lleva a que se desarrolle una subjetividad en coproducción con el discurso científico, a partir de interpretaciones biologicistas que expresan que existe una configuración biológica innata o adquirida, lo que se asume como argumento válido para desarrollar ciertos comportamientos (Ciccia, 2023).

Consideraciones finales

En este capítulo solo se han abordado fragmentos de la narrativa de una de las participantes, sin embargo, esto no demerita la calidad del escrito, por el contrario, permite mostrar cómo la agorafobia se vive, pese a que el DSM-V y la medicina insistan en homogeneizar criterios. La enfermedad mental no es algo que una persona tiene sino algo que una persona hace o es (Thomas, 2010), de ahí parte la construcción social de la enfermedad mental, muy en específico de la agorafobia, pues, a partir de las acciones propias y las acciones compartidas por medio de su subjetividad y la intersubjetividad, es que se va construyendo, de ahí que, a pesar de que sea el mismo diagnóstico, las formas en las que se vive sean variadas y con características particulares. Para futuras investigaciones, se deberá considerar que, a pesar de lo que ha planteado el discurso médico hegemónico, hay que redefinir la mirada con la se ha estudiado a la salud mental.

El contribuir a la comprensión de enfermedades mentales considerando la propia experiencia de las sujetas y los sujetos que lo viven, enriquece un campo disciplinar fértil e interesado por sumar esfuerzos en favor de sociedad a través del abordaje de enfermedades mentales construidas y sustentadas por medio de prácticas sociales, como es el caso de la agorafobia. Por su parte, la fenomenología y la sociología interpretativa, en general, permiten aproximarnos al mundo de vida, a ese mundo que no es privado y que permite dejar en evidencia que los diagnósticos y la práctica clínica, en general, necesita voltear a ver las narrativas en virtud de poder ofrecer un tratamiento integral.

Es un acto de justicia dar a cada persona su lugar y empezar a escuchar antes de etiquetar en vano y reducir el estigma. Para concluir, se exhorta a que los estudiosos de la sociología de la salud, el género y las teorías feministas

continúen cuestionando los discursos y los roles sociales asignados a las mujeres con el propósito de caracterizar su salud mental.

Agradecimientos

Gracias a las siete mujeres que accedieron a participar en las entrevistas. En especial a “Paquí” (E7), quien es la voz de la experiencia aquí plasmada. Gracias por regalarme tu historia y por abrirme tu mundo de vida. Y a todas, gracias por ser valientes, por inspirarme con su fortaleza y con sus historias.

Referencias

- Adler, M., y Ziglio, E. (1996). *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health*. Kingsley Publishers.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Avella, J. R. (2016). Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*, 11, 305-321. <https://doi.org/10.28945/3561>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2ª ed.). Guilford.
- Bastide, R. (2005). *Sociología de las Enfermedades Mentales*. Siglo XXI Editores.
- Bekker, M. H. (1996). Agoraphobia and Gender: A Review. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 129-146. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00030-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00030-5)
- Brown, J. (2018). Interviews, Focus groups and Delphi techniques. En P. Brough (Ed.), *Advanced Research Methods for Applied Psychology: Design, Analysis and Reporting* (pp. 1-22). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315517971>
- Brown, P. (1995). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 34-52. <https://doi.org/10.2307/2626956>

- Bryman, A., y Bell, E. (2011). *Business Research Methods* (3ª ed.). Oxford University Press.
- Caraveo-Anduaga, J. J., y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10-19.
- Ciccia, L. (2023). *La invención de los sexos. Cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cerebros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí*. Siglo XXI Editores.
- Gasto, C., y Vallejo, J. (1992). *Trastornos de Angustia y Fobias. Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. Masson.
- Goldberg, D., Krueger, R., Andrews, G., y Hobbs, M. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11: Paper 5 of 7 of the thematic section: ‘A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11’. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990298>
- Grau i Muñoz, A., y Faus-Bertomeu, A. (2022). Fundamentos de la Perspectiva Sociológica en el Estudio de la Salud y Enfermedad. En A. Grau i Muñoz y A. Faus-Bertomeu (Eds.), *Sociología de la Salud: Salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica* (pp. 11-53). Tirant Humanidades.
- Green, S. E. (2009). *A Family “Affear”: Three Generations of Agoraphobics* [Tesis de maestría, University of South Florida]. University of South Florida.
- Han, D. S., Bae, S.-S., Kim, D.-H., y Choi, Y.-J. (2017). Evolution of Social Medicine and Contemporary Social Medicine in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(3), 141-157. <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.106>
- James, W. (1950). *Principles of Psychology Volume II*. Dover Publications. http://library.manipaldubai.com/DL/the_principles_of_psychology_vol_II.pdf
- Jover Leal, A. (2019). Agorafobia, roles de género y discurso médico: una forma de control sobre las rutinas de reproducción y cuidados. En M. Jabbaz Churba, J. A. Rodríguez-del-Pino y N. Navajas-Pertegás (Eds.), *Miradas de Género: Una sociología sin barreras, cerraduras ni cerrojos* (pp. 203-226). Icaria Editorial.

- Jover-Leal, A. (2022). *L'ama del corral i del carrer: La construcció del diagnòstic "agora-dona" en les comunitats virtuals d'atenció de Facebook* [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. Universidad de Valencia.
- Lemon, D. (2004). *Living in the Shadow of Fear: An Interactionist Examination of Agoraphobia* [Tesis de doctorado, University of Canterbury]. University of Canterbury. <https://ir.canterbury.ac.nz/items/2beb8dco-d098-479b-bbe2-b174df3ede3b>
- Lemon, D. J. (2008). *Agoraphobia in Everyday Life*. VDM Verlag Dr. Müller.
- Linstone, H. A., y Turoff, M. (Eds.). (2002). *The Delphi Method: Techniques and Applications* (Vol. 29). Addison-Wesley.
- Márquez Jiménez, G. M. (2023). *Construcción Social de la Agorafobia desde la Fenomenología* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de México]. Universidad Autónoma del Estado de México
- Moral de la Rubia, J., Antona Casas, C. J., y García Cárdenas, C. H. (2012). Validación del inventario de ansiedad y fobia social en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *Salud y Sociedad*, 3(3), 313-331. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742470006>
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, C. E., y Holzer, C. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 959-967.
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Porter, D. (2006). How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Medicine*, 3(10), e399. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030399>
- Preti, A., Piras, M., Cossu, G., Pintus, E., Pintus, M., Kalcev, G., Cabras, F., Moro, M. F., Romano, F., Balestrieri, M., Caraci, F., Dell'Osso, L., Di Sciascio, G., Drago, F., Hardoy, M. C., Roncone, R., Faravelli, C., Musu, M., Finco, G., Nardi, A. E., y Carta, M. G. (2020). The burden of agoraphobia in worsening quality of life in a community survey in Italy. *Psychiatry Investigation*, 18(4), 1-7. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0342>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

- Reuter, S. Z. (2001). *‘The Very Opposite of Calm’: A Socio-Cultural History of Agoraphobia* [Tesis de doctorado, Queen’s University]. Queen’s University. <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/NQ63447.pdf>
- Rogers, A., y Pilgrim, D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness* (5ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Rowley, J. (2012). Conducting research interviews. *Management Research Review*, 35(3/4), 260-271. <https://doi.org/10.1108/01409171211210154>
- Schütz, A. (1972). *Collected Papers I: The Problem of Social Reality* (M. Natanson, Ed.). Springer.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social: Introducción a la Sociología Comprensiva* (E. J. Prieto, Trad.). Paidós.
- Siegel, S. (2001). *Safe at Home: Agoraphobia and the Discourse on Women’s Place* [Tesis de maestría, University of South Florida]. University of South Florida. <https://digitalcommons.usf.edu/etd/3881/>
- Skulmoski, G. J., Hartman, F. T., y Krahn, J. (2007). The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education*, 6, 1-21. <https://doi.org/10.28945/199>
- Straus, R. (1957). The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, 22(2), 200-204. <https://doi.org/10.2307/2088858>
- Thomas, S. S. (2010). *The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct*. Harper y Row Publishers.
- Thorpe, G. L., y Burns, L. E. (1983). *The Agoraphobic Syndrome*. Wiley.
- Trigg, D. (2018). Situated anxiety: A phenomenology of agoraphobia. En T. Hünefeldt, y A. Schlitte (Eds.), *Situatedness and place: Contributions to phenomenology* (pp. 187-201). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92937-8_11
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press.
- Van Manen, M. (2017). But is it phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775-779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Van Manen, M. (2023). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.

- Whitney, C., y Evered, J. A. (2022). The qualitative research distress protocol: A participant-centered tool for navigating distress during data collection. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1177/16094069221110317>
- Wilson, R. R. (1996). *No al pánico: Cómo controlar los ataques de angustia*. Cuatro Vientos.

Sufrimiento y atención a la salud de indígenas migrantes. Una aproximación hermenéutica

Martha Patricia Aceves Pulido

Introducción

En México existen aproximadamente setenta lenguas y otras tantas variantes lingüísticas (INEGI, 2015), todas ellas representan pueblos con un pasado precolonial que, en ocasiones, y a partir de la época colonial, han tenido que ocultar para mantenerlo vivo. En la actualidad la población indígena se ha visto en situaciones de precariedad que los ha llevado a migrar en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades. Su condición como migrantes, su pertenencia a grupos étnicos minoritarios, los hace con frecuencia parte de uno de los sectores más vulnerables de la población dentro de la estructura de la sociedad que continúa demandando su camuflaje bajo el pretexto de la adaptación y subsistencia. Las barreras en el acceso a servicios y los bajos ingresos económicos son algunos de los elementos que entran en juego al momento de decidir abandonar sus lugares de origen. El contraste en la urbanización y el nivel de industrialización de los contextos de origen y de acogida, han colocado a las personas en una posición que les demanda la necesidad de aprender nuevas formas de relacionarse, de trabajar y de divertirse, pero también de enfermar, de atenderse y de “curarse”.

Este trabajo pretende exponer la situación de vulnerabilidad de la población migrante de origen indígena que frecuentemente acompaña al sufrimiento de esta población, implícito en el proceso de adaptación a un contexto urbano. Forma parte de un trabajo de investigación cualitativa más amplio y conjunta análisis teóricos con la sabiduría de una curandera tradicional de origen mixteco con quien la autora coincidió en campo. Se trata de una entrevista en profundidad cuyo pretexto fue conocer mitos de la cultura mixteca y terminó por contener una serie de reflexiones en torno a la situación de salud y las decisiones de atención de los indígenas migrantes a contextos urbanos. Estas últimas reflexiones mencionadas son las que conforman esta comunicación. El análisis realizado constituye un proceso hermenéutico, que sigue la propuesta de Ricoeur, comienza con intercambio lingüístico y su finalidad fue el desciframiento del sentido discursivo y la comprensión del ser y padecer del indígena migrante.

El interés de la sabia era mostrarme algunas de sus reflexiones y de sus conocimientos para que pudiera yo comunicarlas a otros profesionales de la salud y sirvieran como guía en mi labor de atención a la salud mental de dicha población. Así, los resultados del análisis hermenéutico dejan ver que el indígena que migra se aleja del entendimiento que tienen del mundo los sabios y ancestros en sus comunidades, lo cual impide que mantengan una cercanía con *tachi anima'a*, que es el viento bueno y permite que *tachi quini*, el viento malo, entre al cuerpo y ocasione el sufrimiento que puede devenir en enfermedad o acompañarla.

Fenomenología hermenéutica de Ricoeur

La hermenéutica en Ricoeur (2018) debe comprender el problema completo discursivo, que implica el sentido múltiple y general, se trata de descifrar las diversas capas de sentido del lenguaje simbólico y metafórico. El lenguaje como sistema, o mejor dicho metasistema, incluye los subsistemas que contiene, está constituido por conjuntos específicos de signos, que sirven para la comunicación dentro de una comunidad (Real Academia Española, 2023). Sin embargo, para descifrarlo es necesario comprender su naturaleza y dimensión social.

Sergio Tokonoff (2022) afirma que la lengua no existe fuera del hecho social, como lo implica la propia semiología. Como tal, es una realidad que vive en una masa hablante, por lo que no depende de los individuos, tiene una racionalidad intrínseca puesto que como sistema debe ser entendido como una totalidad más que como la suma de sus partes. Según Ricoeur (2018), una de sus características es su función expresiva que implica su vinculación a un tiempo, a una situación y a la tradición, además de que se encuentra dotado de la propia fuerza expresiva del lenguaje cotidiano.

Para un análisis propiamente hermenéutico del lenguaje, se debe partir de una descripción del simbolismo para seguir en la participación de la dinámica del mismo y desentrañar el sentido a través de una interpretación creadora, de manera que el simbolismo es el vehículo de la comprensión. Siguiendo con Ricoeur (2018) hay un sentido primario literal que surge de la experiencia cotidiana y designa a otra cosa de forma figurativa. Maceiras (1987) apunta que el sentido primario literal supone el momento de la explicación objetiva de la narración, nos acerca al cómo del lenguaje y la cultura, mientras que la hermenéutica es el camino hacia el sujeto, hacia el autor de la narración.

Ricoeur (2018) distingue el relato histórico cuya pretensión es la emulación de la realidad con una carga de verdad atribuida, del relato de ficción que utiliza el lenguaje metafórico y no trata de imitar la realidad, constituye lo posible en oposición a lo efectivo de la historia. En el caso de la entrevista realizada se toma esta propuesta de fenomenología hermenéutica debido a que la narración se encuentra en los límites de ambos tipos de relato, pero principalmente por el uso reiterado de la metáfora como recurso narrativo de la entrevistada.

Por lo anterior se hace necesario detenernos en las implicaciones de la comprensión de la metáfora que emerge de la pertinencia semántica primera de la literalidad. Para entender la metáfora, Ricoeur (2018) toma en consideración el análisis de la tragedia para lo cual es necesaria la comprensión del *mythos* o de la trama (en sentido aristotélico).

Sufrimiento psíquico

Montoya, Schmith y Prados (2006) consideran que el sufrimiento psíquico se encuentra en función de situaciones que ponen en riesgo la integridad de un sujeto y que, además, está condicionado por la sociedad y la cultura. Los autores realizaron una revisión bibliográfica para definir el concepto de sufrimiento. Encontraron estudios cuantitativos y cualitativos, no obstante, no encontraron una manera universal para su medición, puesto que afirman se trata de un proceso subjetivo. Entre los factores que se encuentran con mayor frecuencia están las pérdidas físicas y psicosociales.

En la misma revisión, los trabajos que se centraban en el tema de distrés definen al sufrimiento como un problema de adaptación y afrontamiento a eventos vitales. Encontraron que el sufrimiento no es un fenómeno individual, sino que se convierte en parte del grupo social al que el sujeto pertenece. Destacan cómo es que existen gestos, comportamientos que son compartidos por la sociedad para poder identificar y comunicar el sufrimiento, además de la expresión lingüística de sus necesidades y demandas (Montoya, Schmith y Prados, 2006).

La importancia de identificar el sufrimiento impacta a nivel epidemiológico

Augsberger (2004) considera que las clasificaciones diagnósticas obstaculizan la capacidad de visibilizar el padecimiento psíquico, debido a que no cabe en las entidades mórbidas establecidas. La noción misma de “enfermedad mental” limita la identificación y reconocimiento del sufrimiento y enuncia: “Las transformaciones y situaciones de crisis que atraviesan tanto la vida societal como la cotidianidad en el ámbito familiar son espacios que contribuyen a la generación de sufrimiento psíquico” (p. 72).

Así, surge la necesidad de distinguir y describir los grupos sociales en los que se inserta el sujeto. También se debe tomar en consideración las variaciones históricas, culturales y sociales de los significados de las enfermedades mentales. Se trata del rescate del aspecto microsocial. Las taxonomías se quedan

cortas, es necesario buscar nuevos paradigmas explicativos que se adapten a la población, de manera que si se reconoce el sufrimiento psíquico de esta forma se podría evaluar de mejor manera el estado de una población, es decir, de la epidemiología específica de una sociedad (Augsberger, 2004).

En un estudio realizado en España (Navarro-Lashayas, 2014), se encontraron distintas variables que inciden en el sufrimiento psíquico de los migrantes, las cuales incluyen: los recursos materiales, los sucesos vitales, el apoyo social, la exclusión social, la falta de control sobre la propia vida. Aspectos que muchas veces escapan de los diagnósticos psicopatológicos. Afirma que la migración *per se* no necesariamente pone en riesgo a una persona de padecer o sufrir psíquicamente, sino que la situación social y las condiciones de vida son las que hay que tener en cuenta. La importancia, para el autor, permite realizar una intervención situada y adecuada a la problemática.

Solís (2005) realizó un estudio sobre los mecanismos de afrontamiento de migrantes, encontró que debe considerarse un fenómeno complejo y que implica una visión integral. Menciona que los migrantes enfrentan adaptación y conflicto como resultado de los referentes culturales, tanto de origen como de acogida, entre los cuales tienen lugar intercambios sociales y psicológicos en el sujeto. Una de sus conclusiones con relación a esto último es que una estrategia importante resulta buscar referentes para crear un sentido de pertenencia.

Para los fines de este análisis se retoma la visión interpretativa de Ricoeur (2018) que tiene cabida en “cualquier historia narrada” (p. 102). Desde su perspectiva es necesario tomar en cuenta la comprensión de la trama (*mythos*) narrada. De esta manera retoma la consideración según la cual el cambio (*metabole*) constituye el “fenómeno central de la acción trágica” (p. 102). Dicho cambio convierte la dicha en infortunio, a lo que denominó *peripecia*, y se vincula con el propio sufrimiento, denominado por Aristóteles como el *lance patético* o *pathos* que constituye el desenlace de la trama y se vincula con los incidentes catárticos de compasión y temor.

El autor de una narración pretende ilustrar por medio de la acción mimética las emociones que propicia el héroe, la compasión será entonces la emoción que se despierta cuando se considera que el héroe, o protagonista de la situación narrada, no merece su propia desdicha y el temor se despierta al considerar

al protagonista como un semejante y se pretende evitar que su desdicha se convierta en la nuestra.

Hasta aquí, lo que presento es la necesidad de añadir a la comprensión de las experiencias en salud, una perspectiva que considere al sufrimiento o padecer, en el sentido trágico de la composición compleja de la trama, como el elemento diferenciador al momento de dar sentido a las propias vivencias por medio de la narrativa. Así, al momento de narrar nuestras propias experiencias elaboramos tramas que pueden colocarnos en la desdicha, al tiempo que nos permite colocarnos al centro de la compasión de quien se encuentra frente a nosotros y comunicarle nuestro sufrimiento.

Entonces, el vehículo para acceder al sufrimiento psíquico es el lenguaje, por medio de la actividad mimética de la narración. El cambio citado por Aristóteles (*metabole*) se equipara con las consideraciones de Montoya, Schmith y Pardos (2006) cuando señalan que el sufrimiento deviene del afrontamiento a eventos vitales, así como también con las aportaciones de Augsberger (2004) cuando identifica a las transformaciones y situaciones de crisis en la génesis del sufrimiento psíquico.

Metodología

El presente trabajo se inscribe en el marco del paradigma interpretativo cuyo punto de partida es la comprensión de los fenómenos subjetivos de la realidad. Los métodos que corresponden con esta visión son entonces cualitativos, pues permiten entender los fenómenos a estudiar desde la perspectiva de la propia gente que es estudiada, de manera que se hace posible penetrar a los contextos de significado a partir de los cuales actúan (Mella, 1998).

El trabajo presentado aquí surge de un proyecto más amplio cuyo diseño es fenomenológico y el eje temático fueron las narraciones y su estructura, la propuesta fue la de analizar lo que el sujeto describe de sí mismo y de su propia historia e identificar las similitudes con las estructuras de los mitos que corresponden a la cultura occidental y los que corresponden a la cultura indígena. Así, el lenguaje fue el instrumento que permitió acceder a lo dicho, que proyecta la capacidad de imaginar, crear y recrear la experiencia (Castoriadis, 1995). Como

parte de la indagación sobre los mitos y la propia cultura mixteca, entrevisté a una curandera que se encontraba de paso en la ciudad de Guadalajara visitando a su familia. El contenido de dicha entrevista a profundidad fue tan basto que surgieron temas que rebasaban los límites del objetivo de este proyecto de investigación.

El diseño fenomenológico parte de los principios fundantes propuestos por Husserl para captar la esencia de los fenómenos a partir de “lo que se muestra”, teniendo el método general, antes mencionado que incluye, a grandes rasgos: a) una actitud natural; b) la reducción que da existencia al fenómeno en la conciencia; c) Intuición Eidética que implica la intencionalidad de captar la esencia mediante la vivencia” (Chávez Calderón, 2008).

Husserl (1962) afirma que para llegar a descubrir fenomenológicamente la experiencia “puramente natural”, sensible, es necesario lograr una pertenencia participativa, el mundo precede al sujeto que lo conoce, por lo cual, para elaborar el conocimiento se requiere situarse ante los objetos para interpretarlos. Lo que Paul Ricoeur (1997), en su propuesta de fenomenología hermenéutica, llama una conciencia trascendental que se encuentra mediada lingüísticamente, es decir, por símbolos y signos.

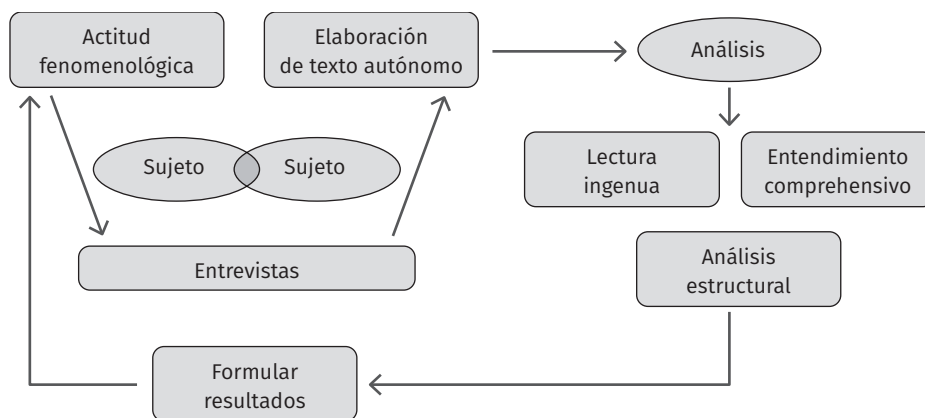
Alineada con esta perspectiva, la recolección de datos no tenía el antecedente teórico y explicativo que presenté en los apartados anteriores, se trató de una entrevista realizada entre agosto y septiembre de 2021, cinco encuentros distintos con duraciones que iban de los treinta minutos a las dos horas con 45 minutos aproximadamente, tiempo que dependía de las actividades e interés de la entrevistada por el propio intercambio. Cabe señalar que la sabia mixteca accedió a la entrevista consintiendo el uso de la información para su análisis y publicación posterior.

En términos generales, Lindseth y Norberg (2004) proponen los siguientes elementos en el método fenomenológico-hermenéutico:

1. Tomar una actitud fenomenológica, es decir, no juzgar, no concluir ni tomar los fenómenos como hechos o tratar de establecer verdades. El centro epistémico se encuentra en la experiencia.
2. Crear un texto a partir de una entrevista. Al asumir una actitud fenomenológica y la consecuente relación intersubjetiva, se narra una experiencia en coautoría que deberá resultar en un texto autónomo, es decir

- que posibilite la comprensión del texto por otros. La entrevista fue audio grabada y transcrita íntegramente para su análisis.
3. Interpretación del texto. Se realiza un análisis circular mediante tres pasos metodológicos: a) lectura ingenua; b) análisis estructural interpretativo; c) entendimiento comprensivo.
 4. Formular los resultados de manera fenomenológica y hermenéutica. Se enuncian los resultados en el lenguaje coloquial, en términos elementales de la experiencia vivida no en términos científicos, para la cual es útil recuperar las expresiones poéticas que emergen de las entrevistas, así como enunciar la experiencia en verbos no en sustantivos. En la figura 1 se presentan los elementos que integran la propuesta de diseño de investigación siguiendo a Lindseth y Norberg (2004).

FIGURA 1. PROPUESTA DE DISEÑO FENOMENOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS HERMENÉUTICO



Fuente: elaboración propia.

Resultados

Con la finalidad de resguardar su identidad llamaremos a la entrevistada doña Paola, una mujer de origen mixteca con los conocimientos necesarios para

realizar la función de sanadora o curandera. Su edad no la conoce, su nieta dice que tiene más de 75 años, pero ninguna supo decirme con exactitud. Nació en San Andrés la Montaña, municipio de Silacayoápam, Oaxaca; tiene 7 hijos, vive con su esposo en su comunidad de origen y se dedica a prestar sus servicios como curandera. La entrevisté en Tonalá, Jalisco, mientras se encontraba visitando a los hijos que viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Como ya lo señalé, se realizó una entrevista en profundidad en cinco diferentes encuentros, los cuales tuvieron lugar en la casa de uno de sus hijos –nos acompañaba su nieta a petición de la entrevistada– con la finalidad de ayudarnos con la traducción o interpretación de algunas palabras que la entrevistada desconocía del español.

Para entender el sentido explicativo de la enfermedad en la concepción de la entrevistada, quien es considerada como una mujer sabia por su comunidad, o al menos con el sector de esta que acude con ella para restablecer su salud:

Hay un padre eterno en el cielo y hay un señor del sol que él tiene la tierra y nadie conoce, solo sabe que existen. [...] Desde que inició el origen de la tierra, llevan ahí mucho tiempo, desde el origen de la tierra [los] antepasados que se quedaron en el bosque se hicieron chiquitos y por eso viven como las personas. Gente oscura que cayó antes de que existiera el sol. Cuando el primer rayo del sol llegó y duró tiempo que era oscuro y cuando llegó el sol la gente oscura se escondieron [...] Las personas existían ya y salió el sol y se cayeron en las plantas y en las plantas o en las piedras o se salieron del sol, del planeta tierra las personas, en la tierra no había luz y cuando vino el sol como que se asustaron porque la tierra era toda oscura, y cuando llegó la luz y perdieron el sentido, de que cuando a veces están inconscientes de algo que te impacta, que se volvieron gente mala, que ya no había gente buena, que si nos pega. [...]

El relato anterior mantiene elementos que coinciden con las interpretaciones de los mitos en códices mesoamericanos antiguos, como se evidencia en el texto de López Austin y Millones en 2015, donde se realiza una compilación y análisis de varios mitos sobre el origen del mundo, del tiempo y de la humanidad. Al margen de la verosimilitud que pueda atribuírseles a varios códices antiguos que forman parte ya del imaginario del mundo prehispánico, y al

margen también de las críticas que se derivan de la participación o, mejor dicho, dirección de clérigos hispanos en la elaboración de la mayoría de los códigos conocidos, la importancia de estas coincidencias radica en la validación de una cosmovisión anclada en elementos de la naturaleza. Asimismo, se encontraron coincidencias con los relatos retomados por Rosell y Ojeda en 2003, basados en los códigos mixtecos, llamados *Tutukidaa* en mixteco contemporáneo.

Al llegar la luz, los seres de oscuridad que son personas, pero no como nosotros, dice doña Paola, se escondieron en las sombras del bosque y desde ahí provocan la enfermedad, es por lo que debemos pedirle al sol. De lo anterior surge la creencia de la existencia de una piedra buena y una mala, si te encuentras la piedra mala y la tocas en el cerro causa enfermedad. La curandera refiere que es necesario recurrir a los santos y a las ánimas buenas (*anima'a*) para pedir lo que necesitamos. Se tiene que buscar qué santo es el adecuado y qué es lo que en realidad necesitamos.

Doña Paola menciona que todos los santos son buenos, no obstante, son elementos de la naturaleza los que pueden dar a las personas cosas buenas y cosas malas, como ciertas piedras en el cerro donde se escondieron seres de la luz del sol y otros de la oscuridad, o el viento malo y el viento bueno que ella les llama *Tachi quini* y *Tachi va'a*, respectivamente.

Pasando con temas relativos con ciertos padecimientos que tienen lugar en contextos urbanos, doña Paola refiere un tipo de susto que se adquiere cuando una persona pasa por donde murió violentamente una persona y su ánima habitará su cuerpo, entrará como un aire (*Tachi*) malo o también por ver morir violentamente a una persona. Las personas con este tipo de susto “además quieren morirse”. Se nombra *Tachi quini*, el viento malo por el cual viaja el ánima que daña de esta manera a la persona. En oposición está el *tachi anima'a*, que es el viento bueno, que trae cosas buenas a las personas y a la naturaleza, como ejemplo habla de las cosechas.

El alma que murió violentamente, cerca de donde esa persona pasó y le está asustando a la persona. Así como gente pequeña que vive en el bosque. Es como persona que pasó por algo muy fuerte, un accidente muy grande, son común en el bosque donde se asustaron, en el cerro, se enferman por el ánima que murió violentamente o en el cerro o bosque, son gente de hace tiempo que viven en

el cerro que le dicen, sus antepasados de mucho tiempo que se metieron en el árbol, que se metieron en la tierra.

Continuando con algunos de los efectos del viento malo *Tachi quini*, que trae consigo la enfermedad, la sabia señala que existen consecuencias en la salud de las personas que salen de sus pueblos para vivir en la ciudad, señala: “En el pueblo están bien y aquí en la ciudad están mal porque no vienen [...] y por eso mueren con cuchillos, con violencia”. A consecuencia de no regresar a sus comunidades, doña Paola identifica cierta vulnerabilidad ante todo mal que pueda aquejar a la persona migrante.

[...] desde que llegó la luz del sol, desde que llegó el rayo de luz del sol dicen que cayeron en las cuevas y las piedras, y todas esas gentes son gentes negativas, gente tonta, que no piensa y que no se da cuenta de todo, y esa gente, cuando vamos caminando, esa gente es la que te pega es la que a veces te pega, no pegarte, sino que puede causarte enfermedades en todo el cuerpo.

Cabe precisar de la cita inmediata anterior que esa “gente negativa” no son personas, son una especie de “ánimas” que cayeron a la tierra cuando llegó la luz del sol a la tierra en los orígenes y es esta “gente negativa” la que causa la enfermedad a las personas que son más vulnerables, las que no regresan a sus pueblos. La entrevistada mencionó que esa “gente mala” es gente que habita en la oscuridad, en las sombras y que querían seguir viviendo en el bosque, donde cayeron en un principio, la gente en la ciudad no sabe dónde viven ahora, la ciudad es muy grande y las personas que viven en ella no saben cómo identificar dónde están esas ánimas malas; lo que queda en la ciudad es pedirle al sol cuando salen a trabajar, pues una vez que llegan las enfermedades los curanderos son los únicos que pueden hablar con esas ánimas y así restablecer la salud.

De esta manera, sentimientos como el enojo, la tristeza y hasta la envidia son consecuencia, según la sabia mixteca, de dichas ánimas que por medio de *Tachi quini* le “pegan” a las personas, pues al llegar al mundo se tuvieron que “hacer chiquitos” para habitar debajo de las piedras y ahora poder “vivir en las personas”.

Conclusiones

De manera general, se puede corroborar en los hallazgos antes citados, cómo es que el lenguaje constituye el hecho social que permite acceder a otros fenómenos sociales. Por medio de él es que podemos constatar la fuerza que las creencias ejercen sobre la enfermedad o la procuración de la salud. En particular vemos, cómo en el relato de la curandera se observan recursos narrativos como lo es el lenguaje metafórico. Cuando la entrevistada usa lenguaje metafórico para denotar las acciones ejercidas por el viento y las ánimas “malas”, solamente tienen sentido en el entramado metafórico y contexto narrativo de la entrevista, característica necesaria para posibilitar un análisis hermenéutico como el propuesto por Ricoeur y utilizado para el presente trabajo.

Al incorporar en la interpretación a la categoría de la experiencia humana denominada sufrimiento, caracterizada en uno de los apartados previos, permite comprender la manera en que la entrevistada concibe a la enfermedad, la tristeza, la envidia y el enojo como experiencias que son consecuencia de entidades invisibles ante las cuales el que migra a contextos urbanos, en particular, es más vulnerable. Lo anterior coincide con lo que Augsburg (2004) apunta con relación a la vivencia del sufrimiento psíquico a consecuencia de las transformaciones y situaciones de crisis.

A partir de lo anterior podemos traer el cambio o *metabole* que Aristóteles atribuye al momento en que la narración en la historicidad de la experiencia de vida de un migrante tiene lugar en el instante en que se transforma la dicha en infortunio, la salud en enfermedad, la alegría en tristeza o enojo, etcétera. Momento de la denominada *peripeia* que antecede al *pathos*, el lugar del propio sufrimiento o padecer, ante lo cual el migrante a contextos urbanos se vuelve vulnerable.

De aquí que podríamos llevar las observaciones anteriores al campo del sufrimiento del migrante para concebirlo como aquella experiencia que deviene al cambio, *metabole*, dentro de la dinámica de la vida misma, que constituye el *pathos* (padecer) y determina de esta manera al ser.

Retomo la categoría sufrimiento debido a que me parece más amplia que la del padecimiento definido desde la antropología médica, la cual se constriñe a la experiencia subjetiva relativa a la enfermedad. Mientras que, en el sentido

amplio, el sufrimiento abarca el padecimiento de la enfermedad, desde su génesis y desarrollo, así como también puede ser una categoría empleada para experiencias padecidas fuera de procesos salud-enfermedad y más allá de ellos.

Referencias

- Augé, M. (2014). *El antropólogo y el mundo global*. Siglo XXI Editores.
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico, un desafío para la epidemiología. *Psicología y Sociedad*, 16(2), 71-80.
- Castoriadis, C. (1995). *Los dominios del hombre: Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa.
- Chávez Calderón, P. (2008). *Historia de las doctrinas filosóficas*. Pearson.
- Collins, R. (1996). *Cuatro tradiciones sociológicas*. UAM.
- Fernández-Vicente, A. (2010). *Nomadismos contemporáneos: Formas tecnoculturales de la globalización*. Universidad de Murcia.
- Husserl, E. (1962). *Lógica formal y lógica trascendental*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología*. Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2015). Población de 3 años y más. Habla lengua y español. Datos de Jalisco, 2010. http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=estyc=27781yproy=cpv10_p3mas
- Lindseth, A., y Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- López Austin, A., y Millones, L. (2015). *Los mitos y sus tiempos: Creencias y narraciones de Mesoamérica y los Andes*. Ediciones Era.
- Maceiras, M. (2018). Presentación de la edición española. En P. Ricœur, *Tiempo y narración I* (1ª ed.). Editorial Docencia.
- Mella, O. (1988). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa.
- Montoya Juárez, R., Schmidt Río-Valle, J., y Prados Peña, D. (2006). En busca de una definición transcultural de sufrimiento: Una revisión bibliográfica. *Cultura de los Cuidados*, Año X (20), 117-120.

- Navarro-Lashayas, M. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 711-723.
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed., versión 23.6 en línea). <https://dle.rae.es> [Consulta: 29 de septiembre de 2023].
- Ricœur, P. (1997). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Cuaderno Gris. Época III*, 2, 479-495. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ricœur, P. (2018). *Tiempo y narración I* (1ª ed.). Editorial Docencia.
- Rossell, C., y Ojeda Díaz, M. A. (2003). *Las mujeres y sus diosas en los códices prehispánicos de Oaxaca*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Solís, A. E. (2005). *Estrategias y mecanismos para el afrontamiento psicológico de la experiencia migratoria: Dilemas, costos y complejidades*. [Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Migración Transfronteriza, San José, Costa Rica, 3-5 de febrero].
- Tonkonoff, S. (2022). Teoría social y lenguaje: Saussure como pasaje de lo clásico a lo contemporáneo. *Revista de Ciencias Sociales*, (175). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/52491>

Segunda sección.
**Diferentes aportes
para comprender la salud
y las enfermedades**

*En algún lugar, algo increíble
está esperando ser descubierto [...]*

Carl Sagan

Análisis comparado de la profesionalización y gestión de directivos de los hospitales de segundo nivel, zona oriente del Estado de México

Griselda Vergara Galván

Miguel Ángel Sánchez Ramos

Eva Laura Arana Gutiérrez

Introducción

Este trabajo surge como resultado de los avances de tesis de maestría sobre la construcción social de la profesionalización de los cuadros directivos y su gestión en los hospitales de segundo nivel, se establece una línea de investigación que abarca el ámbito social y la importancia de contar con gestores hospitalarios adecuados y con capacidades para poder dirigir de manera eficiente la institución, de tal manera que los servicios ofrecidos sean satisfactorios para los usuarios, no importando el nivel socioeconómico de la persona, puesto que son instituciones de salud pública.

