



ASTROLABIO.

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

NÚMERO 13. ESPECIAL
PRIMAVERA 2024

PRIMER ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA,
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (UdEG)



ECLÍPTICA

Proceso de salud, enfermedad y cuidados de mujeres jefas de hogar en el marco de la salud colectiva

La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa

Ciencia y decisiones sanitarias basadas en evidencia: acciones del cucs por la sociedad

Malestar emocional en médicos durante la COVID-19 en instituciones de salud pública

CENIT

Elogio del caminar

HORIZONTE

Experiencia y trayectoria hospitalaria: el caso de los pacientes con deterioro cognitivo que sufren de fractura en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente

Represión emocional-sexual en las mujeres indígenas tlapanecas de Paraje Montero

ACIMUT

TDAH. Más allá del paradigma hegemónico

ALEPH

Silabario. El gesto en resonancia

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Nada humano me es ajeno

www.uacm.edu.mx/astrolabio

SECRETARIO GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA UACM

José Alberto Benítez Oliva

COORDINACIÓN DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Mayra Susana Carrillo Pérez

COORDINACIÓN DE DIFUSIÓN

Fernando Francisco Félix y Valenzuela

PUBLICACIONES

José Ángel Leyva

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

Colegio de Ciencias y Humanidades

Directora: Lidia Ivón Borja Aldave

ivon.borja@uacm.edu.mx | revista.astrolabio@uacm.edu.mx

COMITÉ EDITORIAL

Lidia Ivón Borja Aldave (UACM)

José Luis Gutiérrez Sánchez (UACM)

Andrés Freire Keiman (UACM)

Beatriz Eugenia Romero Cuevas (UACM)

Miguel Ángel Godínez Gutiérrez (UACM)

CONSEJO EDITORIAL

Lucía Álvarez Enríquez (CIICH-UNAM), Pilar Barrios Navarro (UAM-X)

Pedro Miramontes Vidal (FC-UNAM), Guadalupe Huerta Moreno (UAM-A)

Eduardo Nivón Bolán (UAM-I), Manuel Pérez Rocha (UACM),

Francisco Rodríguez Hernández (CRIM-UNAM)

D.R. © Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Dr. García Diego 168, colonia Doctores,
alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX, México

Diseño web: Cirilo Martínez Mendoza

Corrección de estilo: Matilde Schoenfeld Liberman

Cuidado de la edición: Lidia Ivón Borja Aldave | José Luis Gutiérrez Sánchez

ISSN 2594-231X

Hecho e impreso en México

www.uacm.edu.mx/astrolabio



VOLUMEN 1, NÚMERO 13
PRIMAVERA, 2024

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

Año 7, núm. 13, primer semestre de 2024, es una publicación semestral de carácter académico editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, a través del Colegio de Ciencias y Humanidades.

Calle Dr. García Diego núm. 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc, 06720, CDMX.
Editor responsable: Lidia Ivón Borja Aldave
ISSN 2594-231X.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo
04-2018-110113192300-102.

Licitud de Título y Licitud de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impreso en el segundo semestre de 2024 en los talleres de la UACM.

Tiraje : 300 ejemplares.

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

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando se cite la fuente y el nombre del o los autores.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

Contenido

4 COLABORADORES

8 PRESENTACIÓN

ECLÍPTICA

12 Proceso de salud, enfermedad y cuidados de mujeres jefas de hogar en el marco de la salud colectiva

DENISSE GUERRERO MÁRQUEZ

JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

24 La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa

MARICRUZ REMIGIO FIGUEROA

GEORGINA VEGA FREGOSO

ARANTXA ORTIZ HERNÁNDEZ

34 Ciencia y decisiones sanitarias basadas en evidencia: acciones del CUCS por la sociedad

JOSÉ FRANCISCO MUÑOZ VALLE

CRISTIAN OSWALDO HERNÁNDEZ RAMÍREZ

DIANA LOURDES PADILLA BÓRQUEZ

46 Malestar emocional en médicos durante la COVID-19 en instituciones de salud pública

NANCY RUBÍ ESTRADA LEDESMA

ASTROLABIO | Número 13

ESPECIAL

Primer Encuentro de Investigación Sociomédica, Universidad de Guadalajara (udeg)

CENIT

58

Elogio del caminar

JAIME MOLINA CORREA

FANIA HAYDÉ NORIEGA GÓMEZ

HORIZONTE

68

Experiencia y trayectoria hospitalaria: el caso de los pacientes con deterioro cognitivo que sufren de fractura en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente

ANTONIO KOBAYASHI GUTIÉRREZ

JAZMIN MARQUEZ PEDROZA

74

Represión emocional-sexual en las mujeres indígenas tlapanecas de Paraje Montero

MARILYN SÁNCHEZ CANTÚ

ACIMUT

78

TDAH. Más allá del paradigma hegemónico

ANDREA FERNÁNDEZ

ALEPH

81

Silabario. El gesto en resonancia

FERNANDO VIGUERAS

COLABORADORES

Nancy Rubí Estrada Ledesma

Licenciada en Sociología, maestra en Gestión y Desarrollo Social y doctora en Psicología con Orientación en Calidad de Vida y Salud, formada en la Universidad de Guadalajara (udeg). Sus líneas de investigación se enfocan en el análisis interdisciplinario de la interacción entre los factores laborales, emocionales y de salud en el medio laboral actual en temas como mercado laboral, precariedad, desprofesionalización, calidad de vida, salud física y mental así como la salud pública.

Andrea Fernández

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, maestra en Periodismo Político y doctora en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con la investigación sobre el Canal Interoceánico de Nicaragua, país donde vivió durante los años de la Revolución Popular Sandinista. Trabaja como locutora y conductora en Radio Educación desde hace más de cuatro décadas. En 2004 fue fundadora del Área de Comunicación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), coordinó en conjunto con maestros de derecho, el Diplomado El Juicio Oral en el Sistema de Justicia Penal Acusatorio. Desde 2007 colabora en el Programa Galatea de la UACM y ha coordinado talleres de expresión oral tanto en línea como en modalidad presencial.

José Arturo Granados Cosme

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM, maestro en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México (ESPM) y doctor en ciencias con especialidad en Salud Pública por la Facultad de Medicina de la UNAM. Profesor-investigador de tiempo completo en la División de Estudios de Posgrado de la UAM-X y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel II. Sus líneas de investigación abarcan salud y sexualidad, masculinidades, VIH/sida, derechos sexuales y reproductivos así como políticas públicas en salud.

Denisse Guerrero Márquez

Licenciada en Antropología Social por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), maestra en Ciencias Sociomédicas por la udeg y doctorante en ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Sus líneas de investigación giran en torno a la determinación social de la salud desde una perspectiva feminista. Es colaboradora en la colectiva Nuestra Salud Feminista, un espacio para la divulgación científica en salud.

Cristian Oswaldo Hernández Ramírez

Médico cirujano y partero, egresado del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la UDEG, y doctorante en Ciencias Biomédicas con orientación en Inmunología. Su investigación se centra en inmunidad e infección, con contribuciones en proyectos sobre COVID-19. Es miembro de la Sociedad Mexicana de Inmunología y Coordinador de Ecosistemas para el Aprendizaje en el CUCS, en áreas como simulación para ciencias de la salud, innovación social, bioingeniería, ambientes virtuales y salud digital. Certificado en transformación digital en salud y gestión de proyectos de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Además, es coordinador operativo de la Sala de Situación para la Prevención y Promoción de la Salud. Co-autor de capítulos de libros sobre COVID-19 y medicina traslacional, y parte del Comité Editorial de *CON-Evidencia*, revista de divulgación científica del CUCS.

Antonio Kobayashi Gutiérrez

Es médico cirujano por la UDEG y se especializó en Medicina Interna y en Geriátrica. Actualmente labora en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente como profesor de Geriátrica, Medicina Interna e Infectología. Maestría en Sociomedicina con tema de tesis centrado en la vivencia del hospital de los pacientes que viven con algún grado de deterioro cognitivo. Actualmente estudia el doctorado en Psicología de la Salud en el CUCS.

Jazmin Marquez Pedroza

Es química farmacobióloga por la UDEG y doctora en farmacología por la misma universidad. Es profesora de especialidades como Infectología, Neurología y Terapia Endovascular. Actualmente es investigadora y jefa del área de neurociencias en el Centro de Investigación Biomédica de Occidente del IMSS. Sus líneas de investigación se centran en el área de neurociencias, biología molecular y farmacología.

Jaime Molina Correa

Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la UNAM, maestría en Tanatología por el Instituto Mexicano de Psicooncología (IMPO), profesor-investigador de la UACM de tiempo completo. Director de proyectos de titulación bajo la línea de investigación "la constitución de la subjetividad respecto al saber médico hegemónico y sus alternativas". Publicaciones recientes: "Individuo, cultura y sociedad". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Núm. 3, Vol. 7, y "Resistirse a ser un monigote. Construcciones identitarias a partir de las modificaciones corporales deliberadas".

José Francisco Muñoz Valle

Es SNIH 3, egresado del doctorado en Biología Molecular en Medicina por la udeg y máster en Innovación Social y Economía Solidaria por la Universidad de Salamanca. Realizó una estancia postdoctoral en la Universidad de Oxford. Se desempeñó como Coordinador del Doctorado en Ciencias Biomédicas, Jefe del Departamento de Biología Molecular y Genómica. Actualmente es rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), udeg. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Ciencias, la Academia Mexicana de Cirugía y la Benemérita Sociedad de Geografía y Estadística de Jalisco. Es Coordinador General de la Sala de Situación en COVID-19 y la Sala de Situación para la Prevención y Promoción Permanente de la Salud (CUCS, udeg). Representante de México ante la International Federation of Clinical Chemistry. Cuenta con más 300 artículos publicados en revistas científicas indexadas, con más de 5000 citas a sus trabajos y continúa como profesor del CUCS formando estudiantes en posgrados, licenciaturas y especialidades médicas.

Fania Haydé Noriega Gómez

Psicóloga clínica independiente, es licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Ha participado como ponente en diversos encuentros académicos y realizado proyectos educativos de pensamiento crítico dirigidos a niños de educación primaria. Imparte pláticas y talleres para padres de familia y docentes, así como cursos de desarrollo humano y brinda atención psicológica a colaboradores de empresas privadas.

Arantxa Ortiz Hernández

Psicóloga con maestría en Gerontología, especializada en el estudio de las intervenciones cognitivas y enfermedades crónicas en la persona mayor. Ha realizado investigaciones para comprender los procesos mentales y físicos en el envejecimiento. Con más de una década de experiencia, ha publicado artículos en revistas especializadas y participado en proyectos multidisciplinarios. Está comprometida con mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como profesional visionaria en su campo.

Diana Lourdes Padilla Bórquez

Egresada de la Universidad de Sonora como Químico Biólogo Clínico y con doctorado en Ciencias Biomédicas por la udeg; ha llevado a cabo investigaciones en biología molecular e inmunología. Su tesis doctoral se centró en la seroprevalencia de anticuerpos frente a la pandemia por SARS-COV-2. Ha participado en diversos congresos nacionales e internacionales.

Maricruz Remigio Figueroa

Licenciada en Gerontología por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX) con maestría en Gerontología por la udeg, con experiencia laboral en: Centro Social Eva Sámano de López Mateos (ISSEMYM), Hospital Regional Toluca del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), evaluadora del ensayo clínico EVOKE de la compañía global Novo Nordisk y actualmente es docente en la Universidad de La Ciénega y estudiante del doctorado en Ciencias de la Salud Pública de la udeg. Trabajos de investigación realizados: “Construcción del envejecimiento y vejez dignos en tres escenarios sociales (urbano, rural e institucional) en el Estado de México”, “Perfil de condiciones laborales y morbilidad de los adultos mayores trabajadores”, “Investigación etnográfica, transición sociocultural del artesano en Tonalá”.

Marilyn Sánchez Cantú

Egresada de la licenciatura en Promoción de la Salud por la UACM. Se dedica a divulgar contenidos de costumbres, tradiciones y artesanías sobre la cultura tlapaneca por medio de las redes sociales. Asimismo, posee el interés de enseñar la lengua tlapaneca y continuar con una maestría para obtener más herramientas en este proyecto académico.

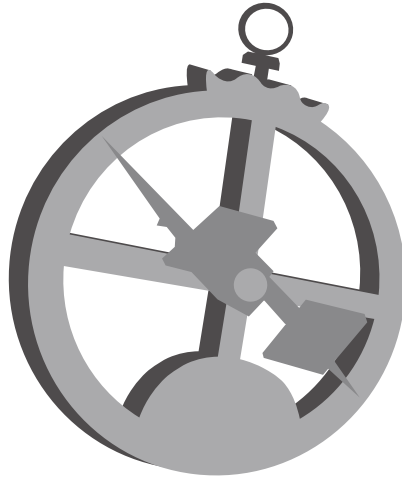
Georgina Vega Fregoso

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS sede Occidente) en la línea de procesos económicos, medio ambiente y salud. Actualmente es miembro del SNI, México. Ha colaborado en el ámbito público en el Sistema DIF Jalisco, con trabajo orientado a la "incidencia social" y en el sector no gubernamental en gestión de política pública en medio ambiente, educación y salud. En 2021 concluyó el proyecto de investigación e incidencia “Etnografía sobre el uso de plaguicidas y prácticas de cuidado a la salud de familias en localidades rurales de Jalisco en donde se documenta probable daño renal en la infancia” inserto en el Programa Nacional Estratégico (PRONACE-CONACYT).

Fernando Viguera Sánchez

Es músico y artista sonoro especializado en prácticas y lenguajes experimentales. En su trabajo indaga sobre el uso objetual de instrumentos musicales para recrear modos de producción sonora, a través de intervenciones en sitio específico, conciertos e instalaciones interactivas. Maestro en interpretación musical con especialidad en guitarra, por el Programa de Posgrado en Música de la UNAM. Ha realizado programas curatoriales y proyectos expositivos para instituciones como el Centro Cultural de España en México, Ex Teresa Arte Actual, Museo Universitario del Chopo y Casa del Lago. Es parte del colectivo mexicano de improvisación Generación Espontánea y del ensamble multicultural Cuatro Minimal. Ha colaborado con Carmina Escobar, Ute Wassermann, Ricardo Castillo, Jaap Blonk, Aura Arreola, Galia Eibenschutz, Katia Castañeda y Gabriela Gordillo, entre otros.

www.fviguera.tumblr.com | www.desbordamientos.com | Instagram, Twitter/X: @efeuves



PRESENTACIÓN

Leer este número es un placer. Los trabajos que integran el número 13 de *Astrolabio, Revista de Ciencias y Humanidades* de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) fueron posibles gracias a la armonía de voluntades, forman parte de los diálogos promovidos, que convergieron con los objetivos en el I Encuentro de Investigación Socio médica llevado a cabo en noviembre de 2023 en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara (UDEG). Cada uno de los textos nos ofrece un fractal para reflexionar sobre la vida en una dimensión fundante de lo social: el balance caótico entre enfermedad-salud y los cuidados desde las epistemologías de las ciencias sociales, las ciencias de la salud y las humanidades.