Las instituciones de salud pública son las que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente; diversas investigaciones estudian

su forma de organización, sus procesos, su inversión destinada para hacer más eficiente su servicio. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) reconoce el derecho individual a la protección en salud y la responsabilidad del Estado para garantizarla.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2021) menciona que por cada mil habitantes deben existir 3.5 médicos, sin embargo, el país cuenta con 2.4 médicos generales y familiares por cada mil habitantes. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2021) indican que el promedio de horas trabajadas por semana de un médico es de 41.7.

El personal médico debe contar con las herramientas y materiales necesarios para poder atender de manera adecuada al paciente, sin embargo y de acuerdo con el análisis de datos, no es así, se carece de insumos y el personal contratado pasa largas horas de trabajo, por lo que el personal médico se agota tanto físicamente como emocionalmente, deteriorando su salud y como consecuencia no se brinda la atención de calidad que el paciente requiere.

Entonces, uno de los factores sociales en la atención de la salud radica en la limitada calidad en que se desenvuelve el personal médico encargado de tal función, situación incrustada en la gestión hospitalaria, la que resulta de una construcción social legitimada por las diversas interacciones intersubjetivas de los actores que son parte de esa gestión como son directivos, médicos y pacientes.

Respecto a la investigación, esta adquiere importancia dado que aborda un problema real dentro de las instituciones de salud pública, por lo que se permite identificar si el sistema de salud tiene un impacto social favorable, respaldado por la comunidad, está a través de su gestión administrativa y su mandos medios quienes tienen el mayor acercamiento con los pacientes, que además conocen las necesidades de la institución, la carencia de recurso material, financiero y humano son problemas que enfrentan en su labor cotidiano los médicos para poder satisfacer las demandas de la ciudadanía, la importancia de la calidad de atención en el sector salud es fundamental para respaldar el labor que todo el personal realiza en el hospital. El objetivo de este documento es analizar cómo estas construcciones sociales de la gestión hospitalaria mejoran la calidad de

vida del paciente, está destinado a concientizar a profesionales quienes regulan la atención de salud.

Se enuncia brevemente el sistema de salud en México, así como el recurso humano en salud y sus condiciones laborales, la importancia de la profesionalización de los cuadros directivos que conlleva a la satisfacción de los servicios de salud, esto a través del método cualitativo, así como los resultados, discusión y conclusiones.

Sistema de salud mexicano

Con base en Sánchez (2018), el sistema de salud mexicano está experimentando una importante transformación desde inicios de la década de 1980. Estas reformas requieren nuevos modelos de gestión de los asuntos del sector salud en sus diferentes niveles, desde sus políticas y funciones, pasando por las dinámicas organizacionales de los servicios, hasta la práctica de la atención.

Para Gómez, O. *et al.* (2011), el sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las Instituciones de Seguridad Social, por ejemplo; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (Semar) y otros, y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. Actualmente y de acuerdo con las políticas públicas implementadas en el sector salud, se crea el IMSS Bienestar, cuyo objetivo es la universalización de los servicios de salud, sin embargo, falta la evaluación de su implementación para verificar que ha dado los resultados esperados.

El artículo 4° de la CPEUM dice que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se destina un 6% del PIB de cada país a la salud. Según datos del Inegi (2022)

México actualmente invierte el 2.9%, en comparación con años anteriores, se ha invertido más (14.5 aumento), no obstante, el recurso no es suficiente para cubrir las necesidades de salud demandadas por la sociedad. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- ♦ Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias
- ♦ Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado formal de trabajo, y sus familias
- ♦ La población con capacidad de pago

La desigualdad es una condicionante clave de las condiciones de salud, por tanto, se recomienda concentrarse en políticas de otros sectores que afectan la salud de las poblaciones vulnerables y avanzar mediante estrategias de reducción de la pobreza y programas sanitarios dedicados.

Sin embargo, y a pesar de las múltiples acciones que los gobiernos en turno implementan para brindar a la sociedad los servicios de salud requeridos, no son suficientes, dado que no solo se requiere de atención generalizada, sino que conlleva tratamiento y seguimiento con el especialista en dado caso que así lo requiera el paciente.

Se necesita ofrecer una cobertura universal en salud a partir de un modelo de atención temprana que eleve e iguale la calidad de los servicios que se ofrecen a los mexicanos sin exclusiones, privilegios ni distinciones. Es necesario alcanzar una cobertura de salud para todas las personas sin distinción, sin depender de su capacidad de pago; la mitad de la población no tiene ingreso suficiente de adquirir lo más básico y deben acceder a servicios de salud con calidad y desde el nivel de atención primaria (preventivo) hasta el nivel de atención especializada porque eso cambia la calidad de vida del ciudadano.

De acuerdo con el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en México, Índice de Desarrollo Humano (IDH) municipal (2010-2020), y con base a la zona geográfica que abarcan estos dos hospitales de segundo nivel que aceptaron participar en esta investigación, forman parte de la

zona oriente del Estado de México, el Hospital 1, que atiende a personas que no cuentan con seguridad social y el Hospital 2, que atiende a personas derechohabientes, su IDH donde se encuentran estos dos hospitales es de 0.73, entendiéndose así que se tiene un índice de desarrollo alto. Recordemos que el IDH es un indicador que ayuda a medir el nivel de desarrollo de la población de un país, para saber cuáles son las posibilidades de crecimiento económico y la calidad de vida, tomando en cuenta tres aspectos: esperanza de vida, escolaridad y el producto interno bruto (PIB) per cápita.

Recursos humanos en el sector salud

Según datos del Inegi (2021), el número de personas ocupadas como médicos por cada mil habitantes en el país es de 2.4, valor superior al promedio de dos médicos por cada mil habitantes de los países de América Latina y el Caribe, pero inferior al valor promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 3.5 médicos por cada mil habitantes.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), al segundo trimestre del año 2021, México cuenta con 305,418 personas ocupadas como médicos, de las cuales 54% son hombres y 46% mujeres.

De cada cien personas con esta ocupación, 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna otra rama de la medicina. Su trabajo lo realizan principalmente de forma subordinada y remunerada (76%). Los restantes lo hacen por su cuenta (12%) o emplean a otros trabajadores (12%). Datos del Inegi indican que el promedio de horas trabajadas por semana de un médico es de 41.7. Según la distribución por rangos de horas trabajadas, se tiene un porcentaje significativo de profesionistas médicos que trabajan de 35 a 48 horas (64%), seguido por quienes laboran de 15 a 34 horas (19%), los que rebasan las 48 horas de trabajo (15%) y los que trabajan menos de 15 horas (2%).

De acuerdo con Nigenda *et al.* (2013), nos dicen que “los recursos humanos para la salud (RHS) son un componente fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud”. Se entiende por RHS el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personales y

poblacionales, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación. La planeación de los RHS debe considerar sus formas de entrenamiento y participación laboral. Sin embargo, los RHS tienen la particularidad de que son el único activo con preferencias y capacidad de control sobre los procesos de diseño, planeación y ejecución de políticas en salud.

Las condiciones laborales de los RHS son fundamentales para su desempeño. Sin embargo, es importante diferenciar claramente las categorías de trabajadores y plantear una alternativa que considere dos grandes aspectos. El primero en relación con la necesidad de brindar condiciones de trabajo de acuerdo con la ley laboral del país, la oferta de salarios dignos y la consideración de políticas de equidad financiera y de género entre las diversas categorías ocupacionales. El segundo es que estas condiciones tendrán que ajustarse a la capacidad del SS, la eficiencia en el uso de recursos y la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Tomando en cuenta a Afzal *et al.* (2011), “Alianza Mundial en pro del personal sanitario: considera que el personal sanitario es la columna vertebral de los sistemas de salud, realiza un estudio analítico, siendo esta una asociación mundial que cataliza acciones mundiales y nivel del país para resolver la crisis de los recursos humanos en la salud a nivel operativo”. El autor refiere como sugerencias operativas:

1. Priorizar la crisis de los recursos humanos en salud y de mantenerla en la agenda mundial por medio de un rango de iniciativas de apoyo y de compromiso.
2. Mediar conocimiento y facilitar el compartir las mejores prácticas en los aspectos relacionados con el personal sanitario para respuestas basadas en la evidencia.
3. Convocar a países, miembros, socios y otros interesados relevantes a trabajar juntos en encontrar soluciones a los desafíos del personal sanitario y facilitar su implementación efectiva (Afzal *et al.*, 2011, p. 300).

Un número de iniciativas demuestran cómo algunos países han tomado posesión de la agenda de desarrollo de RHS, adoptando diversas combinaciones de las reformas de la política y las decisiones de inversión. Nos dice que:

La complejidad que apuntaba la disponibilidad y rendimiento de personal sanitario exige respuestas integrales y coordinadas que presten la debida atención a cada paso crítico en la “cadena de suministro” de los trabajadores de salud e involucran a todos los actores clave. Los ministerios de salud podrían fortalecer el desarrollo del personal sanitario trabajando más estrechamente con otros sectores (incluyendo educación, trabajo, administración pública, finanzas) y otros actores (Afzal *et al.*, 2011, p. 303).

Los trabajadores del sector de la salud tienen un objetivo en común que es brindar el mejor servicio en la atención de pacientes, preocupación que debe considerarse como la prioridad en la estrategia del desarrollo de los recursos humanos con la finalidad de lograr la comunión entre los objetivos de la institución con los objetivos personales de cada uno de estos trabajadores.

Las condiciones de trabajo decente para el personal sanitario son esenciales para prestar servicios de salud y para garantizar que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a la protección social de la salud.

La incapacidad para prestar servicios de salud ha tenido grandes efectos en la salud individual y colectiva, la pobreza, la generación de ingresos, la productividad en el mercado de trabajo, el crecimiento económico y el desarrollo. Si bien la carga de la enfermedad y la demanda de servicios de salud varían en cada comunidad, la asequibilidad de los servicios de salud constituye un reto en la mayoría de los países. Por lo tanto, muchos gobiernos han considerado o emprendido reformas de gran alcance de sus sistemas de salud, remodelando el entorno laboral para el personal sanitario.

Profesionalización de los cuadros directivos

Los gerentes o directivos del sector salud, en este caso los directivos de los hospitales de segundo nivel, deben contar con un perfil adecuado, la mayoría de ellos son médicos que han adquirido experiencia a través del tiempo. De acuerdo con Pérez *et al.* (2022), este aprendizaje empírico no es suficiente para un buen manejo hospitalario. Esto hace cada vez más urgente y necesario el proceso de profesionalización de los cuadros directivos y personal de apoyo.

Los administradores o gerentes hospitalarios deben contar con habilidades y competencias necesarias que permitan llevar adecuadamente sus funciones, no solo habilidades médicas, sino también de liderazgo, para poder dirigir de manera eficiente la institución hospitalaria, entendido en el tenor que se trata del ámbito público, donde los recursos económicos, materiales y humanos son escasos. Es evidente que si hay una gerente hospitalario con conocimientos, habilidades y aptitudes capaz de tomar decisiones adecuadas, se ve reflejado en la atención para los pacientes.

Satisfacción de los servicios de salud

La salud abarca aspectos determinantes y subjetivos, el bienestar físico, mental y social de los cuales tenemos como principal objetivo la capacidad de funcionamiento en el aspecto social, la adaptación y trabajo socialmente productivo por ende en un recurso para la vida diaria, un determinante de la salud presente en la vida diaria del hombre y que afecta el entorno de este, ya que influye decisivamente en su salud y no específicamente en el ambiente natural, sino más aún su entorno social.

Existe una serie de determinantes de la salud en los cuales nos podemos extender de manera significativa, sin embargo, basta con mencionarlos para darnos una idea sobre la problemática que de estos surge, tales como los estilos y hábitos de vida, el sistema sanitario que es muy extenso, la biología humana. Todos estos determinantes a su vez pueden tener aspectos de diferenciación muy significativos, ya que existen desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales. Esto configura el estado de salud de cada individuo tomando como una condición muy importante las condiciones de vida. Los estilos de vida, las circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

Por otro lado, tenemos determinantes de la salud que son señalados como determinantes positivos, son aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de cada individuo y su bienestar funcional. Los resultados de estas acciones dan como resultado mejoras en la calidad de vida y bienestar. Invertir en promoción de la salud brinda un mayor beneficio en salud, así como un menor

gasto, los principales determinantes positivos de la salud están establecidos como el desarrollar aptitudes personales para la salud, desarrollar entornos favorables, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud e impulsar políticas públicas saludables.

La salud de la población mejoraría de manera importante si se establecieran estrategias en salud considerando las desigualdades sociales, es decir, con enfoque de abordaje mediante los determinantes de la salud, esto desde un enfoque multidisciplinario, donde se considere lo biológico, lo social, los estilos de vida y el entorno ambiental, esto es, que los resultados serán positivos, según De la Guardia y Ruvalcaba (2019).

El uso de los servicios de salud en la población con derechohabencia y con la que no cuenta con algún servicio de salud, busca ser atendido de manera pronta y oportuna y como ya se mencionó que dichos servicios de salud sean de acuerdo a las necesidades de una población, para ello debe de existir conciencia social y se debe de dar la importancia que se merece ofrecer servicios de salud de calidad y más en las instituciones públicas, pues estas son desprestigiadas debido a la subjetividad social y por la gestión hospitalaria que en ella rige.

Método

Se llevó a cabo una investigación de corte cualitativo, su alcance es descriptivo- comprensivo, transversal, no experimental; el estudio se realizó en dos hospitales de segundo nivel de la zona oriente del Estado de México, la muestra se obtuvo de forma no probabilística, la población objeto de estudio quedó constituida por el director y jefes de áreas: administrativa, médica, enfermería, recursos humanos y enseñanza, adscritos a las instituciones que aceptaron participar en la investigación. El diseño del instrumento corresponde a una entrevista semiestructurada con la que se exploraron las categorías de profesionalización y gestión hospitalaria conforme a la siguiente operacionalización:

- ♦ Profesionalización: proceso abierto continuo y multifacético, sus ventajas deben traducirse en que las instituciones públicas mejoren de forma significativa su rendimiento y productos, decisiones, políticas, acciones, bienes y servicios finales (Uvalle, 2000).

- ♦ **Gestión hospitalaria:** es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna, cuando se refiere a la gestión hospitalaria, hacemos referencia al producto en resultados de bienestar y satisfacción.

Resultados

La percepción institucional es importante para saber su construcción social y la legitimidad que hay sobre las instituciones de salud de segundo nivel en la zona oriente del Estado de México. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron de la aplicación de una entrevista semiestructurada donde se les preguntó si consideraban que su labor como director era apreciada por los usuarios; el director (E1), ubicado en el Hospital 2 y el director (E2) ubicado en el Hospital 1, consideran lo siguiente:

(E1) Sinceramente, no...

(E2) Es como te vaya en la feria, porque si puedo resolver el problema la gente se va contenta, si no puedo resolver, lo veo con el que no trate yo directamente, el que pueda llegar y no lo puedan atender o se tenga que ir a otra unidad, va a decir que el hospital no lo atendió, es algo que yo he hablado mucho con los presidentes municipales, tratar de cambiar la imagen del hospital no siempre es como se dice, el paciente si llega aquí, lo revisamos, si no necesita hospitalizarse lo mandamos a su casa, a veces lo consideran como rechazo, aunque ya se haya atendido. Entonces es ahí donde a veces yo le digo a los presidentes municipales, delegados: tratar de cambiar la imagen, primer nivel que es las jurisdicciones o centros de salud, cambien la imagen del hospital, porque este es el único hospital que les va a resolver. Si ya vienen con esa predisposición de que no me lo van a resolver, va a ser más difícil bajar esa barrera, todo el que llega conmigo le resuelvo el problema ya sea que lo oriento hacia dónde tiene que ir o ya lo tienen esperando al lugar en donde se tiene que trasladar, o le doy

un plazo en el cual podamos cumplir lo mayor posible la necesidad que tiene, porque sabemos bien que el 100% no siempre lo podemos cumplir. Probablemente el usuario si los aprecie...

El impacto social que tienen los hospitales de segundo nivel en la zona es importante, por lo que ambos directores dijeron que:

(E1) Yo creo que sí tiene mucho impacto porque a parte lo que nosotros hacemos aquí en medicina curativa, también hacemos medicina preventiva, entonces el instituto apegado a la Secretaría de Salud hace jornada médicas, pláticas de pasillo, nosotros hacemos medicina preventiva en sala de espera, en consultorios y en hospitalización y tratamos de fomentar la medicina preventiva y que la población se enferme lo menos posible, estamos apegados a la jornada de vacunación y varios programas que se llevan a cabo en el hospital, pero aún faltan algunos otros programas, por ejemplo el de activación física, que es donde se le invita a la población para que venga hacer ejercicio, hay que hacer toda una logística y es precisamente para obesidad...

(E2) Aquí tengo dos temas; uno, la región es muy fuerte que tenemos los tres niveles de atención; primer nivel como centros de salud y jurisdicciones, segundo nivel que son estos hospitales generales y el tercer nivel es el de alta especialidad de Ixtapaluca, por lo cual podemos resolver muchísima de la problemática que hay en la región. Y otra, mi propio hospital, tenemos servicios que no se tienen en ningún otro de esta región ni en muchas otras y hay servicios que no lo tienen más que en Toluca, en mi gestión se realiza algo que se llama tamiz cardiología, que es a todo paciente que nazca le hacemos un estudio del corazón y vemos si tiene las principales causas de problemas del corazón graves que no se detectan al nacimiento.

El impacto en salud es muy alto, que no lo conozcan todos ahí es el problema, no tenemos un medio de difusión que nos pueda ayudar a tener más impacto, yo trato de decirles a todos, presidentes municipales y coordinadores: el viernes voy a Tenango y hago esta sesión, es una sesión de comité municipal de salud en la cual expongo todos los servicios que tengo y cómo ese municipio me ha enviado pacientes; cuántos por ciento hemos atendido de ese municipio...

El director es considerado como eje principal para una buena gestión administrativa, por lo cual los mandos medios definen al director del Hospital 2 como ecuánime, líder, proactivo, comprometido y honesto, en tanto las áreas de otros Hospitales lo definen como líder, íntegro, eficaz, responsable y como una persona ética.

Por otra parte, se realizó una entrevista semiestructurada a los mandos medios que mayor acercamiento tenían con los pacientes. Una de las preocupaciones que tienen los mandos medios es que los insumo y medicamentos escaseen, por lo cual se preguntó: ¿cuáles son las implicaciones inmediatas cuando los insumos y medicamentos escasean? Coinciden ambos hospitales que se requiere solicitar de manera anticipada aquellos insumos que son indispensables para su trabajo, en tanto a los medicamentos, se menciona que se solicitan en otros hospitales y de no encontrar medicamentos en ninguna institución cercana se le suplente el medicamento por otro que sea efectivo para su tratamiento, en caso de no ser posible, se le pide al paciente que compre el medicamento requerido.

Otra pregunta que es importante analizar es si se considera importante la atención de calidad, que tiene relación con la subcategoría “calidad”. Los mandos medios del Hospital 2 indican que:

E3) Sí, sí es importante, muy importante que tenga una buena atención, porque así también te permite que el paciente pues comprenda esta situación, de que, si hay falta de algún insumo, porque no los tenemos todos y te pueda comprender también esa parte. Yo le digo a los compañeros, hay que ser empático porque vienen y traen a su familiar mal o sea se sienten mal...

En tanto para los mandos medios y el discurso más significativo del Hospital 1 es:

(E12) Sí, hay que recordar que la calidad es subjetiva y la calidad tiene que ver con qué tanta satisfacción hubo del usuario, nosotros podríamos decir que tenemos una calidad técnica adecuada, pero la calidad técnica iría en procesos o si el médico tiene *expertise* o si está capacitado, pero hay que recordar que también existe la calidad percibida y si el usuario percibe que la atención es mala por múltiples razones, puede ser porque lo hicieron esperar mucho tiempo, porque no

le contestaron el saludo, porque fueron groseros desde la entrada, eso impacta de manera significativa cómo el paciente nos observa como unidad, aunque probablemente el médico haya sido el más experto en darle el tratamiento el paciente ya se lleva otra percepción, entonces, la calidad de los servicios de salud tienen que ver con poder unificar los criterios creo yo tanto de la calidad percibida como de la calidad técnica, pero eso es sumamente complejo por que la calidad técnica es muy fácil de llevar porque es alinearte a procesos, pero la calidad percibida no, porque cómo le dices a un recurso en formación o un recurso humano que se comporte de manera adecuada.

Discusión

Se requiere de recurso humano, material y financiero suficiente para hacer frente a la incertidumbre cotidiana que enfrentan los sistemas de salud pública, en especial los hospitales de segundo nivel. Si bien es cierto que el sistema de salud ha estado fragmentado, en la actualidad se busca una universalización de los servicios de salud, sin embargo, y a pesar de las múltiples acciones y políticas públicas que se implementan, no son suficientes, debilitando la legitimidad de dichas instituciones. Datos del Inegi indican que el recurso humano que se encuentra trabajando en instituciones de salud pública no es suficiente para cubrir las demandas de salud de la población, la realidad en la que se enfrentan estas dos instituciones no solo es la falta de personal, sino también el cómo resuelven, su gestión es de vital importancia, de esta depende la vida del paciente.

Es por ello que los gerentes hospitalarios deben contar con habilidades y competencias necesarias, como lo menciona Pérez (2022), la mayoría de ellos son médicos que han adquirido experiencia a través del tiempo, no siendo suficiente para enfrentar los menesteres de una institución de salud pública. Ambos directores refirieron tener el perfil adecuado para poder dirigir el hospital; desde su perspectiva, difieren en la apreciación de su labor, la calidad del servicio percibida por el paciente es subjetiva, esto depende del trato y solución a su demanda. De la Guardia y Ruvalcaba (2019) indica que la salud de la población mejoraría de manera importante si se establecieran estrategias

en salud considerando los determinantes sociales (biológico, social, estilos de vida y entorno ambiental), a pesar de que ambas instituciones son públicas, sus usuarios son tienen necesidades diferentes, puesto que se encuentran en distintas zonas y sus usuarios no tienen las mismas oportunidades laborales.

La buena atención expresada por el usuario permite un aceptación y confiabilidad no solo del hospital, sino de quien labora dentro de la institución, el personal operativo funge como el pilar fundamental, es por ello que las condiciones laborales deben ser óptimas para su buen desempeño, de este modo se ofrecerá un servicio de calidad que beneficiará en mejorar la salud del usuario.

Conclusiones

La realidad es un constructo social que se fotja a través del lenguaje y las interacciones sociales. En este sentido, las instituciones de salud pública juegan un papel primordial para la construcción de la salud. Nosotros como sociedad creamos instituciones para poder brindar servicios que satisfagan las necesidades en salud, desde la construcción de la realidad de la enfermedad, donde el individuo padece de enfermedades debido a su contexto social y la necesidad de tratarse; en ese momento se erige la institución de salud como parte de una necesidad.

Con respecto a este tema existe una controversia por quién se encuentra capacitado para administrar los servicios que brinda una institución dedicada a la salud, pues existen varios factores y habilidades con las que debe de contar un director de una institución del sector salud para poder brindar un servicio eficiente y de calidad. Se debe destinar un presupuesto adecuado a cada hospital dependiendo al tiempo de necesidades que atienda, además de contar con el personal adecuado, establecer jornadas laborales flexibles con salarios bien remunerados, puesto que hay personal que no acepta laborar debido a la zona donde se encuentra el hospital, la certeza laboral es un factor fundamental para que el personal permanezca en los hospitales.

La construcción a través de la relación médico-paciente es de vital importancia para poder tener un institución hospitalaria de calidad, la relación entre compañeros y la comunicación de calidad forman parte de que el usuario

perciba de diferente manera a un hospital público y tenga la confianza de atenderse, así como de mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias

- Afzal, M., Cometto, G., Roskam, E., y Sheikh, M. (2011). Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario: Aumentando el Impulso para el Desarrollo de Personal de la Salud. *Revista Médica Experimental en Salud Pública*, 28, 298-307.
- De la Guardia Gutiérrez, M. A., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Gómez, O. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53, 220-232.
- Inegi (2021). Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos. <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=inversion+en+salud+2022> [Consulta: 14 de abril de 2023].
- Nigenda, G. (2013). Servicio social en medicina en México: Una reforma urgente y posible. *Salud Pública de México*, 55, 519-527.
- OECD (2021). Gasto en salud. <https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/gastoensalud.htm> [Consulta: 27 de mayo de 2023].
- Sánchez, M. (2018). ¿Una nueva gestión pública para el sistema de salud mexicano? Reflexiones para contribuir a la agenda de investigación. *Salud y Administración*, 31-39.

Concepciones sobre salud, enfermedad y atención en estudiantes de Medicina de la Universidad Lamar en Guadalajara, México

Eduardo Enrique Zetina Bautista

Introducción

La antropología médica es un campo interdisciplinario fundamental para explorar cómo las diversas culturas y contextos sociales configuran las concepciones sobre salud, enfermedad y atención médica, mismas que están ligadas a la cultura de los grupos, a las realidades sociales en que estos procesos ocurren y condicionadas también por las distintas clases sociales, religiones, creencias, vivencias y experiencias que de manera sociohistórica enriquecen y nutren dichas concepciones, transformándolas y perpetuándolas en los distintos grupos (Jean Langdon y Braune Wiik, 2010). Esta perspectiva nos permite explorar la comprensión, las vivencias y experiencias asociadas a cómo los individuos de distintos grupos interpretan y gestionan los procesos de salud y enfermedad, a menudo en contraste y contradicción con los paradigmas biomédicos dominantes.

Investigaciones previas han destacado que los estudiantes de medicina llegan con concepciones preexistentes sobre la salud y la enfermedad que pueden

diferir del paradigma biomédico institucional (Good *et al.*, 2016). Esta discrepancia influye en su práctica profesional posterior y en la calidad de la atención que brindan a los pacientes en diferentes contextos culturales (Cohen *et al.*, 2019). En el contexto local de Guadalajara, la coexistencia y la interacción entre la medicina tradicional y la biomedicina han sido temas de interés, reflejando una complejidad en la atención sanitaria que requiere una comprensión profunda de las perspectivas locales (González-Martínez y Rivas-Silva, 2020).

Además, la educación médica en entornos multiculturales como el de Guadalajara presenta desafíos únicos donde adaptar el currículo educativo a estos futuros profesionales de la salud e integrar estas perspectivas podría dar como resultado una atención más efectiva y centrada en el paciente y culturalmente incluyente (Kleinman *et al.*, 2018).

Este estudio está centrado específicamente en los estudiantes de primer semestre de la carrera de médico, cirujano y partero en la Universidad Lamar, un campus localizado en el Área Metropolitana de Guadalajara. Me interesó recuperar las concepciones iniciales de estos estudiantes sobre salud, enfermedad y atención médica antes de que sean moldeadas por los modelos educativos formales hegemónicos, lo cual tiene implicaciones prácticas académicas y sociales significativas al reconocer y reflejar mejor las realidades locales, fomentando una atención médica más inclusiva y culturalmente competente en un contexto específico.

La investigación también contribuye a llenar un vacío en la literatura local, proporcionando datos empíricos que pueden guiar políticas educativas más efectivas, comprensivas e inclusivas. De igual manera, al integrar perspectivas teóricas y metodológicas de la antropología médica y ciencias sociomédicas, este estudio aspira a enriquecer el debate académico sobre la formación profesional en salud y su impacto en la atención médica.

Para los profesionales de la salud, conocer estas distintas concepciones podría resultar de utilidad al interactuar con aquellos individuos que acuden a los servicios de salud, pues les permitiría comprender desde qué otros saberes las personas se aproximan a los conceptos de *salud*, *enfermedad*, *cuerpo*, *medicina*; concepciones muchas veces discordantes con la perspectiva biomédica.

Conceptos clave en antropología médica

El encuentro entre conocimientos sobre la salud y la diversidad de perspectivas sobre la enfermedad y la atención entre diferentes culturas y contextos es uno de los objetos de la antropología médica (Langdon y Braune Wiik, 2010). Comprender las concepciones previas de los futuros profesionales de la salud es esencial, especialmente cuando se van a enfrentar a pacientes cuyas perspectivas pueden diferir de los enfoques biomédicos convencionales. Estas diferencias han sido documentadas en investigaciones anteriores (Good *et al.*, 2016). Good destaca la importancia de adaptar los currículos educativos para integrar competencias culturales que faciliten una atención médica más inclusiva y respetuosa (Cohen *et al.*, 2019).

Así, desde la Organización Mundial de la Salud tenemos la clásica definición de *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud involucra armonía física, mental y social, la enfermedad se percibe como una desviación de este estado ideal, influenciada por factores biológicos (Pinto y Ramírez, 2023); en sentido amplio, la antropología médica se centra en el estudio de las prácticas y creencias relacionadas con la salud, la enfermedad y la atención en contextos culturales específicos; las concepciones no solo incluyen aspectos biológicos y físicos, sino también dimensiones culturales, sociales, emocionales y espirituales que influyen en la experiencia de enfermedad y las estrategias de tratamiento (Kleinman *et al.*, 2018).

Modelos de atención médica

En términos de atención médica, existen dos modelos principales que coexisten y se entrecruzan en diferentes contextos: la medicina tradicional y la biomedicina occidental (González-Martínez y Rivas-Silva, 2020); según estos autores, la medicina tradicional se basa en prácticas y conocimientos transmitidos de generación en generación dentro de comunidades específicas, se lleva a cabo con uso de hierbas medicinales, rituales y prácticas espirituales. Por otro lado, la biomedicina occidental se fundamenta en el conocimiento científico

y tecnológico moderno, centrado en el diagnóstico y tratamiento basados en evidencia científica (Good *et al.*, 2016).

La interacción entre estos dos sistemas de salud no siempre es compatible, e incluso puede generar tensiones, conflictos y terapéuticas contradictorias donde ambos sistemas operan simultáneamente. Estudios como el de Rodríguez y García (2022) titulado “Concepciones de salud y enfermedad en estudiantes de medicina: un estudio comparativo entre diferentes universidades en México”, han explorado cómo estas concepciones del propio médico en formación afectan la percepción y la elección del tratamiento que ofrece a los pacientes, destacando la complejidad de la atención médica contemporánea y lo complejo de la relación de las personas con la enfermedad, pero también con los sistemas de salud en función de sus creencias.

Formación profesional en salud y la competencia cultural

La educación médica juega un papel crucial en la formación de futuros profesionales de la salud. Kleinman *et al.* (2018) enfatizan la importancia de integrar la competencia cultural en los currículos educativos para preparar a los estudiantes para interactuar efectivamente con pacientes de diversas culturas y contextos socioeconómicos. Esto implica un reto para los modelos de educación de los futuros médicos; la sensibilidad cultural no solo mejora la comunicación y la relación médico-paciente, sino que también promueve una atención más inclusiva y respetuosa de las creencias y prácticas de los pacientes (Cohen *et al.*, 2019).

Metodología

Se realizó un cuestionario autoaplicado de diez preguntas abiertas a un grupo de 26 alumnos de entre 18 y 33 años del primer semestre de la carrera de Médico, Cirujano y Partero de la Universidad Lamar, seleccionados intencionalmente. El objetivo fue recuperar mediante el cuestionario autoaplicado la concepción

que los alumnos de licenciatura tienen sobre conceptos como *salud*, *cuerpo*, *enfermedad* y *atención*. Participaron un total de 26 personas con edades comprendidas entre 18 y 33 años, veinte personas eran mujeres y seis hombres, el 65.4% tenían, al momento de la aplicación del cuestionario, entre 18 y 20 años, es decir 17 participantes; 23 de las personas se autoidentificaron como heterosexuales y tres como bisexuales; en cuanto a la ocupación, 24 personas dijeron dedicarse exclusivamente a estudiar y dos trabajaban y estudiaban.

La recolección de datos se llevó a cabo en un entorno controlado para asegurar la confidencialidad de los participantes; el cuestionario fue aplicado de manera anónima, sin remuneración alguna durante un promedio de veinte minutos del 7 al 9 de mayo de 2023, no se recabaron datos personales. Respecto a las consideraciones éticas, se siguieron los principios éticos informando a los participantes sobre la naturaleza de su participación, recabando las respuestas de manera anónima y respetando la autonomía de los participantes.

El cuestionario constó de diez reactivos, entre ellos preguntas abiertas que abordaron aspectos como la definición personal de salud y enfermedad, las enfermedades previas experimentadas, percepciones de un cuerpo sano y enfermo, la relación personal con el cuerpo, así como las concepciones de medicina tradicional y occidental. Además, se indagó sobre la percepción y el propósito de una consulta médica, así como las interacciones relevantes durante estas consultas.

Este enfoque permitió captar tanto las interpretaciones individuales como las influencias culturales y sociales que moldeaban las concepciones de los estudiantes.

Una vez recopiladas las respuestas, se procedió con el análisis de los datos mediante la síntesis analítica o también llamado análisis integrativo, que consistió en recopilar, combinar y sintetizar esas respuestas individuales en una respuesta general o compuesta para cada una de las preguntas. Esta síntesis permitió obtener una visión consolidada o un resumen de las respuestas individuales a partir de la categorización y agrupación de respuestas similares para identificar patrones temáticos y tendencias significativas o emergentes en las concepciones de los estudiantes sobre salud, enfermedad y atención médica (Charmaz, 2014).

Resultados

En el contexto local de Guadalajara coexisten prácticas de la medicina tradicional y de la biomedicina (González-Martínez y Rivas-Silva, 2020). González y Rivas señalan que las interacciones entre estos sistemas de salud influyen en las decisiones de tratamiento y en la percepción pública sobre salud y enfermedad de los pacientes; por lo tanto, comprender las dinámicas locales es esencial para diseñar políticas de salud efectivas y culturalmente sensibles e incluyentes que respondan a las necesidades de la población diversa de la región.

Concepciones de salud. Se identificaron tres grupos distintos de respuestas con características compartidas respecto del concepto de *salud* entre los participantes:

TABLA 1. CONCEPTOS DE SALUD

PRIMER GRUPO:	La salud es principalmente “la ausencia de enfermedades” o “la ausencia de situaciones que amenacen el bienestar”; enfatizan el aspecto físico de la salud, mencionado de manera consistente en todas las respuestas, incluyeron aspectos mentales y sociales, referidos en menor frecuencia.
SEGUNDO GRUPO:	La salud es “un estado de bienestar general” o “sentirse bien”, a diferencia del primer grupo. No se centra en la ausencia de enfermedades, sino más bien en el bienestar físico, mental y, en menor medida, social.
TERCER GRUPO:	La salud es tanto “ausencia de enfermedad” como “estado de bienestar”; hacen referencia explícita a los niveles físico, mental y social en todas las respuestas.

Basado en las respuestas de los tres grupos, la síntesis integrada grupal, es: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social en ausencia de enfermedades o cualquier otra situación que ponga en riesgo el bienestar físico mental y social de las personas”. Cabe mencionar que esta síntesis refleja una definición coherente con la de la Organización Mundial de la Salud, como se menciona anteriormente en el texto.

Concepciones de enfermedad. A partir de las respuestas de los participantes, el concepto de *enfermedad* se divide en dos perspectivas principales.

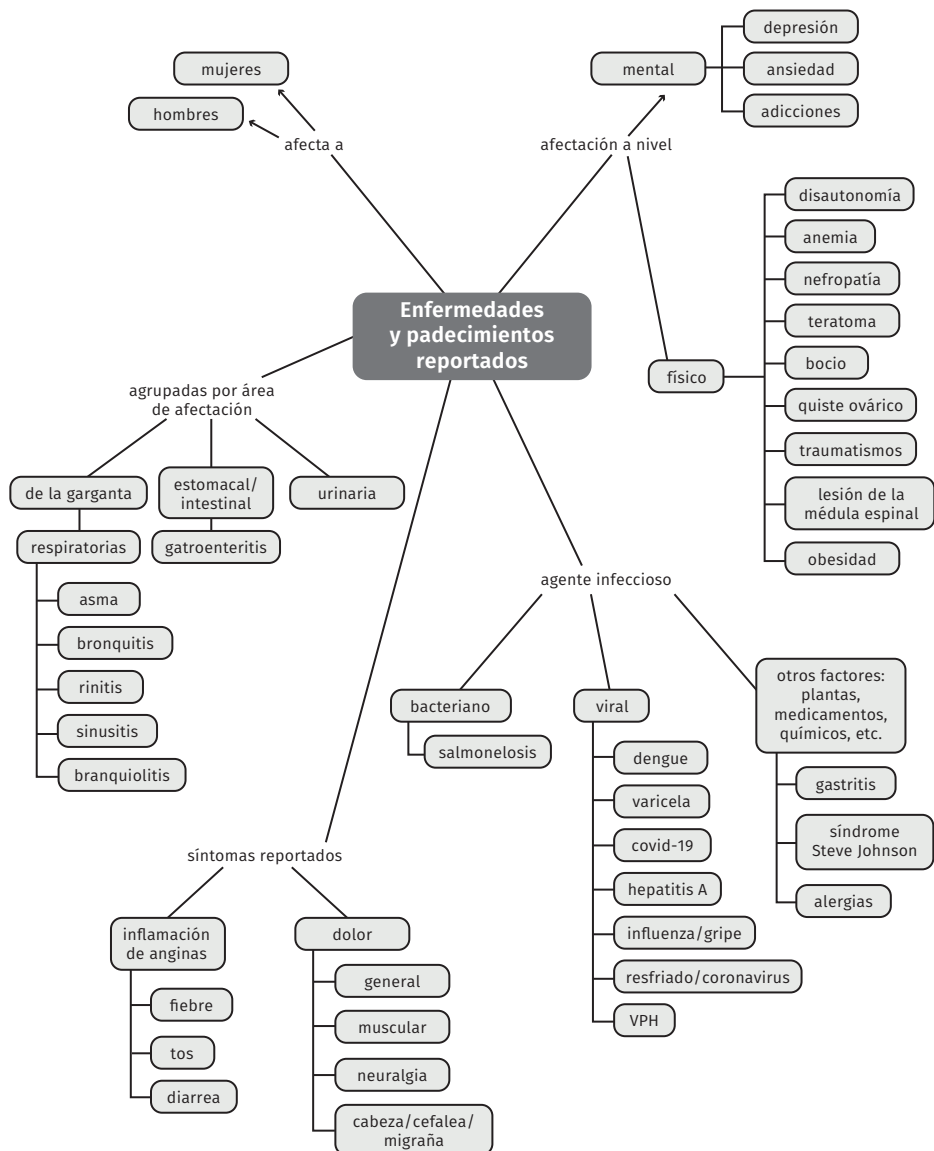
TABLA 2. CONCEPTOS DE ENFERMEDAD

PRIMER GRUPO:	La enfermedad se define como “una pérdida o ausencia de la salud”.
SEGUNDO GRUPO:	La enfermedad es “un deterioro general del bienestar”, que afecta tanto física, mental como socialmente; este grupo menciona que la enfermedad no solo provoca malestares físicos, sino que también puede generar malestares mentales debido al sufrimiento que conlleva.

Aunque en ambos grupos se reconoce el impacto mental y social de la enfermedad, ninguno de los participantes hizo referencia a causas específicas como agentes patógenos. La síntesis integrada de la concepción de enfermedad grupal es: “La enfermedad es la ausencia de la salud que, por alteración, deficiencia o mal funcionamiento del cuerpo, provoca malestares y padecimientos en quien padece la enfermedad, pero no solamente a nivel físico, sino que también puede desgastar mentalmente, emocionalmente y puede además tener también una afectación a nivel social”.

Enfermedades padecidas. En el siguiente esquema se encuentran algunos padecimientos; si bien médicamente existen más en el ámbito físico, el grupo participante solamente nombró las enfermedades que ha padecido.

FIGURA 1. ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS REPORTADAS POR LOS PARTICIPANTES



Fuente: elaboración propia.

Las respuestas a esta pregunta nos permiten ver de manera gráfica las experiencias que este grupo de personas ha tenido con la enfermedad y el padecimiento desde la experiencia propia, donde destaca la ausencia de la dimensión “afectación a nivel social”.

Las descripciones de la enfermedad desde la perspectiva biomédica cuenta con una explicación del origen, las vías de transmisión y variedades; además incluye un cuadro clínico con síntomas característicos. Por ejemplo:

TABLA 3. DESCRIPCIONES DE ENFERMEDAD

DENGUE, ORIGEN	PERSPECTIVA BIOMÉDICA	CUADRO CLÍNICO CON SÍNTOMAS
Enfermedad viral transmitida por mosquitos del género <i>Aedes</i> , como <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes albopictus</i> (WHO, 2020)	Pertenece a la familia <i>Flaviviridae</i> y al género <i>Flavivirus</i> (Guzman y Harris, 2020).	Variedad de síntomas, desde fiebre leve hasta formas graves que pueden ser potencialmente mortales (WHO, 2020).

Pero en este ejercicio los participantes nombraron sus padecimientos desde las sensaciones ¿qué sienten?, ¿dónde lo sienten?, ¿qué creen que es? En el grupo, varios reportaron haber tenido dengue, sin embargo, solamente uno de los participantes sí tuvo el diagnóstico clínico mientras los demás se auto diagnosticaron. Sucedió lo mismo con la influenza y el resfriado común, no tenían la certeza del diagnóstico clínico, pero ellos, los que experimentaban los síntomas, así lo llamaron o alguien de su entorno así lo llamó.

Esta situación se repitió con los padecimientos más comunes mientras que con los menos comunes como el síndrome Steve Johnson, el teratoma o un quiste ovárico, los participantes mostraron una mayor seguridad respecto del nombre de la enfermedad porque se acudió a servicios de salud para el diagnóstico clínico y la atención.

Concepción de un cuerpo sano. Respecto de la concepción de *salud*, se observó una notable diferencia entre las descripciones de hombres y mujeres.

- ♦ Los hombres enfatizaron que un cuerpo sano se caracteriza por estar físicamente dentro de parámetros adecuados, ser atractivo físicamente en términos de talla y fuerza, tener una buena resistencia y capacidad

pulmonar, mencionaron la importancia de la ausencia de dolor y una sensación de bienestar tanto físico como mental.

- ♦ Las mujeres ofrecieron una descripción más detallada y diversa del concepto de *cuerpo sano*; destacaron la importancia de la ausencia de alteraciones físicas, malestares y enfermedades físicas o trastornos mentales, subrayaron que un cuerpo sano debe tener un metabolismo y funciones fisiológicas normales, mantener un peso ideal establecido y sentirse cómodo con ese peso, resaltaron la necesidad de que el cuerpo esté en buen estado físico, mental y social para mantener relaciones sociales saludables, lograr éxito académico y expresarse adecuadamente.

La síntesis integrada de la concepción de un cuerpo sano es:

Un cuerpo sano es un cuerpo sin enfermedades físicas, sin trastornos mentales, sin alteraciones físicas y sin dolor, con dimensiones que entran dentro de los parámetros sociales y de salud establecidos, con un buen y normal funcionamiento del metabolismo y de sus funciones fisiológicas. Es un cuerpo que se ejercita, se alimenta sanamente como es debido, por lo que se encuentra en buen estado físico, es físicamente atractivo, tiene la talla adecuada, con la fuerza y capacidades fisiológicas necesarias para desenvolverse adecuadamente, por lo que además de encontrarse en equilibrio físico y mental consigo mismo, está conforme en cómo se ve y cómo se siente, por lo que, además de ser un cuerpo en buen estado físico, mental y social, es capaz de mantener buenas relaciones sociales, prepararse académicamente y ser expresivo.

Concepción de un cuerpo enfermo. La concepción de un *cuerpo enfermo* también mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres.

- ♦ Los hombres se centraron en una descripción física del cuerpo enfermo, considerándolo como aquel con obesidad, falta de cuidado personal, presencia de dolor y afectación en sus funciones fisiológicas.
- ♦ Las mujeres ofrecieron una perspectiva más integral del cuerpo enfermo, asociaron la enfermedad con prácticas personales que afectan la salud, como falta de autocuidado y desequilibrios fisiológicos o metabólicos.

Ambos géneros expresaron claramente que hay una responsabilidad personal sobre el estado del cuerpo enfermo, reflejando un juicio social marcado hacia estos cuerpos. En particular, las mujeres describieron el cuerpo enfermo desde tres dimensiones: física (manifestada en sobrepeso o desnutrición), sensitiva (como dolor y cansancio) y emocional (posible aislamiento social). Esta visión integral destaca cómo perciben la enfermedad no solo como un estado físico, sino también como un desequilibrio que afecta tanto el bienestar emocional como el social.

La síntesis grupal integrada de la concepción de un cuerpo enfermo es: “Un cuerpo enfermo es aquel que padece una enfermedad o trastorno mental, que ya sea por alteraciones fisiológicas, del metabolismo o por falta de preocupación personal, atenta contra la propia salud provocando desequilibrios y cambios físicos anormales que pueden manifestar a nivel físico y de forma visible como el sobrepeso y la desnutrición, a nivel sensitivo con síntomas como dolor, cansancio, o a nivel emocional manifestándose, por ejemplo, como el aislamiento social”.

Concepción y percepción del propio cuerpo. Los participantes se categorizaron en tres grupos. Primer grupo: aquellos que se consideran sanos. Segundo grupo: los que se ven como medio sanos. Tercer grupo: los que se perciben como enfermos.

TABLA 4. CONCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN DEL CUERPO

PRIMER GRUPO	Se ven como sanos, describen su estado físico y mental como saludable, mientras trabajan en fortalecer sus relaciones sociales, mantienen un enfoque constante en mejorar su salud física, mental y emocional.
SEGUNDO GRUPO	Se perciben como medio sanos, no se consideran enfermos, no se identifican plenamente como sanos debido a la falta de actividades adecuadas para el cuidado de su salud o a la presencia de alguna enfermedad crónica que limita su bienestar completo, esta percepción cambia dependiendo del control que tengan de la enfermedad.
TERCER GRUPO	Reportaron tener un cuerpo enfermo, mencionaron que no lo cuidan adecuadamente y expresaron insatisfacción con su aspecto estético, un pequeño número de participantes (cinco) se negó a responder esta pregunta, principalmente aquellos que mencionaron padecer obesidad, depresión, adicciones o traumatismos.

Concepción de medicina tradicional. Un grupo expresó desconocimiento sobre qué es la medicina tradicional, otro grupo la describió como una forma de medicina antigua sin evidencia científica, seguida únicamente por su legado cultural. El tercer grupo contribuyó explicando las bases de la medicina tradicional, su origen histórico, su persistencia hasta la actualidad, los casos en los que se utiliza y cómo se accede a ella.

Conjuntando las diversas contribuciones individuales, la concepción colectiva de la medicina tradicional es: “En la medicina tradicional se encuentran la medicina alternativa, naturista, la medicina herbolaria, la homeopatía, entre otras. Es el conjunto de prácticas, costumbres, creencias, remedios y conocimientos obtenidos a partir de la experiencia, de la práctica tradicional de las distintas culturas y desde las que se originaron remedios, remedios caseros, curas, técnicas y prácticas como una alternativa libre de antibióticos, químicos y como auxiliares de enfermedades no tan graves, de atención quirúrgica o síntomas leves como la gripe, la tos, el dolor de cabeza y a las que también se recurre por tradición, cultura, creencias”.

Concepción de medicina occidental. En esta pregunta, se perciben dos grupos distintos y contradictorios, por lo tanto, se construyeron dos concepciones de lo que los participantes entienden por medicina occidental.

La primera es: “La medicina occidental es otra variante de la medicina tradicional y la medicina alternativa, a partir de costumbres y creencias occidentales como las creencias asiáticas y china por lo tanto para esta se recurre a remedios y hierbas chinas con la finalidad de equilibrar las energías del cuerpo”.

La segunda es la siguiente: “La medicina occidental es aquella donde médicos, enfermeros, terapeutas, farmacéuticos entre otro personal de salud, basándose en la ciencia y el método científico, tratan enfermedades, padecimientos y síntomas específicos mediante el uso de medicamentos como antibióticos, procedimientos invasivos como son intervenciones quirúrgicas o radiación”.

A partir de ambas definiciones, se desprende que para los estudiantes de primer semestre de medicina no es del todo claro qué constituye la medicina occidental, además, estas definiciones revelan concepciones con prácticas contradictorias, también evidencian el entendimiento de que existen diversos

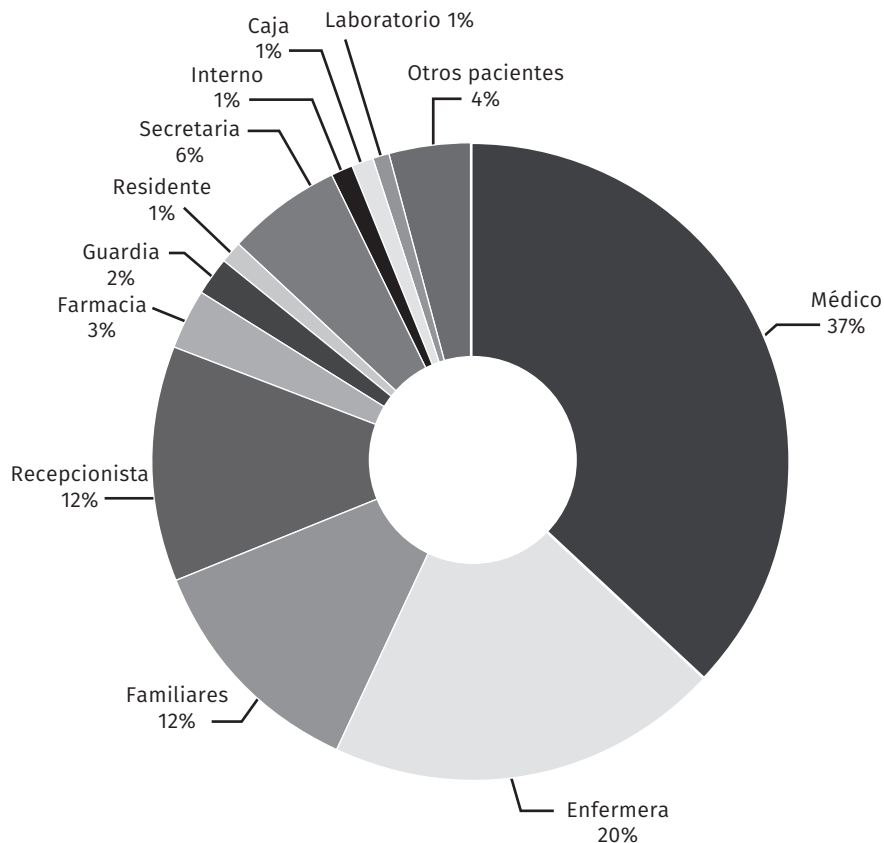
tipos de medicina influidos por la tradición, la cultura y la ubicación geográfica. Cada tipo de medicina persigue objetivos diferentes y en consecuencia, emplea técnicas y métodos de aplicación distintos. Sin embargo, es importante destacar que algunos conceptos que se asumen como universales pueden variar significativamente en su aplicación y comprensión según el contexto cultural y geográfico.

Concepción de la consulta médica. Los participantes concuerdan en que la finalidad de la consulta médica es curar las enfermedades de los enfermos y que esto requiere de las habilidades del médico para llevar a cabo la mejoría del estado de salud del enfermo quedando la definición de la siguiente manera:

Consulta médica es “una visita de un paciente a un médico, esta puede ser de rutina, de seguimiento o de emergencia con la finalidad de exponer al médico, el estado de salud, los síntomas para que este determine el diagnóstico del paciente, por lo que también es un proceso complejo y multidimensional centrado en una relación del médico con el paciente, por lo que en este espacio se ponen en práctica y a prueba los conocimientos del médico. Aquí también interactúan las habilidades del médico para entender al paciente, así como las habilidades de este último para hacerse entender por el médico, en este espacio también se indaga sobre el posible origen y las afectaciones de las enfermedades, con la finalidad de mejorar la salud del enfermo o curarlo completamente del padecimiento”.

A continuación se presenta un gráfico que muestra lo que los participantes mencionaron a la pregunta: “¿con qué personas interactúan durante una consulta médica?”. El total de los participantes señaló interactuar con un médico (26 personas), seguido de la enfermera (14 personas), los familiares (8 personas) y la recepcionista (8 personas).

FIGURA 2. ¿CON QUÉ PERSONAS INTERACTÚAN DURANTE UNA CONSULTA MÉDICA?



Fuente: elaboración propia.

En general, los participantes mencionaron al médico y a la enfermera como las personas principales con quienes interactúan durante la consulta médica, además de algún familiar que los acompaña. En menor porcentaje mencionaron interacciones con otros pacientes, la farmacia y el laboratorio, esta menor frecuencia podría deberse a la menor cantidad de tiempo que pasan en estas áreas en comparación con el consultorio médico, donde se discute más a fondo su situación de salud y se sienten más escuchados, el profesional médico se destaca como el punto central de interacción, tanto en situaciones favorables como desfavorables respecto a atender la salud de los pacientes.

Discusión

Los resultados muestran una diversidad de concepciones sobre salud entre los estudiantes. El resultado es consistente con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que enfatiza el bienestar integral más allá de la mera ausencia de enfermedad (OMS, 1948). La identificación de las perspectivas de los estudiantes sugiere una apertura a comprender la complejidad de la salud desde una visión holística, crucial para la formación de futuros profesionales de la salud que contemple aspectos socioculturales y también desde una perspectiva de género (Smith *et al.*, 2020).

Las experiencias personales con la enfermedad entre los estudiantes también revelaron variaciones significativas, algunos mencionaron experiencias clínicamente diagnosticadas, otros describieron enfermedades autodiagnosticadas, este contraste resalta la influencia de factores personales y culturales en la percepción y la interpretación de los síntomas de salud. Es importante reconocer que las experiencias personales con la enfermedad pueden moldear profundamente las perspectivas individuales y la comprensión de la salud y la enfermedad, lo cual tiene implicaciones tanto para la práctica clínica como para la educación médica (Jones y Martínez, 2021).

El estudio también evidenció diferencias significativas según el género en las concepciones de un cuerpo sano y enfermo, mientras que los hombres tendieron a enfocarse más en los aspectos físicos y funcionales del cuerpo, las mujeres integraron consideraciones emocionales, sociales y estéticas en sus definiciones. Esta discrepancia subraya la importancia de considerar las perspectivas de género en el contexto de la salud y la medicina, destacando la necesidad de una educación médica que sensibilice sobre estas diferencias para una atención más equitativa y comprensiva (García y López, 2023).

La divergencia en las percepciones sobre la medicina tradicional y occidental también fue notable. Mientras algunos estudiantes valoraban la medicina tradicional por su arraigo cultural y experiencia transmitida, otros la consideraban menos válida frente a la medicina occidental, vista como más científica y basada en evidencia. Esta dualidad refleja un debate continuo en contextos de atención médica globalizados, donde diferentes sistemas y enfoques coexisten y a menudo se entrelazan en la práctica clínica. La comprensión de estas

percepciones es esencial para promover un diálogo intercultural y mejorar la aceptación y colaboración entre diferentes sistemas de salud (Nguyen *et al.*, 2020; Patel y Lee, 2019).

Este estudio tiene importantes implicaciones para la educación médica. La identificación de las concepciones iniciales de los estudiantes sobre salud y enfermedad proporciona una base crucial para diseñar currículos educativos que no solo transmitan conocimientos científicos y habilidades clínicas, sino que también fomenten una comprensión profunda y respetuosa de la diversidad cultural y de género en la atención médica. Integrar estos hallazgos en la formación de médicos puede ayudar a mejorar la calidad de la atención, fortalecer la relación médico-paciente y promover una atención más inclusiva y sensible a las necesidades de los pacientes (Perez y Kim, 2021; Tan y Johnson, 2023).

Limitaciones y direcciones futuras

Es importante reconocer las limitaciones de este estudio, como el tamaño muestral limitado y la exclusividad de los participantes de una sola institución educativa. Futuras investigaciones podrían ampliar el alcance geográfico y cultural para capturar una diversidad aún mayor de perspectivas. Además, estudios longitudinales podrían examinar cómo estas concepciones evolucionan a lo largo de la formación médica y cómo influyen en las decisiones clínicas y el cuidado del paciente a largo plazo (Roberts y Nguyen, 2024; Wilson *et al.*, 2022).

Conclusiones

Este estudio ha explorado las diversas concepciones sobre salud, enfermedad, cuerpo y consulta médica entre estudiantes de medicina, destacando la complejidad y la diversidad de perspectivas que emergen en este campo y que son cruciales para la formación médica. Los hallazgos revelan que, si bien existe una convergencia hacia la definición holística de salud propuesta por la OMS, también se observan variaciones significativas influenciadas por factores culturales, personales y de género.

Desde la antropología médica y las ciencias sociales, se ha subrayado la importancia de comprender el origen social e histórico de estos conceptos. Las definiciones recabadas muestran tendencias a veces contradictorias y excluyentes, lo cual evidencia la necesidad de seguir trabajando en la construcción de definiciones más inclusivas que abarquen la diversidad de cuerpos y las neurodivergencias.

Las diferencias según el género en las concepciones de salud y enfermedad también son destacables. Mientras que los hombres tienden a enfocarse en aspectos físicos y funcionales, las mujeres integran consideraciones emocionales, sociales y estéticas. Esto resalta la importancia de una educación médica sensible al género, que promueva una atención más equitativa y comprensiva. Para concluir, la divergencia en las percepciones sobre medicina tradicional y occidental refleja un debate continuo en contextos globales de atención médica. Comprender estas perspectivas es crucial para facilitar el diálogo intercultural y mejorar la colaboración entre sistemas de salud diversos.

Desde la sociomedicina se enfatiza la necesidad de recuperar y reforzar estas concepciones en torno a la salud y la enfermedad, promoviendo un análisis crítico que respete los contextos históricos y culturales. Es esencial que esta información sea accesible y entendible para todos, no solo para la academia, para así restituir el valor individual y colectivo de cada comunidad y cultura, para encaminarnos hacia una educación médica más inclusiva, empática y contextualizada con miras a mejorar la calidad de la atención médica y promover una práctica más respetuosa y comprensiva hacia todos los pacientes y hacia la diversidad de saberes.

Referencias

- Brown, A., y Jones, B. (2019). Understanding health: Perspectives from medical students. *Journal of Medical Education*, 17(2), 45-56.
- Bustamante, R. E., Garza-Morales, S., y Ramírez, J. C. (2021). Salud y enfermedad: una mirada desde la antropología médica en México. *Revista de Antropología Médica*, 3(1), 45-62.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2ª ed.). SAGE Publications.

- Cohen, J. J., Gabriel, B. A., y Terrell, C. (2019). The case for diversity in the healthcare workforce. *Health Affairs*, 32(11), 2058-2060. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0538>
- García, C., y López, M. (2023). Gender perspectives in health definitions. *International Journal of Gender Studies in Health*, 5(1), 112-125.
- González-Martínez, R., y Rivas-Silva, F. (2020). Medicina tradicional y biomedicina en Guadalajara: interacciones y conflictos en la atención sanitaria. *Investigación en Ciencias Sociales*, 24(2), 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2020.02.004>
- Good, B. J., Good, M. J. D., y Fischer, M. (2016). Cultivating medicine: Anthropological perspectives on health and healing. En G. L. Albrecht (Ed.), *Encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (pp. 203-210). Springer.
- Guzman, M. G., y Harris, E. (2020). Dengue. *The Lancet*, 395(10230), 945-945. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30393-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30393-5)
- Jones, D., y Martinez, E. (2021). Personal experiences with illness: Impact on health perceptions. *Health Psychology Review*, 28(3), 332-345.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (2018). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Langdon, E. J., y Braune Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 177-185.
- Miller, S. (2018). Cultural influences on health beliefs. En R. Patel y K. Lee (Eds.), *Global perspectives on health and medicine* (pp. 67-82). Springer.
- Nguyen, H., et al. (2020). Traditional vs. western medicine: Perceptions among medical students. *Journal of Cross-Cultural Medicine*, 14(3), 98-110.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Dengue and severe dengue*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- Patel, R., y Lee, K. (Eds.). (2019). *Global health: Perspectives and practices*. Oxford University Press.

- Perez, J., y Kim, L. (2021). Medical education and cultural competence. *Journal of Medical Diversity*, 23(4), 176-189.
- Pinto, D., y Ramírez, A. (2023). Percepciones iniciales sobre salud y enfermedad entre estudiantes de medicina en América Latina. *Salud Global*, 5(2), 112-130. <https://doi.org/10.1017/sgl.2023.007>
- Roberts, M., y Nguyen, T. (2024). Longitudinal study on health perceptions in medical students. *Medical Education Quarterly*, 31(1), 54-67.
- Rodríguez, M. A., y García, L. F. (2022). Concepciones de salud y enfermedad en estudiantes de medicina: Un estudio comparativo entre diferentes universidades en México. *Revista de Educación Médica*, 7(1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.rem.2022.01.003>
- Sánchez, L., Trovat-Ascanio, V., Araque, M., Parra, J., y Ron, M. (2019). Determinación social versus los determinantes sociales. Reflexiones desde la mirada de la epidemiología crítica. *Revista Inclusiones*, 6, 38-51.
- Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de Moebio*, 49, 1-10.
- Wilson, A., et al. (2022). Cultural and gender perspectives in health education. *Journal of Medical Sociology*, 25(4), 210-223.

La formación médica. Experiencias de mujeres profesionales de la salud

Valeria Ramírez Castellanos

Georgina Vega Fregoso

Introducción

El mantenimiento de la salud, el tratamiento y las enfermedades humanas se articulan indisolublemente para constituir el conocimiento médico en al menos, cuatro aspectos: el biológico, el psicológico, el clínico y el sociocultural; así lo propone José Luis Díaz (2016, p. 275) en su artículo “Conocimiento médico y epistemología clínica”. Este autor propone considerar que la epistemología médica hace referencia a un conjunto de métodos, prácticas y técnicas que configuran un sistema complejo de conocimientos, paradigmas teóricos, concepciones ideológicas, conocimientos factuales y aproximaciones técnicas sobre el cuerpo, la salud-enfermedad y la conciencia, de tipo fisiopatológico, biológico, psicológico y cultural. Por lo cual, abordar el tema de las epistemologías médicas y los paradigmas que subyacen a la formación médica, es altamente complejo e incluso polémico.

En esta línea de reflexión en torno al campo de la formación y el ejercicio médico, Ortega Páez (2018) problematiza la práctica de la medicina, al señalar que no es un proceso exacto y por tanto no se puede reproducir, es decir, se reconoce una alta variabilidad en la práctica clínica, y cómo ha ido trascendiendo

de una práctica médica tradicional, a una práctica médica basada en pruebas (Ortega, 2018).

David Sackett y colaboradores publicaron en 1996 un editorial con el título “Evidence based medicine: what it is and what it isn’t”; en el texto plantean que la medicina basada en pruebas tiene una tradición europea que remontan a mediados del siglo XIX, señalan la polisemia del término y las controversias en torno a su uso dentro de planes y programas formativos en licenciatura y posgrado durante la formación del profesional médica; finalmente los autores proponen que la medicina basada en prueba (MBP) se puede describir como todo uso consciente, explícito y razonado de la mejor evidencia actual a la que tienen acceso los médicos, para tomar decisiones sobre la atención de pacientes individuales (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996).

Sackett y colaboradores de alguna manera plantean, como lo hace también Ortega Páez (2018) que las prácticas médicas y su actividad profesional se desarrollan en un contexto sociopolítico, cultural e histórico que brindan características específicas a la forma en cómo se otorga la atención médica, que difícilmente se pueden replicar, de ahí que el médico debe considerar que las alteraciones fisiopatológicas son parte de una construcción social que comparte con sus pacientes, por ello en cada época y culturas variará la forma en que se comprende la enfermedad y cómo se ofrece el tratamiento.

En un artículo que buscó caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica y su relación con la formación de estudiantes de medicina los autores encontraron que, tras aplicar la Escala C de Razonamiento Moral a 484 estudiantes, de los semestres de primero a décimo de la carrera de medicina de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, en 2008, los estudiantes manifestaron seguir razonamientos a partir de rutas particulares e itinerarios diversos (Escobar-Melo, Díaz Amado, Páramo Cely, Suárez Obando y Leon Guevara, 2010).

Parece obvio señalar que los médicos que se formaron en la última década, de 2010 en adelante, no se enfrentan al mismo contexto que aquellos médicos que se formaron a partir de 1970, sin embargo, en ocasiones y pese al nuevo conocimiento algunas prácticas médicas se resisten a ser trastocadas.

Recientemente, en un libro publicado por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, A.C., titulado *Educación médica en un mundo*

en crisis, la presentación se inicia afirmando que “las escuelas y facultades de medicina en México, América Latina y a escala global enfrentan retos complejos para continuar su función educativa en el contexto de la crisis ambiental, económica, social, política, epidemiológica y cultural de las últimas décadas, agudizada por la pandemia de covid-19” (Crocker Sagastume y Esperón Hernández, 2021, p. 9).

Por ello, es relevante reflexionar sobre el avance de la tecnología médica, los intereses e ideologías políticas que priman dentro de los espacios educativos de los profesionales de la salud, así como cuestionar sobre el cambio en la percepción de lo que es, qué significa y qué papel juega el profesional médico, una vez que ofrece atención a los pacientes, en una sociedad que sobrevivió a la pandemia por la covid-19.

En parte, proponemos reflexionar y proponer respuestas para conocer: en estos momentos, ¿qué elementos están influyendo en el autoconcepto que tienen los médicos? ¿Qué temas o prácticas recuerdan que los marcó de su proceso formativo y sobre su práctica?, es decir ¿cómo se formaron? ¿Cómo se educó a los profesionales de la salud que vivieron la pandemia?

En este texto se ofrece una sistematización que permite avanzar una caracterización preliminar en torno a las experiencias vividas, durante su proceso de formación, por dos mujeres profesionales de la salud, lo que nos permite conocer y describir que los enfoques de género han estado ausentes dentro del proceso educativo médico, lo que obliga a comprender mejor el sistema y la estructura curricular de las escuelas de medicina, y sus dinámicas locales, a fin de incorporar a la currícula actual, los problemas que se agudizaron tras la pandemia, pues todos tienen impacto en la formación y educación actual de los médicos.

Educación y formación médica

El *Informe Flexner*, documento clásico, resume la situación las escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá en el primer decenio del siglo XX. Publicado en 1910, los datos aún son de referencia; sistematizan la riqueza de los conceptos educacionales en Estados Unidos y el ámbito de la formación médica proyectada como educación superior, en esos momentos.

Cuando se habla de educación y formación se puede pensar que es el mismo concepto, que ambos tienen como objetivo la transmisión de conocimientos, sin embargo, estas dos palabras, no son sinónimos, si bien tienen similitudes en sus conceptualizaciones, no son lo mismo.

El concepto de *educación* ha sido descrito por muchos autores como un término amplio y complejo, definido por ser un proceso de enseñanza-aprendizaje sistemático, cuyo objetivo es adquirir conocimientos, e implica la captación de información, conductas, expresiones, pensamientos, razonamientos que permite a la persona la creación de una ideología e identidad profesional, construida a partir del contexto cultural en el que se desenvuelve, generando así un desarrollo integral de la persona (Lucio, 1989).

En el capítulo II de la Ley General de Salud, la educación es definida como un “proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante en la adquisición de conocimientos para formar al hombre de manera que tenga sentido de solidaridad social” (Ley General de Educación, 2019, p. 2).

El término *formación*, en cambio, atendiendo etimología, proviene del latín *formatio*, que significa “acción y efecto de formar o formarse” (Real Academia Española, s.f.), de esta manera, hace referencia a la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en el proceso de educación; la formación es, por tanto, un proceso enseñanza-aprendizaje que puede no ser sistemático y que es inminentemente práctico, con el objetivo de adiestrar en actividades o prácticas en específico.

La formación suele también asociarse al término *capacitación*, debido a que en esta última se busca proveer conocimientos y habilidades a una persona para brindar la capacidad de realizar ciertas tareas. En resumen, la formación consiste en encontrar formas para cumplir con tareas para poder ejercer un oficio o una profesión; la formación puede abarcar diferentes ámbitos, como la formación empírica, profesional y académica (Ferry, 1990; 1997).

Con fundamento en estas diferencias, en este trabajo retomamos el concepto *formación médica* por parecernos más amplio, puesto que el proceso educativo y formativo de un médico se da además del ámbito escolarizado ya dentro del contexto de práctica.

Lo retomamos también porque nos permite caracterizar mejor las vivencias de los profesionales de la salud, durante y después de su proceso de educación formal como médicos. La formación médica es continua e inicia desde los primeros años escolares en las aulas, comienza con materias básicas como anatomía, fisiología, patología y salud pública, esto para el contexto universitario contemporáneo en la licenciatura de Médico, Cirujano y Partero ofrecida en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara, para posteriormente abordar materias más especializadas como ginecología, pediatría y oncología, por mencionar algunas.

Al finalizar la educación escolarizada, el estudiante de medicina debe realizar un año completo de práctica en el hospital, conocido como internado, en el que rota por diferentes servicios del hospital-escuela en el que se encuentra. Terminado el periodo de internado, se realiza un año completo de servicio social donde el estudiante se encuentra graduado, del proceso de educación formal, más no titulado.

Es un médico general, tiene mayor grado de responsabilidad y ese año de servicio social puede realizarlo en un hospital, clínica o comunidad a donde se brinde atención al paciente o bien, en otro espacio. Una vez concluido el servicio social, se adquiere el grado de licenciado en Médico, Cirujano y Partero o licenciado en Medicina, según el nombre dado por la casa de estudios.

En ese momento, el médico general puede aspirar a realizar una especialidad que puede durar tres o más años, dependiendo cuál sea; al finalizar la especialidad se puede optar por una subespecialidad de duración variable.

TABLA 1. DURACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA

FORMACIÓN MÉDICA	DURACIÓN
Educación médica universitaria	4-5 años
Internado	1 año
Servicio social	1 año
Residencia de especialidad	≥3 años
Residencia de subespecialidad	≥ 2 años
Total	≥ 11 años

Fuente: elaboración propia.

Las experiencias en el proceso formativo

En un extenso e interesante artículo, José Cruz Santana revisa el concepto de *experiencia* desde tres autores: Turner, Thompson y Giddens; recupera a Kierkegaard y señala que estos autores tienen una matriz filosófica común, desde la cual parten para pensar la experiencia. El punto de partida es que la realidad debe ser experimentada, y esta experiencia solo es posible a través del cuerpo, un cuerpo-persona sometida a relaciones de poder; de ahí, dice Cruz Santana que los tres autores coinciden en que el mundo de la vida es un fluir en el tiempo, en donde se experimentan alianzas, conflictos, contradicciones y reconfiguraciones (Cruz Santana, 2017).