En el primer artículo de la sección **Eclíptica**, el trabajo de Denisse Guerrero Márquez y José Arturo Granados Cosme sobre *Proceso de salud, enfermedad y cuidados de mujeres jefas de hogar en el marco de la salud colectiva* encontraremos cómo se problematiza justamente el tema de los cuidados, pero no desde lo público institucionalizado sino desde la arena de lo privado; los autores, desde una epistemología feminista y a partir de la categoría de la determinación social de la salud describen cómo se insertan las mujeres jefas de familia en el mercado actual de los cuidados, sugiriendo que la ruta es documentar la crisis de los cuidados, producto, en parte, de las inequitativas condiciones materiales desde las que reproducen sus experiencias de salud y cuidado a otras las mujeres jefas de familia, en un contexto de capitalismo neoliberal. De estas páginas, que enfatizan las opresiones que operan en todos los ámbitos de la vida, a saber, con el sistema sexo/género es una llamada a no olvidar que sobrevivimos y que los tiempos post pandemia demandan suavidades. El siguiente texto de Maricruz Remigio Figueroa, Georgina Vega Fregoso y Arantxa Ortiz Hernández, *La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas*

indirectas: una revisión narrativa, aparece frente a nuestros ojos lectores para obligarnos a responder a las preguntas ¿qué más debemos hacer por las familias?, y ¿cómo documentar mejor los impactos del delito en la salud humana? Las autoras hacen un recuento de los impactos psicológicos, físicos y sociales documentados en las víctimas indirectas, para después arrojarnos a considerar que aún hay mucho por hacer, que las más de 100,000 personas víctimas del delito de desaparición forzada nos reclaman actuar y documentar con mayor precisión las enfermedades y padecimientos desarrollados por sus seres queridos tras este evento horrible, precisando mejor los estratos de edad, el género y relación familiar que se tenía con la persona desaparecida. Cadenciosamente los editores de *Astrolabio* nos arrojan en una nueva espiral de lo público en salud, con el texto *Ciencia y decisiones sanitarias basadas en evidencia: acciones del CUCS por la sociedad*, en el que José Francisco Muñoz Valle, Cristian Oswaldo Hernández Ramírez y Diana Lourdes Padilla Bórquez nos relatan cómo el conocimiento producto de la investigación científica articulado con un equipo constituido en Sala de Situación en Salud (sss), que sabe interpretar el contexto local, generó estrategias de comunicación y promoción de higiene dirigidas a la población durante la pandemia por COVID-19, en donde, como parte de los saldos de aprendizaje, recuperan el trabajo exitoso entre la academia y el gobierno de Jalisco; asimismo, enfatizan el compromiso de los prestadores de servicio social, los profesionales de la salud, la gestión eficaz y pronta por parte del CUCS para montar en tiempo récord el Laboratorio de Diagnóstico de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (LADBER) de la Udeg que, en conjunto con Radar Jalisco, contribuyó a detectar hasta 400 mil casos de COVID-19. Finalmente, ponen en el centro la medicina social que se practica desde la universidad y la actitud proactiva de sus estudiantes y profesionales que pusieron al servicio de la sociedad todos los recursos disponibles para frenar el aumento de contagios exponiendo cómo estas crisis sanitarias permiten la innovación social y académica. Una vez que leemos sobre los aprendizajes positivos que nos dejó la crisis pandémica, Nancy Rubí Estrada Ledesma, en *Malestar emocional en médicos durante la COVID-19 en instituciones de salud pública* nos propone comprender el malestar experimentado por médicos jóvenes, quienes durante la pandemia prestaron atención a la salud en áreas COVID-19, en condiciones de precariedad laboral, saturación hospitalaria, escasez de personal y nepotismo. Al avanzar, el lector o lectora se encontrará con que, para los médicos jóvenes, resultó sanador compartir sus experiencias con su familia, colegas y el acceso a información y atención confiable.

En la sección **Cenit**, *Elogio del caminar* es un texto poético; en él, Jaime Molina y Fania Noriega nos recuerdan que la potencia de la acción es el movimiento; nos explican que, aunque nos sorprenda, las células deciden y que caminar es un acto transgresor. Caminar, dicen los autores, en medio de la arquitectura hostil de las ciudades, nos pone frente a la potencia de la acción en manada; ¿será?

Como para seguir en la perspectiva de los espacios y los territorios por andar o andados, en la sección **Horizonte**, Antonio Kobayashi Gutiérrez y Jazmin Marquez Pedroza nos describen, en el artículo *Experiencia y trayectoria hospitalaria: el caso de los pacientes con deterioro cognitivo que sufren de fractura en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente*, cómo a partir de un trabajo

de investigación sociomédica con enfoque etnográfico, encontraron a través de la experiencia del adulto mayor y sus familiares, la posibilidad de caracterizar el sistema hospitalario a través de cinco geografías de cuidado, a saber: el territorio extrahospitalario, el hospitalario, el quirófano, del paciente cuando es egresado y el territorio alrededor del espacio hospitalario: farmacias privadas, áreas de comida y tiendas de autoservicio. Estas categorías permiten, según los autores, dar cuenta de la experiencia social del paciente e identificar la capacidad de la red de apoyo familiar para mover sus capitales (o recursos) dentro del sistema hospitalario.

Marilyn Sánchez Cantú, en su texto *Represión emocional-sexual en las mujeres indígenas tlapanecas de Paraje Montero* nos devuelve al cuerpo-territorio, reconstruye para las y los lectores prácticas matrimoniales en la comunidad tlapaneca y abunda sobre cómo es vivida o vista la menstruación, la masturbación y el desnudo por parte de las mujeres. La autora problematiza en torno a la pérdida de la identidad cultural y sobre la potencia de la promoción de la salud para proponer herramientas culturalmente adecuadas que faciliten el intercambio y la comprensión para el bienestar de la humanidad.

En la sección **Acimut**, una vez que hemos transitado todos los bucles de este número, viene la recomendación del libro *TDAAH. Más allá del paradigma hegemónico*, la cual parece ser una especie de síntesis que nos invita a tomar postura —en el tiempo de la sociedad líquida—, para responder a la pregunta: ¿y usted, en qué paradigma se atrinchera, en el de la estrategia psicosocial o en el de la estrategia farmacológica? Desde luego, el texto apunta a liberarnos y, justamente, fracturar las hegemonías heterónomas de las multinacionales y de los consorcios farmacéuticos.

Finalmente, el *Silabario I y II*, la propuesta de Fernando Viguera Sánchez en **Aleph**, la sección de arte, es un regocijo. Al mirar y leer, uno se puede sentir en medio de esas resonancias y acciones performáticas, imaginar el sonido del violonchelo de Ariadna Ortega, el compás de la *performer* Galia Eibenschutz, las agitaciones de las artistas vocales Sarmen Almond, Jenny Beaujean y Maricarmen Martínez, envueltas en las sonoridades de Concepción Huerta y Rodrigo Ambriz. En fin, le queda a uno el deseo de que sea viernes para ir en busca de ese estudio privado y atestiguar.

Deseo que esta presentación de *Astrolabio* sirva al lector o lectora como hoja de ruta que lo lleve a volverse consuetudinario lector de ella, máxime cuando lo que hay en sus páginas es producto de sucesivos actos de voluntad concreta y consciente, pues quienes en ella intervinimos hicimos gala de nuestros amores, orientados a la acción transformadora sobre el mundo, y dejamos, al lector/lectora, con ambición gozosa, nuestro rizoma, para que él/ella/elle sigan el ciclo ¡hasta el próximo encuentro!

GEORGINA VEGA FREGOSO



Proceso de salud, enfermedad y cuidados de mujeres jefas de hogar en el marco de la salud colectiva

DENISSE GUERRERO MÁRQUEZ
 JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

La determinación social como herramienta teórica propone una mirada crítica a los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones partiendo de las estructuras sociales que influyen de diversas maneras en los perfiles de morbilidad de grupos específicos. Por otro lado, la economía feminista como corriente teórica ha elaborado un profundo análisis respecto a la organización social de los cuidados y su desigual distribución en relación con el sexo. En este trabajo se elabora una reflexión que integra ambas visiones para pensar el proceso de salud, enfermedad y cuidados de las mujeres jefas de familia en el contexto actual.

PALABRAS CLAVE: Proceso salud-enfermedad, cuidados, determinación social de la salud, jefas de hogar.

Process of health, illness and care of female heads of household in the framework of collective health

Social determination as a theoretical tool proposes a critical look at the health-disease processes of populations based on the social structures that influence in diverse ways the morbidity profiles of specific groups. On the other hand, feminist economics as a theoretical current has elaborated a profound analysis of the social organization of care and its unequal distribution in relation to sex. This paper elaborates a reflection that integrates both visions to think about the process of health, illness, and care of women heads of households in the current context.

Keywords: Health-illness process, care, social determination of health, female heads of households.

Abstract



Introducción

La salud colectiva como campo de conocimiento permite pensar el proceso de salud/enfermedad en su dimensión histórico-social a través de la determinación social como herramienta teórica. Así, las experiencias de las mujeres son un punto de partida para analizar su posición en la estructura social y visualizar con mayor claridad los elementos que se relacionan con sus perfiles de morbilidad. Este acercamiento a la salud de un grupo específico representa también una apuesta política al construir conocimiento tomando en cuenta la subjetividad de las mujeres, alejándose de la pretensión neutral de la tradición biomédica.

Desde las epistemologías feministas se cuestiona el carácter supuestamente objetivo, neutral y universal de la ciencia para reconocer que “la mayor objetividad se produce al dar cuenta de las posiciones de partida y las relaciones en que nos inscribimos, considerando nuestra parcialidad y contingencia. Esta concepción de una objetividad feminista encarnada —una “objetividad fuerte” en términos de Sandra Harding (1996)— sitúa lo político en la misma base de la producción de conocimiento” (Cruz, Reyes y Cornejo, 2012, p. 258). El conocimiento situado, en ese sentido, toma en consideración la situación y condición de las mujeres en el contexto actual y atiende la experiencia como saber válido.

En la lógica de lo general a lo particular se problematiza, en primer lugar, el concepto de reproducción social para pensar el caso particular de las mujeres tomando en consideración el sistema sexo/género¹. Después se problematiza la posición de las mujeres frente al Estado y la responsabilidad de este sobre la organización social de los cuidados en el contexto de la mercantilización y finalmente se reflexiona sobre la importancia de escuchar las experiencias de las mujeres en la investigación social en salud.

La dicotomía producción-reproducción, reflexiones desde el pensamiento feminista

¿Por qué es importante cuestionar la dicotomía producción-reproducción social para abordar las experiencias de salud de las mujeres jefas de familia?

Marx y Engels caracterizaron el proceso de producción bajo el modelo capitalista e identificaron la explotación de los hombres como elemento que permitió el acaparamiento de la riqueza por parte de la burguesía. Con más precisión, en *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Engels describió la particularidad de la inserción de las mujeres en las fábricas y sus consecuencias sociales, y advertía que “disuelve la familia y hace a las madres totalmente incapaces de atender sus ocupaciones domésticas” (Engels, 2002, p. 115). Denunció, además, que el sistema de producción industrial lograba imponer la explotación a

gran escala como expresión de las relaciones patriarcales.

Esa noción permite entrever el tejido existente entre el modo de producción capitalista, la explotación de los cuerpos, de manera particular de las mujeres y el extractivismo; incluso pensándolo en el contexto actual y a gran escala, es posible entender lo que García Linera denomina *división internacional del trabajo* que se refiere a “cada una de las especializaciones laborales de los países y las regiones que forman parte de una misma trama de predominancia del sistema capitalista mundial” (García Linera, 2020, p. 120). En esa trama son explotadas de manera diferenciada las mujeres del norte y sur global según evidencian los procesos de migración actual.

Parte del pensamiento de Marx se concreta en la noción de que la estructura social, a la que corresponde un modelo de producción económica en cada época histórica, constituye la base de creación del pensamiento político, social y cultural. Y afirma que “la historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases” (Marx y Engels, 1848). Opresores y oprimidos se han enfrentado siempre, manteniendo una lucha constante que termina en la transformación revolucionaria de toda sociedad. Estas disputas, según Marx, se realizaron entre libres y esclavos, patricios y plebeyos, señores y siervos, burgueses y proletarios. ¿Qué particularidades tuvo y tiene la participación de las mujeres en esas luchas de poder?

Habría que considerar que “las ideas de la clase dominante son en cada época las ideas dominantes. Es decir, la clase que constituye la fuerza material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su fuerza intelectual dominante” (Marx y Engels, 1846), esta ideología ha sido además de clasista y racista, patriarcal. El análisis de los

¹ Se entiende por sistema sexo/género al conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (Gayle Rubin, 1986).

contenidos ideológicos es entonces una guía para entender la estructura social, “las ideologías son las ideas dominantes de una sociedad particular en un momento determinado. Son ideas que expresan la *naturalidad* de cualquier orden social existente y que ayudan a mantenerlo” (Lewontin, Rose y Kamin, 2009, p. 13). Justamente, la labor de los planteamientos feministas ha sido cuestionar esa supuesta naturalidad de un orden social que oprime.

Los postulados del marxismo son vigentes para pensar la lógica del capitalismo actual, aunque se encuentre en una fase muy distinta a la que alcanzaron a vislumbrar Marx y Engels; su legado intelectual es invaluable para hacer evidentes los procesos por los que hoy la riqueza se concentra en menos del uno por ciento de la población con base en la explotación y el extractivismo. En ese sentido, “la concepción materialista de la historia que plantean para entender la reproducción social es de crucial importancia” porque permite reconocer que la subordinación social es un producto de la historia, cuyas raíces se encuentran en una organización específica del trabajo (Federici, 2020, p. 226). Sin embargo, las teóricas feministas invitan a criticar sus nociones acerca del trabajo y sobre todo la idea de que el capitalismo es una etapa necesaria para la emancipación humana y un paso previo hacia una sociedad más justa e igualitaria.

Para profundizar la reflexión sobre la división sexual del trabajo es necesario entender que el patriarcado permea todos los aspectos de la vida. Para las mujeres ha significado que “a menudo la lucha tiene que empezar dentro de la familia, puesto que para combatir el capitalismo las mujeres han tenido que enfrentarse con sus esposos y sus padres” (Federici, 2020, p. 232). En ese sentido, las conceptualizaciones que re-

fuerzan el carácter productivo del trabajo asalariado realizado en el espacio público y desconocen el trabajo que históricamente han desarrollado las mujeres en el espacio íntimo y privado no permiten visualizar con claridad el entramado de opresiones que atraviesan a estos cuerpos; reconocer que el trabajo doméstico es el medio para producir la fuerza de trabajo nos ayuda a entender que las identidades de género son, entre otras cosas, funciones laborales y las relaciones de género son también relaciones de producción. Dicha premisa amplifica la importancia del principio feminista “lo personal es político” (Federici, 2020).

Bajo esta línea se puede asumir que la reproducción normativa del género es esencial para la reproducción social de la forma capitalista, es decir, la división sexual del trabajo no podía ser entendida al margen de la reproducción generizada de las personas y la regulación de la sexualidad está sistemáticamente vinculada al modo de producción apto para el funcionamiento de la economía política (Butler y Fraser, 2017, p. 79). El género como norma, en ese sentido, dispone a las mujeres un espacio simbólico y material desde el que reproducen la economía política; es en ese espacio que se enmarcan las experiencias y estas, señala Bourdieu (2007, p. 10), se ven determinadas siempre por la posición que se ocupa en el macrocosmos social.

El trabajo realizado en el ámbito privado que ha mantenido la reproducción del modelo económico y ha sostenido la vida en general, ha sido históricamente realizado por mujeres bajo las exigencias del patriarcado, a través de diversas estrategias. Por ejemplo, “las estrategias matrimoniales que deben asegurar la reproducción biológica del grupo sin amenazar su reproducción social” (Bourdieu, 2002, p. 6). Además, bajo las formas del capitalismo neoliberal

y los procesos históricos que insertaron de manera masiva a las mujeres en los trabajos asalariados, se han aumentado las jornadas sin que esto represente precisamente mayores oportunidades o una disminución de la carga laboral, mental y emocional. En ese panorama se encuentran las madres jefas de familia, a quienes se exige socialmente el cuidado de los hijos, el trabajo doméstico y ahora, bajo la ideología neoliberal, el imperativo de la productividad económica.