Entonces, recuperar la dimensión de las vivencias o experiencias de los profesionales de la salud, durante y después de su proceso de educación médica, nos permite plantear el término *experiencias* en sentido amplio, donde las experiencias se pueden comprender como todas las sensaciones, conocimientos e ideas, provenientes de eventos vividos, percibidos y recuerdos de sucesos que dejan en el sujeto, tras interpretarlos y reflexionar sobre ellos, nuevos significados o sentidos con una perspectiva con la que construye su realidad.

Metodología

Para explorar las experiencias que recuerdan haber tenido los médicos dentro de su proceso formativo, usamos la entrevista semiestructurada, consideramos que a través de ella podemos registrar las vivencias, con el fin de poder explorar, describir y comprender qué aspectos o temas generaron mayor impacto en la configuración de su identidad como profesionales de la salud. Tomando la definición de Taylor y Bogdan (1994), la entrevista es un método para la adquisición de conocimientos sobre la vida social basado en una serie de preguntas estructuradas, es decir, una manera de hacer que las personas hablen y se expresen sobre lo que saben, lo que creen y lo que piensan, sin embargo, en la investigación cualitativa se tienen características puntuales como que son abiertas, no estructuradas, directas y no estandarizadas, lo que permite que estas sean flexibles y dinámicas.

La entrevista es una herramienta cualitativa que permite al investigador tener encuentro cara a cara con el o los informantes con preguntas abiertas que permitan el diálogo; se busca que la entrevista se ofrezca como una conversación orgánica entre iguales, con la finalidad de entender las perspectivas del participante y conocer el contexto en el que se desenvuelven, las experiencias o situaciones narradas con sus propias palabras.

La entrevista tiene como objetivo, más que explicar, obtener respuestas subjetivas sinceras; esta técnica permite formular preguntas sin esquemas fijos, pero controlando el ritmo de la entrevista alternando las preguntas y su orden conforme se desarrolla el diálogo. Este es uno de los puntos clave que debe desarrollar el entrevistador (Massot, Dorio y Sabariego, 2014).

En ciertas entrevistas, como aquellas que se hacen a profundidad, es necesario que el entrevistador conozca al informante y, de ser posible, establezca una atmósfera que permita al entrevistado su expresión libre. En la entrevista semiestructurada, el entrevistador puede integrar preguntas espontáneas, improvisadas y naturales, aunque en todos los casos es importante que el entrevistador establezca los objetivos de la información que se desea obtener, para no perder el control de esta.

Para este trabajo se elaboró una guía de entrevista con quince preguntas, que permitió documentar los discursos de los entrevistados. Las preguntas fueron principalmente abiertas y no limitadoras, como dicen Davillard, Franzé y Pazos (2012); se busca evitar aquellas preguntas que pudieran dar pie a manifestaciones de opiniones, valoraciones, gustos o inclinaciones de la entrevistadora. La entrevista semiestructurada se orientó a preguntar sobre las experiencias durante la educación médica, con el propósito de identificar aspectos o temáticas a las que se haya dado mayor importancia, abordando aspectos sociodemográficos, formación médica, autoconcepto y experiencias que consideraron relevantes durante ese proceso. El objetivo fue aproximarnos a la caracterización de las experiencias de profesionales de la salud, para ello, se realizaron entrevistas a dos médicos, como un ejercicio exploratorio, lo que nos permitió identificar las temáticas a las que se dio, a juicio de los entrevistados, mayor importancia durante su formación médica.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

PARTICIPANTE	AÑO DE INGRESO A LA LICENCIATURA	GRADO	GÉNERO	EDAD	PRÁCTICA MÉDICA	CONSENTIMIENTO
1EGGC	2003-2009	Médico, Cirujano y Partero titulado	Mujer	38 años	Privada	Sí
	2011-2015	Especialidad en Ginecología y Obstetricia				
	2015-2017	Subespecialidad en Materno Fetal				
2RPG	1988-1994	Médico, Cirujano y Partero titulado	Mujer	53 años	No	Sí
	2004-2006	Maestría en Terapia Familiar Sistémica				

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas se desarrollaron entre el 6 de junio de 2023 y el 14 de julio de 2023 en Guadalajara, Jalisco; se dio preferencia a aquellos médicos formados en programas educativos entre 1970 y 2010 en universidades públicas. Se realizó un estudio exploratorio, de muestreo por conveniencia. El trabajo se desarrolló durante un verano de investigación dentro del programa Estancia de Incorporación a la Investigación,¹ EINCIN 2023, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

.....

¹ El objetivo de este programa es fomentar y fortalecer la actividad científica en alumnos y egresados de pregrado a través de la incorporación en investigaciones con investigadores del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) adscritos al Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). En el caso que se presenta la intención fue introducir a la estudiante de la Licenciatura en Medicina a la comprensión de la investigación social en salud y el manejo de la técnica de la entrevista y algunos otros aspectos teórico-metodológicos de la investigación cualitativa.

Resultados

Las políticas de salud y el contexto de la práctica médica

Según Roberto Castro, el análisis sociológico y antropológico sobre los retos nacionales en materia de salud y las alternativas de cuidado y tratamiento inició en México en el siglo XX (Castro, 2011). Una observación sistemática sobre las brechas sociales que inciden en las problemáticas de salud y generan estrategias para documentar el cuidado a la salud de la población en diversos contextos, la ha hecho posible la sociomedicina, aportando diversas epistemologías y metodologías desde las ciencias sociales y las humanidades, para comprender el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico culturalmente determinado, en el que está inserto el profesional de la salud, la educación médica y el servicio social en medicina.

Entre los sucesos nacionales más relevantes en los últimos cuarenta años en México, encontramos el levantamiento armado del movimiento social zapatista (EZLN) y la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) (1994), y el periodo de la alternancia política, que trasladó el poder del Partido Revolucionario Institucional (PRI) al Partido Acción Nacional (PAN) (2000). Esta precisión es importante porque ambos periodos establecieron políticas de salud diferenciales, entre ellas el impulso que dio la Secretaría de Salud para la creación del Sistema de Protección Social en Salud, que entró en operación en 2004, la puesta en marcha del Seguro Popular en Salud implicó el flujo de recursos económicos para los servicios de salud pública a las comunidades rurales y el flujo de recursos disponibles para la prestación de la atención médica a la persona que se englobó en paquetes de intervenciones (Catálogo Universal de Servicios de Salud, 2018).

López y Gil, en su artículo “La polarización de las políticas en salud en México”, hacen una revisión de las políticas de salud durante 17 años. Estos autores llegan a la conclusión de que, en México hasta 1980, se había impulsado una política de salud con una concepción de atención integral y de extensión gradual de coberturas como responsabilidad del Estado, a través de las instituciones públicas de salud y que, hacia 1990, se puede identificar un viraje en la política

de salud a una activa promoción de la mercantilización de los servicios de salud, complementada con una política asistencialista hacia la población pobre.

Los autores identifican tres periodos que se corresponden con los sexenios presidenciales y que expresan tres momentos distintos de la reforma del sector salud: el primero de 1982 a 1988, donde se comienza el viraje, el segundo, caracterizado como transicional, de 1988 a 1994 y el tercero, de 1994 a 2000, en donde se establece la estrategia bipolar de mercantilización y beneficencia orientada a fortalecer los mercados de la salud (Fuente y Rodríguez-Carranza, 1996) (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001). Este viraje a partir del año 2000 a una mercantilización de la salud debió verse reflejado también en la transformación de los programas educativos en medicina, de aquellos vigentes hasta antes de 1980 y los posteriores.

Experiencias durante la formación médica

Durante las dos entrevistas se identificaron dos experiencias, que coinciden en ambos casos, y pese a que existen 15 años de diferencia en el inicio de la formación médica entre las entrevistadas, una ingresó a estudiar medicina en 1988 y la otra en 2003, el primer aspecto es la rigidez en la estructura educativa durante la formación médica y el segundo aspecto coincidente, es la normalización de la violencia.

Podemos señalar que las entrevistadas enfatizaron en que las jerarquías dentro del hospital permiten establecer relaciones en donde entre más arriba de la jerarquía se encuentra el profesional, más es el poder que tiene, lo que lo lleva a desplegar conductas violentas sobre sus subalternos (alumnos), quienes tienden a justificar y aceptar esta violencia.

También, ambas entrevistadas señalaron el proceso de normalización de las conductas hostiles durante el proceso de formación médica dentro del hospital en función del deseo que tiene el estudiante de adquirir conocimientos. La normalización se da a partir de frases como “Ya se sabe que así es como se aprende”. Leamos lo que respondió una de las entrevistadas a la pregunta: Entonces ¿tú a quiénes considerabas como tus superiores dentro del hospital?

Eso sí es importante porque en los [hospitales] civiles, bueno, en el civil nuevo por lo menos, más que los médicos adscritos que en realidad casi no los vemos [...] estamos a cargo de los residentes, los residentes, si tu llegabas al servicio de ginecología con quien te presentabas era con los residentes y ya ellos te decían “estas son tus labores, esto tienes que hacer así y así, estas son las guardias” [...]; en el Civil más bien el interno tiene que presentarse con los residentes, diferente al IMSS, en el IMSS sí estás a carga de un médico de base (1EGGC, junio 2023).

A la pregunta relacionada sobre el trato con sus superiores, señaló:

No tengo recuerdo de que me hayan tratado mal, pues no. La verdad es que en el internado en cada uno de los servicios que roté me fue bien pero claro que depende de cómo tú trabajes, verdad, nunca me trataron mal, ahí no, ahí en el internado no. En la residencia, en el R1 lo haces en una clínica periférica, a mí me tocó la 110, entonces en esas clínicas solo hay R1 y R3, que van a rotar como cada mes pero no están fijos, entonces prácticamente en el R1 de la residencia el residente es como el dueño del servicio, se puede decir el encargado y se encarga tanto de los internos y de los pre internos, a partir del R2 nos mandaban a Centro Médico y ahí sí había R2, uno era el R2 pero había R3 y R4, ahí sí se notaba un poquito en la diferencia en las jerarquías; ahí sí era más notorio las jerarquías pero finalmente pues uno entiende que ese es el proceso, que llega uno más abajo y poco a poco vas avanzando conforme vas aprendiendo, cada año sabes hacer mejor las cosas y cuando no, los residentes de mayor jerarquía ahí medio te están cuidando las manos, de repente sí hay uno que otro que quiere como abusar de su poder pero en general, por lo menos en mi especialidad o por lo menos yo, no siento que alguien haya abusado (1EGGC, junio de 2023).

La segunda entrevistada, 2RPG, habló especialmente del currículum oculto que ahora sabe, llevaban sus profesores al aula y que prolongaban al hospital, cuando ella estudió medicina. Explica que muchas malas prácticas tienen que ver con que los estudiantes imitan las actitudes de aquellos médicos a los que admiran, sobre la pregunta ¿cómo es el trato con los superiores?, señaló:

[Había] presencia de desigualdad de género, a través de conductas y comentarios misóginos y machistas, así como la disminución de oportunidades para seguir estudios de especialidades o posgrado, relacionado con la maternidad (2RPG, julio 2023).

Con respecto a las materias que suscitaban mayor interés entre ella y sus compañeros de medicina, planteó:

A mí me gustaban materias de sociología, yo no llevé bioética que es mi área principal ahora [...] llevábamos una materia que se llamaba sociología médica, me gustaba la historia de la medicina, pero te he de confesar que mis favoritas eran las quirúrgicas, me gustaba mucho entrar al quirófano, yo era ayudante de los cirujanos, entonces yo estaba en el quirófano todo el tiempo, era una diferencia [con respecto] al médico en la recepción, en urgencias esperando captar un paciente [...] éramos pocos, muy pocos a los que nos gustaban las áreas de lo social, toda mi generación, bueno no voy a generalizar, pero sí la gran mayoría les interesaba mucho más las cuestiones quirúrgicas y médicas, el 90% son especialistas y de esos especialistas, la mayoría son quirúrgicos, son pocos los que, por ejemplo, pertenecen a la Academia de Medicina, que son del Sistema Nacional de Investigadores, son internistas o vienen del área de medicina interna, uno es nefrólogo, otro gastroenterólogo, pero ya sabes esta tendencia de que siempre el área de medicina interna es como el área *nerd*, el área donde están los mataditos, los que estudian mucho (2RPG, julio 2023).

Entrevistadora: ¿hoy sigue pasando lo mismo, es decir, los estudiantes de medicina siguen teniendo mayor interés en estas materias clínicas y quirúrgicas que en las sociales?

Lo noto incluso más que en mis tiempos, más que cuando yo estaba estudiando, de hecho, siento que ahorita muy poquitos alumnos [...] según mi experiencia de diez años, del 2007 al 2017, que di clases en medicina te puedo decir que hay una gran diferencia entre los alumnos [...] Estoy convencidísima de que es por el promedio, aquí en Guadalajara hay una lucha encarnizada [de los estudiantes] por el promedio, pelean con uñas y dientes el número, no importa si aprendí o si

no aprendí, es evidente, desgarrador porque incluso han llegado a ser groseros [...] es muy diferente [la relación maestro-alumno de medicina], ahora sí es más cercano, no sé cómo decírtelo, en mis tiempos qué esperanzas que un alumno le hablara de tú al profesor, en mis tiempos era así como el médico (maestro) y bueno le cargabas el maletín y te sentías orgulloso, no porque tenga que ser así pero sí es muy diferente a cuando yo estudié. No creo que sea una cuestión exclusiva de los estudiantes de medicina, es una cuestión generacional en la que ustedes tienen más cercanía con las personas de más edad aun cuando haya respeto (2RPG, julio 2023).

Con respecto a cuestiones de equidad de género dentro del proceso de formación médica, estas son las experiencias que comparte la participante 1, en relación con la pregunta: ¿Notaste algo de diferencia en el trato que daban a hombres o mujeres?, ¿era el mismo trato?

Son muy poquitas las situaciones en las que se puede ver. Mira, yo entré a la residencia con una niña de un año [mi hija], todos sabían que yo era mamá y que tenía niña pero trabajaba igual, en ese momento no hubo ninguna diferencia, yo no sentía ninguna diferencia, pero en el momento en el que decido tener otro bebé, a la par pues también meto mis papeles para la subespecialidad y quedo en la subespecialidad, claro que yo no avisé que estaba embarazada ¡Ah! Ahora te voy a platicar una cosa antes de eso, yo no avisé que estaba embarazada, entré a la subespecialidad con un embarazo de 17 semanas y ahí sí, en esa ocasión mi jefe de mi servicio, ahí sí sentí cierta diferencia en el trato, como si estuviera un poco molesto de que yo hubiera decidido embarazarme en ese proceso de mi formación.

Lo otro que te iba a contar, no sé si sea válido, pero cuando yo hice mi primer Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) a ginecología lo pasé, pero cuando hice el ENARM yo estaba embarazada de mi primera niña, así hice mi examen, lo paso y mi primera intención o mi primera opción para la residencia fue el Hospital Civil Nuevo porque era el hospital que yo conocía de mi internado, el hospital que yo quería muchísimo, el hospital que decidí, dije “aquí quiero hacer mi residencia”, entonces cuando voy a la entrevista porque en el Hospital Civil Nuevo te hacen entrevistas antes de que publiquen las listas, pues yo iba

casi recién puérpera pero me presenté como cualquier otra solicitante, pero en ese proceso en la entrevista que me hicieron sí me preguntaron que si tenía hijos y yo dije: “sí, tengo una niña”, y toda la entrevista giró alrededor de “¿y por qué te embarazaste?”, “¿quién te la va cuidar?”, “¿por qué decidiste tener una hija en este proceso de formación?”, “¿fue un embarazo deseado?”; entonces ya no me preguntaron nada más [...] salgo de ahí y no me aceptaron, dicen que para entrar a los hospitales civiles se necesitan palancas, yo no sé, pero en esa ocasión a mí no me aceptaron y pienso que fue ese el motivo [haber tenido una hija] porque no me preguntaron nada más, entonces tomé la decisión de renunciar al ENARM porque mi bebé estaba recién nacida y no tenía opción de irme a otro estado, además porque con una recién nacida no iba a poder, renuncie al ENARM ese año, presente el ENARM al siguiente año, lo volví a pasar y ahí sí decido mejor escoger otra institución y por eso me hice hija del Aguilita, ahí sí no les importó, ahí nunca me preguntaron sobre eso (1EGGC, junio 2023).

En esta sucinta sistematización de las experiencias durante la formación médica de dos mujeres podemos notar que los aspectos que coinciden y que persisten hasta este momento, 2024, es la relevancia que se da entre los estudiantes a la formación clínica y quirúrgica por sobre la medicina general y familiar; así como los roles de autoridad que se van imponiendo y el condicionamiento a un proceso de autoexplotación y disciplinamiento corporal para poder ejercer la práctica médica, que cobra mayor relevancia al tratarse de las mujeres; a la par, que también se da cuenta de las transformaciones y la agentividad de los estudiantes de medicina en la última década.

Discusión

Recuperando a Cruz Santana (2017), coincidimos en que el tiempo es la dimensión más misteriosa de la experiencia humana, aspecto que se puede identificar claramente al comparar ambas experiencias acontecidas con quince años de diferencia. El autor cita a Kierkegaard: “La vida solo puede entenderse mirando hacia atrás, pero debe vivirse hacia adelante” (2017, p. 365).

En 1958 en el Tercer Congreso Mundial de Cardiología, realizado en Bélgica, Ignacio Chávez (n. 1897) quien fundara la Escuela Nacional de Medicina en México, dictó la conferencia “Grandeza y miseria de la especialidad médica. Aspiración a un nuevo humanismo”, en la que reconoce la fuerza de la idea del médico como especialista y súper especialista, a la par que manifiesta que en esa misma idea habita una regresión intelectual y espiritual, pues perversamente se aspira a que, el profesional de la salud, para dominar un campo de conocimiento, tiene por fuerza que abandonar otros; Chávez destaca cómo en ese proceso se sacrifica la visión integral de la ciencia, el acceso a la cultura y la formación científica.

Estas reflexiones contribuyen a discutir como en los últimos decenios, la educación médica a abandonado poco a poco su compromiso social, esto reflejado en los diseños curriculares de la Licenciatura en Medicina y la propia inclinación de los estudiantes orientados a la híper especialización; Asa Cristina Lurell (1996) planteaba que una característica del periodo de 1980 a 2000 es el deterioro social, evidenciado por el aumento de la pobreza y una caída sustancial del presupuesto público para el desarrollo social, aspecto que, hasta 2018, había venido marcando la tendencia en el ámbito del Sector Salud (Laurell, 1996), lo que derivó en la expansión del ámbito privado de salud que es un proceso de privatización selectivo que afectó indirectamente a las instituciones de salud públicas, como ha sido evidenciado en el sexenio 2018-2024. En el portal El Torito, en una nota publicada el 28 de julio de 2021, se puede leer:

El secretario de salud Jorge Alcocer informaba en 2019, antes de la pandemia, que el déficit de médicos generales era de 123 mil y 72 mil especialistas. Esto en un país donde son rechazados año con año de las escuelas públicas miles de jóvenes. Ya en plena pandemia las cifras de médicos que hacían falta para hacerle frente al alto número de contagios eran de 200 mil médicos generales y especialistas y de 300 mil en el área de enfermería. Aun así solo se contrataron 3 mil 675 médicos especialistas, 7 mil 194 médicos generales, 1 mil 502 enfermeras especialistas, 18 mil 664 enfermeras generales y 13 mil 212 trabajadores de la salud, un total de 44 mil 247 según datos del centro de análisis multidisciplinario de la UNAM (El Torito, 2021).

Tomando en cuenta este déficit, en varios artículos publicados después de la pandemia por la covid-19, donde se evalúan los cambios en la educación médica, los autores recuperan cómo se transformó drásticamente la formación médica, pues pasó a una educación dependiente de la telemedicina, las plataformas para videoconferencia y aulas virtuales con sesiones sincrónicas y asincrónicas, así como el uso de programas 3D y simuladores virtuales para poner en práctica habilidades clínicas, una vez que se cancelaron las rotaciones hospitalarias (Manrique-Gutiérrez, Motte-García, Naveja-Romero, Sánchez-Mendiola y Gutiérrez-Cirlos, 2022); lo que nos muestra un panorama complejo que demanda varias décadas para lograr una reestructuración orientada nuevamente a una concepción integral de la atención y que priorice la atención primaria de la salud.

En este artículo, buscamos explorar el contexto actual de la formación médica y propusimos una reflexión al pasado para trasladarnos a considerar lo que ocurría en México, concretamente en la Universidad de Guadalajara, en las décadas de 1980 a la década del 2010 (30 años). Finalmente, las experiencias recuperadas son consistentes con el impulso, que en ese periodo y hasta ahora, se ha dado a los procesos de especialización y la subespecialización, que coincide con el impulso a la mercantilización de la atención médica; esto sin menoscabo a la necesidad real de profesionales de la salud especializados.

Conclusiones

Tomando de base el concepto de *formación médica* como un proceso de crecimiento constante en sus integrantes gracias a la práctica social (Lucio, 1989), podemos reconocer que la caracterización de las experiencias de los médicos en formación está influida por diversos factores, entre ellos aspectos como la generación, el género y el nivel de estudio cursado, ser médico general o especialista.

En contraste, con lo que ocurrió en el periodo de 1990 hasta 2018, la narrativa institucional actual en torno a la política pública en salud recupera una visión social, más en el tono del humanismo médico, orientación que puede contribuir con el paso del tiempo a modificar los énfasis e intereses entre los

estudiantes de medicina, apostando por una práctica centrada en la salutogénesis y que recupere la perspectiva de género.

Para seguir profundizando de forma consistente lo reportado en otros estudios, se nos ofrece el tema de género, especialmente lo relativo a la maternidad, la violencia y su normalización, así como el orgullo médico. Siguen existiendo estructuras jerárquicas que se reproducen durante la formación del personal médico que repercuten en el aprendizaje, el desarrollo y adiestramiento del estudiantado, dinámicas que generan ambientes violentos, desigualdad de género y la reducción de oportunidades para las mujeres que deciden tener un hijo. Todos los hallazgos pueden servir como base para futuras investigaciones.

Referencias

- Catálogo Universal de Servicios de Salud (2018, 16 de abril). Comisión Nacional de Protección Social. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-154495?idiom=es>
- Crocker Sagastume, R. C., y Esperón Hernández, R. I. (2021). *Educación médica en un mundo en crisis*. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, A.C.
- Cruz Santana, J. J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, 7, 345-375.
- Devillard, M. J., Franzè, A., y Pazos, Á. (2012). Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico. *Política y Sociedad*, 49(2), 353-369.
- Díaz, J. L. (2016). Conocimiento médico y epistemología clínica. *Salud Mental*, 39(5), 275-280.
- El Torito (2021, 28 de julio). El Sistema de Salud Pública en la 4T. *Periódico El Torito*. <https://www.periodicoeltorito.org/post/el-sistema-de-salud-p%C3%BAblica-en-la-4t>
- Escobar-Melo, H., Díaz Amado, E., Páramo Cely, L. C., Suárez Obando, F., y León Guevara, C. (2010). Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una

- facultad de medicina: categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(1), 34-56. <https://doi.org/10.18270/rcb.v5i1.1279>
- Ferry, G. (1990). *El trayecto de la formación: Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. Paidós Educador.
- Ferry, G. (1997). En *Pedagogía de la formación*. Ediciones Novedades Educativas.
- Fuente, J. R., y Rodríguez-Carranza, R. (1996). *La educación médica y la salud en México*. Siglo XXI Editores, UNAM.
- Laurell, A. C. (1996). El compromiso social. En J. R. Fuente y R. Rodríguez-Carranza, *La educación médica y la salud en México* (pp. 95-107). Siglo XXI, UNAM.
- León-Bórquez, R., Lara-Vélez, V. M., y Abreu-Hernández, L. F. (2018). Educación médica en México. *FEM*, 21(3), 119-128.
- Ley Federal de Salud [L.F.S.], *Diario Oficial de la Federación* [D.O.F.], 30 de septiembre de 2019 (México).
- López-Arellano, O., y Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 43-54.
- Lucio, R. (1989). Educación y pedagogía, enseñanza y didáctica: Diferencias y relaciones. *Revista de la Universidad de la Salle*, 17, 35-46.
- Manrique-Gutiérrez, G., Motte-García, E., Naveja-Romero, J., Sánchez-Mendiola, M., y Gutiérrez-Cirlos, C. (2022). Cambios y estrategias de la educación médica en respuesta a la pandemia por COVID-19. *Investigación educativa médica*, 10(39), 79-95.
- Massot, I., Dorio, I., y Sabariego, M. (2014). Estrategias de recogida y análisis de la información. En *Metodología de la investigación educativa* (pp. 329-365). La Muralla S.A.
- Ortega, P. E. (2018). ¿Sigue vigente hoy día la medicina basada en la evidencia? *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20, 323-328.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., y Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lumen.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2ª ed.). Paidós Ibérica.

Determinantes de la salud en pacientes con pie diabético. Una revisión panorámica

Margarito Vega Vélez

María Guadalupe Vega López

María Claudia Espinel Bermúdez

Introducción

La prevalencia en México de diabetes mellitus (DM) diagnosticada en población adulta es de 12.6%, ocupa el segundo lugar a nivel mundial en mortalidad, por tanto, es un problema prioritario para la salud pública. Se estima que la complicación más devastadora de la DM es la de pie diabético (PD), principal factor de riesgo no traumático para la amputación de miembros inferiores; evento que tiene un importante impacto económico-social y de alteración radical de la vida de los pacientes (González Cedeño *et al.*, 2022).

Para describir los determinantes involucrados con la complicación de PD se toma como un referente la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entiende los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas, políticas sociales y

sistemas políticos que marcan las diferencias en los resultados de salud o enfermedad (OMS, 2022).

Las complicaciones del pie diabético han sido ampliamente estudiadas bajo un enfoque clínico, pero no se han abordado otros factores que pueden incidir también en la evolución de una enfermedad, tal es el caso de los determinantes sociales de la salud. Hasta el momento la evidencia actual es dispersa y discrepante, no hay un consenso sobre los determinantes que pudieran tener más peso en la presencia de pie diabético. El objetivo de este estudio fue explorar la evidencia científica sobre los factores relacionados con el desarrollo del pie diabético, bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Método

Se realizó una revisión de la literatura mediante la metodología descrita por Arksey y O'Malley (2005); la búsqueda de la información se basó en la pregunta de investigación “¿cuál es la evidencia que existe sobre los determinantes de la salud en los pacientes con pie diabético?”. Se utilizaron palabras clave; posteriormente se realizó una búsqueda en los motores de PubMed y SciELO; se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”, para acotar la búsqueda.

TABLA 1. COMBINACIÓN DE PALABRAS CLAVE Y RESULTADO DE FILTRO BASE DE DATOS

PALABRAS DE BÚSQUEDA	BÚSQUEDA SUGERIDA	TEXTO COMPLETO	TEXTOS SELECCIONADOS
Intermediate determinants for health for diabetic foot	22	11	2
Social factors AND diabetic foot	260	123	25
Social determinants AND diabetic foot	310	171	13
Intermediate determinants for health OR social factor for diabetic foot	282	131	2

Fuente: elaboración propia.

Los criterios de selección de las referencias fueron: estudios primarios, cuantitativos o mixtos, textos completos, en idioma inglés o español, excluyendo

los artículos de población no diabética o sin pie diabético, sin considerar revisiones sistemáticas o metaanálisis. La literatura encontrada estuvo en el rango de 1992 a 2022. Los manuscritos seleccionados fueron sistematizados en una matriz de extractos para organizarlos, considerando: autor principal, fecha, diseño, características de la muestra, análisis de datos y resultados; una vez analizados todos los artículos se agruparon por tipo de diseño y factores sociales analizados.

Resultados

La búsqueda bibliográfica arrojó 874 resultados. De ellos, con texto completo se recuperaron 305, se eliminaron los repetidos y se excluyó los que no hacían referencia directa a determinantes culturales, finalmente se incluyeron 42 estudios en el análisis. Se identificaron problemas relacionados con aspectos sociales y pie diabético, se agruparon por factores determinantes, los cuales se describen a continuación.

Factores demográficos. Se agruparon estudios con factores como edad, sexo, estado civil, escolaridad y zona geográfica. La edad es un factor inherente de la persona no modificable, que puede tener repercusiones importantes en la salud de los individuos; según Ahmed *et al.* (2021); tener entre 65 a 74 años (OR 2.0, IC95% 1.5-2.5) y 75 años o más (OR 3.9, IC95% 3.1-4.9) se relaciona proporcionalmente con el desarrollo de la enfermedad. Larrañaga *et al.* (2005) encontraron que ser mayor de 75 años puede relacionarse 3.7 veces (IC95% 2.6-5.2) con desarrollar pie diabético; para Jiang *et al.* (2015) la edad promedio de complicaciones de pie diabético fue 64 años. Rivero-Fernández *et al.* (2005) indica que la edad, es factor de riesgo para las complicaciones macroangiopáticas. Para Heredia-Morales y Gallegos-Cabriaes (2022) ser mayor se relaciona con el incremento de la diabetes y complicaciones.

Junto a la edad, se relaciona estrechamente el sexo. Ser hombre tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones que derivan a una amputación (OR 2.0 IC95% 1.6-2.6) (Larrañaga *et al.*, 2005), y se incrementa con la edad según el estudio realizado por Al-Rubeaan *et al.* (2015). Ser mujer puede tener

un efecto protector (OR 0.8, IC95% 0.7-0.9) (Ahmed *et al.*, 2021) en el desarrollo de la patología ya que ser hombre tiene mayor riesgo (HR 4.2 IC95% 1.3-8.1) según Niakan *et al.* (2020); pero para Rivero Fernández *et al.* (2005), el ser mujer podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones macroangiopáticas. Tuha *et al.* (2021) afirman que las mujeres realizan mejores prácticas del cuidado de los pies que los hombres.

Por otro lado, ser soltero o vivir solo comparado con tener una pareja aunado al bajo nivel académico puede tener un efecto negativo en la producción de pie diabético (Ahmed *et al.*, 2021; Hansen., 2018; Silva *et al.*, 2017; Nather *et al.*, 2010). En contraste, para Díaz-Perera *et al.* (2012); el nivel de escolaridad no tiene asociación con el desarrollo del pie diabético. Ramírez-Perdomo, Perdomo-Romero y Rodríguez-Vélez (2019), Mekonen y Gebeyehu (2022), Mariam *et al.* (2017) y Negash *et al.* (2022) describen que los pacientes con pie diabético tenían una escolaridad predominante de primaria y secundaria incompleta; eran casados o tenían pareja en su mayoría. Pedras, Carvalho y Pereira (2016), indican que los pacientes diabéticos que eran derivados a cirugía de amputación tenían en promedio 4.5 años de educación formal, eran casados y jubilados, similar a lo que describe Abdissa, Adugna, Gerema, y Dereje (2020) en su estudio de pacientes con úlcera en el pie, ya que la mayoría son casados o solteros.

Las personas de áreas rurales tienen mayor probabilidad de presentar pie diabético que las de zonas urbanas (Ahmed *et al.*, 2021; Jiang *et al.*, 2015), lo cual corrobora Mariam *et al.* (2017) (área rural, 2.5; IC95% 1.4-5.9). Weng, Coppini y Sönksen (2000) indican que los pacientes que viven en áreas económicamente desfavorecidas tienen un diagnóstico de diabetes a edad más temprana y con más presencia de sobrepeso. Los habitantes de zonas costeras y de las ciudades tienen mejor pronóstico respecto a amputación en pie diabético según Bonnet *et al.* (2022), lo cual podría estar relacionado con la oportunidad de la atención.

Factores económicos. El estatus socioeconómico tiene influencia en la prevalencia de diabetes mellitus; 1.6 veces (IC95% 1.4-1.8) de mayor probabilidad de que ocurra el incremento de la obesidad en zonas marginales (Evans *et al.*, 2000), datos similares describen Larrañaga *et al.* (2005), en pacientes de nivel socioeconómico más bajo (OR 2.1; IC95% 1.7-2.2), especialmente entre las mujeres (OR 2.28; IC95% 1.9-2.7). Mayor presencia de obesidad, incremento

de la presión arterial y mayor proporción de fumadores se relaciona con sujetos más desfavorecidos económicamente (Connolly y Kesson, 1996). Al Ayed *et al.* (2020) opinan que la posición social se ve afectada por la educación, los ingresos, la dislipidemia, la deformidad y las amputaciones previas, datos corroborados por Díaz-Perera *et al.* (2012); la mayor prevalencia de riesgo de ulceración del pie se ha asociado con la edad, baja escolaridad y pertenecer a la clase económica baja-media; según Silva *et al.* (2017) y Nather *et al.* (2010).

Estilo de vida. Se destacan en el análisis de estilos de vida aspectos tales como tabaquismo, actividad física, autocuidado de la salud, los pies y estado de la calidad de vida propiamente dicha. Se observó que las probabilidades de tener pie diabético eran mayores entre las personas que alguna vez fueron fumadores regulares (OR 1.3; IC95% 1.1, 1.5) (Ahme *et al.*, 2021). Las desigualdades por nivel socioeconómico (menor ingreso), también influyen en el consumo del tabaco, incrementándose en el género femenino (OR 3.5; IC95% 3.2-3.7) a decir de Díaz-Perera *et al.* (2012), Weng, Coppini y Sönksen (2000), Connolly y Kesson (1996), Whittaker *et al.* (2020) disminuyendo cuando se incrementa el poder adquisitivo, según Silva *et al.* (2017) y Nather *et al.* (2010).

Las personas que realizaron actividad física de moderada a vigorosa, durante 150 minutos o más por semana, tienen una menor probabilidad de tener pie diabético (OR 0.6; IC95% 0.5-0.7) (Ahmed, 2021); en contraste Sanjari *et al.* (2011) encontraron que los pacientes con úlcera de pie diabético tenían niveles más bajos de funcionamiento físico. Factores como la edad, el género, la educación, la ocupación, el tabaquismo, el tiempo de evolución de la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las complicaciones de la diabetes, inducen diferencias en la función física y la salud general (Al Ayed *et al.*, 2020). Las expectativas que se tienen de la dieta y el desánimo de comer sano por parte de familiares y amigos se correlacionaron negativamente con la actividad física según Hansen, *et al.* (2018).

Chin *et al.* (2014) afirma que la inspección de la planta del pie, inspección entre los dedos y aplicación de loción humectante como acciones de autocuidado son predictores preventivos de una úlcera de pie diabético; pero Wolde-mariam *et al.* (2020), indican que el tipo de tratamiento para DM y neuropatía periférica se relacionan con desarrollo e incremento de la úlcera de pie en

pacientes con diabetes con más de cinco años de evolución. Para Yazdanpanah *et al.* (2018b), los pacientes sin entrenamiento en el autocuidado de sus pies tendrían un riesgo mayor de úlcera de pie diabético (8.2; IC95% 0.6-97.2). Tuha *et al.* (2021) indicaron que la práctica de autocuidado del pie diabético de los pacientes con DM se asocia significativamente con el sexo, la edad, el estado civil, la residencia y la comorbilidad. Ramírez Perdomo *et al.* (2019), encontraron además una correlación entre el nivel educativo, el nivel de autocuidado y tener plan de seguro de vida.

Para Mekonen y Gebeyehu (2022) el sexo, el nivel educativo, la residencia, las complicaciones diabéticas, el tipo de medicación, tener información sobre la práctica de autocuidado de los pies y el apoyo familiar fueron factores estadísticamente significativos asociados con la práctica de autocuidado. Negash *et al.* (2022) mostró que ser mujer, vivir en una ciudad, tener un glucómetro en casa y tener una diabetes de larga evolución se asociaron con una buena práctica del autocuidado del pie. A diferencia del estudio de Jiang *et al.* (2015), donde los pacientes con úlcera de pie diabético tienen mayor tiempo de evolución con la enfermedad, un menor control glucémico y menor autocuidado.

En el estudio de Perrin *et al.* (2022) tener trabajo y ascendencia caucásica son factores destacados en la salud y calidad de vida, en lo físico, la salud mental y el funcionamiento social. Nabuurs-Franssen *et al.* (2005) exponen que los pacientes con úlcera curada tenían puntuaciones de calidad de vida más altas para el funcionamiento tanto físico como para el social, mejorando, además, la calidad de los cuidadores. Para Pedras, Carvalho y Pereira (2016), tener un cuidador también influye en el mejoramiento y la calidad de vida. La edad, los ingresos, y el número de complicaciones provocan diferencias vitales en el bienestar emocional, dicen Al Ayed *et al.* (2020). Comino *et al.* (2015) encontraron que existe asociación entre el sexo masculino, ingresos bajos, el tabaquismo, tener ansiedad o depresión y la hospitalización.

Factores de comorbilidad. Entre los factores relativos a la comorbilidad destacan padecer úlcera de pie diabético, además de presentar otras enfermedades no transmisibles. El estado socioeconómico, la edad, sexo, duración de la diabetes y sedentarismo favorecen las complicaciones crónicas (Larrañaga

et al., 2005, Gazzaaruso *et al.*, 2021). Abbott *et al.* (2002) comenta además que la principal causa de ulceración es la presión del calzado.

Boyko *et al.* (2006) manifiestan que las características que se relacionan con un mayor riesgo de úlcera en el pie son la mayor duración de la diabetes, tratamiento con insulina, HbA1c más alta, la claudicación, la neuropatía sensorial, antecedentes de úlcera o amputación, forma anormal del pie, edema del pie, onicomicosis y mala visión.

Yazdanpanah *et al.* (2018a, b) encontraron que el desarrollo de úlcera de pie diabético se incrementa en 9.6(IC95% 2.1-43.7) veces con el antecedente de úlcera de pie diabético o amputación. Asimismo variables relacionadas a este evento son: uso de insulina (OR 5.7; IC95% 2.3-14.0); ser hombre (OR 3.2; IC95% 1.3-7.8); pacientes con neuropatía y con deformidad del pie tenían 3.0 (IC95% 1.1-8.2) veces más probabilidades de desarrollar úlcera de pie diabético; otros factores que tuvieron relación con el desarrollo de la úlcera del pie fueron: la presencia de dislipidemia, la formación de hiperqueratosis en los pies, la nefropatía y la duración de la diabetes. Crews *et al.* (2016) demostraron que la presencia de úlceras y neuropatía desencadena angustia y depresión. Por su parte, Abdissa *et al.* (2020) evidenciaron que los pacientes diabéticos con antecedente de haber tenido una úlcera (OR 5.7; IC95% 2.3-14.0) o neuropatía periférica tenían 11.2 (IC95% 2.8-44.4) veces más probabilidades de desarrollar úlcera de pie diabético. Tehan *et al.* (2023), concuerda con los factores de ulceración o amputación previa, heridas activas neuropáticas y desventajas socioeconómicas.

Asimismo, las personas eran más propensas a tener úlcera de pie diabético si tenían una enfermedad cardiovascular, un accidente cerebrovascular o tenían un nivel alto de malestar psicológico (Ahmed *et al.*, 2021). Zhang *et al.* (2021a) indicaron que comorbilidades clínicas asociadas significativamente con el reingreso hospitalario y amputación a los treinta días incluyeron hipertensión, falla cardíaca, enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica, enfermedad renal crónica y EPOC. Al-Rubeaan *et al.* (2015) explican que la neuropatía es la complicación crónica más frecuente en los casos de úlcera de pie, amputación y gangrena seguida de retinopatía, vasculopatía y nefropatía.

Factores asociados a amputación y mortalidad. Los estudios de Zhang *et al.* (2021a, 2021b) demostraron que el factor asociado con mayor probabilidad de reingreso hospitalario a los treinta días y una reaamputación a un año después, fue vivir en áreas de deprivación social y asociaron el tener un reingreso por complicación del muñón con el riesgo de una amputación total o parcial en el próximo año (OR 2.8; IC95% 1.6-4.8); Ha, Jin, Park (2021) afirman que el sexo masculino, nivel socioeconómico bajo, la presencia de una oftalmopatía, complicaciones circulatorias y el tipo de institución de atención en salud son factores pronósticos de amputación y predictores de mortalidad. Ezeani *et al.* (2020) evidenciaron que la media de la estancia hospitalaria por úlcera de pie diabético fue de 50.8 ± 28.0 días, y la tasa de mortalidad fue de 20.5%.

Abbott *et al.* (2002) comentan que se aumenta el riesgo de nuevas úlceras en los pies con la duración de la diabetes de 8.9 ± 11.1 años, la amputación unilateral de extremidades inferiores, antecedentes de úlceras, problemas de visión, nefropatía, edad avanzada, ser varón, vivir solo, y el tipo de calzado. Winkley *et al.* (2007) reportan en su trabajo que la edad, las complicaciones macrovasculares, el descontrol glucémico, la gravedad de la úlcera, la neuropatía y la isquemia se asociaron con mayor mortalidad; Gazzaruso *et al.* (2021) indican que fueron predictores de muerte, una PO₂ baja, la edad, la duración de la diabetes, una baja tasa de filtrado glomerular, amputación previa, persistencia de pie diabético y amputación mayor.

Al-Rubeaan *et al.* (2015) comentan que la presencia de la articulación de Charcot fue el factor de riesgo más importante y significativo (OR 42.5; IC95% 18.1-99.6), para la úlcera del pie y la amputación, seguido por la neuropatía periférica (OR 15.6; IC95% 13.4-18.1).

Atención médica. Larrañaga *et al.* (2005) destacan que las mujeres visitaron a sus médicos con más frecuencia que los hombres. Bonnet *et al.* (2022) encontraron que las zonas de vida alrededor de la costa y en las principales ciudades parecían tener un mejor pronóstico con respecto a la amputación, debido quizás por disponer de áreas de vivienda con mayor oportunidad de acceso a la atención médica.

Discusión

El objetivo de nuestro estudio fue explorar la literatura escrita sobre los determinantes de la salud en el paciente con pie diabético, permitiendo tener una visión general de los factores involucrados en su desarrollo. Fue posible detectar los factores sociales más estudiados y casi implícitos en todos los estudios como la edad, el género, la escolaridad y el estado civil (Ahmed *et al.*, 2021; Larrañaga *et al.*, 2005; Jiang *et al.*, 2015; Al Rubeaan *et al.*, 2015; Niakan *et al.*, 2020; Tuha *et al.*, 2021; Hansen *et al.*, 2018). Existen estudios científicos como Pedras *et al.* (1992), Ahmed *et al.* (2021), Heredia-Morales y Gallegos-Cabriales (2022), Whittaker *et al.* (2020), que muestran que no solo las variables clínicas son preponderantes, sino también los factores sociodemográficos juegan un rol importante en el desarrollo de la úlcera, infección o amputación en la enfermedad de pie diabético.

Los estudios tienen un enfoque médico en su mayoría Jiang *et al.* (2015); Negash *et al.* (2022) Mariam *et al.* (2017), Yazdanpanah *et al.* (2018a), Yazdanpanah *et al.* (2018b), Crews *et al.* (2016), Gazzaaruso *et al.* (2021), y son pocos los que involucran los aspectos sociales; destacando el estudio de Heredia-Morales y Gallegos-Cabriales (2022), seguido por el estudio de Ahmed *et al.* (2021).

La revisión de la literatura demuestra que el problema del pie diabético se ha estudiado desde un enfoque más clínico, sin reflejar las condiciones de las personas en las que se presenta la enfermedad, lo que sustenta la necesidad de estudiar determinantes sociales de la salud.

Limitaciones

Esta revisión tiene limitaciones importantes, especialmente generadas por los estudios seleccionados, ya que no son homogéneos; algunas variables no se pudieron confrontar por la metodología empleada en los estudios o porque solo se expresaron con porcentajes, no permitiendo realizar un análisis de ellas, la búsqueda de resultados se restringió a dos bases de datos, limitando la extensión a otras bases que permitiera hallazgos en México y Latinoamérica.

Hay evidencia amplia de factores clínicos relacionados al pie diabético y sus complicaciones, sin embargo, es escasa y discrepante la presencia de determinantes sociales, que deberán ser abordados ampliamente en futuros estudios.

Referencias

- Abbott, C. A., Carrington, A. L., Aslam, N., Barker, G., Griffiths, J., y Khan, A. (2002). The North-West Diabetes Foot Care Study: Incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabetic Medicine*, 19(5), 377–384. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2002.00698.x>
- Abdissa, D., Aduugna, T., Gerema, U., y Dereje, D. (2020). Prevalence of diabetic foot ulcer and associated factors among adult diabetic patients on follow-up clinic at Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia, 2019: An institutional-based cross-sectional study. *Journal of Diabetes Research*, 2020, 4106383. <https://doi.org/10.1155/2020/4106383>
- Ahmed, M. U., Tannous, W. K., Agho, K. E., Henshaw, F., Turner, D., y Simmons, D. (2021). Social determinants of diabetes-related foot disease among older adults in New South Wales, Australia: Evidence from a population-based study. *Journal of Foot and Ankle Research*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13047-021-00501-8>
- Al Ayed, M., Ababneh, M., Alwin Robert, A., Al Misfer, N., Cruz, M., Austria, H. C., y Al Dawish, M. (2020). Factors associated with health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcer: A cross-sectional study from Saudi Arabia. *Cureus*, 12(6), e8658. <https://doi.org/10.7759/cureus.8658>
- Al-Rubeaan, K., Al Derwish, M., Ouizi, S., Youssef, A. M., Subhani, S. N., Ibrahim, H. M., y Alamri, B. N. (2015). Diabetic foot complications and their risk factors from a large retrospective cohort study. *PLOS ONE*, 10(5), e0124446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124446>
- Arksey, H., y O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

- Bonnet, J. B., Nicolet, G., Papinaud, L., Avignon, A., Duflos, C., y Sultan, A. (2022). Effects of social deprivation and healthcare access on major amputation following a diabetic foot ulcer in a French administrative area: Analysis using the French claim data. *Diabetic Medicine*, 39(6), e14820. <https://doi.org/10.1111/dme.14820>
- Boyko, E. J., Ahroni, J. H., Cohen, V., Nelson, K. M., y Heagerty, P. J. (2006). Prediction of diabetic foot ulcer occurrence using commonly available clinical information: The Seattle Diabetic Foot Study. *Diabetes Care*, 29(6), 1202-1207. <https://doi.org/10.2337/dc05-2031>
- Comino, E. J., Harris, M. F., Islam, M. D., Tran, D. T., Jalaludin, B., Jorm, L., Flack, J., y Haas, M. (2015). Impact of diabetes on hospital admission and length of stay among a general population aged 45 years or more: A record linkage study. *BMC Health Services Research*, 15, 12. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0666-2>
- Connolly, V. M., y Kesson, C. M. (1996). Socioeconomic status and clustering of cardiovascular disease risk factors in diabetic patients. *Diabetes Care*, 19(5), 419-422. <https://doi.org/10.2337/diacare.19.5.419>
- Chin, Y. F., Liang, J., Wang, W. S., Hsu, B. R., y Huang, T. T. (2014). The role of foot self-care behavior on developing foot ulcers in diabetic patients with peripheral neuropathy: A prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1568-1574. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.001>
- Crews, R. T., Shen, B. J., Campbell, L., Lamont, P. J., Boulton, A. J., Peyrot, M., Kirsner, R. S., y Vileikyte, L. (2016). Role and determinants of adherence to off-loading in diabetic foot ulcer healing: A prospective investigation. *Diabetes Care*, 39(8), 1371-1377. <https://doi.org/10.2337/dc15-2373>
- Díaz-Perera Fernández, G., Bacallao Gallestey, J., y Alemañy Pérez, E. (2012). Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 403-413. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662012000300007&lng=es&tylng=es
- Evans, J. M., Newton, R. W., Ruta, D. A., MacDonald, T. M., y Morris, A. D. (2000). Socio-economic status, obesity and prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 17(6), 478-480. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2000.00352.x>

- Ezeani, I. U., Ugwu, E. T., Adeleye, F. O., Gezawa, I. D., Okpe, I. O., y Enamino, M. I. (2020). Determinants of wound healing in patients hospitalized for diabetic foot ulcer: Results from the MEDFUN study. *Endocrine Regulations*, 54(3), 207-216. <https://doi.org/10.2478/enr-2020-0023>
- Gazzaruso, C., Gallotti, P., Pujia, A., Montalcini, T., Giustina, A., y Coppola, A. (2021). Predictors of healing, ulcer recurrence and persistence, amputation and mortality in type 2 diabetic patients with diabetic foot: A 10-year retrospective cohort study. *Endocrine*, 71(1), 59-68. <https://doi.org/10.1007/s12020-020-02431-0>
- González Cedeño, M., Alfonseca Guerra, M., y Hernández Rodríguez, M. (2022). Enfoque social del manejo de pie diabético desde la atención primaria de salud. *Humanidades Médicas*, 22, 421-438. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202022000200421ynrm=iso
- Ha, J. H., Jin, H., y Park, J. U. (2021). Association between socioeconomic position and diabetic foot ulcer outcomes: A population-based cohort study in South Korea. *BMC Public Health*, 21(1), 1395. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11406-3>
- Hansen, S., Huttunen-Lenz, M., Sluik, D., Brand-Miller, J., Drummen, M., Fogelholm, M., Handjieva-Darlenska, T., Macdonald, I., Martinez, A. J., Larsen, T. M., Poppitt, S., Raben, A., y Schlicht, W. (2018). Demographic and social-cognitive factors associated with weight loss in overweight, pre-diabetic participants of the PREVIEW study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 682-692. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9744-x>
- Heredia-Morales, M., y Gallegos Cabriales, E. C. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. *Enfermería Global*, 21(65), 179-202. [Epub] <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.482971>
- Jiang, Y., Wang, X., Xia, L., Fu, X., Xu, Z., Ran, X., Yan, L., Li, Q., Mo, Z., Yan, Z., Ji, Q., y Li, Q. (2015). A cohort study of diabetic patients and diabetic foot ulceration patients in China. *Wound Repair and Regeneration*, 23(2), 222-230.
- Larrañaga, I., Arteagoitia, J. M., Rodriguez, J. L., Gonzalez, F., Esnaola, S., Piniés, J. A., y Sentinel Practice Network of the Basque Country. (2005). Socio-economic inequalities in the prevalence of Type 2 diabetes,

- cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain. *Diabetic Medicine*, 22(8), 1047-1053. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2005.01598.x>
- Mariam, T. G., Alemayehu, A., Tesfaye, E., Mequannt, W., Temesgen, K., Yetwale, F., y Limenih, M. A. (2017). Prevalence of Diabetic Foot Ulcer and Associated Factors among Adult Diabetic Patients Who Attend the Diabetic Follow-Up Clinic at the University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia, 2016: Institutional-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Diabetes Research*, 2017, 2879249. <https://doi.org/10.1155/2017/2879249>
- Mekonen, E. G., y Gebeyehu Demssie, T. (2022). Preventive foot self-care practice and associated factors among diabetic patients attending the University of Gondar Comprehensive Specialized Referral Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01044-0>
- Nabuurs-Franssen, M. H., Huijberts, M. S., Nieuwenhuijzen Kruseman, A. C., Willems, J., y Schaper, N. C. (2005). Health-related quality of life of diabetic foot ulcer patients and their caregivers. *Diabetologia*, 48(9), 1906-1910. <https://doi.org/10.1007/s00125-005-1856-6>
- Nather, A., Siok Bee, C., Keng Lin, W., Qi Odelia, K. S., Yiong Huak, C., Xinyi, L., y Nambiar, A. (2010). Socioeconomic profile of diabetic patients with and without foot problems. *Diabetic Foot & Ankle*, 1. <https://doi.org/10.3402/dfa.v1i0.5523>
- Negash, W., Assefa, T., Sahiledengle, B., Tahir, A., Regassa, Z., Feleke, Z., Regasa, T., Tekalegn, Y., Mamo, A., Teferu, Z., Solomon, D., Gezahegn, H., Bekele, K., Zenbaba, D., Tasew, A., Desta, F., Atlaw, D., y Wilfong, T. (2022). Prevalences of diabetic foot ulcer and foot self-care practice, and associated factors in adult patients with diabetes in south-east Ethiopia. *The Journal of International Medical Research*, 50(10), 3000605221129028. <https://doi.org/10.1177/03000605221129028>
- Niakan, M. H., Dehghankhalili, M., Pourdavood, A., Vahidi, A., Nazemi, S., Piranvisheh, A., y Hasanvand, K. (2020). Clinical outcome and determinants of amputation in a large cohort of Iranian patients with diabetic foot ulcers. *Foot (Edinburgh, Scotland)*, 45, 101688. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2020.101688>

- OMS (2022). Social determinants of health. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organización%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana>.
- Pedras, S., Carvalho, R., y Pereira, M. da G. (2016). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 62(2), 171-178. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.171>
- Perrin, B. M., Van Netten, J. J., Aan de Stegge, W. B., Busch-Westbroek, T. E., y Bus, S. A. (2022). Health-related quality of life and associated factors in people with diabetes at high risk of foot ulceration. *Journal of Foot and Ankle Research*, 15(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s13047-022-00586-9>
- Rivero Fernández, F., Vejerano García, P., y González González, F. (2005). Clasificación actualizada de los factores de riesgo del pie diabético. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(1), 64-72. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000100008&lng=es&lng=es
- Sanjari, M., Safari, S., Shokoohi, M., Safizade, H., Rashidinezhad, H., Mashrouteh, M., y Alavi, A. (2011). A cross-sectional study in Kerman, Iran, on the effect of diabetic foot ulcer on health-related quality of life. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 10(4), 200-206. <https://doi.org/10.1177/1534734611428728>
- Silva, J. M. T. S. D., Haddad, M. D. C. F. L., Rossaneis, M. A., Vannuchi, M. T. O., y Marcon, S. S. (2017). Factors associated with foot ulceration of people with diabetes mellitus living in rural areas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e68767. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68767>
- Tehan, P. E., Burrows, T., Hawes, M. B., Linton, C., Norbury, K., Peterson, B., Walsh, A., White, D., y Chuter, V. H. (2023). Factors influencing diabetes-related foot ulcer healing in Australian adults: A prospective cohort study. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 40(1), e14951. <https://doi.org/10.1111/dme.14951>
- Tuha, A., Getie Faris, A., Andualem, A., y Ahmed Mohammed, S. (2021). Knowledge and practice on diabetic foot self-care and associated factors among diabetic patients at Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: Mixed method. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 14, 1203-1214. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S300275>

- Weng, C., Coppini, D. V., y Sönksen, P. H. (2000). Geographic and social factors are related to increased morbidity and mortality rates in diabetic patients. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 17(8), 612-617. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2000.00352.x>
- Winkley, K., Stahl, D., Chalder, T., Edmonds, M. E., y Ismail, K. (2007). Risk factors associated with adverse outcomes in a population-based prospective cohort study of people with their first diabetic foot ulcer. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 21(6), 341-349. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2007.09.004>
- Woldemariam, G. T., Atnafu, N. T., Radie, Y. T., Wolde, G. T., Gebreagziabher, T. T., Gebrehiwot, T. G., Teka, Y. H., Hagos, M. G., Hagezom, H. M., Yigzaw, H. B., Gebremedhin, H. T., Mezgebo, H. M., y Gebremariam, A. (2020). Determinants of Diabetic Foot Ulcer Among Adult Patients with Diabetes Attending the Diabetic Clinic in Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 2675-2683. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S278620>
- Whittaker, E., Read, S. H., Colhoun, H. M., Lindsay, R. S., McGurnaghan, S., McKnight, J. A., Sattar, N., Wild, S. H., y Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group (2020). Diferencias socioeconómicas en la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2 en Escocia: un estudio transversal. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 37(8), 1395-1402. <https://doi.org/10.1111/dme.14297>
- Yazdanpanah, L., Shahbazian, H., Nazari, I., Arti, H. R., Ahmadi, F., Mohammadianinejad, S. E., Cheraghian, B., y Hesam, S. (2018a). Incidencia y factores de riesgo de úlceras en el pie diabético: un estudio de cohorte poblacional (estudio ADFC) con seguimiento de dos años. *International Journal of Endocrinology*, 2018, 7631659. <https://doi.org/10.1155/2018/7631659>
- Yazdanpanah, L., Shahbazian, H., Nazari, I., Hesam, S., Ahmadi, F., Cheraghian, B., Arti, H. R., y Mohammadianinejad, S. E. (2018b). Factores de riesgo asociados con la supervivencia libre de úlcera en el pie diabético en pacientes con diabetes. *Diabetes y Metabolic Syndrome*, 12(6), 1039-1043. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.06.020>

- Zhang, G. Q., Canner, J. K., Haut, E., Sherman, R. L., Abularrage, C. J., y Hicks, C. W. (2021a). Impacto de la desventaja socioeconómica geográfica en los resultados de amputación menor en pacientes con diabetes. *The Journal of Surgical Research*, 258, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.08.039>
- Zhang, G. Q., Canner, J. K., Kayssi, A., Abularrage, C. J., y Hicks, C. W. (2021b). La desventaja socioeconómica geográfica se asocia con resultados adversos tras la amputación mayor en pacientes diabéticos. *Journal of Vascular Surgery*, 74(4), 1317-1326. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.03.033>

La relación entre la antropología médica y la seguridad humana. ¿Cómo saber primeros auxilios puede hacer que las personas se sientan más seguras?

Andrea Yunúen Hernández Gómez

Introducción

En México, las tres principales causas de muerte según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), en el periodo enero-junio de 2023, fueron las defunciones por enfermedades del corazón, primera causa a nivel nacional, con 97,187 casos; seguida de la diabetes mellitus, con 55,885 y, la muerte causada por tumores malignos, con 45,409 casos (Inegi, 2024). Según datos de este Instituto los accidentes ocuparon en 2023 el quinto lugar como causa de muerte y las agresiones el octavo lugar.

En el caso de accidentes, las personas que reciben primeros auxilios tienen un 80% de posibilidades de sobrevivir (Secretaría de Salud, 2023), lo que indica que una gran cantidad de los decesos derivados de accidentes podrían evitarse si se capacita a la sociedad civil en temas de primeros auxilios. Muriel Skeet (1991) define los primeros auxilios como todas aquellas acciones, medidas o actuaciones que se realizan en el lugar del accidente y permiten la atención inmediata del afectado con material improvisado hasta la llegada del personal

especializado, el objetivo es proporcionar cuidados que beneficiarán a la persona antes del tratamiento definitivo.

Uno de los temas principales de la capacitación en primeros auxilios, es la reanimación cardiopulmonar, la cual consiste en realizar compresiones torácicas de forma que se realiza el trabajo del corazón manualmente cuando existe una parada cardiaca, la oportuna realización de la reanimación cardiopulmonar en una parada cardiaca presenciada aumenta un 70% la posibilidad de supervivencia (Cano Morales, 2018) (Monsiváis, 1985), mientras que por cada minuto que se retrasa la realización de las maniobras de reanimación las posibilidades de sobrevivir del afectado disminuyen entre un 7 a 10% (Abellán Cabanes, 2020).

México es un país con gran diversidad geográfica y amplia variedad de climas, que en contacto con los asentamientos humanos ha dado lugar a muchos desastres, uno de los desastres contemporáneos con mayores consecuencias para la población fueron los terremotos del 19 y 20 de septiembre de 1985, evento con consecuencias devastadoras para la capital mexicana, que en ese momento no hablaba de tener una cultura de la protección civil. La magnitud del desastre derivó en un caos generalizado y en medio de este acontecimiento, la sociedad civil comenzó a autogestionarse.

Leal Martínez (2014), siguiendo a los antropólogos Jean y John Comaroff (1999) y otros autores, hace una revisión crítica en torno a la constitución de la sociedad civil en México y plantea que, el sismo de 1985, fue un evento que contribuyó al surgimiento de la idea de sociedad civil en la esfera pública mexicana; en dónde ‘el pueblo’ se resignificó como un actor colectivo caduco, para dar paso a la sociedad civil, es decir, la suma de ciudadanos autónomos en el apogeo de la transición hacia el neoliberalismo. Como consecuencia del sismo, en 1986 surgió el Sistema Nacional de Protección Civil, un organismo articulado que organiza

Un conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias y entidades del sector público con las organizaciones de los diversos grupos sociales y privados y con las autoridades de los estados y municipios a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la protección de los ciudadanos contra los peligros y

riesgos que se presentan en la eventualidad de un desastre (Comisión Nacional de Reconstrucción, 1986, p. 19).

La diversidad de situaciones en México que pueden poner en peligro la vida de las personas va desde las enfermedades, los accidentes y las agresiones hasta los desastres derivados de la relación de las personas con la naturaleza.

Teniendo en cuenta el contexto político, económico y social actual de México, el presente artículo se propone explorar la relación entre la antropología médica y la seguridad humana en cuanto a la atención y prevención desde los primeros auxilios como una herramienta de prevención, así como una respuesta ante situaciones de desastre, atención médica precarizada y conocimientos médicos insuficientes para brindar atención en estas circunstancias.

Para exponer y desarrollar esta premisa primero, se hará un recorrido histórico de la antropología médica en México, su definición y las líneas de investigación que se han trabajado, abordando al final de este recorrido la antropología médica crítica, que tiene como uno de sus ejes rectores el tomar en consideración las desigualdades sociales en el proceso salud/enfermedad/atención (Campos-Navarro, 2010).

A continuación, exploro el concepto de *seguridad humana*, sus orígenes por parte de las Naciones Unidas justo tras el fin de la Guerra Fría, para luego recuperar la definición del Observatorio de Seguridad Humana de Medellín que hoy se sitúa como referente en el tema en el contexto latinoamericano. Indago también los orígenes de los primeros auxilios, su relación con la figura del primer respondiente en México; así como su relación a través del tiempo con la cultura de la protección civil en México.

Por último, hablo del contexto particular de México en materia de salud y seguridad, poniendo énfasis en la importancia de los primeros auxilios como medida de prevención y respuesta a las situaciones de emergencia.

Método

En este estudio, se utilizó un enfoque cualitativo porque lo que me interesa fue valorar en qué medida los textos revisados hacen referencia a aspectos

sociomédicos o de antropología médica para discutir aspectos relacionados con la protección civil, los primeros auxilios, la salud y la seguridad humanas; basado en la revisión de literatura para explorar la relación entre la antropología médica, los primeros auxilios y la seguridad humana. La revisión se centró en identificar cómo estos conceptos son abordados en la literatura académica y en informes de organizaciones relevantes.

Las fuentes utilizadas incluyen literatura académica escrita por investigadores especializados en antropología médica, antropología médica crítica, así como informes de las Naciones Unidas y diversas organizaciones que tratan temas de seguridad humana y primeros auxilios, se incluyeron publicaciones científicas revisadas por pares que analizan estos temas.

El proceso de revisión de literatura implicó una búsqueda en bases de datos académicas como SciELO, PubMed y Google Scholar, utilizando palabras clave específicas. Los estudios y documentos relevantes fueron seleccionados y analizados en detalle, identificando los principales temas, enfoques y hallazgos. Posteriormente, se sintetizó la información para identificar patrones y relaciones entre los conceptos de interés.

Se utilizó un enfoque crítico en el análisis de las fuentes, considerando la perspectiva teórica y metodológica de los autores, la relevancia y aplicabilidad de los hallazgos respecto al tema en cuestión, así como las posibles limitaciones y sesgos presentes en los estudios revisados.

Este estudio enfrenta limitaciones como la variabilidad en la calidad y profundidad temática de los estudios revisados, lo que puede afectar la consistencia de los hallazgos. Sin embargo, proporciona una base para posterior investigación y panorama amplio de cómo los conocimientos en primeros auxilios pueden contribuir a la percepción de seguridad en la población desde una perspectiva antropológica.

Sobre la antropología médica en México

La antropología médica mexicana tiene un importante corpus de investigación y una trayectoria que se inicia por lo menos desde la década de 1920, sin embargo, según Eduardo L. Menéndez, su significación ha sido menor comparada

con la importancia que tuvieron o tienen los estudios socio antropológicos del campesinado, los estudios étnicos o los estudios de antropología política (Menéndez, 1997). Como subdisciplina de la antropología se remonta a las actividades de antropólogos mexicanos y extranjeros que cruzaron con sus investigaciones, de forma directa o indirecta, el campo del proceso salud/enfermedad/atención-prevención. El autor señala, sobre los motivos de los antropólogos para no recuperar información sobre los procesos de atención y cuidado a la salud, que este “proceso que no era de interés para los antropólogos de estos inicios, sino que se los encontraron en sus trabajos de campo o en sus análisis etnológicos como parte intrínseca e inevitable de toda cultura y sociedad a las que pretendían describir en su totalidad” (Menéndez, 2017, p. 353).

Entre los trabajos pioneros en antropología en México, Campos Navarro (2010) nos señala los trabajos de antropólogos extranjeros como Carl Lumholtz,¹ Frederick Starr,² Alex Hrdlicka³ entre otros, que, aunque centrados en la investigación en antropología física, en especial en la búsqueda de características raciales de los indígenas mexicanos, hacen aportes relacionados con la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

En la década de 1920, la antropología en México incorpora en sus líneas de investigación los temas de interés del gobierno mexicano e impulsa las políticas de integración de los indígenas a la vida nacional. Manuel Gamio da pie a la antropología mexicana con sus trabajos en 1922 sobre el mejoramiento de la vida de los pobladores del valle de Teotihuacán, que ya comenzaba a tener tintes de interés sobre la salud de la población (Campos-Navarro, 2010). El campo de investigación al que más estaba ligada la antropología médica mexicana en sus inicios fue el indigenismo, que buscaba la asimilación de los indígenas a través de la educación institucional generalizada y el acceso a la atención biomédica,

.....

¹ Antropólogo noruego cuya obra más conocida es *Unknown México (México desconocido)*. Cinco años de exploración entre las tribus de la Sierra Madre Occidental; en la Tierra Caliente de Tepic y Jalisco y entre los tarascos de Michoacán).

² Antropólogo norteamericano conocido por su obra *The Physical Characters of the Indians of the Southern Mexico*.

³ Antropólogo checo conocido por formular la teoría del poblamiento de América desde Asia a través del estrecho de Bering, hizo trabajos de antropología física para encontrar relación entre los asiáticos y los indígenas americanos.

como lo refiere el estudio del caso de Carapan, Michoacán en los años 1932 a 1933 de Moisés Sáenz.⁴

Eduardo Menéndez (2018) señala que la antropología médica de estos primeros años generaba estudios que articulaban la relación de los procesos salud/enfermedad/atención-prevención y los procesos mágico-religiosos, sin embargo, este último opacaban las dimensiones del sufrimiento, la mortalidad y la enfermedad, visión que comenzó a cambiar con la llegada de antropólogos médicos estadounidenses en la década de 1930, quienes difundieron otras orientaciones, producción etnográfica y propuestas teóricas.

En la década de 1940 toma relevancia la figura de Gonzalo Aguirre Beltrán, médico y antropólogo referente primero en cuanto a la orientación de los estudios médicos con fuerte componente social, y posteriormente en cuanto a sus aportes teóricos y aplicativos en la antropología social en general (Campos-Navarro, 2010). Aguirre Beltrán (1994), en su texto *Antropología médica*, sus desarrollos teóricos en México, dice que la antropología médica “se ocupa de aplicar ciertos conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina”. Con esta definición podemos observar la tendencia hacia un enfoque biomédico que permea a la antropología médica.

Esta inclusión del enfoque biomédico en la antropología médica queda en evidencia en el texto de Pedro Laín Entralgo, titulado *Antropología médica para clínicos* (1985), el material fue principalmente dirigido a la comunidad de “médicos reflexivos”,⁵ y el autor dice que su acercamiento a la antropología médica es de carácter “científico-metafísico”, comentario ligado a enfatizar el carácter biomédico de la antropología médica sin dejar de lado su carácter social. Laín Entralgo propone la siguiente definición de antropología médica:

.....
⁴ Un ejemplo de esto puede encontrarse en la forma en que nace la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) en 1938 como institución educativa en la Ciudad de México, cuyo objetivo era preparar funcionarios para “la nueva política pública cardenista de incorporar a los indígenas a la vida nacional” (Campos-Navarro, 2010).

⁵ Término acuñado por el autor para referirse al personal médico que tiene inquietudes más allá del ámbito médico.

Llamo antropología médica al estudio y conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad, en cuanto que de hecho la está padeciendo, en cuanto que puede ser técnicamente ayudado a librarse de ella, si la padece, y de llegar a padecerla, si está sano, y en cuanto que puede morir, y a veces muere, como consecuencia de haberla padecido. O bien, más concisamente: la antropología médica es un conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Ella y solo ella es el verdadero fundamento del saber médico (Laín Entralgo, 1985, p. XXXI).

Por su parte, la antropología médica crítica surge como contraposición a este enfoque biomédico que estaba tomando la antropología médica, evidenciado a principios de la década de 1990, Menéndez señala: “especialmente en las tendencias ecoculturales y en la denominada antropología médica clínica..., estas corrientes seguían hablando desde la antropología social, pero sus enfoques eran cada vez más de tipo biomédico, de manera que lo que estaban produciendo era similar a lo que haría un epidemiólogo o incluso un clínico” (Menéndez, 2017, p. 357).

La antropología médica crítica se puede definir como “esa rama de la antropología médica atenta a las determinaciones sistémicas y estructurales y a las relaciones asimétricas de poder en torno a la salud, la enfermedad, el sufrimiento y los procesos terapéuticos y de prevención o contención del daño” (Sesia, 2023, p. 1).

A nivel de estudios especializados posteriores a la licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y las humanidades, en 1973 se crea el Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia (CICINAH) que pasaría a convertirse en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), a partir de la década de 1990 se fortalecen los estudios en antropología social con línea de investigación en antropología médica (Campos-Navarro, 2010).

Como se aprecia, los derroteros de la antropología médica hasta 1970 estuvo centrada en la descripción de los grupos indígenas y el problema de lo nacional, es a principios de 1980 que se crea en el Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), el posgrado en Antropología Social donde se incluyó el taller de Antropología Médica por iniciativa de Eduardo Menéndez y Roberto

Campos; estos espacios especializados fungieron como semillero y pilar para ampliar y consolidar los estudios en la antropología médica crítica.

Sobre seguridad humana

Con el fin de la Guerra Fría se evidenció que la mayoría de los conflictos surgen dentro de las naciones, no entre ellas; se mostró además que a las personas se preocupan más por los asuntos de su vida cotidiana que por las amenazas de cataclismos mundiales (Bruce Ross-Larson *et al.*, 1994). Por lo que surge en contraposición de la visión sobre seguridad de los Estados, que se centra en las amenazas a la seguridad estatal, y que tiene como principal forma de respuesta la defensa militar con enormes gastos de recursos económicos y humanos (Rodríguez Alcázar, 2005), dejando de lado otras áreas para la seguridad integral de la población como la educación, la prevención de desastres y la sanidad.

Si bien no existe una definición explícita de lo que es la seguridad humana, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) habla de dos aspectos principales:

En primer lugar, significa seguridad contra amenazas crónicas como el hambre, la enfermedad y la represión. Y en segundo lugar, significa protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana, ya sea en el hogar, en el empleo o en la comunidad. Dichas amenazas pueden existir en todos los niveles de ingreso y desarrollo de un país (Bruce Ross-Larson *et al.*, 1994, p. 26).

Más adelante, en el mismo documento, el PNUD continúa definiendo a la seguridad humana por su relación con el concepto de *desarrollo humano*, definido como “un proceso de ampliación de la gama de opciones de que dispone la gente..., siendo la seguridad humana la capacidad de la gente de ejercer... esas opciones en forma segura y libre, y que puede tener relativa confianza en que las oportunidades que tiene hoy no desaparecerán mañana” (1994, p. 26).