Finalmente, “el capitalismo implica una sujeción sobre los cuerpos de los trabajadores y las trabajadoras, sin embargo, las mujeres son doblemente explotadas como trabajadoras y como mujeres. La dominación sexual es parte de la estructura de subordinación en el lugar de trabajo” (Valobra, 2015, p. 40). Entonces, es importante cuestionar la dicotomía producción-reproducción en relación con la división sexual del trabajo para desnaturalizar las expectativas de género sobre las mujeres y comprender que ambos procesos forman parte del mismo continuum de reproducción social. En el capitalismo neoliberal los límites entre público-privado se desdibujan en favor de mayor ganancia económica, aunque en su momento sirven para comprender que “las relaciones de producción son relaciones de clase que se procesan a través de una contradicción fundamental, consistente en la oposición entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la apropiación” (Donnangelo, 1985, p. 45).

Estado neoliberal y organización social de los cuidados

El trabajo de las mujeres fue invisible para los dueños de los medios de producción hasta “la segunda mitad del siglo XIX, tras

dos décadas de revueltas obreras en las que el fantasma del comunismo recorrió Europa” (Federici, 2020, p. 232). El contrato social que se gestó durante la conformación del Estado moderno afianzó a la familia de la clase obrera como unidad de reproducción social de la fuerza de trabajo y derivó en principios reguladores de la economía-política de las sociedades modernas. Sin embargo, la manera en que las mujeres devinieron en ciudadanas y se vieron interpeladas por ese contrato, también es particular, pues se trata finalmente de un “metarrelato sobre el que se asienta la moderna obligación política [...] encierra por tanto una tensión dialéctica entre regulación social y emancipación social, tensión que se mantiene merced a la constante polarización entre voluntad individual y voluntad general, entre interés particular y bien común” (Santos, 2018, p. 353).

Las mujeres fueron excluidas de los principios de libertad, igualdad y fraternidad elaborados en torno a la ciudadanía concedida únicamente a los varones blancos. En este marco las mujeres no eran consideradas como iguales y no formaban parte de la esfera pública de una nación. Para Carole Pateman, “el contrato social oculta el contrato sexual. El contrato sexual es el modo a través del cual los varones tienen garantizado el acceso al cuerpo de las mujeres, es decir, la ley del derecho político-sexual masculino” (Valobra, 2015, p. 38).

Hoy, y gracias a la disputa de esos espacios, se ha ampliado la capacidad de agencia para las mujeres en el marco del Estado, pero aún resulta necesario preguntarse de qué manera se apela a él para el cumplimiento de derechos, específicamente en materia de salud y de manera general en relación con su responsabilidad para redistribuir la organización social de los cuidados. Porque “analizar el papel del Estado en la

jerarquía de género equivale a preguntarse sobre las responsabilidades normativas del Estado, si el Estado tiene autonomía respecto de los intereses de los hombres o si sirve a sus intereses para, en ese caso, subordinar a las mujeres” (Valobra, 2015, p. 39).

La lucha feminista por el derecho a decidir sobre la vida reproductiva es en realidad reciente y aún no es un derecho garantizado en toda Latinoamérica. En México, el aborto es más accesible en unas entidades federativas que en otras y existen grupos conservadores que se mantienen resistentes a los derechos reproductivos de las mujeres; sin embargo, las redes de apoyo demuestran que la organización al margen del Estado resuelve problemas en lo inmediato; circulan guías, se envían medicamentos, se acompañan. Históricamente, la relación mujeres-Estado ha sido una larga disputa por espacios, voz, voto, participación y poder al mismo tiempo que se han tejido estrategias para sobrevivir al margen.

Actualmente en el Senado de la República se mantiene el diálogo para la creación de un Registro Nacional de Obligaciones Alimentarias, el “dictamen plantea reformar la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a fin de fortalecer la ejecución y garantizar el oportuno cumplimiento de la pensión alimenticia, de manera homologada en todo el país”. Esto en un contexto donde de cada 10 divorcios, siete padres no cumplen con la pensión alimenticia². La cifra es alarmante y da paso a muchas preguntas: ¿Cómo han hecho históricamente esas mujeres para sostener su vida y la de sus hijos? ¿Qué garantías otorga el Estado y a qué deberían apelar? ¿Cómo es que socialmente se ha

permitido la reproducción de un esquema tan injusto? ¿Qué efectos tiene este fenómeno en la salud de ellas y de sus hijos?

Evidentemente existen mecanismos culturales que reproducen la desigualdad y mantienen a los grupos vulnerados en situaciones de riesgo injusto y evitable; a la luz del sistema económico actual también es importante considerar que “sin ningún recurso frente a la propiedad y sin ningún Estado al que poder apelar para satisfacer las necesidades humanas, el mercado se convierte en una prisión para el trabajador, dentro de la cual es obligatorio comportarse como una mercancía para poder sobrevivir” (Esping-Andersen, 1993).

Si el Estado benefactor³, a través del contrato social, otorgó alguna vez una base mínima a los ciudadanos para que continuara la reproducción del modelo de producción capitalista, con su desestructuración y el protagonismo del mercado, esa base se diluyó. ¿De quién es ahora la responsabilidad de sostener la vida? “Aparte del mercado laboral, los mercados más en general parecen ser las principales instituciones para la organización de la provisión material en una sociedad capitalista” (Fraser y Jaeggi, 2019, p. 252). Entonces cabe preguntarse: ¿cómo se insertan las mujeres jefas de familia a ese mercado? ¿En qué condiciones? García Linera ilustra la problemática cuando afirma que “los cuidados médicos los hacen las propias familias o, en el mejor de los casos, alguien de la comunidad. La comunidad es pues el “gobierno”, en su cara protectora, de cada familia. Y el propio Estado, con sus insti-

² Consultado en la página oficial del Senado de la República LXV Legislatura el 2 de junio de 2023. Disponible en: <https://goo.su/8PoqMs>

³ En 1837 se registró la primera guardería en México. Su función era el cuidado de los hijos de comerciantes del Mercado del Volador. En 1917, con la inclusión de la educación como un derecho en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, surgen los Hogares Infantiles.

tuciones distantes que solo se acordaban de los campesinos para acceder al voto, se vincula con la comunidad, no con los individuos” (García Linera, 2020, p. 172).

Más allá de la precarización del mercado laboral, la mercantilización de la vida como principio ideológico del capitalismo neoliberal exige a los individuos más que nunca la autoexplotación para sobrevivir. Mantener a las mujeres en condiciones de pobreza es un mecanismo propio del sistema que se funda en el principio de inequidad entendida como la apropiación de poder. “Las desigualdades en salud en la sociedad actual son producto de esa triple inequidad que genera y acompaña inevitablemente a una sociedad como la capitalista” (González, 2009, p. 139).

Es imprescindible considerar que “la mercantilización tanto de las necesidades como de las personas puede fortalecer la máquina de la acumulación capitalista, pero debilita al propio trabajador” (Esping-Andersen, 1993). ¿Cómo debilita a las mujeres que se ven forzadas a tomar largas jornadas de trabajo asalariado y al mismo tiempo mantienen el trabajo en el hogar? ¿Qué tipo de trabajadoras son, tienen seguridad social, hay guarderías en esos espacios y quiénes acceden a ellas? ¿A qué servicios, prestaciones, derechos y permisos pueden acceder para ejercer la crianza? ¿Cuál es el papel del Estado y del mercado en la organización social de los cuidados?

Crisis capitalista global

En el marco de la salud colectiva se hace evidente una crisis civilizatoria que se expresa en la descomposición del tejido social. Los gobiernos pierden legitimidad, hay inestabilidad social, tensión política y conflictos armados. “La crisis capitalista

global se tornará en última instancia en problema de control social [...] este orden no es viable para la mayoría de la humanidad, y puede funcionar solamente hasta el punto en que este pueda mantener y defender las estructuras mundiales de desigualdad y dominación” (Robinson, 2007, p. 172).

Esta crisis tiene componentes particulares en lo que territorialmente se ha denominado sur global, y sus consecuencias ambientales son en su mayoría desconocidas; el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y el agotamiento de los recursos son problemas emergentes en relación con la salud. Y ese orden extractivista tiene también un componente simbólico en relación con la lógica patriarcal de dominio y explotación de la naturaleza que es importante nombrar porque estamos frente a “una crisis de los cuerpos que enferman, contaminados, agotados, exhaustos ante la imposición de un modelo en el que por encima del bienestar de las personas se sitúa la búsqueda de beneficio” (Pérez Orozco, 2019, p. 77).

En el centro de esa contradicción capital-vida se encuentran las mujeres ejerciendo la crianza bajo una crisis que se ha denominado de cuidados, entendida como la “agudización de las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados. Dichas dificultades se manifiestan a raíz de una desestabilización del modelo tradicional de reparto de las responsabilidades sobre los cuidados y una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico, sin que se haya alterado por ello la división sexual del trabajo en los hogares ni la segmentación de género en el mercado laboral” (Ezquerro, 2011, p. 176). Esta crisis evidencia la incapacidad política de garantizar el bienestar de la mayor parte

de la población, especialmente de las mujeres en condiciones de precariedad concentradas generalmente en las zonas más marginadas de las ciudades y en contextos de violencia.

Por ejemplo, en la Ciudad de México, los procesos de metropolización y conurbación en años recientes “han sido modelados por las continuas crisis económicas y por las formas neoliberales para sortearlas, agravando el deterioro de las condiciones de vida e impactando negativamente sobre las condiciones de salud de la mayor parte de la población, especialmente sobre los grupos sociales subalternos” (Gil, Arellano y Rivera Márquez, 2014, p. 42). Estos procesos económicos y políticos que se ven expresados en la conformación del territorio y la calidad de vida diferenciada de los habitantes representa problemáticas de salud específicas para los grupos vulnerados.

No es sorpresa “la elevada proporción de hogares urbanos pobres encabezados por mujeres sin otra ayuda familiar, que entraña exigencias crecientes para las mujeres jefas de familia, quienes con un nivel de especialización menor que los hombres y en el contexto de desempleo y trabajo precario, son forzadas al autoempleo o al empleo con salarios menores y con largas jornadas de trabajo” (Gil *et al.*, 2014:87).

Este fenómeno ya había sido registrado en los albores del neoliberalismo y en distintas zonas del país, por ejemplo, en una investigación realizada en “la zona norte de México en 1993, donde se comparó el estado de salud de trabajadoras de maquila, de servicios y *madresposas*”⁴.

⁴ El término *madresposas* fue planteado por Marcela Lagarde para definir uno de los cautiverios de las mujeres. En esta investigación se tomó como referente para indicar la relación de las mujeres con el trabajo doméstico en el ámbito familiar.

Las autoras encontraron que el estado de salud de las trabajadoras de la industria maquiladora fue mejor que el de las trabajadoras de servicios y al de las “no trabajadoras” (madresposas), a pesar de que las labores de maquila han sido reconocidas como muy desfavorables para la salud” (Garduño, 2011, p. 208). La invitación de las investigadoras era desde entonces, abordar la distribución desigual de recursos en el hogar dado que el tiempo de descanso y recuperación para las mujeres era menor, así como su acceso a cuestiones básicas como la alimentación.

La crisis de los cuidados puede verse, en ese sentido, como una oportunidad para “poner de manifiesto por un lado la importancia del cuidado y la reproducción como motor invisible de la economía y, por el otro, la opresión de género inherente a esta relación parasitaria entre ambas esferas” (Ezquerro, 2011, p. 176). Es una oportunidad para desbaratar la relación entre acumulación capitalista y explotación patriarcal e imaginar maneras más efectivas de exigir responsabilidades al Estado y condiciones dignas en el mercado laboral, así como la necesaria desmercantilización de la salud y la vida en general.

El proceso de salud, enfermedad y cuidados desde las experiencias de mujeres jefas de familia, un apunte epistemológico

Situar las experiencias de las mujeres significa ubicarlas en un tiempo y un espacio particular, en una estructura socioeconómica que define las posiciones en las que se encuentran los sujetos, así como su capacidad de agencia, modos de subjetivación, prácticas de consumo, y por supuesto, sus

patrones de morbimortalidad. Este ejercicio es imprescindible de frente al imperativo ideológico que responsabiliza al individuo de sus formas de enfermar y morir. En ese sentido, cabe señalar que las mujeres experimentan una mayor carga de enfermedad y mortalidad que los hombres. Esto se relaciona directamente con la discriminación en el acceso a la atención médica, la violencia, la pobreza y la responsabilidad desproporcionada del cuidado de familiares.

Poner al centro las experiencias de las mujeres fue un acto revolucionario para la forma de hacer ciencia desde los años ochenta, bajo la mirada de epistemólogas feministas que empezaron a cuestionar los presupuestos de neutralidad y objetividad de la práctica científica. Significó hacer evidentes las intenciones políticas en el acto de enunciar problemas sociales a los que las mujeres se enfrentan de manera particular; “desde esta perspectiva, las críticas feministas de la ciencia pueden considerarse como una llamada a una revolución intelectual, moral, social y política más radical de lo que nunca hubieran imaginado los fundadores de las modernas culturas occidentales” (Harding, 1996, p. 12).

Desprendiéndose de la falsa objetividad de la ciencia positivista, las investigaciones feministas empezaron a abandonar el fetiche del experimento controlado y convocaron a la experiencia para hacer visibles las otras realidades, por su misma naturaleza inaprensibles más allá del lenguaje. “La experiencia fue citada a dar testimonio de formas de dominio y de opresión productoras de sujetos subalternos. Sujetos dos veces subalternizados a efecto del poder desplegado por el propio conocimiento científico: la herramienta de la experiencia se diseñó para crear una alternativa al sujeto deshumanizado del conocimiento del discurso científico social establecido” (Trebisacce, 2016, p. 289).

El interés por analizar las experiencias de las mujeres jefas de familia en relación con su salud, en el contexto de precarización actual, responde a la necesidad de construir un corpus teórico-político entre los planteamientos feministas y la salud colectiva que permita afrontar el panorama de desencuentros antes descritos. La politización no es más que el reconocimiento de experiencias compartidas y las movilizaciones que se están gestando hoy en el país a través de acciones organizadas, como la colocación de tendedores⁵ en diferentes entidades federativas para denunciar a deudores alimentarios y que recientemente se ven reflejadas en la acción gubernamental, son ejemplos de que otras formas de pensar y construir la salud son posibles. Documentar dichas experiencias es una tarea imprescindible para la construcción de una memoria feminista que dé cuenta de la agenda política de nuestro tiempo y las formas de protesta vigentes.

⁵ Los tendedores son una acción convocada por movimientos feministas para exponer públicamente a agresores. En este caso la convocatoria fue realizada por la activista oaxaqueña Diana Luz, a través del Frente Nacional Contra Deudores Alimentarios, en diferentes entidades federativas. La acción devino en la propuesta Ley Sabina y el decreto oficial del Registro Nacional de Obligaciones Alimentarias.

Reflexiones finales

Las experiencias de salud de las mujeres jefas de familia en México se ven determinadas por un modelo económico, político y social que las sitúan en una posición particular; no porque sean iguales sino porque hay ciertos mecanismos de opresión que operan en todos los ámbitos de la vida, a saber, el sistema sexo/género y el capitalismo neoliberal. Reconocer esas estructuras y sistemas que organizan la reproducción social es dotar de sentido una experiencia individual y permite la posterior politización que no es más que hacer colectivas esas experiencias compartidas.

La incorporación de las mujeres al Estado y al mercado ha sido históricamente problemática. Es necesario seguir pensando de qué manera apelar a sus mecanismos para asegurar mejores condiciones de vida sin que sea el mercado el único protagonista.