Aunque no da una definición explícita de seguridad humana, el PNUD desarrolla los componentes de la seguridad humana (Organización Panamericana de la Salud, 2012, p. 2) con la finalidad de limitar y explicar el concepto, estos

son: *libertad para vivir sin temor, libertad para vivir con dignidad, libertad para vivir sin carencia*. Luego lo complementa con la lista de amenazas contra la seguridad humana, (más tarde denominadas dimensiones de la seguridad humana) (Bruce Ross-Larson *et al.*, 1994, p. 28): *seguridad económica, seguridad alimentaria, seguridad en materia de salud, seguridad ambiental, seguridad personal, seguridad de la comunidad, seguridad política*.

Desde que se popularizó el concepto de *seguridad humana* ha tenido seguidores y críticos; Rodríguez Alcázar señala que la queja generalizada que se antepone es respecto a la escasa precisión del concepto. Esta ambigüedad permitirá, según los críticos, que el concepto pueda convertirse en uno puramente redundante justamente por ir estrechamente ligado a los conceptos de *desarrollo humano* y *derechos humanos*; bien en un mero lema movilizador al que puede recurrirse cuando interese construir coaliciones coyunturales de grupos heterogéneos en identidad y convicciones, bien en una versión dulcificada de los viejos conceptos de seguridad vinculados al realismo político, con el agravante de que la vocación globalista de la seguridad humana serviría para justificar las intervenciones militares decididas por grandes potencias como los Estados Unidos o poderosas alianzas como la OTAN;⁶ o bien, en un término definido y utilizado por las élites occidentales para imponer sus propias concepciones del orden mundial a los excluidos del proceso de construcción del concepto (2005, p. 8).

Si bien debemos reconocer que el concepto de *seguridad humana* no cuenta con una definición explícita, es esto mismo lo que le da oportunidad de adaptación a los contextos locales de las comunidades donde se trabaja bajo este concepto; por lo mismo no significa que no se haya ido construyendo a través de la experiencia y el trabajo de múltiples organizaciones, “la seguridad humana parte de un enfoque integral en el que la seguridad es un medio y no un fin en

.....

⁶ En 1999, el gobierno de Canadá justificó los bombardeos de la Alianza Atlántica sobre Kosovo invocando la noción de *seguridad humana*, Paul Heinbecker, un alto cargo del Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio del Gobierno de Canadá sostuvo que la guerra de la OTAN contra Serbia fue una guerra por la seguridad humana. Sin embargo, estos abusos no pasaron desapercibidos, Susan Woodward señala que la campaña militar de la OTAN no consiguió gran cosa respecto de la mejora de la seguridad humana en Kosovo, Jana Arsovska incluso señala las consecuencias negativas para la seguridad humana que tuvieron los bombardeos sobre Kosovo (Rodríguez, 2005).

sí misma y se logra con la satisfacción de los derechos, bajo un orden público democrático, en el que el Estado no puede ser defendido en contra de las personas ni de la sociedad” (Angarita, 2016, p. 7).

El Observatorio de Seguridad Humana de Medellín (OSHM) surge en 2008 y es a raíz de las particularidades de su contexto regional y temporal que toma el concepto de *seguridad humana* de las Naciones Unidas y resignifica las dimensiones de la seguridad teniendo en cuenta las condiciones específicas de los sectores vulnerables de la ciudad donde se hace investigación e incluye la seguridad para las mujeres como una dimensión que no se tuvo en cuenta por parte del *Informe de las Naciones Unidas*, este modo de trabajar teniendo en cuenta la participación de la comunidad se denominó *seguridad humana desde abajo* (Angarita, 2016, p. 7).

El enfoque de *seguridad humana desde abajo* entiende que la seguridad no debe ser asunto de expertos o de agentes estatales, pues son las comunidades las que más conocen sus necesidades. Este enfoque contiene múltiples efectos: dinamiza expresiones colectivas de resistencia, genera procesos prácticos y reflexiones teóricas sobre cómo se pueden enfrentar los problemas para construir comunidades más seguras; fortalece las capacidades personales y comunitarias en el ejercicio de sus derechos ciudadanos, asumiéndose como sujetos sociales y políticos que interactúan entre sí, con otras comunidades y también con el Estado (Angarita, 2016, p. 8).

En México, el OSHM hizo una investigación en co-construcción⁷ en cuatro colonias ubicadas en cuatro ciudades del país que presentan niveles agudos pero diferenciados de violencia: Acapulco (Guerrero), Apatzingán (Michoacán), Guadalupe (Nuevo León) y Tijuana (Baja California) (Pearce *et al.*, 2018, p. 1).

El problema que enfrenta México es más complejo, con múltiples inseguridades y violencias que se interrelacionan en un contexto de crecientes economías criminales, corrupción e impunidad. Este proceso de interacción entre

.....
⁷ Proceso de interacción respetuosa entre académicos y miembros de las comunidades, es una metodología de investigación participativa orientada a la acción y a la transformación social que reconoce que diferentes sectores sociales pueden ofrecer aportes importantes al debate nacional sobre seguridad (Pearce *et al.*, 2018, p. 1).

inseguridades y violencias no se puede resolver con una política de seguridad unidimensional. Por el contrario, requiere reconocer las amenazas, riesgos, vulnerabilidades, ansiedades y miedos que afectan el bienestar personal y colectivo, los derechos y la capacidad de ejercerlos y defenderlos (Pearce *et al.*, 2018).

Sobre los primeros auxilios

Los primeros auxilios están ligados a la figura del primer respondiente en México, el cual según la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria, está definido como:

Personal auxiliar de la salud, capacitado en los temas señalados en el Apéndice B Informativo, que ha sido autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente, para coadyuvar en la prestación de servicios de atención médica prehospitalaria, que acude espontáneamente o es enviado por una institución de salud en un vehículo perfectamente identificado, de acuerdo con la institución del sector público, social o privado al que pertenezca, pero que no es una ambulancia; para proporcionar los primeros auxilios a la persona que presenta una alteración en su estado de salud o en su integridad física, mediante soporte básico de vida y que en caso necesario, solicita el tipo de apoyo requerido al CRUM, su equivalente operativo en el área geográfica de que se trate o a cualquier institución de salud (2014, sec. 4.1.11).

El Apéndice B informativo enumera las actividades curriculares para las que se capacita al primer respondiente (Secretaría de Salud, 2014): 1. Evaluación de la escena y activación del servicio médico de urgencias; 2. Evaluación del usuario; 3. Apoyo vital básico, aquí se incluye la reanimación cardiopulmonar o RCP y la ventilación asistida; 4. Temas selectos de primeros auxilios, heridas, hemorragias, fracturas, choque⁸ y quemaduras; 5. Manejo de diversas enfermedades que pueden poner en peligro la vida, descompensación diabética,

.....

⁸ También conocido como estado de shock, lo que puede incluir: anafiláctico, cardiogénico, hipovolémico, neurológico y séptico.

hipoglucemia, emergencias hipertensivas, reacciones alérgicas, crisis convulsiva, pérdida de conocimiento y urgencias respiratorias; 6. Historia de los primeros auxilios; 7. Fundamentos legales de los primeros auxilios.

Esta figura del primer respondiente y sus actividades tienen sus bases en los socorristas, que se describe como la acción de prestar auxilio urgente, mientras que los primeros auxilios implican una formación específica para dar atención inmediata a la persona que ha sufrido un accidente. En protección civil los primeros auxilios implican realizar maniobras en el lugar del incidente buscando socorrer a las víctimas en lo que llega asistencia especializada.

La figura del socorrista ha sufrido multitud de cambios a lo largo de la historia, siendo en un inicio personas que buscaban socorrer a otros en situaciones de conflicto armado hasta lo que es ahora la figura del primer respondiente y los técnicos en urgencias médicas.⁹ Los inicios del socorristismo están íntimamente ligados al trabajo que la Cruz Roja hace de manera internacional.

La Cruz Roja nace a raíz de las experiencias de Henry Dunant en 1859, quien socorrió a los soldados heridos en la batalla de Solferino, Italia; junto a las mujeres de una aldea cercana; de esta experiencia Dunant publica en 1862 una obra titulada *Recuerdo de Solferino* donde se hace la siguiente pregunta: “¿No se podría, durante un periodo de paz y de tranquilidad, fundar sociedades de socorros cuya finalidad sería prestar o hacer que se preste, en tiempo de guerra, asistencia a los heridos, mediante voluntarios dedicados, abnegados y bien calificados para semejante obra?” (CICR, 2004, párr. 1), pregunta que sirvió de base para la posterior fundación de la Cruz Roja.

Para 1863, después de que la obra de Henry Dunant tuviera un gran éxito, Gustave Moynier llama a una reunión para discutir las ideas propuestas en la obra de Dunant; se forma una comitiva de cinco miembros formada por Moynier, Dunant, el general Dufour y los médicos Appia y Maunoir; que se reúne por primera vez el 17 de febrero de 1863. Meses más tarde, el 25 de noviembre

.....
⁹ Cuya definición según la NOM-034-SSA3-2013 es todo aquel “personal formado de manera específica en el nivel técnico de la atención médica prehospitalaria o en su caso, capacitado, que ha sido autorizado por la autoridad educativa competente, para aplicar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas durante su formación, independientemente de su denominación académica” (Secretaría de Salud, 2014, sec. 4.1.12).

de 1863, se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional, con la participación de varios países europeos; aquí se sientan las bases de las Sociedades Nacionales.

La historia de la Cruz Roja Mexicana inicia con una carta de la Cruz Roja Española enviada en 1898 al entonces presidente Porfirio Díaz solicitando información acerca de los servicios de emergencia existentes en el país y su relación con la Unidad Sanitaria del Ejército Mexicano en caso de conflicto armado; lo que derivó en un estudio llevado a cabo por el doctor Fernando López y Sánchez Román que concluyó en que no existía un servicio de asistencia médica en caso de conflicto; por lo que se sugirió la creación de una Sociedad Nacional de la Cruz Roja.

La propuesta no tuvo respuesta sino hasta varios años después; en 1907, gracias a la labor de Luz González Cosío, México se adhiere a la Convención de Ginebra de 1864 y se tiene en cuenta la propuesta de la creación de la Cruz Roja Mexicana; aunque es gracias a la respuesta de múltiples voluntarios liderados por Luz Gonzáles Cosío y su esposo Fernando López a las consecuencias dejadas por una tromba en la ciudad de Monterrey los días 27 y 28 de agosto de 1909, que se acelera la creación de la Cruz Roja Mexicana. El 21 de febrero de 1910 recibe reconocimiento oficial y se denomina como Asociación Mexicana de la Cruz Roja, comenzando su labor humanitaria.

Es importante mencionar que las Sociedades de la Cruz Roja se rigen por siete principios fundamentales, que rigen su labor humanitaria: *humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad* (Cruz Roja Mexicana, s. f.).

Actualmente, la Cruz Roja Mexicana no solo brinda apoyo en situaciones de emergencia, sino que se dedica a “movilizar redes de voluntarios, comunidades y donantes para operar programas y servicios que tienen como objetivo el preservar la salud, la vida y aliviar el sufrimiento humano de la población en situación de vulnerabilidad... dando énfasis a la prevención y al aumento de capacidades individuales y colectivas, para que los beneficiarios de nuestras acciones, se organicen socialmente, estén preparados y sean resilientes ante amenazas y adversidades” (Cruz Roja Mexicana, s. f.), a través de programas de capacitación en prevención y respuesta a situaciones de emergencia dirigidas a la población civil.

Según el *Informe Balance Humanitario 2024 México*, del Comité Internacional de la Cruz Roja, nuestro país vive una violencia silenciosa, que se transforma y en tanto agudiza las necesidades humanitarias; concretamente el informe reconoce la obligación del Estado mexicano de atender los desplazados internos, a la población migrante, a las personas separadas y desaparecidas, así como reitera su compromiso de continuar coadyuvando, pues “la información para prevenir riesgos, acceder a derechos y a mecanismos de protección se ha vuelto esencial para salvar vidas” (CICR, 2024, p. 9).

Si bien la Cruz Roja Mexicana existe desde 1907, no existía en México un organismo nacional articulado que gestionara la prevención y respuesta en situaciones de emergencias.

En México concurrieron dos eventos que marcaron un antes y un después en la cultura de la protección civil, ambos en el sexenio del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, el primero ocurrió el 19 de noviembre de 1984, con las explosiones ocurridas en San Juan Ixhuatepec, una colonia popular del Estado de México originadas por una fuga masiva de gas licuado en una planta de Pemex (Monsiváis, 1985). El otro ocurrió el jueves 19 de septiembre de 1985, cuando tuvo lugar un terremoto con magnitud de 8.1 grados en la escala de Richter, el epicentro se localizó en el océano Pacífico de las costas del estado de Michoacán afectando las zonas del centro, sur y occidente del país, teniendo una repercusión particularmente importante en la Ciudad de México, un día después, se presentó una réplica con consecuencias devastadoras, los edificios y las estructuras que ya se encontraban debilitadas terminaron por colapsar (Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera, 2020).

En esos momentos el país no contaba con una cultura de la protección civil ni protocolos de acción para situaciones de emergencia, lo que derivó en un caos generalizado; la desesperación impulsó a la población sobreviviente que comenzó a autogestionarse y responder con acciones de rescate y asistencia. En una nota publicada por el portal *La Silla Rota*, en 2017, a propósito del sismo ocurrido el 7 de septiembre de ese año, se rememoró: “entre los esfuerzos civiles organizados, surgió el grupo que posteriormente se incorporaría como la Brigada de Rescate Topos Tlatelolco”, la nota consigna que “el Registro Civil de la Ciudad de México recopiló 12 mil 843 fallecidos por los hechos, sin embargo, en su momento la prensa internacional daba cuenta de entre 25 mil y 35 mil

muertes, y más de 50 mil heridos (Redacción, 2017); además, recordó cómo el gobierno mexicano dijo al mundo que la situación estaba bajo control, situación que estuvo lejos de ser real según periodistas que reflexionan sobre esa época: fue el pueblo el que salvó al pueblo, pues “la orden del presidente Miguel de la Madrid fue quedarse en casa” (Cruz, 2023, p. 222).

Ocho meses después de los terremotos de 1985 se establece el Sistema Nacional de Protección Civil, a partir de un decreto publicado el 6 de mayo de 1986, con el objetivo de establecer un sistema que permitiera a las autoridades de los tres niveles de gobierno establecer coordinación con la sociedad civil en forma eficiente y rápida ante un escenario catastrófico; en su momento se describió como un

conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias y entidades del sector público entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos sociales y privados y con las autoridades de los estados y municipios a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la protección de los ciudadanos contra los peligros y riesgos que se presentan en la eventualidad de un desastre (Comisión Nacional de Reconstrucción, 1986, p. 19).

En ese año se publicaron las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil, donde se indican las acciones y responsabilidades del Estado sobre proteger y cuidar a la sociedad frente a los “peligros y riesgos de desórdenes o trastornos provenientes de elementos, agente o fenómenos, naturales o humanos, que puedan dar lugar a desastres,¹⁰ con la tragedia e irreparable pérdida de vidas humanas, la destrucción de bienes materiales, el daño a la naturaleza y la interrupción de la vida cotidiana” (Comisión Nacional de Reconstrucción, 1986, p. 14).

.....

¹⁰ El desastre se puede definir como el evento concentrado en tiempo y en espacio, en el cual la sociedad o una parte de ella sufre un daño severo y pérdidas para sus miembros, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento vital de la misma (Comisión Nacional de Reconstrucción, 1986, p. 14).

Ambos ejemplos, la creación de la Cruz Roja Mexicana como el Sistema Nacional de Protección Civil, se consolidan después de la respuesta de la población civil a una situación de emergencia, la Cruz Roja es reconocida después de la labor de población civil en el apoyo de las personas víctimas de la tromba en la ciudad de Monterrey y el Sistema de Protección Civil nace de la observación del caos y la consecuente autogestión de la sociedad civil para responder al daño generado por los terremotos del 85, evidenciando la falta de dependencias que se encargaran de la prevención y respuesta en situaciones de desastre y poniendo énfasis en la iniciativa de la sociedad civil en pro de socorrer a las víctimas dando pie a una nueva necesidad: aprender a auxiliar, aprender a dar los primeros auxilios.

Los primeros auxilios como herramienta de seguridad humana

Existe consenso al señalar que existe correlación entre pobreza, desastres y fenómenos naturales peligrosos. Un terremoto, un huracán, un maremoto son peores frente a determinadas condiciones socioeconómicas y físicas de los grupos vulnerables; las afectaciones pueden ser mortales, es decir, los grupos vulnerables, tienen mayor riesgo ante un desastre como una explosión, o ante un fenómeno natural peligroso, que aquellas que tienen una mejor condición económica y capacidad para ejecutar acciones de seguridad humana.

El estudio de los desastres, sus consecuencias y los efectos que ha generado en la sociedad comenzaron en Estados Unidos en la década de los cuarenta, sin embargo, es hasta los años sesenta que se inició la corriente sociológica de la investigación social de los desastres, teniendo como temas el comportamiento colectivo y el análisis organizacional en los escenarios de desastres.

En América Latina el campo de investigación social de los desastres puede rastrearse hasta la década de los setenta con los terremotos de Huaraz, Perú (1970); Managua, Nicaragua (1972); y Guatemala (1976) que provocaron investigaciones sobre la respuesta social e institucional; sin embargo, estas investigaciones fueron principalmente generadas por investigadores extranjeros y no se difundían en el lugar de la investigación.

Es en la década de los ochenta con la llegada de fenómenos que causan desastres de gran magnitud (como las inundaciones y sequías asociadas al fenómeno de El Niño que afectaron a muchos países de América del Sur en 1982 y 1983, el terremoto de Popayán, Colombia en 1983 y el terremoto de la Ciudad de México en 1985; siendo estos algunos ejemplos); que se inició una serie de investigaciones en Argentina, Brasil, Colombia, México y otros países que resultó en las primeras publicaciones difundidas en la región sobre el tema (Maskrey *et al.*, 1993).

En México, como hemos documentado, fue a partir de los sismos de 1985 que comenzó la investigación social de los desastres asociados a fenómenos naturales, denominados genéricamente como “desastres naturales”; sin embargo “la presencia de un fenómeno natural no necesariamente debe ser amenazante ni producir un desastre”, ya que este es el resultado de las formas erradas que hemos tenido para relacionarnos con nuestro ambiente. Los elementos de origen social desempeñan un papel determinante en el nivel de devastación del desastre y en el alcance de los daños (García Acosta, 2018).

Según datos del Inegi (2022), el 90% de las defunciones registradas en 2022 fueron a causa de enfermedades y problemas relacionados con la salud, el otro 10% de todas las muertes se debieron a causas externas, lo que quiere decir muertes accidentales y violentas.

De las diez principales causas de muerte, la primera corresponde a las enfermedades del corazón con más de doscientos mil fallecidos en 2022, siendo los principales grupos de edad afectados las personas entre 45 y 54 años y los mayores de 60, la sexta posición corresponde a los accidentes con más de 37 mil fallecidos, siendo el grupo de edad afectado como principal causa de muerte los niños entre 5 a 14 años y la segunda causa de muerte entre los niños de 1-4 años y los jóvenes entre 15 y 34 años; en la séptima posición se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con más de 35 mil fallecidos, siendo los principales afectados los mayores de 65 años. Por último, tenemos en la octava posición las muertes por agresiones con más de 33 mil defunciones, siendo la primera causa de muerte en los grupos de edad de entre 15 a 44 años.

Por otro lado, de los datos sobre defunciones de 2022, podemos observar que el sitio de ocurrencia que más destaca son las defunciones en el hogar con 412 321, las siguientes se concentran en distintas instancias de salud como son

el IMSS con 146 736, la Secretaría de Salud con 103,108 y las unidades médicas privadas con 36 827; y el quinto sitio donde más ocurren defunciones sería la vía pública con 35 917.

La mayoría de las muertes en México ocurren en ambientes extrahospitalarios (los hogares principalmente y luego la vía pública), donde el acceso a recursos médicos es extremadamente limitado, recayendo en los mismos familiares o transeúntes ser los primeros respondientes. Por otro lado, no podemos dejar de lado la cantidad de defunciones por accidentes y agresiones (homicidios) que ocupan el quinto y el octavo lugar en causas de muerte en México, derivado de la situación de violencia presente en muchos de los estados de la república.

Teniendo por un lado como la principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares y por otro un riesgo elevado de traumatismo la capacitación de la sociedad civil en temas de soporte vital básico¹¹ y el qué hacer en caso de un traumatismo como sería tratar una hemorragia o inmovilizar una extremidad o qué hacer en caso de quemaduras podría ayudar a reducir la cantidad de defunciones.

En un artículo publicado en 2016 donde se entrenó a médicos en formación en primeros auxilios en Cuba, se indica que en lo que hace a desastres, el adiestramiento de la población y el fortalecimiento de la protección civil hacen la diferencia; los autores señalan que la participación comunitaria y su capacidad para ejecutar acciones de protección son el primer método para extender la cobertura de los servicios de salud, los autores señalan que el testigo adiestrado que ejecuta los primeros auxilios evita el agravamiento de la víctima, lo que permite documentar que en los lugares donde los pobladores tienen mayor preparación en primeros auxilios, el resultado final es más favorable; por lo que sugieren que lo óptimo sería que toda la población estuviera capacitado en resucitación y apoyo vital básico (Callis *et al.*, 2016).

.....

¹¹ El soporte vital básico incluye lo que son las maniobras de resucitación; y en caso de atragantamiento la maniobra de desobstrucción de vías aéreas; el soporte vital básico busca que sea llevado a cabo por la persona que presenció el incidente.

Conclusión

Si bien en sus inicios la antropología médica en México estuvo volcada al itinerario indigenista, a partir de 1980 encontramos una diversificación en las temáticas asociadas a la salud, la seguridad y el autocuidado (García Acosta, 2004). El estudio de los desastres, sus consecuencias y los efectos que ha generado en la sociedad comenzaron en Estados Unidos en la década de los cuarenta, sin embargo, es hasta los años sesenta que se inició la corriente sociológica de la investigación social de los desastres, teniendo como temas el comportamiento colectivo y el análisis organizacional en los escenarios de desastres (Maskrey *et al.*, 1993, p. 3).

La antropología y en general las ciencias sociales y las humanidades sí han mantenido relación con los estudios en torno a la seguridad humana y la protección civil en México, pues la antropología estudia a los pueblos en sus diversos contextos y después de la pandemia se han fortalecido los estudios de la antropología del desastre y la antropología del riesgo que, en colaboración con la antropología médica clásica y crítica, han aportado a comprender las prácticas culturales antes y después de las crisis.

En resumen, este artículo se dio a la labor de dar una primera pincelada a los beneficios y posibilidades de un abordaje interdisciplinar desde la antropología médica y los primeros auxilios para reflexionar sobre la seguridad humana, teniendo como foco de interés las situaciones de emergencia en el contexto mexicano. En estas hemos visto cómo la capacitación en primeros auxilios puede salvar vidas y reducir la vulnerabilidad, a la vez que la antropología médica ofrece una perspectiva crítica sobre las desigualdades en el acceso a la salud y la protección civil y cómo esto repercute en el nivel de letalidad de las emergencias.

La relevancia de este tipo de abordajes y estudios radica en su potencial para influir en políticas públicas y programas de capacitación que promuevan una cultura de prevención y respuesta efectiva ante desastres. Lo cual toma especial importancia si analizamos la historia de la protección civil en México, prácticamente nula hasta después de las explosiones ocurridas en San Juan Ixhuatepec en 1984 y los terremotos de 1985, donde se evidenció la importancia de una comunidad bien preparada y consciente de las medidas de primeros

auxilios, dando lugar al establecimiento de un organismo para coordinar a las autoridades y la sociedad civil; el Sistema Nacional de Protección Civil.

Futuras investigaciones podrían profundizar en las prácticas de primeros auxilios en contextos específicos y evaluar de forma cualitativa y cuantitativa la efectividad de programas de capacitación. Además, de explorar cómo se pueden integrar estas prácticas en los diferentes niveles educativos, agrupaciones sociales e instancias de salud pública.

En última instancia, invertir en educación y capacitación en primeros auxilios es invertir en la resiliencia y bienestar de nuestra sociedad, no solo mejora la capacidad de respuesta ante emergencias, sino que también fortalece la seguridad humana al empoderar a las personas con conocimientos y habilidades que les permitan responder ante situaciones de emergencia.

Referencias

- Abellán Cabanes, M. (2020). *Actuación inmediata en RCP, valoración de intervenciones y maniobras de resucitación más eficaces* [Tesis de maestría, Universitat Rovira i Virgili, Repositorio institucional]. Universitat Rovira i Virgili.
- Angarita C., P. E. (2016). Seguridad: Un medio, no un fin. *Revista Experimental*, 6. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/experimenta/article/view/325486/o>
- Beltrán, G. A. (1994). *Antropología médica: Sus desarrollos teóricos en México* (Vol. 8). Fondo de Cultura Económica USA.
- Bruce Ross-Larson, A., Strong, A., Bieler, K., Imboden, H., Hanlon, E., y Berndt, J. (1994). *Informe sobre desarrollo humano 1994* (Bugni, R., y Rivkin, R., Trads.). Oxford University Press.
- Callis, G. L. P., Castellano, R. D. D., Macías, S. P., y Del Toro Basulto, C. (2016). Curso extracurricular de primeros auxilios a estudiantes de medicina para el aprendizaje de socorrismo. *Medisan*, 20(06), 808-817. <https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66108>
- Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina*

- Experimental y Salud Pública*, 27, 114-122. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v27n1/a16v27n1.pdf
- Cano Morales, M. J. (2018). *Eficacia del RCP manual en la supervivencia para salvar vidas en pacientes con paro cardíaco súbito* [Tesis de maestría, Universidad Privada Norbert Wiener]. Universidad Privada Norbert Wiener <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/1848>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (2004, diciembre 28). *De la batalla de Solferino a las vísperas de la Primera Guerra Mundial*. <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/57jnv.htm>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (2024). *Balance Humanitario 2024 México*.
- Comaroff, J. L., y Comaroff, J. (Eds.). (1999). *Civil society and the political imagination in Africa: Critical perspectives*. University of Chicago Press.
- Comisión Nacional de Reconstrucción. (1986). *Bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil*.
- Cruz, F. (2023). *Las damas del poder*. Planeta México.
- Cruz Roja Mexicana (s. f.). *Cruz Roja: Conócenos*. <https://www.cruzrojamexicana.org.mx/contenido/Conocenos>
- García Acosta, V. (2004). La perspectiva histórica en la antropología del riesgo y del desastre. Acercamientos metodológicos. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 25(97), 124-142. <https://www.redalyc.org/pdf/137/13709704.pdf>
- García Acosta, V. (2018). Los desastres en perspectiva histórica. *Arqueología Mexicana*, 25(149), 32-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6291071>
- Inegi (2022). *Nota técnica. Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022* (p. 101).
- Inegi (2024). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR) de enero a junio de 2023 (preliminar)* (Comunicado de prensa 26/24; Estadísticas de defunciones registradas (EDR)).
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Salvat Editores.

- Leal Martínez, A. (2014). De pueblo a sociedad civil: El discurso político después del sismo de 1985. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(3), 441-469. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=So188-25032014000300004&script=sci_arttext
- Maskrey, A., Cardona, O. D., García, V., Lavell, A., Macías, J. M., Romero, G., y Chaux, G. W. (1993). *Los desastres no son naturales*. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.
- Menéndez, E. L. (1997). Antropología médica en México: Tendencias, problemas, posibilidades. En *V Congreso Argentino de Antropología Social* (CAAS) (pp. 1-10). Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/113026>
- Menéndez, E. L. (2017). Antropología de la salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353-357. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1548>
- Monsiváis, C. (1985). Crónica de San Juanico: Los hechos, las interpretaciones, las mitologías. *Cuadernos Políticos*, 42, 87-100. <http://cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.42/42.8.CarlosMonsiv%C3%A1is.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Atención médica prehospitalaria, Pub. L. No. NOM-034-SSA3-2013, 23 (2014). <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/marconormativo/NormasOficiales/4395.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Seguridad humana: Implicaciones para la salud pública. Documento técnico de referencia* (Miki Fernández/ULTRAdesigns). <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/D37403-PAHO-seguridad-humana-Final-WEB.pdf>
- Pearce, J., de Castro Medina, R. F., Santamaría Balmaceda, G. K., Camacho, C., Farfán Méndez, C., y Abello Colak, A. (2018). *Agenda nacional hacia una agenda de seguridad humana para México: Por una seguridad que no reproduzca las violencias* (E. J. Bolaños Sapién, Ed.). OCTO Design. https://repensandolaseguridad.org/publicacioness/cartillas.raw?task=callelementyitem_id=234&element=d420e6b8-fda3-4ff0-8634-0a3d6ec8f79&method=download

- Redacción (2017, septiembre 8). ¿Qué hizo De la Madrid en el devastador temblor de 1985? *La Silla Rota*. <https://lasillarota.com/nacion/2017/9/8/que-hizo-de-la-madrid-en-el-devastador-temblor-de-1985-139373.html>
- Rodríguez Alcázar, J. (2005). La noción de “seguridad humana”: Sus virtudes y sus peligros. *Polis. Revista Latinoamericana*, 11. <https://journals.openedition.org/polis/5805>
- Secretaría de Salud (2023, septiembre 11). 287. Quien recibe primeros auxilios en caso de accidente tiene 80% de probabilidad de sobrevivir. *Gobierno de México*. <http://www.gob.mx/salud/prensa/287-quien-recibe-primeros-auxilios-en-caso-de-accidente-tiene-80-de-probabilidad-de-sobrevivir?idiom=es>
- Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera (2020, septiembre 19). Terremoto, México, 1985. *Gobierno de México*. <http://www.gob.mx/siap/articulos/terremoto-mexico-1985>
- Sesia, P. (2023). La antropología médica crítica. Una breve visión de conjunto desde México y América Latina. *Ichan Tecolotl*, 375. <https://ichan.ciesas.edu.mx/la-antropologia-medica-critica-una-breve-vision-de-conjunto-desde-mexico-y-america-latina/>
- Skeet, M. (1991). *Urgencias y primeros auxilios*. El Manual Moderno.

Tercera sección. **Retos y consensos para los futuros posibles**

*El hombre es un animal inserto en tramas
de significación que él mismo ha tejido [...],
la cultura es esa urdimbre y el análisis ha de ser,
por tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes,
sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones.*
Geertz, 2006, p. 20

A propósito del I Encuentro de Investigación Sociomédica #IEISM2023

El I Encuentro de Investigación Sociomédica propició la convergencia entre investigadoras, estudiantes y docentes en torno a los principales temas, proyectos y hallazgos de la investigación social en salud a partir del diálogo orientado al fortalecimiento de la vocación científica en investigación en el campo sociomédico. Confirmamos que los resultados de las investigaciones presentadas y los hallazgos expuestos permiten enfrentar los problemas y reducir las desigualdades que el modelo de salud, con fundamento en el ideario de desarrollo socioeconómico neoliberal, ha generado en México; aspectos que mostraron su peor legado durante la reciente pandemia por covid-19.

Para ratificar el compromiso con la sociedad de contribuir en la difusión y el acceso universal al conocimiento, diversas universidades, organizaciones de la sociedad civil y docentes promovimos la organización de este Primer Encuentro como un espacio de alto nivel científico que tuvo como base teórica-metodológica de los trabajos, al método epistemológico y la metodología de las ciencias sociales y las humanidades aplicado a la comprensión y en su caso, solución de problemas médicos, de salud individuales y colectivos con una orientación preventiva e intercultural.

La Universidad de Guadalajara, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud a través de la Maestría en Ciencias Sociomédicas, respondió así a la solicitud de egresados y egresadas de diferentes licenciaturas y de la sociedad jalisciense que demandan espacios para exponer y compartir conocimientos y

saberes que permiten comprender las interacciones salud-enfermedad como un complejo proceso vital de carácter histórico.

Como parte de la organización además de los paneles temáticos, se establecieron grupos de trabajo en función de dos campos integradores, antropología médica y sociología médica y una exposición de carteles. El propósito de cada grupo de trabajo fue exponer sus hallazgos y reflexionar sobre los horizontes de futuro de este campo. En cada grupo se instaló un coordinador y un relator que tuvieron la encomienda de documentar:

1. Temas frecuentes.
2. Propuesta metodológica.
3. Teorías o autores de referencia (marcos teóricos o paradigmas más usados).

A partir de tres ejes reflexivos:

- I. Aprender a hacer. Características de la investigación sociomédica
- II. Aprender a ser..
- III. Potencial de transformación social

Diferencias o complementariedades con la investigación clínica y la biomédica

Al finalizar la exposición y discusión grupales se leyeron, como parte de los relatores, las declaratorias de este primer encuentro, los puntos de acuerdo y horizontes que cada grupo de trabajo consensuó, mismos que pueden leerse a continuación.

Para la exposición de carteles se hizo una rúbrica e invitó a profesores investigadores del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de los departamentos de Ciencias Sociales y del Departamento de Salud Pública, quienes contribuyeron con su tiempo y sus evaluaciones al éxito del evento.

Declaratoria colectiva I Encuentro de Investigación Sociomédica #IEISM2023

Compañeras, compañeros, compañeres: hemos concluido con alegría y satisfacción las actividades del I Encuentro de Investigación Sociomédica. El tiempo de diálogo y escucha activa que nos hemos dado ha rendido sus frutos, es así que queremos poner a consideración de todas estas ideas que declaran que tenemos una forma de mirar la producción del conocimiento científico en salud y con relación a la contribución fundamental de las epistemologías y metodologías de las ciencias sociales y las humanidades a las ciencias de la salud.

Primero. Confirmamos que una de las apuestas es continuar caminando y actuando con una actitud flexible y comprensiva en la diversidad de cara al pluralismo médico y la interculturalidad.

Segundo. Existen ya muchas investigadoras e investigadores de ciencia básica que reconocen que son imprescindibles, para abordar los objetos de estudio, las epistemologías y métodos de las ciencias sociales y las humanidades, que los usan para formar a otros profesionales, en y dentro de sus propios procesos de investigación, es decir, vamos bien. ¡Sigamos! ¡Fortalezcamos el legado y el diálogo con aspiración transdisciplinar!

Tercero. Encontramos que todos los actores sociales, en forma independiente a su profesión, tienen un “margen de maniobra” que pueden ejercer para contribuir al cambio social (Montaño, 2014), es decir, tenemos capacidad de agencia.

Cuarto. Continuaremos visibilizando la necesidad de proveer y cuidar salud mental de todos los profesionales de la salud a la par de continuar trabajando por reducir los procesos estigmatizantes en torno a la salud mental.

Quinto. Confirmar la central de las discusiones epistemológicas para establecer cómo es salud y optar por los procesos críticos y decoloniales. José Martí dijo: “Injértese a las repúblicas el mundo pero que el tronco sea el de nuestras repúblicas”.

Sexto. Abrir un espacio para considerar que las formas de construir conocimientos y saberes no solo tienen una dimensión cognitiva sino una dimensión profundamente corporal.

Ahora escuchemos las voces de nuestras y nuestros compañeros que integraron los diversos grupos de trabajo.

IMAGEN 1. AUDITORIO RAMÓN CÓRDOVA, CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD, INAUGURACIÓN



Guadalajara, Jalisco, a 9 de noviembre de 2023.

Declaratoria del grupo de trabajo Antropología Médica 1

Los aportes de la antropología médica en los procesos sociomédicos se manifiestan de diversas maneras. Partimos de reflexionar y enunciar cómo las dimensiones de raza, clase, género, intervienen en los procesos históricos y estructurales de acceso y atención de la salud. El modelo médico hegemónico

no solo afecta a los usuarios de servicios médicos, sino también al personal médico-sanitario.