La crisis de cuidados pone de manifiesto que es inviable seguir cargando la responsabilidad de la reproducción social a las mujeres en el ámbito privado cuando no se tiene una base mínima para sostener la vida y cuando esto no significa una reducción de su participación en el trabajo asalariado y precarizado.



Referencias

Bourdieu, P. (2002). Estrategias de reproducción y modos de dominación. *Colección Pedagógica Universitaria*, 37, 1-21.

Bourdieu, P. (2007). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.

Butler, J. y Fraser, N. (2017). Reconocimiento o redistribución. Un debate entre marxismo y feminismo. *Traficantes de sueños*.

Cruz, M. A., Reyes, M. J. y Cornejo, M. (2012). Conocimiento Situado y el Problema de la Subjetividad del Investigador/a. *Cinta de Moebio*, 45, 253-274. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2012000300005>

Donnangelo, M. C. F. (1985). *Salud y sociedad*. Colección *Fin de Milenio*. Universidad de Guadalajara.

Engels, F. (2002). La situación de la clase obrera en Inglaterra (Prefacio). En Thompson, E. P. y Thompson, D., *E. P. Thompson Esencial*. Editorial Crítica.

Esping-Andersen, G. K. J. (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar*, Edicions Alfons El Magnànim, p. 117.

Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2(0), 175-194. https://doi.org/10.5209/rev_infe.2011.v2.38610

Federici, S. (2020). *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes*. Traficantes de Sueños.

Fraser, N., y Jaeggi, R. (2019). *Capitalismo. Una conversación desde la teoría crítica*. Ediciones Morata.

García Linera, Á. (2020). *Posneoliberalismo. Tensiones y complejidades*. Prometeo-CLACSO.

Garduño, M. Á. (2011). *Confluencia de la salud en el trabajo y la perspectiva de género: una nueva mirada* [tesis doctoral]. Universidad Autónoma Metropolitana [UAM].

Gil, J. B., Arellano, O. L., y Rivera Márquez, J. A. (2014). *Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación*. Universidad Autónoma Metropolitana [UAM]. <https://casadelibrosabierto.uam.mx/gpd-calidad-de-vida-salud-y-territorio.html> [3 de agosto de 2023].

González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135-143. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/315> [3 de agosto de 2023].

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.

Lewontin, R. C., Rose, S. y Kamin, L. J. (2009). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Crítica.

Marx, K. (1848). *Manifiesto del partido comunista*.

Marx, K. y Engels, F. (2013). *El manifiesto comunista*.

Pérez Orozco, A. (2019). *Subversión feminista de la economía. Sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de Sueños.

Robinson, W. (2007). *Una teoría sobre el capitalismo global. Producción, clase y Estado en un mundo transnacional*. Ediciones desde abajo.

Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de Moebio*, 57, 285-295. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2016000300004>

Valobra, A. M. (2015). El Estado y las mujeres, concepciones en clave feminista. *Estudios Sociales del Estado*, 1(2), 33-57. <https://doi.org/10.35305/ese.v1i2.44>



La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa

MARICRUZ REMIGIO FIGUEROA
 GEORGINA VEGA FREGOSO
 ARANTXA ORTIZ HERNÁNDEZ

La desaparición forzada es una violación de los derechos básicos de las personas desaparecidas y sus familias, quienes sufren dolor y confusión por lo sucedido a sus seres queridos y es considerada un crimen de lesa humanidad. En México hasta el momento se han reportado más de 100,000 personas que se encuentran desaparecidas y esta cifra va en aumento; y con este, el incremento de familias que se convierten en víctimas indirectas de dicho delito. Se utilizó la metodología descrita por A'rksey y O'Malley en 2005 para profundizar en las experiencias de las víctimas indirectas de la desaparición forzada y las consecuencias en su salud. Para ello, se recopiló un total de 48 referencias de artículos de investigación empírica, artículos periodísticos, libros e informes institucionales. Los resultados indican que tiene como resultado graves consecuencias biopsicosociales en los familiares.

PALABRAS CLAVE: desaparición forzada, pérdida ambigua, familiares, víctimas indirectas, consecuencias psicológicas, consecuencias físicas

Forced disappearance and its repercussions on the health of indirect victims: a narrative review

The event of forced disappearance is a complete violation of the basic rights of the disappeared individuals and their families, who suffer pain and confusion due to what has happened to their loved ones, because of which it is considered a crime against humanity. In Mexico, up to this point, more than 100,000 people have been reported as missing, and this number is increasing, along with the number of families becoming indirect victims of this crime. The methodology described by A'rksey and O'Malley in 2005 was used to delve into the experiences of the health consequences of the indirect victims of forced disappearance. For this purpose, a total of 48 references from empirical research articles, journalistic articles, books, and institutional reports were collected. The results indicate that forced disappearance results in biopsychosocial consequences for the family members.

Keywords: forced disappearance, ambiguous loss, family members, indirect victims, psychological consequences, physical consequences



Introducción

La desaparición forzada como concepto surgió una vez que se denunció y se reconoció como problema social; esto ocurrió a mediados de los años setenta en México, como en otros países de Latinoamérica, con los colectivos que demandaban la presentación con vida de los y las desaparecidos (González, 2022). Esto significa que la historia de la desaparición forzada no es la historia de las oficinas ni de las agencias que desaparecen a las personas, sino de la historia de las víctimas directas (quien se encuentre ausente en contra de su voluntad) e indirectas (familiares de personas desaparecidas).

En México se estima una tasa nacional de 57.7 casos de desaparición forzada por cada 100,000 habitantes (Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia [CENAPI], 2019). Los tres Estados en México con mayor incidencia acumulada de casos son: Jalisco, con 18,258 hombres (h) y 5,486 mujeres (m); Tamaulipas (8,905 h y 2,550 m) y Estado de México (4,494 h y 3,616 m).

En el caso de las familias de las personas desaparecidas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos hace una estimación de que al tener más de 100,000 personas desaparecidas, significa por lo menos la misma cantidad de familias afectadas, que pueden estar integradas por dos o cuatro personas (“Estado falla”, 2023). La mayoría de los desaparecidos son hombres, quienes representan un 58.43% del total de personas desaparecidas (Registro Nacional de Personas Desaparecidas y No Localizadas [RNPDNO], 2023), y suelen ser las mujeres —madres, esposas, hermanas, tías— quienes emprenden activamente la búsqueda.

Por lo anterior, se contempla también la presencia de consecuencias en la vida de las víctimas indirectas, y estas van desde incertidumbre, angustia fuerte y permanente, que no cesa con el tiempo, sufrimiento psíquico, insomnio y complicaciones psicósomáticas. Derivado de que las familias se vuelcan en la búsqueda de los suyos y se olvidan de ellas mismas, “dejan de existir como personas y su salud se resiente”; incluso se ha catalogado jurídicamente como tortura, los impactos a la salud física y mental que tiene un familiar de una víctima de desaparición (Santacecilia, 2021).

La violencia que afecta a los familiares de las personas desaparecidas es parte de la “violencia comunitaria”, la cual es cometida regularmente fuera del hogar por individuos que pueden o no tener una relación con sus víctimas; en la misma se contempla la ejercida por el crimen organizado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Este tipo de violencia puede producir trastorno por estrés postraumático (TEPT), derivado de un suceso altamente estresante como la amenaza de la integridad física de la persona o la

de otras personas, así como el saber de la muerte, asalto, secuestro o desaparición de un familiar o amigo cercano (Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara C; Ramos-Lira, Zambrano y Fleiz-Bautista, 2005). Derivado de esto, el derecho a la salud adquiere una connotación precisa cuando se trata de una persona que tiene a un ser querido desaparecido.

El objetivo del presente estudio fue revisar dentro de diversos motores de búsqueda la información relacionada con las consecuencias a la salud física y emocional que la desaparición genera en las “víctimas indirectas”.

Metodología

Se utilizó la metodología descrita por Arksey y O'Malley (2005). Primero se definió la siguiente pregunta de revisión de la literatura: ¿cuál es la experiencia de salud de los familiares de las personas desaparecidas?, para así comenzar la búsqueda de la información en Redalyc, Google académico y Scielo. Las palabras clave fueron las siguientes: impacto de la desaparición forzada, experiencia de salud, familiares de personas desaparecidas, pérdida ambigua, desaparición forzada y consecuencias de salud, utilizando los operadores booleanos [AND] y [OR]¹. La tabla 1 presenta gráficamente la estrategia de búsqueda y los resultados obtenidos.

Tabla 1. Combinación de las palabras clave y resultados de Redalyc, Google Académico y Scielo

Motor de Búsqueda	Combinación de palabras	Número de resultados	Estudios seleccionados
Redalyc	Impacto de la desaparición forzada, experiencia de salud AND familiares de personas desaparecidas AND pérdida ambigua AND consecuencias de salud.	44	15
Google Académico	Desaparición forzada AND familiares AND pérdida ambigua AND experiencia de salud OR desaparición OR forzada OR pérdida ambigua.	104	28
Scielo	Desaparición forzada AND familiares AND pérdida ambigua	10	5

Fuente: Elaboración propia.

Se analizaron artículos de investigación empírica publicados en revistas científicas, así como artículos periodísticos de semanarios de opinión, análisis político y social, libros,

¹ En informática, los operadores son símbolos que se utilizan en la elaboración de una ecuación de búsqueda y que permiten combinar diferentes términos entre sí y establecer relaciones lógicas entre los mismos. Los operadores lógicos [AND] y [OR] especifican la relación entre operandos en una expresión lógica. (Nota del editor)

tesis e informes institucionales que trabajan con temas relacionados con la desaparición forzada y las afectaciones a la salud de los familiares de las personas víctimas de desaparición. Se incluyeron textos en idiomas inglés y español, publicados entre 2008 y 2023. Todos los artículos incluidos fueron textos completos y relacionados con la pregunta del trabajo de revisión.

Los textos empleados en la presente revisión se seleccionaron durante los meses de febrero a mayo de 2023, y se consideraron así un total de 48 referencias; estas fueron sistematizadas analíticamente en una matriz, en la cual para cada artículo se consideró lo siguiente: autores y año, título, objetivo o tipo de publicación, país de publicación, método y hallazgos relevantes.

Resultados

Consecuencias psicológicas

Para los familiares (víctimas indirectas) de las personas desaparecidas existe un mayor riesgo de trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de duelo prolongado (TDP), como consecuencia de presentar comportamientos de evitación.

En las mujeres es más frecuente el TDM que en los hombres; sin embargo, para ambos representa el mismo riesgo de TDP y TEPT; cabe mencionar que el parentesco juega un papel importante, ya que según la relación de parentesco que se tenga con la persona desaparecida, en los casos donde la desaparición es de un hijo o cónyuge, los familiares de estos presentan mayor TDP, TEPT y TDM, comparado con personas cuyos padres, hermanos o parientes más lejanos desaparecieron (Lenferink, de Keijser, Wessel y Boelen, 2018).

La variable del parentesco resulta de importancia, ya que como en el estudio de Córdova (2015), donde se trabajó con madres de hijos desaparecidos, se observó que el vínculo madre-hijo no solo se establece respecto al vínculo maternal, sino también en la dinámica de la vida diaria, lo cual desencadena la pérdida del deseo de hacer actividades junto a su familia o amigos, y su rutina se transforma en buscar a sus hijos y trabajar, ya que el proceso de búsqueda requiere dinero para que el proceso avance.

Y aunque son diversos contextos en los que ocurre la desaparición forzada, existe un factor común en los primeros meses: los efectos de la desaparición en las familias son particularmente severos. Existe una variedad de emociones presentes que incluyen miedo, agonia, impotencia, desesperación, desesperanza e ira. A veces se aprecia la incapacidad para dejar de llorar, para dormir o comer; este último se ha señalado como un rasgo de las personas que han experimentado un trauma (Salazar-Serna, Mendoza-Rivas y Raesfeld, 2022). Esto se relaciona con la culpa, dolor y negación crecientes y emergentes del hecho trágico, que empuja a los estados de ensimismamiento (Obando, Rodríguez y Palacios, 2012).

El transcurso del tiempo en estos casos no coadyuva a mejorar la salud mental, sino que cambia a un “estado de alerta cotidiano” y a una “conciencia latente” de que el ser querido ausente podría aparecer o estar en entornos públicos rutinarios o aleatorios (Parr, Stevenson y Woolnough, 2016). En algunos casos se genera un trauma continuo y es sobrellevado mediante la ayuda de terapia psicológica (Mastrogiovanni, 2017).

Sin embargo, no en todos los casos la terapia psicológica es vista como un método efectivo, como resultado de la insistencia de los terapeutas en que los familiares vivan un proceso de duelo. Y para otras familias, el reconocer la necesidad de comunicar los sentimientos de dolor es un tema que no se aborda, sino que se sufre en soledad, por miedo a la reexperimentación (Salazar-Serna *et al.* 2022).

La depresión es el principal factor negativo en el terreno mental de la calidad de vida; asimismo, la ansiedad y el estrés percibido inciden en ella y, en algunos casos, la depresión y los altos niveles de ansiedad impulsan el tratamiento con medicamentos (Ortegón, Vinaccia, Quinceno, Capira, Cerra y Bernal, 2022).

Consecuencias físicas

Cuando una situación estresante se presenta, el organismo tiene como respuesta fisiológica la liberación de adrenalina, pero cuando esta situación se prolonga por un tiempo, el cuerpo comienza a producir corticoides, lo cual altera el equilibrio general de la persona y como consecuencia bajan las defensas; esto favorece la aparición de enfermedades agudas, e incluso enfermedades crónicas. En el caso de las víctimas indirectas que padecen insomnio y dificultades para descansar, aumenta la probabilidad del aumento de la tensión arterial, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, obesidad, problemas de metabolismo, diabetes y resistencia a la insulina (Sosa-Jaramillo y Serna-Borja, 2021).

De acuerdo con Salazar-Serna *et al.* (2022) las desapariciones provocan un deterioro en la salud de diferentes miembros de la familia; las condiciones físicas más prevalentes son: diabetes, hipertensión arterial, colitis nerviosa, fibromialgia, arritmia cardíaca y cefalea intensa. También se reveló que, ocasionalmente, a medida que pasa el tiempo, las enfermedades empeoran debido a la incertidumbre.

Por lo anterior, con lo que respecta a las consecuencias físicas, los familiares refieren que antes de la desaparición de su familiar no presentaban síntomas patológicos, y después del evento trágico, se presentan brotes de ciertos síntomas que obligan a los familiares a requerir atención médica. Se presentan cambios evidentemente físicos, algunos integrantes comenzaron con diabetes, bronquios y a tener defensas bajas. Después de un tiempo se recuperaron de otras enfermedades como problemas cardíacos y estomacales; dentro de los cambios más drásticos está el dejar de caminar por dolor en una rodilla, hasta desarrollar cáncer (Manríquez-Sánchez, Vargas-Garduño, Cadenas-Guzmán y Rivera-Heredia, 2019).

En las entrevistas que realizaron Sosa-Jaramillo y Serna-Borja (2021), los familiares de las personas desaparecidas han desarrollado adicciones como el consumo del alcohol, tabaco y drogas, que surgieron después de vivir este suceso traumático. Esto hace que las víctimas indirectas se encuentren vulnerables, lo cual los lleva a la indiferencia respecto a mantenerse en un estado saludable, con pensamientos constantes de querer morir, lo cual es interrumpido por la esperanza de conocer el paradero de sus familiares, el instinto de atender a los hijos de las personas desaparecidas, a su cónyuge o a los propios hijos.

Un evento que propició la agudización de las consecuencias físicas fue la pandemia de COVID-19, que generó una situación especial de vulnerabilidad, ya que con su llegada se agudizaron los síntomas de depresión en los familiares, aunado a que el Estado ha sido

omiso en garantizar y proporcionar servicios de atención médica a esta población que se ve obligada a dejar sus empleos, lo cual reduce sus ingresos e impacta en su sustento digno, así como también afecta gravemente su estado de salud, el cual debe ser atendido en diversos casos por servicios privados cuando no se cuenta con seguridad social o servicios de salud públicos (Litigio Estratégico en Derechos Humanos, A.C. [I(dh) eas], 2021).

A pesar de ello las entidades federativas no han analizado los impactos negativos directos e indirectos que la pandemia generó para estas, así como a la fecha no se cuenta con un programa de atención integral para la atención en un contexto de crisis sanitaria (Observatorio Ciudadano sobre Derechos de las Víctimas, 2020).

En el caso de México, el Senado de la República Mexicana (2021), ha sometido a propuesta de ley que los institutos de seguridad social brinden servicios médicos y de maternidad, cirugía, farmacia y hospitalización a los familiares de los que se hayan declarado ausentes o desaparecidos. Esto con el objetivo de protegerlos al haber atravesado por la experiencia de desaparición forzada de un familiar cercano.

Consecuencias sociales

En el ámbito social, los familiares de las personas desaparecidas experimentan una ruptura de la vida diaria en el entorno más cercano, donde la familia experimenta una reasignación de roles y un quiebre en el ciclo vital familiar, siendo un ejemplo los casos en que los hijos deben de asumir el papel del padre o madre ausente (Romero y Cuellar, 2018). De igual manera, Faúndez, Azcárraga y Benevente (2017) señalan que hay un quiebre del proyecto familiar, donde se crea una memoria hacia la persona desaparecida que abarca la posición familiar y la afectividad asociada a esta.

A escala comunitaria se presenta un número de consecuencias mayores. La relación entre el familiar que busca, el resto de la familia y la propia comunidad se dificulta (Castro y David, 2018), lo que provoca que el familiar se aisle socialmente y que se prolongue el sufrimiento, intensificado por la ineficacia de las instituciones (Almanza-Avendaño, Hernández-Brussolo y Gómez-San Luis, 2020).

Asimismo, la vida comunitaria se ve limitada por relaciones hostiles que disminuyen la convivencia social (Delacroix, 2019). Un testimonio de un familiar de una persona desaparecida refiere que durante su travesía en la búsqueda de sus hijos ella notaba las reacciones de miedo y hostilidad de los habitantes del pueblo (López, 2022).

Las instituciones son, de acuerdo con la literatura, uno de los mayores perpetradores de violencia social. Primeramente, la asistencia a las víctimas por parte de las entidades responsables es insuficiente (Castro y David, 2018), discriminadora por parte de los funcionarios públicos (Romero y Cuellar, 2018) e inexistente en apoyo (López, 2022). Se genera sufrimiento social, desencadenado por acciones institucionales directas que generan amenazas, privaciones o daños a la identidad, y se integran en él aspectos psicosociales y comunitarios (Almanza-Avendaño *et al.*, 2020). Por esto mismo se sugiere que el gobierno debe reconocer su contribución al inicio y persistencia del sufrimiento social debido a las fuerzas sociales en juego (Castro y David, 2018).

En el proceso burocrático de localización, el Comité Internacional de la Cruz Roja (2016) indica que las organizaciones públicas directamente afectan la relación con sus familiares. Esto proviene de una perspectiva predominante que argumenta cómo la actividad de búsqueda es responsabilidad de las instituciones, y que la de las familias es secundaria. Por otra parte, las familias abogan por un el derecho de participar activamente en la búsqueda e incluso encabezarla. Esta postura genera controversia, ya que desafía la idea de que las instituciones son el interlocutor central y el centro del poder político (Martínez-Castillo, 2020). Inclusive, Alvis-Rizzo, Duque-Sierra y Rodríguez-Bustamante (2023) refieren que las mujeres que forman colectivos para la búsqueda de personas desaparecidas desafían la estructura social jerárquica que las coloca en una posición de subordinación.

Esta violencia social conlleva a que los familiares, ajenos en lazos, pero con un mismo objetivo, se organicen en colectivos, los cuales son fundamentales para que puedan aplicar sus derechos en la demanda de la localización de las personas desaparecidas (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2016). Estos espacios proveen de una oportunidad para dar voz y escuchar otras similares a ellas, donde Garzón (2020) refiere que, por medio de la construcción de dinámicas en torno a la desaparición, la conciencia política y la militancia en organizaciones sociales, logran empoderarse en derechos y brindar apoyo en la búsqueda basada en la verdad y la justicia.

Estos grupos involucran procesos de reparación simbólica y son un proceso alternativo a la elaboración del trauma social y la sanación psicológica, como señala Jean Jean, (2020). Además, se dirigen hacia el abordaje de la desaparición de personas como un problema público, que debe ser incluido en la agenda pública y requerir el diseño de una política integral (Villarreal-Martínez, 2014).

Estos constantes ataques en el ámbito social y personal durante una situación de estrés producen una constante estigmatización de la sociedad que generan escenarios de revictimización, de acuerdo con Romero y Cuellar (2018).

Conclusión

El desarrollo de enfermedades crónicas después de la desaparición forzada de un familiar es del 78.7%; el 45% solicitó ayuda profesional, pero solo el 25% la recibió (*La Jornada*, 2023). El afrontamiento del duelo, malestares orgánicos, estrategias familiares de recuperación, afrontamiento de la falta de apoyo legal y por parte de los demás miembros de la familia y la sociedad son algunos de los factores que repercuten en el desarrollo de enfermedades en las víctimas indirectas (Manríquez-Sánchez *et al.*, 2019).

Los hallazgos de este trabajo sugieren que podría ser fructífero el explorar los efectos en la salud de los familiares de personas desaparecidas en función de una clasificación por estratos de edad, género y relación familiar; lo anterior, en función de promover la calidad de vida física, mental y social de las personas, ya que la desaparición forzada de un ser querido tiene impactos en múltiples esferas que varían de intensidad y frecuencia en la vida cotidiana de los familiares, así como en su entorno social.



Referencias

Almanza-Avenidaño, A. M., Hernández-Brusolo, R., y Gómez-San Luis, A. H. (2020). Pérdida ambigua: madres de personas desaparecidas en Tamaulipas, México. *Región y sociedad*, 32(e1396), 1-21. <https://doi.org/10.22198/rys2020/32/1396>

Alvis-Rizzo, A., Duque-Sierra, C. P., y Rodríguez-Bustamante, A. (2023). Configuración identitaria en jóvenes tras la desaparición forzada de un familiar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 963-979. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2015000200030&script=sci_abstract&tlng=es

Arksey H. y O'Malley L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Castro, É. y David, Y. (2018). Impacto psicosocial del conflicto armado en familias víctimas de la desaparición forzada. *UNIMAR*, 36(1), 79-91. <https://doi.org/10.31948/unimar.36-1.5>

Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia [CENAPI] (2019). Análisis y evaluación de registros oficiales de personas desaparecidas: hacia el nuevo registro nacional. https://registros-desaparecidos.datacivica.org/informe/FINAL_Ana%3%AClisis_y_evaluacio%3%ACn_de.pdf

Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR] (2016). No los olvidamos: necesidades de los familiares de las personas desaparecidas en Colombia. <https://www.icrc.org/es/document/no-los-olvidamos-necesidades-de-los-familiares-de-las-personas-desaparecidas-en-colombia>

[org/es/document/no-los-olvidamos-necesidades-de-los-familiares-de-las-personas-desaparecidas-en-colombia](https://www.icrc.org/es/document/no-los-olvidamos-necesidades-de-los-familiares-de-las-personas-desaparecidas-en-colombia)

Córdova, A. (2015). Guía de intervención psicológica para la elaboración del duelo de madres ante la desaparición de un hijo/a por trata. *Revista Compás Empresarial*, 6(16), 37-40. https://doi.org/10.52428/20758960.v6i17.877revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-89522015000200008&lng=pt&nr=iso

Delacroix, D. (2019). La presencia de la ausencia. Hacia una antropología de la vida póstuma de los desaparecidos en el Perú. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 67, 61-74. <https://doi.org/10.17141/iconos.67.2020.4141>

Estado falla en atender salud de familiares de desaparecidos: colectivos (17 de marzo de 2023). *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/03/17/politica/estado-falla-en-atender-salud-de-familiares-de-desaparecidos-colectivos/>

Faúndez, X., Azcárraga, B., Benavente, C. y Cárdenas, M. (2017). La Desaparición Forzada de Personas a Cuarenta Años del Golpe de Estado en Chile: un Acercamiento a la Dimensión Familiar. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 85-103. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.63908>

Garzón, L. (2020). Producción de saberes a través de la experiencia de la desaparición forzada (Tesis de maestría). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia.

González, R (2022). La desaparición forzada en México: de la represión a la rentabilidad. Pax.

Jean Jean, M. (2020). Experiencias colectivas de reparación simbólica en familiares

de víctimas de desaparición forzada en Argentina. *Reflexiones*, 101(2), 1-22. <https://doi.org/10.15517/rr.v101i2.44107>

Lenferink, L., de Keijser, J., Wessel, I., y Boelen, P. (2018). Cognitive-behavioral correlates of psychological symptoms among relatives of missing persons. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(3), 311-324. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0024-y>

Litigio Estratégico en Derechos Humanos, A.C. [(dh) eas] (30 de agosto de 2021). Afectaciones a los DESCAs de familiares de personas desaparecidas durante la pandemia por COVID-19. <https://www.idheas.org.mx/comunicaciones-idheas/noticias-idheas/afectaciones-a-los-desca-de-familiares-de-personas-desaparecidas-durante-la-pandemia-por-covid-19/>

López, O. (11 de noviembre de 2022). Tras la desaparición de cuatro hijos, una madre dedica su vida a los desaparecidos en México. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2022/11/11/espanol/mexico-desaparecidos-madres.html>

Manríquez-Sánchez, P., Vargas-Garduño, M., Cadenas-Guzmán, I. y Rivera-Heredia, M. (2019). Vivencias de pérdida ambigua ante la desaparición forzada de un integrante de familia. In *Crescendo*, 10 (2), 411-433. <https://www.semanticscholar.org/reader/c46c6941355b8eda2f0b2863f04832428361b038>

Martínez-Castillo, G., (2020). Desafíos y tensiones en la búsqueda de migrantes desaparecidos de Honduras y El Salvador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 67, 75-93. <https://doi.org/10.17141/iconos.67.2020.4199>

Mastrogiovanni, F (2017). *Ni vivos, ni muertos: desaparición forzada en México como estrategia de terror*. Penguin Random House.

Medina-Mora, M.A; Borges-Guimaraes, G; Lara, C.; Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés post-traumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2005/sal051d.pdf>

Obando, O., Rodríguez, L. y Palacios, D. (2012). Subjetividades de género en mujeres con experiencias de familiares víctimas de desaparición forzada. *La manzana de la discordia*, 7(2), 35-53. https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1561/pdf

Observatorio Ciudadano sobre Derechos de las víctimas. (2020). Información sobre el impacto de la crisis por la epidemia del COVID-19 sobre las y los familiares de personas desaparecidas y personas localizadas sin vida en México (Publicación 1/2020). Litigio Estratégico en Derechos Humanos A.C. [(dh) eas] <https://www.idheas.org.mx/wp-content/uploads/2020/06/FINAL-PANDEMIA-DESAPARICIO%CC%81N-Un-estudio-de-IDHEAS-1-JR-CC-TR-JC.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=EAFD5349EE89DAB485C975F75322977B?sequence=1

Ortegon, T. M., Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Capira, A., Cerra, D., y Bernal, S. (2022). Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. *Eleuthera*, 24(1), 158-178. <https://doi.org/10.17151/eleu.2022.24.1.8>

Parr, H., Stevenson, O., y Woolnough, P. (2016). Searching for missing people: Families living with ambiguous absence. *Emotion, Space and Society*, 19, 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2015.09.004>

Registro Nacional de Personas Desaparecidas y no Localizadas (30 de marzo de 2023). *Versión Pública del Registro Nacional de Personas Desaparecidas No localizadas y Localizadas*. <https://versionpublicarnpdno.segob.gob.mx/Dashboard/Index>

Romero, L. C., y Cuellar, V. K. (2018). Impactos psicosociales en familiares víctimas de desaparición forzada. *Reflexiones*, 101 (1), 1-6. <https://doi.org/10.15517/rr.v101i1.44198>

Salazar-Serna, K., Mendoza-Rivas, L. A., y Raesfeld, L. (2022). Vulnerabilidad y reconfiguraciones familiares. Experiencias de personas con familiares desaparecidos en Tamaulipas. *Revista Guillermo de Ockham*, 20 (1), 93-109. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-192X2022000100093

Santacecilia, M. (30 de agosto de 2021). Desaparecidos en América Latina: incertidumbre que tortura. *Deutsche Welle: Made for minds*. <https://www.dw.com/es/desaparecidos-en-am%C3%A9rica-latina-cuando-la-incertidumbre-es-tortura/a-59021373>

Senado de la República Mexicana. (2021). Prestación de servicios médicos para familiares de personas desaparecidas (LXV/1PPO-72-2962/122971). *Gaceta del Senado*. https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/122971

Sosa-Jaramillo, G. T., y Serna-Borja, L. Y. (2021). Manifestación del duelo en personas con familiares que han vivido la desaparición forzada en la ciudad de Medellín (Tesis doctoral). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá, Colombia. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/16329/1/TP_SosaGeraldinSernaLennis_2021%20%281%29.pdf

Villarreal-Martínez, M. T. (2014). Respuestas ciudadanas ante la desaparición de personas en México (2000-2013). *Espacios Públicos*, 17(39), 105-135. <https://www.redalyc.org/pdf/676/67630574007.pdf>

Ciencia y decisiones sanitarias basadas en evidencia: acciones del cucs por la sociedad

JOSÉ FRANCISCO MUÑOZ VALLE
 CRISTIAN OSWALDO HERNÁNDEZ RAMÍREZ
 DIANA LOURDES PADILLA BÓRQUEZ

La medicina social es la rama del área sanitaria encargada de dar atención de manera colectiva, considerando la interrelación entre la salud y el estilo de vida de las personas con el enfoque de mejorar su salud.

La pandemia por COVID-19 denotó la importancia de la ciencia y la investigación llevadas a atender una emergencia sanitaria internacional. De manera particular, el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara (UDEG) tomó acciones en pro de la sociedad basadas en la evidencia científica y en la que investigadoras e investigadores del mismo Centro generaron para establecer estrategias que atendieran la pandemia mediante la salud pública.

La colaboración estratégica de la Sala de Situación en Salud (SSS) por COVID-19 del CUCS con diversos sectores es un ejemplo de innovación y emprendimiento para fortalecer la ciencia al servicio de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: medicina social, Sala de Situación, COVID-19, pandemia, salud pública

Science and health decisions based on evidence: actions for society by the CUCS

Social medicine is the branch of the health field responsible for providing collective care, considering the interrelation between health and individuals' lifestyles, focusing on the improvement of individual health.

The COVID-19 pandemic highlighted the importance of science and research in addressing a global health emergency. In particular, the University Center for Health Sciences (CUCS) at the University of Guadalajara (UDEG) took actions for society based on scientific evidence generated by researchers from the same center, to implement strategies that addressed the pandemic through several public health measures.

The strategic collaboration of the COVID-19 Health Situation Room at CUCS, UDEG, with other sectors is an example of innovation and entrepreneurship to strengthen science in the service of society.