Es importante tomar en cuenta cómo los procesos de racialización se aplican bajo ese modelo médico hegemónico invisibilizando y desaprobando formas de atención, conocimientos y saberes distintos al de la biomedicina, muchos de estos conocimientos y saberes son aplicados de manera práctica por la población y no deben ser invalidados sino incorporados por la biomedicina como parte integral de los procesos de atención y terapéuticas aplicadas. De igual modo, el no reconocer la cosmovisión y el significado cultural de los padecimientos son parte integral de estos procesos de racialización, de manera clara al enunciarlos como síndromes de filiación cultural despoja de procesos de identidad y pertenencia a las comunidades y personas que identifican enfermedades como el mal de ojo, el susto, el empacho, la caída de mollera y otros.

En cuanto a la forma en la que afecta la racialización a el personal médico sanitario, es sabido que el acceso a las formaciones médicas y de especialidad son muchas veces inaccesibles a población perteneciente a comunidades indígenas y afrodescendientes y no existen puestos de dirección o cargos de altos mandos ocupados por dichas poblaciones. Ya que debe tomar en cuenta la competencia académica y profesional y no el color de piel o la pertenencia étnica.

En cuanto a la dimensión del género consideramos a partir de nuestras experiencias en investigaciones y trabajos dar cuenta de cómo se da la atención en los servicios médicos a las mujeres pues es conocida la violencia institucional que se establece por parte del modelo médico hegemónico en prácticas médicas como la violencia obstétrica, atención de enfermedades crónicas y medicalización de procesos naturales como la menstruación, la menopausia y el control natal.

Estamos conscientes de que el acceso a la salud está establecido en muchas de las ocasiones por quien puede pagar por ellos, esto fomenta la desigualdad en el acceso a la salud por lo que es necesario dejar de mercantilizar con la misma y que el Estado garantice el acceso a servicios públicos de salud gratuitos y de calidad.

Por lo anterior se propone que, en los programas curriculares de las licenciaturas de todo el personal de salud, se incluyan ejes transversales de género, salud intercultural y bioética.

De igual forma consideramos que es necesario contar con formación y aprendizaje de lenguas originarias para la atención de usuarios que formen parte de la diversidad étnica de nuestro país.

Establecer formación en personal médico-sanitario que permita la comunicación con personas que presentan alguna discapacidad.

Establecer formación en sensibilización con perspectiva de género y diversidad sexual, para erradicar prácticas de violencia en la atención médica a mujeres y población LGBTIQ+.

Que el personal médico sanitario establezca relaciones médico-paciente más humanas, comprendemos la dificultad de abordar de manera profunda las formas de atención y cuidados con las que cuenta cada paciente debido a las propias dinámicas institucionales que obligan a los médicos a atender un número establecido de pacientes, pero el mirar a los ojos al paciente, preguntar de manera concreta sobre su estado de ánimo o emocional ayudará a generar procesos más humanos y de confianza en la práctica médica.

Desde la formación del personal médico-sanitario fomentar la formación interdisciplinar.

Generar sinergias entre disciplinas biomédicas y sociales para dar solución a los problemas de salud de manera integral que tiene la población.

Con la intención de no romantizar la atención de la salud de poblaciones indígenas, sugerimos respetar las decisiones que tomen en cuanto a las formas de atención que quieran utilizar, ya sea biomédicas o de medicina tradicional, respetando su capacidad a agencia y autonomía.

GRUPO DE TRABAJO 1 - ANTROPOLOGÍA MÉDICA

COORDINADOR: DR. CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ NAVARRETE, CUCSH

RELATOR: RAFAEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ COVARRUBIAS

SEDE: AULA DE PSICOLOGÍA, CUCS

GRUPOS DE TRABAJO	TIEMPO DISPONIBLE
Jueves 09/11 *Exposiciones y trabajo grupal	De 12:00 a 14:30 h / 15:30 a 17:00 h
Viernes 10/11 *Reflexión y redacción de hoja de ruta por cada GT máximo cuartilla y media	De 13:00 a 15:00 h

PONENTES

NOMBRE	TÍTULO PONENCIA	ROL
Andrea Yunúen Hernández Gómez	La relación entre la antropología médica y la seguridad humana. ¿Cómo saber primeros auxilios puede hacer que las personas se sientan más seguras?	Estudiante Ponente
Annette Elisabeth Hartmann	Experiencias en la formación de los médicos cirujanos de la Universidad Intercultural de Chiapas: exploraciones de la práctica docente	Investigador Ponente
Arantxa Ortiz Hernández	Factores sociales relacionados con la depresión y la autopercepción de la salud en personas mayores: una revisión sistemática	Estudiante Cartel
Cristian Iván Gaytan-Saldaña	Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por covid-19	Egresado Cartel
Heydi Antonieta Corado Suárez	Evaluación de la actividad antibacteriana de una nano molécula a base de extractos cítricos	Estudiante Ponente
María Carlota Morales Trejo	Trayectorias de atención y narrativas del padecer: posibilidades para el abordaje de la niñez desde la antropología médica	Estudiante Ponente
Karen Lizeth Guerrero Silva	Prevalencia de comedores emocionales en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y su relación con la elección de alimentos	Estudiante Cartel

EJES QUE INTEGRAN EL GRUPO

Políticas públicas y sistemas integrales de cuidados más allá del hospital
Antropología Médica Experiencias en la formación de personal de salud
Antropología Médica Salud mental
Antropología Médica Otros saberes sobre la salud
Antropología Médica Etnomedicinas y modelos médicos (pluralismo)
Antropología Médica Trayectorias de atención

PARTICIPANTES GRUPO DE TRABAJO DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA 1
Itzel Monserrat Covarrubias
Itzuri Isais González
Iván Alejandro Verdín Girón
Iván Marín de la Rosa
Jaqueline Hernandez Sanchez
Jennifer Athziri Chávez Romo
Jessica Montserrat Fregoso Salles
Jesus Samuel Velasco Godinez
Gema Berenice Jiménez Belmontes
Joanna Paola Flores Cruz

Declaratoria del grupo de trabajo Antropología Médica 2

A la sociedad en general, extendemos la siguiente declaratoria.

Reconocemos:

1. Que los fenómenos de salud no pueden ser vistos como algo aislado, sino que dependen de una interrelación de factores biológicos, sociales y culturales.
2. Los avances que han logrado con el abordaje multi, inter y transdisciplinar para la comprensión de los fenómenos de salud, los formadores de recursos humanos en salud y otros actores articulados a la asistencia y seguridad social.
3. El incremento de aportaciones, avances y los logros de la sociomedicina, en el marco de la comprensión de los fenómenos de salud/enfermedad/atención.

Mas estamos preocupados por:

1. El abordaje reduccionista en la concepción de los fenómenos de salud que aún impera en algunos espacios academicistas.
2. El mínimo abordaje de las subjetividades desde las estructuras y servicios de salud hegemónicos.
3. Los sesgos conceptuales y epistemológicos de los programas educativos en ciencias de la salud.
4. El débil abordaje social que considere las necesidades específicas de los grupos de atención, pacientes y redes de apoyo circundantes para el mantenimiento de la salud.
5. Los estragos que el sistema de salud sufre, derivados de las condiciones económicas y políticas involucradas, agudizada la crisis por la pandemia de covid-19.
6. Así como la resistencia de gremios dominantes en el área de salud para aceptar posturas divergentes para la comprensión y tratamientos de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad de los individuos y comunidades a las que pertenecen.
7. Y las peculiaridades del paradigma actual, eminentemente biologicista y neopositivista, en los espacios de formación de recursos humanos en salud.

Exhortamos:

Primero. A académicos de diversas áreas, no solo relacionadas con las ciencias de la salud, a los investigadores, científicos, y personal de salud en su amplio espectro, a acercarse a los estudios de sociomedicina, considerando la posibilidad de una construcción amplia y profunda de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Segundo. A las instituciones de educación superior, a investigar problemáticas que preocupan a los actores y miembros de la sociedad, sobre los fenómenos que afectan la salud de los individuos aun cuando no representan una relación obvia con la salud individual o la salud pública.

Tercero. A quienes son responsables de construir los programas académicos formadores de profesionales de la salud, se centren en la vocación de servicio, y se inculquen valores de interculturalidad en salud de forma activa entre sus estudiantes.

Cuarto. A que los científicos involucrados en las investigaciones de medicina social y sociomedicina incorporen e indaguen las construcciones simbólicas de los padecimientos y enfermedades desde la propia cosmovisión de los pacientes y sujetos estudiados.

Quinto. A los divulgadores científicos a realizar mayor y mejor divulgación respecto de las temáticas de la sociomedicina, no exclusivamente en los espacios académicos, considerando la posibilidad de llevar el saber en construcción a sectores más amplios de la sociedad.

Sexto. A las organizaciones de la sociedad civil a mediar de forma más proactiva entre los individuos y las instituciones del estado, con el ánimo de conseguir una atención de salud efectiva y de calidad.

Séptimo. A la sociedad en general, a acercarse a los temas de concepción y atención a la salud, cuando se enfrenta a propuestas alternativas a la medicina hegemónica.

Octavo. Al sector privado a involucrarse de forma activa en el mantenimiento o tratamiento de la salud de la población, considerando el bienestar social como prioritario, por encima de la generación de bienes económicos.

GRUPO DE TRABAJO 2

ANTROPOLOGÍA MÉDICA

COORDINADOR: DR. LUIS EDUARDO HERNÁNDEZ IBARRA,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

RELATOR: JULIO ALEJANDRO FLORES HUERTA

SEDE: AUDITORIO DR. WENCESLAO OROZCO Y SEVILLA, EDIFICIO M

GRUPOS DE TRABAJO	TIEMPO DISPONIBLE
Jueves 09/11 *Exposiciones y trabajo grupal	De 12:00 a 14:30 h / 15:30 a 17:00 h
Viernes 10/11 *Reflexión y redacción de hoja de ruta por cada GT máximo cuartilla y media	De 13:00 a 15:00 h

PONENTES

NOMBRE	TÍTULO	TIPO
Daniel Vázquez Barajas	Construcción social del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Estudiante Cartel
Emilia Nohemí Cervantes Zambrano	Conflicto trabajo-familia: vivencias de trabajadoras agrícolas migrantes en Jalisco	Estudiante Ponente
Eduardo Enrique Zetina Bautista	Concepciones populares de la salud, la enfermedad y la atención desde la antropología médica	Estudiante Cartel
Lucía Martínez Moctezuma	Construir la salud en la escuela: alimentación y cultura física en el estado de Morelos, 1920-1940	Investigador Ponente
Luis Gómez Macías	La medicina comprensiva en Guadalajara en la década de 1950	Investigador Ponente
Maricruz Remigio Figueroa	La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa	Estudiante Cartel

GT AM 2	EJES PRESENTES EN ESTE GRUPO
Antropología Médica	Salud mental
Antropología Médica	Género e interculturalidad en salud
Antropología Médica	Experiencias en la formación de personal de salud
Antropología Médica	Procesos históricos y salud

PARTICIPANTES

Erick Alejandro Ruiz Sandoval	Gina Citlali Padilla Arámbula
Erik Suastegui Maldonado	Hannia Daniela González Ortega
Esmeralda Sánchez Guzmán	Hannia Valeria Castillo Larumbe
Estrella Del Pilar Buenrostro Castellanos	Hilda Mayoral Arce
Fanny Orozco Navarro	Hugo Antonio Flores Tavaréz
Fernanda Elizabeth Hernández González	Hugo Raymundo Espinoza Fierros
Francia Miramontes Bravo	Ingrid Alondra Cervantes Gutiérrez
Francisco Guadalupe Huerta Hurtado	Ismael Alejandro Jiménez Ramírez
Frida Abigail Basulto López	Johanna Arleth Mota Padilla
Gael Alejandro Gutiérrez Villavicencio	Jorge Alan Bonilla Cisneros
Galilea Ayala Urquieta	Jorge Arturo Chavarría Sánchez
Fernando Yahir Gil Espinoza	Jose Bryan Jiménez Martínez

Declaratoria del grupo de trabajo Sociología Médica 3

A la sociedad mexicana:

La investigación sociomédica se caracteriza por su enfoque integral, que abarca tanto aspectos clínicos como determinantes sociales, ambientales y la determinación social. Se distingue por su atención a cómo el entorno, la comunidad y las problemáticas sociales afectan la salud. Esta disciplina implica un análisis detallado del proceso salud-enfermedad, considerando la interacción entre lo social y lo médico, cómo lo social afecta lo clínico y viceversa. Coincidimos, en cuanto a las teorías y metodologías utilizadas:

Primero. La investigación sociomédica adopta un enfoque mixto que pone en el centro de la preocupación al padecer del individuo y su realidad. Se parte de la realidad vivida del individuo, considerando tanto factores personales –familiares– como económicos y sociales. La atención se centra en la persona, de ahí que se apuesta a una mirada hermenéutica, para comprender lo que sucede en su contexto social y ambiental.

Segundo. Los obstáculos en la investigación sociomédica son variados e incluyen las débiles redes de apoyo y cooperación interinstitucional, la influencia del contexto económico-social en el fortalecimiento o desmantelamiento de los servicios de salud, irregularidades en la recopilación de datos estadísticos, la desvinculación de los agentes institucionales por sobrecarga de trabajo, procesos de envejecimiento de la planta laboral, reducción de las prestaciones y seguridad social que hagan atractivo el agotador y estresante trabajo en los servicios de salud, todo ello dificulta una atención integral y el impulso total a la prevención, pues se tiene el lastre de una mirada médica que sólo trabaja sobre enfermedades no para el mantenimiento de la salud.

Tercero. La investigación sociomédica se distingue de la clínica y la biomédica en su objeto de estudio y metodología. Mientras que la investigación clínica se enfoca principalmente en aspectos internos y biológicos, la sociomédica integra el entorno y el contexto social del individuo (tanto el médico como el no médico), proporcionando una visión más amplia y completa de la salud.

Concluimos que:

Primero. Para asegurar la calidad y rigidez teórico-metodológica en la investigación sociomédica, es crucial seguir el método científico y fomentar la colaboración entre distintos interlocutores, incluyendo autoridades académicas, hospitalarias, educativas y de los diferentes grupos sociales.

Segundo. Es fundamental, para el impacto efectivo de los hallazgos de la investigación sociomédica, recuperar una visión comprensiva que nos permita, sea el lugar que ocupemos en la sociedad, situarnos en el lugar del otro y apostar por el diálogo para avanzar a transformar las realidades individuales y colectivas de dolor y enfermedad.

GRUPO DE TRABAJO. SOCIOLOGÍA MÉDICA 3
COORDINADORA: DRA. LETICIA HUERTA BENZE,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
RELATOR: MISAEL RUBIO ESPINOZA
SEDE: AULA CIBO 2000, IMSS

GRUPOS DE TRABAJO	TIEMPO DISPONIBLE
Jueves 09/11 *Exposiciones y trabajo grupal	De 12:00 a 14:30 h / 15:30 a 17:00 h
Viernes 10/11 *Reflexión y redacción de hoja de ruta por cada GT máximo cuartilla y media	De 13:00 a 15:00 h

PONENTE

NOMBRE	TÍTULO	TIPO
Margarito Vega Vélez	Evidencias sobre determinantes de la salud en el paciente con pie diabético; una revisión de la literatura	Estudiante Cartel
María del Rosario Murillo Padilla	La insuficiencia renal crónica en un contexto de vulnerabilidad social y en un entorno de contaminación ambiental, en El Salto, Jalisco	Estudiante Ponente
Beatriz Hernández de la Cruz	Procesos de cuidado con adultos mayores en DIF Jalisco	Egresada Ponente
Martha Patricia Aceves Pulido	Sufrimiento y atención a la salud. Una aproximación hermenéutica al tema de la salud de los indígenas inmigrantes	Egresado Ponente
Montes Mata Giovanni Marlon	Amenaza de la seguridad alimentaria en la subcuenca del río Apatlaco, México	Investigador Ponente

GRUPO DE TRABAJO	EJE
Sociología Médica	Determinación social de la salud y sus determinantes
Sociología Médica	Procesos contaminantes, salud y cultura
Sociología Médica	Sistema de cuidados
Sociología Médica	Salud mental y sociedad
Sociología Médica	Procesos contaminantes, salud y cultura

PARTICIPANTES
Cesar Fernando Martínez Martínez
Citlaly Guadalupe Flores De Santiago
Claudia Moreno Niño
Dafne Montserrat Contreras Álvarez
Dafne Yamile Aguirre Mora
Daiana Flores Palomino
Dana Rosario Olvera Jiménez
Daniela Alejandra Rivera Ruiz
Daniela Canul Mauleon
Daniela Elizabeth Velázquez Urzúa
Daniela Fernanda Díaz Rojas
Danna Jacqueline Lomelí Gutiérrez
Diana Esmeralda Escobedo Martínez
Diana Valeria Márquez Ochoa
Elvira Briseida Contreras García

Declaratoria del grupo de trabajo Sociología Médica 4

A todas, todos y todes asistentes al I Encuentro de Investigación Sociomédica, les decimos:

En el grupo de trabajo de sociología médica se abordaron temas vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención y su relación con los cuidados, los cuales están articulados con determinantes sociales y la determinación social de la salud. Discutimos sobre aquellos aspectos estructurales (económicos, políticos, culturales y de género), los determinantes intermedios (condiciones materiales de vida, factores psicosociales), así como territoriales y proximales (acceso a la atención y cuidados). Convenimos en que el hacer investigación sociomédica conlleva enfrentar insuficiencias institucionales que se dan a nivel:

- ♦ Programático: leyes y normas que reducen la atención a la salud a un solo modelo.
- ♦ Sistémico: la deficiente coordinación entre los distintos sistemas de protección y promoción a la salud.
- ♦ Instrumental: el mecánico proceso de formación de recursos humanos en salud.

Reconocemos:

Primero. Los temas de tesis e investigación en sociomedicina están vinculados con nuestras historias de vida, pues desde la ciencia tratamos de comprender y explicar lo que sucede en nuestro entorno en relación con la salud y la vida.

Segundo. Estamos convencidas de que investigar nos implica y obliga a visibilizar problemas en torno a los cuidados, la salud, la enfermedad, la salud mental y las dinámicas institucionales en espacios hospitalarios, que han sido ignorados.

Tercero. El proceso de investigación social en salud genera frustración al dar cuenta de las deficiencias estructurales que hay, la falta del sentido crítico

y social en las tomas de decisiones por parte de autoridades en el ámbito de la salud individual y colectiva.

Nos comprometemos en esta labor porque creemos en la importancia de reconocer las inequidades de salud, y encontramos en la investigación un medio para alcanzar la justicia social. Declaramos nuestro compromiso de actuar como agentes de cambio, de seguir luchando por la justicia social, el bien común y por sistemas de salud inclusivos y universales. Continuaremos trabajando bajo los principios del trabajo transdisciplinar, intergeneracional y comunitarios en un ambiente empático, horizontal, libre de violencia y sensible a las necesidades de las personas, respetando, ante todo, la dignidad humana.

GRUPO DE TRABAJO. SOCIOLOGÍA MÉDICA 4
COORDINADOR: DRA. ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
RELATOR: ANTONIO DE JESÚS DE LA CRUZ VILLARREAL
SEDE: AUDITORIO JAVIER GARCÍA DE ALBA, CUCS

GRUPOS DE TRABAJO	TIEMPO DISPONIBLE
Jueves 09/11 *Exposiciones y trabajo grupal	De 12:00 a 14:30 h / 15:30 a 17:00 h
Viernes 10/11 *Reflexión y redacción de hoja de ruta por cada GT máximo cuartilla y media	De 13:00 a 15:00 h

PONENTES

NOMBRE	TÍTULO	TIPO
Jessica Fernanda Monreal Montes	Relación entre el grado de autismo con las alteraciones gastrointestinales, hábitos de alimentación y estado nutricional en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista en la ciudad de San Luis Potosí	Estudiante Ponente
Jessica Guadalupe Navarrete Olvera	Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia	Estudiante Ponente
Rafael Calvillo Martínez	Inequidades en salud en la mortalidad materna en México. Análisis de las brechas de desigualdad a partir del Índice de Rezago Social	Investigador Ponente

NOMBRE	TÍTULO	TIPO
Víctor Eduardo Hernández Benavides	Experiencias en la formación de personal de salud	Investigador Cartel
Valeria Ramírez Castellanos	Aspectos donde se pone énfasis dentro de la educación médica	Estudiante Cartel

GRUPO DE TRABAJO	EJE
Sociología Médica	Enfermedades crónicas
Sociología Médica	Epidemiología social y salud pública
Sociología Médica	Determinación social de la salud y sus determinantes
Antropología Médica	Experiencias en la formación de personal de salud
Sociología médica	Violencias, racismo y clasismo en la atención institucional de la salud

PARTICIPANTES	
Abraham Sinai Martínez Soto	Azeneth Danay Vazquez Paredes
Aguilar Medina Vanessa	Camila Nicole Pérez Antúnez
Alan Silva	Carlos Alfonso Huaracha Ruiz
Alondra Elizabeth Franco Calleros	Carolina Cornejo Cardenas
Ana Maria Molina Cabral	José Jesús González Martínez
Ana Paula González García	José Juan Mejía Jiménez
Andrea Carrillo Quirarte	Juliana Zaret Luque Daniel
Anette del Carmen Leon Preciado	Karen Berenice Gutiérrez Llamas
Anette Michel González Cazares	Karla Estefanía Santos Castillón
Auri Nadiesda González Reyes	Jose Diego Lopez Cuellar
Karla Guadalupe González Valera	Lázaro Yahyr Galán Torres
Katherine Lizbeth Mendoza Morales	Leobardo Quirarte Ruiz

La distancia nos acercó, vinculando caminos. Participaciones virtuales

Elizabeth Sevilla

En el I Encuentro de Investigación Sociomédica existió una sección virtual, la cual tuvo como objetivo integrar a todos los participantes que no pudieron asistir de forma presencial pero que contaban con el interés por participar en el Encuentro. Para esta sección se dispuso de la página de Facebook del Encuentro para la transmisión en vivo, en la cual se encontraban conectados todos los ponentes que participaron bajo la modalidad virtual. De igual manera, se generó un grupo de WhatsApp para lograr mayor coordinación y comunicación en tiempo real, así como para aclarar dudas que surgieran durante la transmisión de las ponencias.

Se contó con la colaboración de dos estudiantes del doctorado de Ciencias de la Salud Pública, Gerardo Iván Martínez Vizcaíno y Emmanuel Zúñiga Romero y un pasante quienes, de forma activa y animosa, ayudaron en todo el proceso de logística, enlace y seguimiento de las conexiones virtuales.

Sesiones realizadas durante el I Encuentro de Investigación Sociomédica

El programa se dividió en dos áreas: Sociología Médica y Antropología Médica. Cada área se llevó a cabo en un día del Encuentro con la finalidad de establecer

un orden de interés de acuerdo a los temas a tratar en cada sesión. Para cada área se desarrollaron ejes temáticos en los que se integraron los trabajos que fueron presentados.

**TRABAJOS PRESENTADOS EN EL ÁREA DE SOCIOLOGÍA MÉDICA
DE ACUERDO AL EJE TEMÁTICO**

EJE TEMÁTICO	TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO
Grupos prioritarios, diversos y su salud	Lactancia materna y la mujer migrante
Procesos contaminantes, salud y cultura	Los consultorios de farmacias, actores del cúmulo y desecho inadecuado de medicamentos
Violencias, racismo y clasismo en la atención institucional de la salud	Los activismos gordos entre la inclusión y la salud
Políticas públicas y sistemas integrales de cuidados más allá del hospital	Reducción de daños y el impacto sustentable del consumo de drogas inyectables en México
Modelos de gobernanza y articulación interinstitucional en salud	Análisis comparado de la profesionalización y gestión de directivos de los hospitales de segundo nivel, zona oriente del Estado de México
Epidemiología social y salud pública	Razón de riesgo diabetes, hipertensión y obesidad, en el género femenino, durante la pandemia

**TRABAJOS PRESENTADOS EN EL ÁREA DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA
DE ACUERDO AL EJE TEMÁTICO**

EJE TEMÁTICO	TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO
Tecnologías y salud, experiencias en la formación de personal de salud	Experiencia en la formación de los médicos cirujanos de la Universidad Intercultural de Chiapas: exploración en la práctica docente
Determinación social de la salud y sus determinantes	Las experiencias de mujeres jefas de familia en el marco de la investigación social en salud
	Trayectorias de padecimiento como herramienta para el análisis de la determinación social de la salud
	Malestar emocional en médicos durante la covid-19 en instituciones de salud pública
	Determinantes sociales de la salud mental: reflexiones críticas desde la sociología de la salud

Desarrollo de las sesiones y perfil de los participantes

La presentación de los trabajos en modalidad virtual se desarrolló en el Auditorio Ramón Córdova del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Durante cada día, se contó con la asistencia presencial en el auditorio de algunos asistentes al Encuentro y de los mismos ponentes que se encontraban en línea.

La dinámica del día consistía en la presentación del tema y ponente, quien tomaba la palabra para presentar su trabajo y, posteriormente se abría un espacio para preguntas y respuestas, en la que participaron los asistentes que se encontraban en el auditorio, así como quienes se encontraban en línea a través de un chat que se habilitó en la misma plataforma en la que se transmitieron las sesiones en línea. Se contó con un total de 11 participantes, 8 mujeres y 3 hombres. El perfil de los ponentes fue 3 investigadores y 8 estudiantes de posgrado.

Las universidades de las cuales procedían eran: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México campus Amecameca, Universidad Autónoma de Zacatecas, Universidad Intercultural de Chiapas, Universidad Autónoma de México-Universidad Xochimilco, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y el Centro Universitario del Sur.

Ponencia virtual y paneles temáticos

PANEL INAUGURAL La biomedicina ante la investigación sociomédica Modera: Georgina Vega Fregoso, CUCS	PANELISTAS Dr. José Francisco Muñoz Valle Rector, Centro Universitario de Ciencias de la Salud Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza Directora, Centro de Investigación Biomédica de Occidente Dra. Roselia Arminda Rosales Flores Jefa del Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica, UACM
PANEL La investigación sociomédica frente a la salud mental y física Modera: Luis Eduardo Hernández Ibarra, UASLP	PANELISTAS Dr. Alejandro Ramos Escobedo, CUCS Dra. Leticia Huerta Benze, UANL Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo, CUCS
PONENCIA VIRTUAL Cultura y corporeidad en las epistemologías de la salud Presenta: Elizabeth Sevilla	PONENTE Dr. José Carlos Aguado Vázquez, Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH
PANEL 3 Epistemologías de la salud: el desafío de la formación médica orientada a la investigación social Modera: María Guadalupe Vega López, CUCS	PANELISTAS Dr. René Cristóbal Crocker Sagastume, CUCS Dra. Roselia Arminda Rosales González, UACM Dr. Pablo Casillas Herrera, CUCSH
PANEL 4 Profesionales de la salud y sus hallazgos en el proceso de investigación sociomédica Modera: Rocío Preciado González, CUCS	PANELISTAS Dr. Antonio Kobayashi, Centro Médico, IMSS Dr. Jonathan Valdovinos, Centro Médico, IMSS Dr. Carlos Alberto González Navarrete, Investigador Posdoctoral, CUCSH

Exposición de carteles

Nancy Rosas Cortez

La convocatoria para presentar trabajos de investigación en modalidad cartel tuvo el objetivo de dar a conocer los diferentes esfuerzos realizados para abordar problemáticas de salud con herramientas teóricas y metodológicas de las ciencias sociales. En un primer momento, en la convocatoria principal del evento las personas interesadas debían registrar su trabajo en un formulario virtual, donde había que colocar de manera explícita si se presentaría como cartel. Una vez vencido el plazo de registro, el Comité Organizador revisó los resúmenes de los trabajos registrados y deliberó cuáles serían aceptados para su presentación. Se contactó a los autores de los trabajos aceptados a través de los correos electrónicos registrados en el formulario inicial y se les hizo llegar las características que debían cumplir los carteles:

Contenido del cartel

- ♦ Encabezado: colocar en la parte superior del cartel el título de la investigación, el nombre completo de cada uno de los autores, así como los datos de asignación y logos de la institución a la que están adscritos.
- ♦ Introducción: presentar de manera breve algunos de los datos teóricos y empíricos que contextualicen la investigación, de tal manera que se plantea el problema que lo justifica.

- ♦ Objetivo: describir en un solo enunciado, qué es lo que se pretende lograr con la investigación.
- ♦ Método: se sugiere que se describan los siguientes elementos:
 - » Diseño del estudio
 - » Participantes
 - » Técnicas de recolección de la información/materiales e instrumentos
 - » Procedimientos
 - » Análisis de la información

La inclusión o exclusión de los anteriores elementos relacionados con el método podían ajustarse según el tipo o diseño de la investigación a realizar o realizada.

Los resultados o resultados esperados serían acorde al avance de la investigación, si aún no estaba concluida, se pedía mencionar los hallazgos esperados o preliminares y las expectativas en cuestiones empíricas, de método y teóricas; para aquellas investigaciones que ya habían concluido, presentar con gráficas, tablas o figuras los resultados más relevantes de la investigación (se recomendó que se usaran las imágenes de mejor resolución y tamaño, además, que tuvieran un título que señale el dato que representan).

- ♦ Conclusión: señalar la relación de los resultados con el objetivo, vincularlos con los hallazgos de investigaciones similares y resaltar la aportación al área del conocimiento a la que pertenece.
- ♦ Referencias: incluir todas las consideradas para la construcción de cada apartado del cartel.

Diseño de cartel

Para el día de la presentación, se requirió un cartel con una dimensión de 90 x 120 cm en sentido vertical con fondo blanco e impreso en papel bond. Se recomendó utilizar imágenes, fuentes de texto profesionales, tamaño de letra adecuado y colores moderados solo para dar énfasis.

Se solicitó a los autores enviar los carteles en formato digital a más tardar el viernes 3 de noviembre, con la finalidad de hacerlos llegar con oportunidad

a los evaluadores. Cada trabajo fue enviado a dos evaluadores, junto con la rúbrica. Los evaluadores tuvieron un máximo de cinco días para revisar el cartel y llenar la rúbrica de evaluación, de manera tal que el día 8 de noviembre se contaba ya con todas las evaluaciones realizadas. Respecto de los perfiles de los evaluadores, se buscó que las personas que revisaron los carteles trabajaran el tema o tuvieran formación que les permitiera realizar una evaluación y retroalimentación adecuada.

Se recibieron un total de nueve carteles para exponer, para cada cartel se asignaron dos evaluadores, en la siguiente tabla se presenta el título de los carteles presentados:

TÍTULO DEL CARTEL
Aspectos o temas donde se pone énfasis dentro de la formación médica
Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por covid-19
Concepciones populares de antropología médica: salud, enfermedad y atención
Construcción social de docentes con respecto al TDAH
Evidencias sobre determinantes de la salud en el paciente con pie diabético: una revisión de la literatura
Experiencias en la formación de personal de salud
La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa
Prevalencia de comedores emocionales en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y su relación con la elección de alimentos
Representaciones sociales del concepto de <i>cáncer</i> en estudiantes de Medicina y Enfermería de una universidad pública de Guadalajara, Jalisco, México

Para evaluar el cartel se ofreció una guía con los siguientes elementos a evaluar:

I. Diseño del cartel

Título del cartel:

La información del cartel está ordenada, la lectura fluye de manera sencilla con el orden que se le dio	No lo hace Regular Adecuado Excelente
El texto y las imágenes se encuentran balanceadas	
El cartel es comprensible sin necesidad de ser explicado	
Los textos e imágenes son legibles a distancia	
La redacción es clara y sigue las reglas de ortografía	

II. Contenido del cartel

El título es claro y expresa el objetivo del estudio	No la hace No es claro y falta información Es claro, pero falta información Claro y completo
La introducción resume los antecedentes y la importancia del problema a estudiar	
El objetivo indica qué y en quién se realizó el estudio	
El diseño de estudio es adecuado para contestar el objetivo	
Se describen las estrategias de selección de participantes (cuando aplique)	
Se mencionan las técnicas de recopilación de información	
Se menciona las estrategias de análisis de la información	
Los resultados contestan el objetivo del estudio Los resultados se presentan de manera clara y coherente	
Las conclusiones retoman el tema principal de estudio	

Los tres primeros lugares fueron para:

Primer lugar	La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa
Segundo lugar	Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por covid-19
Tercer lugar	Representaciones sociales del concepto de cáncer en estudiantes de medicina y enfermería de una universidad pública de Guadalajara, Jalisco, México

El día de la presentación, 9 de noviembre, se pidió a los autores colocar los carteles en las mamparas que se encontraban ubicadas en el pasillo del edificio

C del CUCS. Se colocaron todos los carteles antes de las 12:00 horas, y en ese momento se invitó a los asistentes del evento a dirigirse al pasillo para presenciar la exposición de los trabajos.

Durante la ceremonia de cierre se mencionaron los tres carteles que, tras la evaluación, obtuvieron los primeros lugares: “¡Éxito a los premiados Maricruz Remigio Figueroa con el primer lugar, Antonio de Jesús de la Cruz Villarreal con el segundo y Pedro Reyes LArís con el tercero!”.

Se les entregó un reconocimiento que acreditaba el lugar obtenido y se les proporcionó un presente por el logro, mismo que consistió en una bolsa con un termo o una taza, acompañado de dos libros producidos por la Junta Académica de la Maestría en Ciencias Sociomédicas.

IMAGEN 1. ATENDIENDO A LA EXPOSICIÓN DEL CONTENIDO DE LOS CARTELES



Exposición y evaluación de carteles, 10 de noviembre.

Aliados del #IEISM2023

INSTITUCIONES	
Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud, CUCS	Departamento de Ciencias Sociales
	Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano
	Coordinación de Posgrado
	Coordinación de Investigación
	Maestría en Ciencias de la Salud Pública
	Doctorado en Ciencias de la Salud Pública
	Laboratorio de Gestión de Servicios de Alimentos, CUCSINE
	Doctorado en Ciencias Sociomédicas
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, UASLP	Facultad de Enfermería y Nutrición Maestría en Salud Pública
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM	Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales, CICSER
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM	Laboratorio de Fisiología Clínica en Investigación Sociomédica
Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL	Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Universidad del Caribe	Maestría en Estudios Interdisciplinarios en Desarrollo Humano
Instituto Mexicano del Seguro Social	Centro de Investigación Biomédica de Occidente, CIBO

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, OSC	
Organizaciones de la Sociedad Civil	Maternando A.C.
	Consultoría para la Evaluación e Investigación en Salud Pública
	Sociedad de alumnos y egresados de la Maestría en Ciencias Sociomédicas

Redes sociales | Encuentro en Investigación Sociomédica

Facebook: I Encuentro de Investigación Sociomédica

Instagram: investigacion_sociomedica

Anexos.
**Memoria documental
y visual**

[illegible]














INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

» **NORMAS GENERALES PARA LA FOMENTO.**

1. Envío de Resumen de la comunicación escrita, al límite de 5 autores, todos deben inscribirse al Encuentro.

2. Extensión de máxima de 350 palabras, con 4 párrafos clave.

3. El Comité Científico evaluará los trabajos científicos y justificará todas las correcciones como necesarias, para mejorar su calidad y precisión a efectos de la aportación.

4. El envío de un trabajo supone la aceptación de las normas de publicación de las comunicaciones del Encuentro.

5. Deberá incluir resumen en inglés, una vez se aceptó el trabajo.

» **NORMAS PARA EL CARTEL.**

Resumen del Cartel de 200 palabras, debe incluir información general sobre el trabajo. Los contenidos según el orden de función de los autores.

» **Trabaja de Investigación empírica.** El contenido debe estar estructurado: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. Incluir entre 2 y 3 párrafos clave.

» **Trabaja de revisión y/o reflexión teórica.** El contenido debe estar estructurado: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. Incluir entre 2 y 3 párrafos clave.