Keywords: social medicine, Situation Room, COVID-19, pandemic, public health

Abstract



Introducción

La crisis sanitaria global generada por la pandemia de la COVID-19 resaltó la relevancia de la ciencia en la sociedad: los científicos abordaron la comprensión del virus, la creación de pruebas diagnósticas y el desarrollo extraordinario de vacunas, lo que demuestra la capacidad de la ciencia para hacer frente a cualquier desafío. Por lo anterior, en este contexto crítico, la investigación científica se estableció como la guía que ha dirigido las acciones y decisiones pertinentes en la salud pública.

Desde el comienzo de la pandemia, la ciencia proporcionó información esencial para entender la propagación del virus, así como implementó estrategias de mejora en la atención de la enfermedad por COVID-19. Las contribuciones científicas han desempeñado un papel fundamental en las

decisiones adoptadas por instituciones de salud y por la población en general. Asimismo, la habilidad para analizar datos, modelar escenarios y anticipar posibles evoluciones de la enfermedad posibilitó la toma de decisiones más eficiente durante la crisis. Estas tareas resaltan el papel de la ciencia en el impacto de la medicina social, pues es esta la rama que se encarga de la atención colectiva; y cómo es una herramienta esencial para generar prácticas no solo en las instituciones hospitalarias de manera individual sino para fortalecer la toma de decisiones en el entorno público, la generación de políticas públicas para la regulación de las tareas sanitarias que tiene la salud pública y el traslado del conocimiento científico a la sociedad.

La pandemia por COVID-19 será un precedente histórico en materia de salud, no solo por su impacto en el desarrollo social a partir de 2020 que fue declarada Emergencia Sanitaria por la Organización Mundial de Salud (Hao, Wang, Wang, Zhou, Shi, Cao y Wang, 2022), sino también por la continua transformación social que estamos experimentando como consecuencia. Los eventos epidemiológicos de esta magnitud generan dos fenómenos sociales de gran relevancia en el ámbito de la salud: revelan las carencias y necesidades de los sistemas sociales e impulsan un rápido avance científico en la búsqueda de respuestas.

En ese sentido, la pandemia por COVID-19 ha subrayado la importancia de hacer énfasis en la investigación científica y fortalecer las redes de comunicación y detección entre la comunidad científica a escala mundial, sobre todo, en el sentido de llevar la ciencia a términos de divulgación que permitan extender a todas las personas el conocimiento generado. La capacidad de la ciencia para adaptarse y responder rápidamente a emergencias de salud pública es un recordatorio de que la inversión en conocimiento científico es esencial para abordar los desafíos del siglo XXI, proteger la salud e impulsar el bienestar de la sociedad.

Evento epidemiológico

Siempre que se habla de un evento epidemiológico hay que tomar en cuenta las características históricas en las que se desarrolla; un ejemplo de esto en el surgimiento de una de las pandemias más representativas ocasionadas por un virus respiratorio que no dista cronológicamente de la ocasionada por el SARS-COV-2, es la identificada como la “gripe española”, denominada así porque, a mitad de la Primera Guerra Mundial, España fue

el primer país que declaró públicamente la evidencia del brote infeccioso en sus ciudadanos. A pesar de que su nombre puede sugerir un origen en España, la denominación es más bien un reflejo de las condiciones de información de la época. Esta pandemia dejó un impacto duradero en la sociedad, al transformar la percepción de la salud global y marcar un antes y un después en el ámbito médico.

En retrospectiva, la gripe española se destacó no solo por su considerable tasa de mortalidad, sino también por la velocidad con la que se propagó y su capacidad para afectar a poblaciones aparentemente saludables. La respuesta y manejo de la pandemia fueron desafiantes en un mundo que lidiaba con las secuelas de la Primera Guerra Mundial. La falta de una infraestructura sanitaria global robusta y la limitada comprensión de los virus en esa época contribuyeron a la magnitud de la tragedia.

Además, esta pandemia provocada por el virus H1N1 de la influenza A llevó a aspectos de discriminación xenofóbica porque se acuñó siempre a España, no al virus, como el generador de la muerte de 40 a 50 millones de personas. Estas precisiones nos permiten identificar rasgos sutiles pero relevantes respecto a una comparativa con el SARS-COV-2. La pandemia de la gripe española, en los tenores de la guerra, estaba rodeada de censura a los casos públicos, lo cual demoró e incluso obstruyó la investigación respecto a la enfermedad.

En cuanto al SARS-COV-2, a pesar de los avances científicos acumulados desde el inicio de la gripe española en 1918, se evidenció un progreso significativo en 2020 cuando se logró secuenciar el genoma completo del coronavirus en menos de un mes desde el informe del brote en Wuhan, China, ejemplo que resalta el desarrollo científico.

Las características sociodemográficas son cruciales para moldear la narrativa de un evento epidemiológico, y como miembros de la Sala de Situación en Salud por COVID-19 (SSS COVID-19), es de suma relevancia compartir los datos científicos generados durante estos últimos tres años.

Relevancia de las medidas de salud pública en la COVID-19

Es importante listar de manera cronológica los aportes que la SSS COVID-19 tuvo para atender la emergencia sanitaria en el Estado de Jalisco durante la pandemia. Es por ello que, considerando cómo las connotaciones contextuales que tienen un papel fundamental como determinantes sociales que influyen en la toma de decisiones políticas, sociales, económicas y, en el ámbito de la salud durante una emergencia sanitaria global, resulta crucial no perder de vista ningún aspecto para asegurar decisiones adecuadas y salvaguardar la integridad de la población.

Según el análisis de Knaul F, Arreola-Ornelas, Porteny, Touchton, Sánchez-Talanger, Méndez, Chertorivski, Ortega, Chudnovsky, Kuri y el *Observatory for the Containment of COVID-19 in the Americas* en 2021, se examinaron las acciones y políticas públicas implementadas por el Gobierno de México durante la pandemia, centrándose específicamente en las conductas a escala estatal, es decir, cada entidad de la República actuó a pesar de las decisiones tomadas a escala federal. Se analizaron políticas clave en la acción para reducir la propagación de contagios relacionadas con el cierre de las escuelas, el trabajo desde casa para trabajos en los que la asistencia no fuera esencial, la cancelación de eventos públicos, la suspensión del transporte público, el desarrollo

de campañas informativas, la restricción de viajes en los estados, el control internacional de viajes, el decreto y guía para permanecer en casa, la restricción a eventos sociales y la recomendación del uso de cubrebocas.

A partir de estas medidas se formuló un índice compuesto para evaluar la adaptación de dichas políticas, considerando cómo cada estado de la República Mexicana las implementó en relación con su agenda pública. Este índice tomó en cuenta dos factores clave: el momento en que se aplicaron las medidas y la rigurosidad de su implementación durante la pandemia, desde el primer caso de COVID-19 en México el 27 de febrero de 2020 hasta el 19 de julio de 2020. Entre los resultados más destacados que discuten autores, estos señalan que Jalisco y Nuevo León tuvieron respuestas iniciales, que revelaron estrategias efectivas y una pronta acción para abordar la emergencia sanitaria. Ambos estados fueron ejemplos positivos tras la interpretación del índice compuesto. Particularmente, Jalisco se destacó al inicio de la pandemia por su acción temprana y coordinación integral. En Guadalajara se implementaron medidas preventivas desde las etapas iniciales de la propagación del virus. Jalisco no solo se centró en restricciones de movilidad, sino que también desplegó esfuerzos significativos en la promoción de prácticas de higiene y el uso de mascarillas.

Un aspecto distintivo de la respuesta de Jalisco fue la colaboración con la Universidad de Guadalajara (UDEG) para establecer la Sala de Situación en Salud (SSS) por COVID-19. Esta iniciativa no sólo proporcionó un marco para recopilar y analizar datos, sino que también permitió una coordinación efectiva entre la academia y las autoridades de salud pública. La SSS COVID-19 se convirtió en un ejemplo de buenas prác-

ticas en la gestión de la información y la toma de decisiones basadas en evidencia.

Además, Jalisco fue el Estado con el índice global más alto al inicio, con 52.59 de los 100 puntos que se podían alcanzar, arriba del promedio nacional de 44.84. Las características que llevaron a Jalisco a ubicarse en esta posición estuvieron determinadas por la correcta guía y seguimiento, no solo en relación con las políticas públicas, sino en la acción temprana y preventiva de la salud.

Establecimiento de la Sala de Situación en Salud por COVID-19 y el comienzo del modelo predictivo para el manejo de contagios

Una Sala de Situación, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, toma su conceptualización desde los Centros de Operación en Emergencia (COE), y pueden ser ubicadas en instituciones académicas y de salud; se erigen como un espacio estratégico fundamental en el contexto de la gestión de emergencias sanitarias y la toma de decisiones informadas; además, son destinadas a ser mecanismos de búsqueda de información, análisis e interpretación posterior a un desastre epidemiológico.

De manera puntual, las características de una Sala de Situación recaen en que son centros de recopilación, análisis y visualización de datos relacionados con la salud. Su capacidad para gestionar grandes cantidades de información en tiempo real proporciona una visión holística de la situación epidemiológica, lo que permite a los tomadores de decisiones comprender la evolución de las enfermedades y evaluar la efectividad de las medidas implementadas. No precisan de un espacio físico claramente establecido, ni están enfocadas en producir intervenciones de salud, su rol es

generar un espacio de pensamiento crítico que permita al sector salud tomar decisiones anticipadas ante los riesgos en salud que pueden ser ocasionados por eventos epidemiológicos y de esta manera prevenir desastros, buscando una estrategia de planeación científica (PAHO, 2002).

En respuesta a la emergencia mundial causada por el SARS-COV-2, la UDEG estableció la Sala de Situación en Salud (SSS) por COVID-19 en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) en 2020; la misma estaba compuesta por académicos y especialistas en epidemiología, infectología y biología molecular. De acuerdo con los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se desarrolló como una estrategia para difundir información precisa y confiable sobre la COVID-19 (Ramos Herrera, Romero Lozano, López Corona, Muñoz Valle, González Castañeda, Pérez Gómez, Kasten Monges, Ramos Solano, Ruvalcaba Romero, Pérez Ávila, Yokogawa Teraoka, y Macedo Ojeda, 2021).

La implementación de un modelo teórico de estimación de la fase de aumento de casos de contagio en México mediante modelaje bioinformático fue una de las medidas principales al inicio de la pandemia, generadas por la SSS COVID-19. Este modelo plantea un análisis de regresión con los datos reportados en México al 28 de febrero de 2020, donde se mostraron los modelos preliminares de un escenario crítico y una perspectiva optimista. Los datos del informe del modelo teórico (Sala de Situación en Salud por COVID-19, sitio oficial) mostraron ambos escenarios, lo que permitió realizar una proyección del comportamiento potencial que la pandemia podría tener en México, e iniciar la toma de decisiones planeadas ante la incertidumbre. Estas apostaron por el diseño metodológico

de todos los aportes científicos que se tenían, y hoy sabemos que fueron acertadas, justificadas y precisas para reducir el impacto de la COVID-19 en la salud de los jaliscienses.

Durante los cinco días posteriores al 28 de febrero de 2020 se implementó una actualización basada en este modelo, teniendo en cuenta el aumento en el porcentaje de casos en México por entidad federativa que ya estaba registrando los casos. Esta medida fue pionera en la conceptualización del fenómeno epidemiológico al que nos enfrentamos. La reconceptualización mostró un aumento en los casos en las entidades federativas y en México en general, con un aumento del 64% en Jalisco. Esto concordó con el modelo predictivo crítico establecido por la SSS COVID-19 días antes. Estos informes se actualizaron en seis ocasiones. Las dos últimas actualizaciones incluyeron la “Actualización del Panorama Epidemiológico del COVID-19 en Jalisco: Geo-referenciación y presentación del Modelo REPLICA” (Brizuela, García-Chan, Gutiérrez Pulido, y Chowell 2021; udeg, 2022), un ajuste en el modelo para medir el impacto de la aglomeración de las actividades diarias sobre la tasa de crecimiento, el tamaño y el momento de las epidemias en zonas urbanas.

Después, con el establecimiento de la pandemia en México, este modelo se ajustó y calibró para crear simulaciones de la situación de COVID-19 en Jalisco y servir como base para la toma de decisiones en el Estado. Para lograrlo, este modelo de computadora recopiló datos de la totalidad de los negocios, hospitales e instituciones educativas que se encuentran en el área metropolitana de Guadalajara, así como el informe “Estimación del número de contagios activos en Jalisco considerando el retraso de la información” para determinar la cantidad de contagios activos y estimar la probabilidad de contagios de manera práctica.

Detección temprana del SARS-COV-2 en el LADEER: La estrategia de identificación de la SSS COVID-19

El primer laboratorio de diagnóstico COVID-19 de la UDEG se instaló de manera urgente en 10 días en el CUCS debido al aumento de casos, que se correlacionaba con los modelos predictivos, lo que llevó a replantear las medidas de control y vigilancia de la SSS-COVID-19. Desde el 16 de abril de 2020, el Laboratorio de Diagnóstico de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (LADEER) se convirtió en un referente debido a su alta productividad y eficiencia en la aplicación de pruebas PCR mediante un sistema *drive thru* [sin bajarse del automóvil], en el cual se podía hacer una cita mediante un centro de atención telefónica. En su primer año, el centro contó con 42 participantes del personal sanitario en servicio social del CUCS, así como académicos y administrativos. Realizaron más de 30,000 pruebas de PCR y brindaron atención para 144,162 pruebas diagnósticas gratuitas para el diagnóstico oportuno de COVID-19, hasta mayo de 2022.

La implementación de un laboratorio con esta capacidad de alcance favoreció una variedad de estrategias de atención en salud en Jalisco. Inicialmente, desde el 21 de marzo de 2020 hasta el 25 de marzo de 2023, la SSS COVID-19 reportó semanalmente el panorama epidemiológico de la situación de salud por COVID-19 en Jalisco con los casos y las muertes causadas.

En colaboración con el Sistema Radar Jalisco, esta estrategia permitió detectar hasta 400 mil casos de COVID-19. Estos no podrían haber sido identificados sin el apoyo de LADEER y la Coordinación de la SSS COVID-19, lo que contrasta con los datos oficiales reportados en Jalisco en

la federación, donde solo se reportaron 296 mil casos.

Contribución integral de la udeg ante la pandemia: Más allá del conocimiento científico

El primer eje de participación de la sss COVID-19 fue la implementación de un sistema de agenda de citas a través de un centro de atención telefónica. Esta iniciativa facilitó la captación de personas que necesitaban atención de manera oportuna. Además, implementó un sistema de paso rápido que no solo permitió una mayor cantidad de pruebas de detección, sino que también aseguró la seguridad de los empleados que atendían a pacientes con sospecha de infección por COVID-19.

La táctica inicial no solo funcionó bien en términos operativos, sino que también aprovechó las fortalezas de los investigadores de la sss COVID-19. El LaDEER estableció un sistema para monitorear la epidemia a medida que se desarrollaba la pandemia y surgían variantes genéticas del SARS-COV-2. A través de una preselección o *prescreening*, se logró la identificación de variantes de importancia y preocupación circulantes. En un evento significativo, el CUCS de la UDEG se convirtió en la primera institución universitaria en México en luchar contra la pandemia y encontró cuatro casos positivos de la mutación E484K del SARS-COV-2, una variante que aún no se había identificado (Consortio Mexicano de Vigilancia Genómica [CoVi-Gen-Mex]), y que se estableció más tarde.

La importancia de la sss COVID-19 en la respuesta epidemiológica y su contribución a la comprensión de la evolución del virus se demuestra por su capacidad para anticipar y detectar variantes emergentes

del virus. En resumen, la estrategia inicial de la Sala de Situación en Salud COVID-19 demostró innovación operativa, capacidad de adaptación y respuesta anticipada a la evolución de la pandemia. Su liderazgo en la detección temprana de variantes genéticas del virus destaca la importancia de la vigilancia epidemiológica y la importancia del CUCS de la UDEG.

El LaDEER llevó a cabo la incorporación de su sistema de diagnóstico para lograr la alianza con el Sistema de Salud Estatal para la creación del sistema Radar Jalisco, una iniciativa respaldada por la recomendación de la sss COVID-19 como una herramienta esencial para monitorear los casos de COVID-19 en el estado. Además de su implementación, el laboratorio se desempeñó como un modelo innovador con impacto social y generó un emprendimiento sostenible a través de una economía solidaria, ya que gracias al sistema de agenda se eliminó el costo de las pruebas. La implementación de este modelo de laboratorio y la organización de la UDEG como una red universitaria dentro del estado de Jalisco permitió establecer nueve laboratorios de diagnóstico adicionales fuera de la zona metropolitana de Guadalajara, con lo que brindó atención a toda la población de Jalisco. Este enfoque de prestación de servicios en laboratorios mediante el sistema *drive-thru* también impulsó la creación de un laboratorio móvil denominado Apolo con colaboración de la empresa T4 Oligo (UDEG, 2022) que funcionó a través de una unidad vehicular, donde se habilitó la toma de la prueba y el procesamiento de la muestra para el diagnóstico de COVID-19.

Durante todo el periodo, además de la prueba estándar de oro, que es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se ofrecieron pruebas serológicas para detectar anticuerpos IgM e IgG para el SARS-COV-2,

que podrían indicar la presencia de anticuerpos contra el virus. En el laboratorio se llevaron a cabo 32,143 pruebas serológicas que sirvieron como guía para la reinserción laboral de las personas que habían estado en aislamiento debido a su diagnóstico. Además, se instalaron cinco módulos de diagnóstico serológico y pruebas de antígeno según el modelo de la Red Universitaria.

La travesía hacia la atención efectiva de los problemas de salud se apoya indiscutiblemente en el progreso científico. No obstante, este progreso es efectivo cuando se extiende más allá del ámbito científico y se integra activamente en el ámbito público. En ese sentido, la sss COVID-19 reconoció la necesidad de no solo avanzar en el conocimiento científico sobre la nueva enfermedad, sino también de llevar ese conocimiento a la sociedad. Esta iniciativa fue motivada no solo por la incertidumbre que acompaña a una enfermedad emergente, sino también por la urgente necesidad de reajustar la vida diaria de las personas para proteger su salud. La clave estaba en empoderar a la población, convirtiéndola en autogestora de su salud. Para lograr este objetivo, la Sala de Situación optó por difundir y socializar información científica clara y precisa, además de seguir generando investigación de alta calidad como el análisis del porcentaje de anticuerpos neutralizantes en la población mexicana que recibió el biológico de CanSino (Hernández-Bello *et al.*, 2021).

La comunicación científica efectiva se convirtió así en un pilar crucial en la estrategia integral de la sss COVID-19. Al explicar de manera transparente y accesible las medidas de salud pública, se logró no solo informar, sino también involucrar activamente a la comunidad en la lucha

contra la pandemia. Este enfoque colaborativo, donde la población se convierte en partícipe activa en el cuidado de su salud, refleja una nueva visión de la gestión de la salud pública.

La implementación de campañas como “Cuidate del COVID-19” marcó un punto de inflexión en la comunicación de la ciencia a la población. Esto no solo buscaba diseminar datos científicos, sino también traducirlos en mensajes accesibles para el público en general. Las guías resultaron ser instrumentos esenciales en esta tarea, al proporcionar información práctica y directrices comprensibles para todos sobre las medidas a seguir para disminuir el riesgo de contagio (Gaceta de la UdeG. Sala de Situación en COVID-19):

- Cuidate en casa: Alimentación de una persona con COVID-19 en casa
- Cuidate si tienes COVID-19: Recomendaciones “Salí positivo a COVID-19”
- Cuidate en el hospital: Medidas y recomendaciones para el personal de salud en la prevención del COVID-19
- Cuidate en el transporte: Medidas preventivas para el uso de transporte público
- Cuidate en casa: Medidas preventivas
- Cuidate en el trabajo: Medidas preventivas para las actividades laborales en oficinas
- Cuidate en casa: Guía para convivir con un paciente con COVID-19
- Cuidate en la universidad: Regreso a clases

Además de las recomendaciones y medidas preventivas mencionadas anteriormente, la comunidad del CUCs brindó apoyo social a los alumnos, académicos y administrativos mediante el préstamo de materiales para sus tareas en casa. Por ejemplo, se otorgaron 50 iPads, 2,500 despensas para

familias de alumnos de bajos ingresos y 200 oxímetros para monitorear la saturación de oxígeno en pacientes positivos.

El segundo aspecto de importancia en el ámbito de la atención sanitaria que la udeg ofreció a través de la SSS COVID-19 fue el respaldo a las brigadas encargadas de llevar a cabo campañas de vacunación. En este compromiso, la universidad colaboró con un promedio de 32 voluntarios por brigada y contribuyó en la administración de más de 350,000 vacunas en el estado de Jalisco. Además, en su función consultiva, la SSS COVID-19 ofreció asesoramiento para la puesta en marcha de módulos de vacunación, con la apertura de cuatro en el interior del estado y ocho en el área metropolitana de Guadalajara.

Un tercer aspecto de importancia que destacó en esta respuesta fue la apertura de la infraestructura hotelera de la udeg, una medida estratégica para facilitar el aislamiento rápido de pacientes que, debido a sus circunstancias demográficas y de vivienda, no podían garantizar un aislamiento seguro.

Esta iniciativa demostró una comprensión profunda de las realidades y desafíos que enfrentaba la población en medio de la pandemia. La udeg reconoció que, para muchos individuos, la garantía de un aislamiento seguro era un desafío considerable, ya fuera por limitaciones de espacio en sus hogares o por la convivencia con familiares vulnerables. La apertura de la infraestructura hotelera no solo fue una respuesta práctica a estas circunstancias, sino que también se convirtió en un elemento crucial para prevenir la propagación del virus dentro de las familias.

Este acto de solidaridad y responsabilidad social fue un testimonio de la disposición de la udeg para ir más allá. La universidad se comprometió a poner

al servicio de la sociedad los recursos disponibles para frenar el aumento de contagios. Esta actitud proactiva reflejó la preocupación de la udeg por el bienestar de la comunidad jalisciense.

Resiliencia humana en tiempos de pandemia: El impacto del SARS-COV-2 en la sociedad y las lecciones aprendidas

Desde que el virus comenzó a propagarse a finales de 2019, ocurrió un cambio importante en la vida cotidiana y un profundo impacto en la sociedad, desde los profesionales de salud hasta la población general. Las medidas de confinamiento, el distanciamiento social y el uso de mascarillas se convirtieron en normas que alteraron nuestras interacciones sociales y la visión del entorno. Estas medidas, aunque necesarias para contener la propagación del virus, también generaron una serie de desafíos emocionales, económicos y sociales.

En medio de esta crisis y a pesar de las dificultades, hemos visto ejemplos inspiradores de solidaridad y capacidad de adaptación. Comunidades enteras se unieron para apoyar a los más vulnerables, los profesionales de la salud se enfrentaron valientemente en la primera línea de la batalla contra el virus, y muchos individuos descubrieron formas innovadoras de mantenerse conectados y productivos. La udeg y el CUGS son ejemplos destacados de este fenómeno.

Esta pandemia fue un desafío sin precedentes. El miedo, la ansiedad y la incertidumbre se han convertido en constantes para muchas personas. Sin embargo, esta experiencia redefinió valores y prioridades, y promovió un mayor sentido de comunidad y cuidado mutuo, donde también



se observó empatía, comprensión y apoyo para la superación de los desafíos. La relevancia de atender la salud mental cuando es requerida fue un mensaje fundamental durante este periodo de adversidad. Además, a medida que se avanzaba hacia una nueva normalidad también se ha valorado la importancia de las prácticas de higiene personal, la salud pública y la promoción de estilos de vida saludables como herramientas fundamentales para prevenir enfermedades.

La pandemia puso de manifiesto las desigualdades preexistentes en nuestra sociedad. Las personas en contextos socioeconómicos desfavorables enfrentaron mayores desafíos para acceder a servicios de salud, mantener sus empleos y satisfacer sus necesidades básicas. Además, las estructuras de poder y los roles de género tradicionales han sido cuestionados a raíz de la pandemia. Durante los confinamientos, se evidenció un aumento en la violencia de género. Por lo anterior, la crisis sanitaria del SARS-COV-2 ha subrayado la necesidad urgente de revisar los modelos económicos, sociales y políticos, los cuales perpetúan sistemas de poder y desigualdades.

Es importante adoptar un enfoque más humano, inclusivo y sostenible. Este escenario resalta la imperativa necesidad de abordar las desigualdades estructurales y de promover esfuerzos para construir una sociedad más justa y equitativa.

Colaboración estratégica: La unión fundamental del trabajo colectivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proponen la apertura a la colaboración con otras organizaciones de contribución social como características importantes para fortalecer el avance de una Sala de Situación. La SSS COVID-19 tuvo una de sus fortalezas en la colaboración con el gobierno estatal de Jalisco a través de su participación en la Mesa de Salud y su trabajo en conjunto con la Secretaría de Salud para brindar atención a los pacientes.

También se creó en LADEER y en colaboración con la industria privada un kit de diagnóstico viral que detectaba el SARS-COV-2, la influenza A y la influenza B. Esta innovación tecnológica fue registrada como patente por el Instituto Nacional de Propiedad Industrial y ha permitido diferenciar el diagnóstico de ambas infecciones, especialmente durante el invierno.

La SSS COVID-19 tiene una gran flexibilidad y alcance, lo que la convierte en una innovadora en los modelos de negocios. Esto se debe a que permite generar una solución integral a una problemática en salud: la innovación constante con el fin de brindar respuestas precisas y concretas en situaciones de incertidumbre y adversidad. La Sala de Situación en COVID-19 de la Udec, establecida en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, ha mantenido su alta

calidad gracias al trabajo colaborativo, multidisciplinario y constante.

Conclusión

La pandemia por COVID-19 ha subrayado la importancia de hacer énfasis en la investigación científica y fortalecer las redes de comunicación y detección entre la comunidad científica a nivel mundial. De acuerdo con la OMS, la pandemia terminó el 5 de mayo de 2023 y, sin lugar a duda, desde su inicio representó un reto constante que generó entornos adversos y retadores. Las lecciones aprendidas durante la pandemia han sido fundamentales para entender cómo enfrentar futuras emergencias sanitarias. Se evidenció la importancia de la preparación y respuesta rápida, la colaboración interdisciplinaria, la comunicación transparente y la adaptabilidad ante situaciones cambiantes. Además, se ha valorado la necesidad de invertir en investigación y desarrollo de vacunas, tratamientos y diagnósticos oportunos y rápidos.

La investigación científica durante la pandemia sentó las bases para futuros avances en la comprensión de enfermedades infecciosas. La colaboración internacional entre científicos, la apertura de datos y la rápida difusión de resultados han sido puntos importantes de esta respuesta. La SSS COVID-19 fue un claro ejemplo de cómo las pequeñas acciones correctamente realizadas son ahora motivo de orgullo y tranquilidad para la familia de miles de jaliscienses; ello nos permite recordar con satisfacción la labor continua y las jornadas prolongadas de reflexión y trabajo.

La SSS COVID-19 del CUCS surgió como un destacado ejemplo de innovación social y emprendimiento sostenible y ha generado no solo para la UDEG, sino para el compro-

miso social con México un modelo vigente que se mantiene dando resultados, actuando de manera resolutoria y proactiva, aportando a la política pública en materia de salud del país.

Por otro lado, la comunicación científica desempeñó un papel esencial en el proceso de llevar el progreso científico desde el laboratorio hasta la vida diaria de las personas. La experiencia de la SSS COVID-19 en Jalisco destaca la importancia de abordar la incertidumbre con claridad, de empoderar a la población a través de la información y de forjar una conexión sólida entre el conocimiento científico y la acción colectiva. Este enfoque no solo contribuye a la gestión eficiente de la pandemia, sino que también sienta las bases para una participación ciudadana activa en la promoción de la salud.

En conclusión, la SSS COVID-19 representa un caso emblemático de cómo la innovación social puede converger para abordar desafíos cruciales con impacto en la medicina social. Su impacto trasciende las fronteras académicas y se proyecta como un modelo que puede ser replicable y que además inspira a otras instituciones a adoptar enfoques similares. El compromiso, resiliencia y contribución activa a la política de salud pública destaca el papel fundamental que las instituciones educativas pueden desempeñar en la construcción de un futuro promisorio.



Referencias

Brizuela, N. G.; García-Chan, N.; Gutiérrez Pulido, H. y Chowell, G. (2021), Understanding the Role of Urban Design in Di-

sease Spreading. *Proceedings of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 477 (2245). <https://doi.org/10.1098/rspa.2020.0524>

La Gaceta de la Universidad de Guadalajara. Sala de Situación en COVID-19. <http://www.gaceta.udg.mx/covid-19-sala/> [01 de julio de 2023].

Hao, Y. J., Wang, Y. L., Wang, M. Y., Zhou, L., Shi, J. Y., Gao, J. M. y Wang, D. P. (2022). The origins of COVID-19 pandemic: A brief overview. *Transboundary and emerging diseases*, 69 (6), 3181-3197. <https://doi.org/10.1111/tbed.14732>

Hernández-Bello, J., Morales-Núñez, J. J., Machado-Sulbarán, A. C., Díaz-Pérez, S. A., Torres-Hernández, P. C., Balcázar-Félix, P., Gutiérrez-Brito, J. A., Lomelí-Nieto, J. A., y Muñoz-Valle, J. F. (2021). Neutralizing Antibodies against SARS-CoV-2, Anti-Ad5 Antibodies, and Reactogenicity in Response to Ad5-nCoV (CanSino Biologics) Vaccine in Individuals with and without Prior SARS-CoV-2. *Vaccines*, 9 (9), 1047. <https://doi.org/10.3390/vaccines9091047>

Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Porteny, T., Touchton, M., Sánchez-Talanquer, M., Méndez, Ó., Chertorivski, S., Ortega, S., Chudnovsky, M., Kuri, P., y el grupo del Observatory for the Containment of COVID-19 in the Americas (2021). Not far enough: Public health policies to combat COVID-19 in Mexico's states. *PloS one*, 16 (6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251722>

Pan American Health Organization [PAHO] (2002). Disasters. *Preparedness and Mitigation in the Americas*, 87. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51344>

Ramos Herrera, I. M., Romero Lozano, D. C., López Corona, A., Muñoz Valle, J. F., González Castañeda, M. E., Pérez Gómez, H. R., Kasten Monges, M. J., Ramos Solano, M., Ruvalcaba Romero, N. A., Pérez Ávila, F. A., Yokogawa Teraoka, P. y Macedo Ojeda, G. (2021). A Local Health Situation Room for COVID-19: Recommendations for Decision-Making From a Higher Education Institution in Mexico. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.735658>

Sala de Situación en COVID-19, sitio oficial. [hhttps://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/sala-de-situacion-en-salud-por-covid-19-del-cucs-un-modelo-exitoso](https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/sala-de-situacion-en-salud-por-covid-19-del-cucs-un-modelo-exitoso) Universidad de Guadalajara (2020), Actualización del panorama epidemiológico del COVID-19 en Jalisco: Georreferenciación y presentación del modelo REPLICA. <https://www.gaceta.udg.mx/wp-content/uploads/2020/05/Reporte-5.pdf> [04 de mayo de 2020].