ETAPAS DE LA CONVOCATORIA		FECHAS LÍMITES	
Publicación de la Convocatoria	15 de junio de 2023	Publicación de la Convocatoria	15 de junio de 2023
Envío de Resúmenes	25 de agosto de 2023	Envío de Resúmenes	25 de agosto de 2023
Notificación de Aceptación	10 de septiembre de 2023	Notificación de Aceptación	10 de septiembre de 2023
Envío de trabajos en cartón y Carteles	30 de septiembre de 2023	Envío de trabajos en cartón y Carteles	30 de septiembre de 2023
Entrega de trabajos en cartón y Carteles	10 de octubre de 2023	Entrega de trabajos en cartón y Carteles	10 de octubre de 2023
Revisión de comunicaciones y carta de sesión de derechos publicitarios del programa.	15 de octubre de 2023	Revisión de comunicaciones y carta de sesión de derechos publicitarios del programa.	15 de octubre de 2023
Presentaciones de Pósteres y Carteles	9 y 10 de noviembre de 2023	Presentaciones de Pósteres y Carteles	9 y 10 de noviembre de 2023

» **INSCRIPCIONES AL ENCUENTRO**

Encuentro de Investigación Sociomédica
 Comité Científico de la Comisión de la Salud
 Referencia Sanitaria: 90000300254

» **CONTACTO**
maestros@comisadecolaboracion.unlg.mx
Facebook: <https://www.facebook.com/profile.php?id=1000839202658>
Tel. 361 34 10 000 ext. 3414
Calle 10 de Mayo, Independencia No. 10, CP45430, Tepic, Oa. P.O. Box 3

» **PARA ENVIÓ DE PONENCIAS EN EXTENSO:** andromeda@comisadecolaboracion.unlg.mx

» **PARA ENVIÓ DE PONENCIAS EN EXTENSO:** andromeda@comisadecolaboracion.unlg.mx

Anexo 2. Exposición de carteles

IMÁGENES 1 Y 2. PARTICIPANTES OBSERVANDO



Anexo 3. Inauguración

IMAGEN 1. AUDITORIO RAMÓN CÓRDOVA, EDIFICIO C, CUCS



Anexo 4. Programa general y material visual del #IEISM2023

IMÁGENES 1 Y 2. MATERIAL VISUAL INFORMATIVO

Encuentro de Investigación Sociomédica

Programa de actividades - Día 1 (09.11.23)

Hora	Actividad	Lugar
8:30	Registro/entrega de material	
	Inauguración	
9:20	Exposición de motivos	
	Mensaje de bienvenida	
	Mensaje y declaración inaugural	
9:40	Agradecimientos y presidium	
	Panel inaugural	
	La biomedicina ante la investigación sociomédica	Auditorio Ramón Córdova
10:45	Coffee break	
	Panel 2:	
11:00	La investigación sociomédica frente a la salud mental y física	
11:50	Colocación de carteles en exhibición 1 - CUCS	
12:00	Presentaciones de trabajos - modalidad virtual	
12:00	Grupo de ponencias virtuales	
12:00	Grupo de trabajo 1	Sala de psicología
12:00	Grupo de trabajo 2	
12:00	Antropología Médica	Auditorio Wenceslao Orozco
12:00	Grupo de trabajo 3	
12:00	Sociología Médica	Aula CIBO 2000 (Externa a CUCS)
12:00	Grupo de trabajo 4	
12:00	Sociología Médica	Auditorio García de Alba
14:00	Comida libre	-
15:30	Regreso a grupos de trabajo	-
17:00	Vista a la exposición de carteles	-
18:00	Cierre de actividades	-

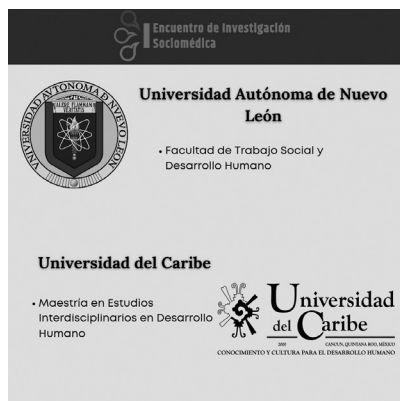
Encuentro de Investigación Sociomédica

Programa de actividades - Día 2 (10.11.23)

Hora	Actividad	Lugar
10:00	Panel 2: Epistemología de la salud y el desafío de la formación médica orientada a la investigación sociomédica	Auditorio Ramón Córdova
11:30	Ponencia virtual: Cultura y corporeidad en las epistemologías de la salud	
11:35	Presentaciones virtuales	
13:10	Exposición de carteles	
13:00	Grupo de trabajo 1	Sala de psicología
13:00	Antropología Médica	
13:00	Grupo de trabajo 2	Auditorio Wenceslao Orozco
13:00	Antropología Médica	
13:00	Grupo de trabajo 3	Aula CIBO 2000 (Externa a CUCS)
13:00	Sociología Médica	
13:00	Grupo de trabajo 4	Auditorio García de Alba
13:00	Sociología Médica	
15:00	Comida libre	-
	Panel de cierre	
16:30	Profesionales de la salud y sus desafíos en el proceso de investigación sociomédica	Auditorio Ramón Córdova
17:30	Lectura de la declaración, captura y foto de grupo	
18:00	Cóctel de cierre	Jardín de ciber terraza

Anexo 5. Instituciones aliadas del #IEISM2023

IMÁGENES 1, 2, 3, 4 Y 5. INSTITUCIONES ALIADAS



Anexo 6. Directiva para los grupos de trabajo

I. Bienvenida

II. Presentación (técnica opcional)

Objetivo. Generar un ambiente propicio para reflexionar, retomando elementos culturales asociados con procesos de investigación y de poder para ir introduciendo a los grupos de trabajo.

Técnica. El bazar, los refranes

Instrucción. Se colocan en el piso varios objetos se pide al grupo que cada uno elija el objeto con el que se sienta identificado, enseguida se tiene que reflexionar:

- ♦ ¿Por qué me identifico con este objeto?
- ♦ ¿Cómo se relaciona con mi trabajo?

Objetos. Mazorcas de maíz, libros, estetoscopio, cuaderno, PC, etcéter. Se proporcionan 5 minutos para observar y 5 para expresar las respuestas.

Objetivo de los grupos de trabajo. Proponer un lugar de encuentro en torno a los principales temas, proyectos y hallazgos de la investigación sociomédica y reflexionar sobre los horizontes de futuro de este campo.

Ejes temáticos para documentar en la relatoría

1. Temas
2. Propuesta metodológica (diseño de investigación, instrumentos para recolección de información)

3. Teorías y/o autores de referencia (marcos teóricos y/o paradigmas)

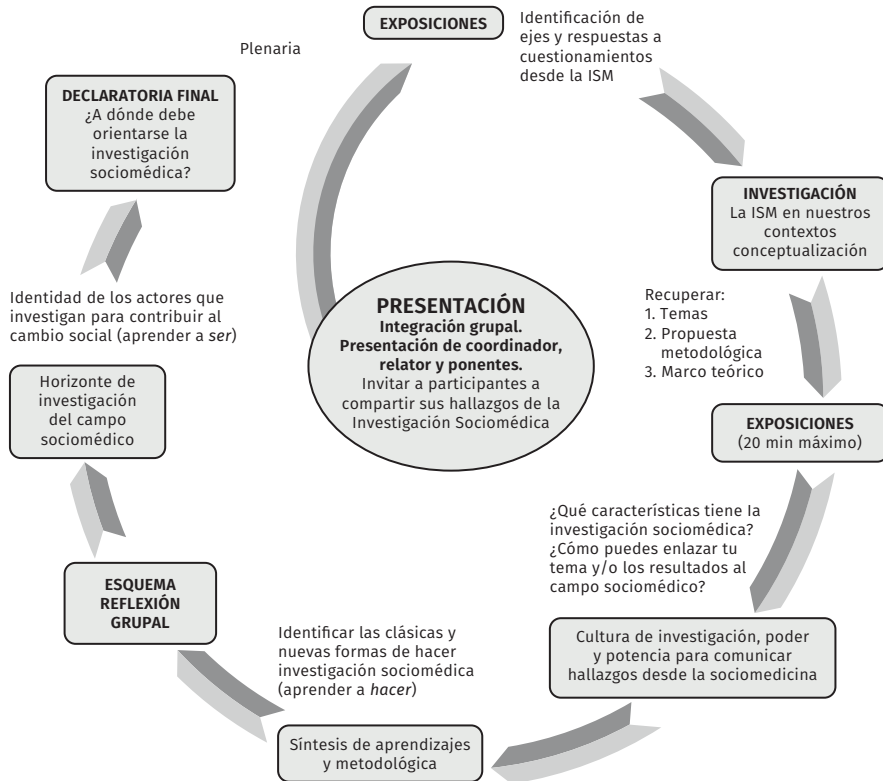
Clásicas y nuevas formas de hacer investigación sociomédica (aprender a hacer)	¿Qué características tiene la investigación sociomédica? ¿Cómo puedes enlazar tu tema o los resultados al campo sociomédico?
Identidad de los actores que investigan para contribuir al cambio social (aprender a ser)	¿Qué características tiene una investigación sociomédica? ¿Qué distingue a una investigación sociomédica de una clínica y de una biomédica? ¿Cuál es el potencial de transformación social que ofrecen los resultados de investigación?

III. Exposición de los ponentes (ponencias y carteles). Reflexión y discusión grupal, preguntas o comentarios a los ponentes (diálogo)

Objetivo. Reflexionar sobre a qué le estamos llamando investigación sociomédica frente a la investigación biomédica, clínica o investigación social a partir de los resultados y trabajos expuestos por las y los participantes. Se facilita o pide que los participantes expresen si lograron identificar marcos teóricos o diseños metodológicos subyacentes, se pide que entreguen las papeletas donde respondieron a las preguntas, por ejemplo: ¿cómo decidimos qué investigar?, ¿en beneficio de quién?

*Si sobra tiempo se puede pedir a los participantes visitar el área de carteles.

Ruta sugerida grupo de trabajo



Anexo 7. Comité Organizador

Junta Académica de la Maestría en Ciencias Sociomédicas (marzo 2022-diciembre 2023)

- ♦ Dra. Georgina Vega Fregoso, CUCS
- ♦ Dra. Elizabeth Sevilla, CUCS
- ♦ Dra. Rocío Preciado González, CUCS
- ♦ Dra. Nancy Rosas Cortez, investigadora posdoctoral, CUCS
- ♦ Dra. Leticia Huerta Benze, investigadora posdoctoral, UANL
- ♦ Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra, UASLP

- ◊ Dr. Carlos Alberto González Navarrete, investigador posdoctoral CUCSH
- ◊ Vianey Alejandra Rojas Guzmán, alumna, CUCS

Integrantes del Comité de Logística y Apoyo

- ◊ Dr. Blanca Miriam Torres Mendoza, IMSS
- ◊ Dr. Pablo Casillas Herrera, CUCSH
- ◊ Dr. Rene Crocker Sagastume, CUCS
- ◊ Dr. Ricardo Audiffred Jaramillo, CUCS
- ◊ Dr. Rodolfo Antonio San Juan San Juan, Independiente
- ◊ Dra. Georgina Vega Fregoso, CUCS

Estudiantes de la licenciatura en Médico, Cirujano y Partero

- ◊ Valeria Ramirez Castellanos
- ◊ Sandra Suhey Ruiz Camou
- ◊ Regina Lizarraga Uresti
- ◊ Jorge Alberto Alatorre Ortega
- ◊ Julian Alvarado Yuqui
- ◊ Marlen Serafín Vargas

Estudiantes de la licenciatura en Nutrición

- ◊ Vianey Alejandra Rojas Guzmán

Estudiantes del doctorado en Ciencias de la Salud Pública

- ◊ Gerardo Ivan Martinez Vizcaíno
- ◊ Emmanuel Zúñiga Romero

Estudiantes de la maestría en Ciencias Sociomédicas

- ◊ Antonio de Jesús de la Cruz Villarreal
- ◊ Eduardo Enrique Zetina Bautista
- ◊ Julio Alejandro Flores Huerta
- ◊ Misael Jesús Rubio Espinosa
- ◊ Lina Magdalena Gomez Contreras
- ◊ Rafael Alejandro Hernández Covarrubias

Secretaría de la maestría en Ciencias Sociomédicas

- ♦ Salma Jazive Ortiz

Organizaciones Civiles, Maternando A.C.

- ♦ Tiaret Yanina Medina Esquivel
- ♦ Diana Ruano Rodríguez
- ♦ Pablo Emmanuel Flores Escobar

**IMAGEN 1. COMITÉ DE LOGÍSTICA CONFORMADO POR
ESTUDIANTES DE LICENCIATURA Y MAESTRÍA**



Anexo 8. Integrantes del Comité Científico que evaluaron los trabajos en extenso

Coordinadora de la actividad: Dra. Elizabeth Sevilla

Integrantes

- ♦ Dra. Gabriela Guadalupe Carrillo Núñez, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dr. Pablo Casillas Herrera, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dr. León García Lam, Universidad Cuauhtémoc, Facultad de Medicina

- ♦ Dra. Leticia Huerta Benze, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Trabajo Social
- ♦ Dra. Leyna Priscila López Torres, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dra. Natalia Manjarrés, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dr. Luis Rodolfo Morán Quiroz, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dr. Jesus Olivares Lepe, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades
- ♦ Dra. Erika Karina Ortega Larios, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dra. Rocío Preciado González, Universidad de Guadalajara
- ♦ Dr. Alex Ramón Castellanos, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM
- ♦ Dra. Nancy Rosas Cortez, Posdoc Conahcyt
- ♦ Dr. Rodolfo Antonio San Juan San Juan, investigador independiente
- ♦ Dra. Elizabeth Sevilla (Coordinadora del Comité Científico), Universidad de Guadalajara
- ♦ Dra. Blanca Miriam Guadalupe Torres Mendoza, Universidad de Guadalajara

Anexo 9. Integrantes del Comité Evaluador de Carteles

Coordinadora de la actividad: Dra. Nancy Rosas Cortez

Evaluadoras

- ♦ Dra. Cecilia Alejandra Zamora Figueroa
- ♦ Dra. Irene Córdova Jiménez
- ♦ Dra. Silvia Graciela León Cortés
- ♦ Dra. Erika Karina Ortega Larios
- ♦ Dra. Dania Eliza de la Lata Gómez
- ♦ Dra. Norma Guadalupe Ruiz Velazco Sandoval
- ♦ Dra. Ixtlilxóchitl Flores Fong
- ♦ Dra. Melva Guadalupe Herrera Godina
- ♦ Dra. Cecilia Alejandra Zamora Figueroa

Anexo 10. Estrategia de comunicación en redes sociales

IMÁGENES 1 Y 2. DINÁMICAS PARA REDES SOCIALES



Anexo 11. Imágenes del #IESM2023

IMAGEN 1. DÍA 1. 9 DE NOVIEMBRE DE 2023. INAUGURACIÓN



IMAGEN 2. GRUPO DE TRABAJO 3



IMAGEN 3. PANEL 2. LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA FRENTE A LA SALUD MENTAL Y FÍSICA



IMAGEN 4. DÍA 2. 10 DE NOVIEMBRE DE 2023. PANEL 3. EPISTEMOLOGÍAS DE LA SALUD Y EL DESAFÍO DE LA FORMACIÓN MÉDICA



IMAGEN 5. PANEL 4. PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS HALLAZGOS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA



IMAGEN 6. DECLARATORIA FINAL DEL CONGRESO



IMAGEN 7. CLAUSURA



IMAGEN 8. EVALUACIÓN DEL #IESM2023



Evaluación del #IEISM

De la evaluación, recuperamos las respuestas a tres preguntas que marcan el camino a continuar construyendo: “¿qué temas te gustaría que se incluyeran en la siguiente edición del Encuentro en Investigación Sociomédica?”, “¿qué fue lo que más te gustó?”, y “¿qué fue lo que menos te gustó?”.

Temas de interés para abordar en el futuro

Bioética en la investigación sociomédica	Cáncer y otras enfermedades crónicas
Neoliberalismo en salud y la 4T	Conducta y TDAH
Experiencias de participación en ciencias médicas con las ciencias sociales	Enfermedades de grupos minoritarios
Contexto histórico sobre contaminación por residuos plásticos y sus efectos en entornos rurales	Atención educativa a niños que pasen tiempo dentro de espacios hospitalarios

Políticas públicas de salud, práctica médica y grupos vulnerables	Sistema de salud y los sistemas de cuidado
Adultos mayores independientes y dependientes	Estudiantes y post-covid
Sociedad y avances médicos	Discapacidad intelectual y otros
Epidemiología crítica e interculturalidad	Sociomedicina y éxito terapéutico
Cardiopatías y temas relevantes en la urología	Sistemas y políticas de cuidados
Dinámicas universitarias en cuidado a la salud	Escuelas de medicina y atención hacia la comunidad

¿Qué fue lo que más te gustó del Encuentro?

Los paneles, para mí fueron de gran aporte y actualización en la forma de abordar los temas de salud desde la socio medicina. Las conferencias magistrales, el intercambio, la diversidad de asistentes, la forma en cómo se trabajó en los grupos y que hubiera modalidad híbrida.

Que se reivindicó en todo momento que para comprender la salud y la enfermedad es necesario realizar investigaciones multidisciplinarias.

Sentirme parte de grupo de personas con los mismos ideales.

Todo: lugar, temas, ponentes.

El ambiente y la manera en que explicaban los temas poniendo ejemplos.

La posibilidad de ver estudiantes de licenciatura discutiendo con investigadores con una larga trayectoria.

“Felicitó a la organización por las diversas actividades que se llevaron a cabo, desde los paneles hasta la planeación de la banda de música, se notó que en todo momento hicieron lo necesario para fomentar el aprendizaje y la interacción social”.

¿Qué fue lo que menos te gustó?

Fue un poco confuso encontrar los auditorios, me perdí en el campus.	Que el trabajo de investigación en mi grupo fue expuesto ante muy pocas personas, al momento de exponer el cartel muy poca gente mostraba interés en acercarse a preguntar, además tampoco me gustó que para la evaluación y premiación de carteles no había una rúbrica y tampoco se hicieron comentarios del porqué ganaron, y tampoco me gustó que las constancias de participación no se entregaran en ese momento.
Todo me gustó.	Que no pudimos escuchar a la banda musical que se tenía programada al final por la cuestión del tiempo y de la lluvia, es importante considerar que se necesitan integrar más actividades recreativas para los asistentes y ponentes.

Epílogo

*Todos, seamos nobles o no,
tenemos nuestras genealogías.*
Margo Glantz, 2020

Este I Encuentro de Investigación Sociomédica fue un árbol frondoso que dio abundantes frutos.

En 2016 la palabra posverdad (*post-truth*) fue elegida palabra del año por el diccionario inglés *Oxford*, y alguien preguntará: ¿qué tiene que ver esto de la posverdad en esta reflexión final?

La relación está en que la producción de conocimientos desde las Ciencias de la Salud, las Ciencias Sociales y las Humanidades va invariablemente acompañada de valoraciones y que, en general la ciencia institucional, sino estamos atentos, con actitud flexible y ánimo crítico, tiende a plantear resoluciones dogmáticas (Wright-Mills, 2020, pp. 93-96).

Según la Real Academia Española de la Lengua se llama posverdad a “una mentira emotiva que implica la distorsión deliberada de una realidad en la que priman las emociones y las creencias personales frente a los hechos objetivos, con el fin de crear y modelar la opinión pública e influir en las actitudes sociales” (Barrientos-Báez, Cabrero y García, 2018).

Hacer investigación sociomédica contribuye a reducir la práctica de la posverdad, pues como señala Julieta García Medrano (1984), investigar con las herramientas y epistemologías que brindan las ciencias sociomédicas permite “estudiar los problemas colectivos de salud, los factores condicionantes de los mismos, la respuesta que la sociedad elabora para atender a esa situación social y las relaciones recíprocas entre sociedad y problemas de salud” (p. 462), pues siguiendo a la misma autora, el razonamiento sociomédico “se realiza

ponderando los factores biológicos, físicos, psicológicos y socioculturales, derivados de vivir en sociedad, en la perspectiva de que esta aproximación facilita el entendimiento de la génesis y evolución de las enfermedades”.

La investigación cualitativa en salud ofrece datos pero aporta más que datos, pues en estos momentos el juego de la vida está trastocado, nuestras relaciones con el mundo, el cuidado y mantenimiento de nuestra salud está en asedio desde antes de la pandemia por la covid-19, pues hoy no hay persona que se atreva a negar la repercusión sobre la salud de sociedades cuyos avances en industrialización y tecnología farmacéutica se realizan al costo del deterioro del ambiente y la diversidad cultural; es decir, asistimos a la plena y consciente destrucción de nuestro refugio (Dona Haraway, 2019).

La ciencia y las creencias, en apariencia dos mundos distantes, encuentran en la sociomedicina un espacio de diálogo provechoso, este campo fértil no solo genera informes y descripciones de cómo somos, sino que fomenta una comprensión profunda de los problemas de salud, las enfermedades y las condicionantes culturales del cuidado y la atención, permitiendo así una respuesta social más informada y empática.

En un mundo donde nuestras relaciones con el medio ambiente y la salud son desequilibradas, la sociomedicina emerge como un faro de esperanza; nos invita a comprender que los avances tecnológicos y farmacéuticos no deben realizarse a expensas del deterioro ambiental y sin contemplar la existencia de otros saberes. Debemos continuar construyendo un equilibrio que permita la coexistencia armoniosa de progreso y conservación.

En este libro apostamos por, a partir de los artículos y textos que recuperamos, proponer al lector o lectora, por un lado, una visión integral de la salud-enfermedad, y por el otro, conocer cómo se gestó una dinámica de trabajo en colaboración con muchas personas, a las cuales movilizó el deseo de ser parte, de devenir-con; es, además, una apuesta por una visión holística de la salud-enfermedad y un testimonio de un esfuerzo colectivo.

Este rizoma se extendió y permitió que durante las sesiones virtuales se abriera el diálogo entre ponentes, en un vaivén de preguntas y respuestas, en donde, en algunos casos, se intercambiaron los datos de contacto para continuar tramando y abriendo horizontes, ese dar y recibir fue indicador de interés

por sostener la conversación más allá del I Encuentro de Investigación Socio-médica (IEISM), es decir, asistimos al semillero de las vinculaciones futuras.

Otro fruto importante son los números de la revista de ciencias y humanidades *Astrolabio*, editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM. Los capítulos que aquí presentamos, así como los artículos allí publicados, son trabajos que se expusieron en el IEISM, tanto en modalidad presencial como virtual, es decir, son documentos vivos.

Otro impulso para la acción es el “Seminario de prevención de lesiones no intencionales en las infancias y salud materna”, trabajo de vinculación con la Asociación Civil Maternando, A.C; idea que germinó en las convergencias del Encuentro.

Otra cosecha es desde luego, querido lector, querida lectora, el libro que se encuentra en tus manos, o bien, en la pantalla de tu computadora. Te invitamos a que permanezcamos abiertos a este diálogo interminable entre ciencia y creencias, porque solo a través del entendimiento y la colaboración podremos construir un futuro donde el bien, en toda su complejidad, prevalezca.

Georgina Vega
Elizabeth Sevilla
Rocío Preciado

Semblanzas

José Carlos Aguado Vázquez

Médico cirujano por la UNAM, maestro en Antropología Social por la ENAH, doctor en Antropología por la UNAM. Formación psicoanalítica con treinta años de experiencia clínica. Profesor-investigador de tiempo completo, titular C, definitivo adscrito al posgrado de Antropología Social de la ENAH, titular de la materia de Metodología de la Investigación. Su producción en investigación antropológica abarca el tema de la corporeidad, antropología médica, salud psicosocial y migración. Es especialista en la metodología de psicocomunidad que ha aplicado al desarrollo comunitario y a la investigación social. Su producción abarca libros y artículos científicos que versan sobre los tópicos mencionados.

Giselle Montserrat Márquez Jiménez

Maestra en Sociología de la Salud. Titulada con mención honorífica por la Universidad Autónoma del Estado de México, licenciada en Administración. Líneas de investigación: agorafobia, salud mental, género, sociología de la salud, cambio climático, salud ocupacional y salud. Autora de capítulos de libros y artículos en revistas de divulgación científica. Ponente en varios congresos nacionales e internacionales y participación en eventos de divulgación científica como parte de las actividades de retribución social del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt).

Silvia Padilla Loredo

Doctora en Pedagogía, maestra en Humanidades y licenciada en Sociología. Profesora investigadora de tiempo completo en UAEMex; integrante del Sistema Nacional e Investigadores nivel 1 del Conahcyt, perfil deseable PRODEP. Líneas de investigación: género, sustentabilidad, salud y educación. Autora y coautora de diversos libros y artículos científicos, directora y codirectora de trabajos de grado y pregrado, en las mismas líneas investigativas. Ponente en varios congresos nacionales e internacionales.

Martha Patricia Aceves Pulido

Maestra en Psicología Social y doctora en Ciencias de Salud Pública. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Profesora de tiempo completo asociado A en la Universidad de Guadalajara, adscrita al departamento de Salud Pública del CUCS, y profesora de tiempo determinado en la Universidad del Noreste. En periodos anteriores ha colaborado en la Universidad Pedagógica Nacional, en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Su labor de investigación se ubica en el área de la psicopatología cultural. Ha participado como autora o coautora de 22 artículos y capítulos de libro, ha participado en 23 conferencias y ponencias en congresos nacionales e internacionales. Línea de investigación: psicopatología cultural, padecimiento y vulnerabilidad en salud. Participó en la creación y desarrollo de un proyecto de atención a la salud mental de indígenas migrantes vinculando la Universidad de Guadalajara con el Hospital Civil de Guadalajara.

Griselda Vergara Galván

Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública, maestrante en Sociología de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Especialista en Administración y Gestión Pública Municipal. Ha participado en congresos nacionales e internacionales con temas de gestión de residuos sanitarios, profesionalización de los directivos de los hospitales de segundo nivel y administración en salud. Sus áreas de investigación son la administración pública, profesionalización y gestión hospitalaria. Coadyuva desde lo local para una mejora continua de los servicios de salud pública.

Miguel Ángel de Guadalupe Sánchez Ramos

Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), maestro en Gobierno y Asuntos Públicos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y doctor en Ciencias Políticas y Sociales por el Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos (CIDHEM), hoy Colegio de Morelos. Actualmente es director del Centro Universitario UAEM Amecameca. Desde hace 31 años es profesor de pregrado y posgrado en el Centro Universitario UAEM Amecameca. Sus trabajos de investigación y publicaciones abordan

temas relacionados con el gobierno abierto, partidos políticos y elecciones, democratización y administración pública. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, nivel II.

Eva Laura Arana Gutiérrez

Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Sinaloa, maestra en Epidemiología y Salud Pública y maestra en Medicina Estética por la Esneca Business School. Actualmente se desempeña como coordinadora en la Unidad de UNEME CECOSAMA, Guasave, profesional con una vasta trayectoria en el sector salud y en formación del capital humano en la Secretaría de Salud de Sinaloa. Ocupó el cargo de directora general del Centro de Salud Urbano Guasave, entre otras dependencias de salud. Subraya su dedicación continua al servicio comunitario y la educación en salud.

Eduardo Enrique Zetina Bautista

Académico, profesional y activista comprometido con la salud, con una sólida formación en ciencias biológicas y un enfoque especializado en salud pública y sexual. Su trayectoria abarca una variedad de roles, desde la coordinación de proyectos de prevención y atención del VIH hasta la enseñanza universitaria en psicología y nutrición. Tiene una maestría en Ciencias Sociomédicas. Tiene experiencia en el ámbito comunitario, colaborando con organizaciones de la sociedad civil y población de la diversidad sexual. Combina su labor docente en la Universidad Lamar con un firme compromiso en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, especialmente en comunidades vulnerables, buscando combatir el estigma asociado a las enfermedades. Es un investigador activo y un educador apasionado por mejorar el conocimiento y la atención en salud pública y sexual en México, destacándose por su enfoque integral y su habilidad para conectar tanto con estudiantes como con profesionales del sector.

Valeria Ramírez Castellanos

Tecnóloga en Química en Alimentos en el Centro de Enseñanza Técnica Industrial titulada por tesis. En 2020 comenzó sus estudios en la Licenciatura de Médico, Cirujano y Partero en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud

de la Universidad de Guadalajara. Desde su adolescencia siente afinidad e interés por temas socioculturales y los procesos de investigación, por lo que en 2023 participó en el programa de Estancias de Incorporación a la Investigación (EINCIN) donde se aproximó a los métodos cualitativos y desarrolló una guía de entrevista a partir de dos pruebas piloto sobre educación médica, informe que tituló *Aspectos o temas donde se pone énfasis dentro de la educación médica* y presentó en el I Encuentro de Investigación Sociomédica. Actualmente cursa el décimo semestre de la carrera como médico interno de pregrado en el Hospital Civil de Guadalajara “Juan I. Menchaca”.

Georgina Vega Fregoso

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Médica por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, maestra en Ciencias de la Salud Ambiental por la Universidad de Guadalajara. Profesora-investigadora, integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel I del Conahcyt. Líneas de investigación: procesos contaminantes, cultura y salud, educación médica y corporalidad, delito de desaparición forzada y narrativas del padecer. Autora y coautora de diversos libros y artículos científicos. Ha dirigido trabajos de investigación en posgrado y actualmente coordina el programa de la maestría en Ciencias Sociomédicas en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Margarito Vega Vélez

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), especialidad en Medicina de Urgencias por ENARM y la Universidad de Guadalajara, con certificación vigente (1601/CVU2/23) por el Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias. Médico adscrito al servicio de Urgencias del HGr 46 del IMSS, maestría en Gerontología por la Universidad de Guadalajara. Actualmente alumno del doctorado en Ciencias de la Salud Pública en la Universidad de Guadalajara, presidente del Comité de Ética en Investigación del HGR 46; profesor adjunto de la especialidad en Medicina de Urgencias HGR 46, tutor de alumnos de residencia en la elaboración de tesis y ha participado en la escritura de cinco artículos.

María Guadalupe Vega López

Doctora en Ciencias de la Salud Pública con Orientación Sociomédica (Universidad de Guadalajara), maestra en Sociología (Universidad de Guadalajara), maestra en Salud Pública (Instituto para el Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba). Integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel II (línea Salud y Desarrollo Humano), área de Ciencias Sociales. Profesora invitada de instituciones de educación superior y de investigación nacionales (Politécnico Nacional, Universidad de Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad Autónoma de Colima, Universidad Autónoma de Nayarit, entre otras) y extranjeras (Universidad Complutense de Madrid, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Nacional de Lanús, Universidad Federal de Río de Janeiro, Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud, Unidad de Investigación de Infancia y Entorno). Autora de más de 120 artículos científicos en revistas indexadas, así como capítulos de libros. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Revisora de proyectos de Conahcyt. Integrante del Comité Científico y revisora de artículos científicos de revistas internacionales.

María Claudia Espinel Bermúdez

Investigadora de tiempo completo con categoría de Asociado B e integrante nivel I del Sistema Nacional de Investigadores Conahcyt desde 2013 de forma ininterrumpida. Dentro de su formación académica realizó el doctorado en Ciencias Médicas por la Universidad de Colima, maestría en Ciencias, área Sistemas de Salud por la Universidad Autónoma de Aguascalientes y licenciatura en Optometría por la Universidad de la Salle en Colombia. Ha escrito un libro, 45 artículos científicos y 22 capítulos de libro, tiene en su haber 552 citas A. Ha graduado a 28 alumnos de licenciatura, especialidades médicas y maestría. Es integrante de la red temática de envejecimiento, salud y desarrollo social del INGER y Conahcyt, así como la Red Transversal de Personas Mayores y Envejecimiento del IMSS. Sus líneas de investigación se centran en salud pública y epidemiología del envejecimiento.

Andrea Yunuén Hernández Gómez

Antropóloga egresada en proceso de titulación en modalidad tesina por el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, con enfoque en Antropología Médica, instructora de la Cruz Roja, cursando estudios en Atención Prehospitalaria y Protección Civil y Emergencias en la misma institución. Sus intereses de investigación están centrados en la desigualdad social y cómo repercute en la atención a la salud y en la relación que nace de las personas con problemas de salud, sus redes afectivas y el personal de salud, que incluye las formas en que perciben la salud, la enfermedad y la manera en que responden ante este proceso.

Elizabeth Sevilla

Médica cirujana y partera, maestra en Salud Pública y doctora en Ciencias Sociomédicas por la Universidad de Guadalajara. Investigadora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Integrante de la Junta Académica de la Maestría en Ciencias Sociomédicas. Docente de pregrado y posgrado. Investigadora nacional nivel I por el Conahcyt. Participó como asesora del Club de Esófagos Nueva Vida, A.C. Autora y coautora de artículos publicados en revistas indexadas y de capítulos de libro y libros publicados en distintas editoriales.

Rocío Preciado González

Médica cirujana y partera, maestra en Terapia Familiar, profesora investigadora con línea de generación del conocimiento Bioética en el ámbito social y normativo. Participó en la creación de las carreras de Medicina, Enfermería, Nutrición y Cultura Física y Deportes en el Centro Universitario de la Costa. Vocal del Comité de Ética en Investigación del Centro Universitario de la Costa de 2013 a 2018, presidenta de la Academia de Bioética, vocal del Comité de Investigación y secretaria del Comité de Ética en Investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Presidenta del Comité de Bioética Hospitalaria del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico de Occidente. Integrante de los comités consultivos curriculares de las licenciaturas de Medicina, Odontología y Prótesis Dental del Centro Universitario de Ciencias de

la Salud. Autora de varios artículos científicos y capítulos de libro relacionados con la bioética. Tutora de alumnos de licenciatura y de maestría para la orientación en el diseño metodológico de trabajos de investigación.

Nancy Rosas Cortez

Licenciada en Nutrición y maestra en Salud Pública por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Desde 2012 he colaborado en investigaciones con enfoque cualitativo que se centran en población que vive con enfermedades crónicas. Investigadora posdoctoral en la maestría en Ciencias Socio Médicas de la UdeG (2022-2024). Ha participado en la organización de congresos y encuentros académicos, publicado y presentado diferentes investigaciones en congresos médicos nacionales e internacionales.

Antonio de Jesús de la Cruz Villarreal

Licenciado en Psicología por parte de la Universidad de Guadalajara, México. Egresado de la Maestría en Ciencias Sociomédicas (2024 A) por parte de la Universidad de Guadalajara. Desde 2016 es miembro del Colectivo Ciudadano Pro Bosque Pedagógico del Agua. Integrante de las comisiones de coordinación, comunicación y vinculación, da seguimiento a procesos internos del bosque, vinculación con grupos de voluntariado y la planeación de actividades semanales. Colaborador en proyectos de investigación con perspectiva metodológica cualitativa, en líneas de investigación derivadas de la Antropología de la Salud con temáticas como las enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, concepciones culturales de la salud, la enfermedad y la salud ocupacional. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Coautor de cinco artículos científicos y un capítulo de libro. Especialista en software de análisis cualitativo y asesor en proyectos de investigación en el campo de las representaciones sociales y la teoría del consenso cultural.

Misael Jesús Rubio Espinosa

Maestrante del posgrado en Ciencias Sociomédicas UDG-CUCS. Licenciado en Letras Hispánicas por la Universidad de Guadalajara. Técnico de bibliotecas encargado de la unidad de información especializada en medicina familiar de la UMF 51 en el IMSS desde 2015. Profesor titular de comunicación y tecnologías de la información, investigación documental y metodología de la investigación en la Escuela de Enfermería del IMSS y en cursos de enfermeras especialistas. Colaborador académico y asesor metodológico en la Residencia en Medicina Familiar.

Colaboradora

Karla Itzel Hernández Orozco

Gerencia editorial

Sol Ortega Ruelas

Cuidado de la edición

Mariana Hernández Alvarado

Diseño de portada

Pablo Ulises Ontiveros Pimienta

Maquetación

Raquel Carolina Hidalgo

Ciencias y creencias en conversación.

¿Sobre qué se escribe en investigación sociomédica?

se terminó de imprimir en noviembre de 2024 en Guadalajara, Jalisco, México.

Para su composición se utilizaron las tipografías **Fira Sans** y **Andada Pro**.