Universidad de Guadalajara (2022), "Inaugura udeg laboratorio móvil de pruebas COVID-19 en Rambla Cataluña", T4 Oligo & udeg. <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/inaugura-udeg-laboratorio-movil-de-pruebas-covid-19-en-rambla-cataluna#:~:text=Se%20trata%20de%20un%20veh%C3%ADculo,en%20300%200%20400%20diarias>

Malestar emocional en médicos durante la COVID-19 en instituciones de salud pública

NANCY RUBÍ ESTRADA LEDESMA

En el contexto de la pandemia y los desafíos que enfrentó el sistema de salud, se realizó un estudio cualitativo que consistió en 18 entrevistas con médicos que trabajaron en áreas COVID-19 en instituciones de salud pública en el área metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México, que demuestra el malestar emocional manifestado en estrés, agotamiento, frustración y ansiedad, entre otros síntomas. Además, se identificaron diversas causas de este malestar, como las condiciones de trabajo precarias, factores externos, la falta de apoyo institucional, la saturación hospitalaria, la escasez de personal, y el nepotismo dentro de las instituciones de salud que afectaron tanto la salud física como la mental. Como resultado de estos hallazgos, se proponen medidas concretas para brindar apoyo a los médicos que trabajaron en áreas COVID-19 para el cuidado de la salud, y se recomienda considerar estas medidas en futuras contingencias sanitarias.

PALABRAS CLAVE: pandemia, precariedad laboral, instituciones de salud, malestar emocional, médicos

Emotional distress in physicians during COVID-19 in public health institutions

In the context of the pandemic and the challenges faced by the health system, a qualitative study was conducted consisting of 18 interviews with physicians who worked in COVID-19 areas in public health institutions in the metropolitan area of Guadalajara, Jalisco, Mexico. This study demonstrates the emotional distress manifested in stress, exhaustion, frustration and anxiety, among other symptoms. In addition, various causes of this discomfort were identified, such as precarious working conditions, external factors, lack of institutional support, hospital saturation, staff shortages, and nepotism within health institutions that affected both physical and mental health. As a result of these findings, concrete measures are proposed to provide support to physicians who worked in COVID-19 health care areas, and it is recommended that these measures be considered in future health contingencies.

Keywords: pandemic, job insecurity, health institutions, emotional distress, physicians



Introducción

La pandemia de COVID-19, que se extendió desde 2020 hasta 2023, evidenció las deficiencias estructurales del sistema de salud pública en México, como la falta de recursos financieros, materiales y escasez de personal. Estas carencias crónicas afectaron gravemente la capacidad de respuesta ante la emergencia sanitaria en las instituciones de salud pública, provocando sobrecarga hospitalaria, falta de acceso a pruebas de diagnóstico y tratamientos adecuados, así como desigualdad en la atención médica. En este contexto precario, el sistema de salud experimentó cambios en las condiciones laborales de los trabajadores de la salud que estuvieron en primera línea de atención de COVID-19, quienes enfrentaron extensas jornadas, déficit de personal, carencia de suministros médicos de calidad y en cantidad suficiente, y un elevado riesgo de contagio.

Estas condiciones de trabajo precarias en las instituciones de salud pública provocaron afectaciones a la salud mental en los profesionistas que estuvieron en atención en áreas COVID-19. Este grupo de profesionistas manifestaron agotamiento físico y mental, altos

niveles de estrés, síndrome de *burnout*, ansiedad, angustia, depresión, cefaleas, dermatitis, mala calidad de sueño y trastornos alimenticios (Martínez-Arriaga *et al.*, 2023).

Ante dicho contexto, este estudio tiene como objetivo describir el malestar emocional, las experiencias y razones que provocaron afectaciones en la salud mental de los médicos que estuvieron en primera línea de atención en áreas COVID-19 de instituciones de salud pública en el área metropolitana de Guadalajara, en el periodo 2020-2022. Y se propone un análisis más profundo desde la discusión del concepto de *malestar emocional* bajo la perspectiva de la sociología de las emociones y de la salud. Esta aproximación permite identificar aspectos y estrategias que pueden ser adaptados a las necesidades individuales de quienes experimentan malestar emocional, con el objetivo de mejorar su salud mental y bienestar en general (Hochschild, 1997).

El malestar emocional se define como una experiencia subjetiva de sufrimiento psicológico que perdura en el tiempo, y se manifiesta a través de sentimientos de tensión y conflicto. Su origen se encuentra arraigado en las representaciones sociales, las condiciones del entorno y las presiones impuestas por la sociedad (Burin, 2010). Es una condición que surge cuando las personas se ven obligadas a reprimir sus emociones naturales para adecuarse a las expectativas sociales. Este fenómeno reviste una notable relevancia en el ámbito social, ya que puede desencadenar consecuencias adversas en la salud tanto física como mental de las personas.

En cuanto al tema de la salud mental, se han realizado diversos estudios en médicos de primera línea de atención en instituciones públicas en México. Entre ellos, se identificaron dos estudios realizados en el área metropolitana de Guadalajara: Universidad de Guadalajara (UdeG) y CONEXIÓN (2021) y de Aldana López, Foulkes González, Ojeda Palomera, Carmona Huerta y Acosta Fernández (2021). Estos estudios reportaron importantes hallazgos: encontraron que los médicos que trabajaban en áreas COVID-19 experimentaban emociones como incertidumbre, miedo, sufrimiento por trauma vicario o fatiga por compasión, así como ansiedad, depresión, insomnio, síntomas somáticos y disfunciones sociales debido a sus largas jornadas laborales, cansancio acumulado, además de la pérdida de amigos, familiares, o ambos o bien el distanciamiento de sus seres queridos.

Estudios en diferentes regiones de México revelaron que las mujeres médicas y los residentes fueron los más afectados en su salud mental durante la pandemia, con casos de pensamientos suicidas entre los residentes. Se reportaron problemas como insomnio, depresión y trastorno de estrés postraumático. Los factores de riesgo asociados incluyen la falta de descanso, el duelo por la pérdida de seres queridos, la falta de protocolos de seguridad, los brotes de contagio y el alto riesgo de muerte (Muñoz Martínez, 2021, 2022; Robles-Pérez, González-Díaz, Miranda-García y Borja-Aburto, 2021; Rojas García y Estrada Iguíniz, 2021). En cuanto al apoyo a la salud mental, si bien las instituciones públicas ofrecían asistencia psicológica, los médicos la percibían de forma negativa y preferían estrategias de autocuidado como deporte, yoga, alimentación saludable o atención profesional. Aunque, en algunos casos, incluso recurrían al consumo de alcohol o medicamentos (Muñoz Martínez, 2022).

Para apoyar la salud mental de los profesionistas sanitarios que estaban en áreas COVID-19, el Gobierno de México y la Secretaría de Salud implementaron programas de apoyo psicológico a los cuales se podía acceder a través de su portal web. Publicaron un manual

con recomendaciones y estrategias para proteger y atender la salud mental, y difundieron videos psicoeducativos breves en redes sociales y mensajes dirigidos al personal de salud. También brindaban consejos, cuestionarios y videos sobre técnicas de autocuidado, respiración, relajación y atención plena. Además, algunas instituciones de salud pública pusieron en marcha sus propias estrategias para la salud mental, como líneas telefónicas, mensajería por WhatsApp y atención psicológica con especialistas (Estrada Ledesma y Salazar Estrada, 2022).

La salud mental y la emocional son fundamentales para el bienestar individual, así como para el funcionamiento de la comunidad y la sociedad en la que los sujetos interactúan (Muñoz Martínez, 2021). Contar con buena salud mental permite a las personas regular sus habilidades y capacidades para enfrentar entornos caracterizados por la incertidumbre, el estrés o el miedo, lo cual facilita su adaptación a diversas circunstancias y contextos sin que ello genere desestabilidad emocional. Estas conductas adaptativas permiten a los sujetos actuar, y generar bienestar y equilibrio en múltiples aspectos de su vida, como el trabajo, la familia y su desarrollo profesional (Cross y Hofschneider, 2018).

En el contexto de la pandemia, diversos estudios relacionados con la salud mental revelan que los médicos que estuvieron en áreas COVID-19 experimentaron impactos adversos en su bienestar emocional (Aldana López *et al.*, 2021; Martínez y Gómez, 2022; Robles-Pérez *et al.*, 2021; Rojas García y Estrada Iguíniz, 2021; UDEG y CONEXIÓN, 2021). Sin embargo, estos estudios no destacan las prácticas de resiliencia, estrategias de salud mental o conductas adaptativas que los profesionales de la salud tuvieron que emplear para hacer frente a las precarias condiciones laborales, mantener su productividad y cuidar su salud mental. Por lo tanto, se propone describir y resaltar estos aspectos fundamentales que permitieron a los médicos afrontar y sobreponerse a las adversidades experimentadas durante la pandemia.

Método

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas¹, realizadas a través de llamadas telefónicas, reuniones presenciales y videollamadas con médicos que trabajaban en áreas de atención COVID-19 en clínicas y hospitales pertenecientes a instituciones de salud pública en el área metropolitana de Guadalajara. El periodo de recolección de datos se llevó a cabo en noviembre de 2022. Se utilizó la técnica de bola de nieve para invitar a las y los médicos a participar en el estudio; las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 a 75 minutos. A todos los participantes se les informó sobre la confidencialidad de los datos, su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento y se solicitó su autorización para grabar el audio de las entrevistas.

¹ El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de los posgrados en Psicología con orientación en Calidad de Vida y Salud, del Centro Universitario del Sur, UDEG, con el folio de dictamen CE/2022/02. En caso de crisis emocional se contaba con profesionistas especializados en salud mental que pudieran hacer intervención; sin embargo, no fue necesario derivar a ningún participante.

La muestra consistió en 18 médicos, de los cuales nueve eran mujeres y nueve eran hombres². La edad promedio reportada fue de 31 años; la mayoría de los participantes eran solteros y sin hijos. De los 18 médicos, al momento de la entrevista, seis eran médicos generales (dos mujeres y cuatro hombres), cinco residentes (dos mujeres y tres hombres), seis eran especialistas (cuatro mujeres y dos hombres), y una era médica con subespecialidad. En cuanto a los contratos laborales, se encontraron diversas modalidades: tres tenían contrato base, cinco eran eventuales, tres estaban en interinato, seis eran residentes y uno prefirió no revelar su tipo de contrato.

Los médicos participantes provenían de diferentes instituciones de salud ubicadas en varios municipios de Jalisco, como Guadalajara, Zapopan, Tlajomulco y Tlaquepaque. Estas instituciones incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital General de Occidente (conocido como Zoquipan) y Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y posteriormente codificadas utilizando el software ATLAS.ti 9. Se utilizaron categorías preestablecidas y se incorporaron aquellas que surgieron de los datos recopilados. La información obtenida se trianguló con los testimonios de los participantes, la literatura científica y los informes oficiales de la Secretaría de Salud.

Resultados

Durante la pandemia se observó que las instituciones de salud pública no proporcionaron las condiciones ni las herramientas necesarias para garantizar el cuidado de la salud de los trabajadores sanitarios. Como resultado, se evidenció el malestar emocional en médicos que estuvieron en atención en áreas COVID-19 en instituciones de salud públicas del área metropolitana de Guadalajara.

Al inicio de la pandemia se observó una prevalencia de emociones como el miedo, la incertidumbre y la angustia. No obstante, después de varios meses de trabajar en áreas COVID, en el periodo de marzo a mayo del 2020 aumentaron las emociones tales como estrés, tristeza, ansiedad, depresión, angustia, frustración, irritabilidad y el síndrome de *burnout*. Al paso de los meses, sobre todo durante el periodo de 2021 y 2022, se fueron sumando otras emociones y sentimientos de malestar emocional. En los discursos de los médicos aparecían relatos que señalaban frustración, miedo, inconformidad, molestia, tristeza, incertidumbre, angustia, incomodidad e indignación. Incluso, dos médicos dijeron haber tenido pensamientos suicidas por las condiciones de trabajo precarias, los retos que enfrentaba la institución de salud, la carga laboral, aunado con eventos adversos de la vida personal.

De acuerdo con las experiencias de los médicos, las razones más comunes que generaron malestar emocional al inicio de la pandemia fueron enfrentarse a un virus desconocido, la falta de organización por parte de los administrativos y directivos, el riesgo

² Este trabajo se basa en entrevistas seleccionadas para cumplir con el objetivo del presente estudio, el cual forma parte de una investigación más amplia desarrollada en una tesis doctoral.

de contagio, la escasez de equipos de protección personal, el riesgo de morir, la falta de claridad en los procesos y funciones, las reuniones sociales, discriminación y agresiones hacia el personal de salud y violencia jerárquica.

Con respecto a la violencia, se encontró que esta se manifestaba tanto por parte de la sociedad como de los propios compañeros de trabajo. En estudios previos, se había señalado que los médicos residentes eran víctimas de violencia por parte de los médicos de mayor jerarquía (Muñoz Martínez, 2021). Este hallazgo reafirma la situación de los médicos, pero sobre todo de los residentes, quienes señalaron durante las entrevistas que sufrían de acoso laboral por parte de los directivos, debido a la alta carga de trabajo, las demandas exigentes y la acumulación de jornadas y guardias. Incluso, dos participantes resaltaron que ser residente en México implica ser considerado como mano de obra barata y ser explotado por el sistema de salud.

En las experiencias de los médicos que remiten al periodo de contingencia del año 2022 se identificaron otras emociones adicionales que provocaron malestar emocional, expresadas en sentimientos de impotencia, nostalgia, desesperanza, anhedonia, desesperación, fastidio, culpa, coraje, desolación, irritabilidad, decepción y preocupación.

Las causas también se relacionan con las condiciones de trabajo precario y sus efectos, como altos índices de muertes de pacientes por la falta de espacios y equipo; no poder prescribir tratamiento a falta de medicamentos; reportes de salud emitidos por el gobierno con supuesta información falsa; tomar decisiones de la salud de un paciente en estado crítico; saber que había médicos que no participaban en las áreas COVID; no haber cursado la especialidad con normalidad (en el caso de los residentes); alta carga laboral, corrupción y nepotismo.

Los médicos afirmaron que la corrupción y el favoritismo son en gran medida responsables de la falta de oportunidades laborales y de la contratación de médicos no capacitados para desempeñar sus funciones. Estas prácticas comprometen la idoneidad de los profesionales y generan un ambiente de frustración y descontento entre aquellos médicos capacitados que buscan oportunidades laborales. Un médico expresó:

Por toda la corrupción y por todo el nepotismo que hay en las instancias públicas no me quedaron ganas, ¡jamás en mi vida!, de trabajar en una institución pública. Había fuga de medicamentos. Los directivos o algunas otras personas, no precisamente del Hospital Zoquipan, sino de otros espacios, reportaban que compraban cien batas y solamente nos entregaban cincuenta.

Otro médico señaló que en las instituciones de salud es común el nepotismo.

Nosotros [se refiere a médicos residentes], exigimos apoyo al hospital. Hay médicos residentes y adscritos de todas las especialidades, y durante los periodos que hubo brotes de contagio se suspendían labores de consulta, se reprogramaban labores de cirugía y nosotros pedíamos apoyo de los demás médicos y no había respuesta. Entonces, la intención de las coordinaciones y las directivas era no meterse en problemas con los demás. Porque los demás tomaron un rollo como de yo no participo en la pandemia, a diferencia de otras instituciones que los obligaron a todos a participar de manera equitativa, acá no fue así [se refiere al ISSSTE], no los obligaron, y, cuan-

do tuvieron un poco de presión que tuvieron que participar, pues la verdad es que su rol era mínimo porque la misma gente de los directivos no querían involucrarlos tanto, hacían cosas sencillas como notas de evolución o recetas y nosotros adentro con los pacientes [se refiere a las áreas COVID-19].

Estas acciones incluyeron proteger a algunos trabajadores para que no tuvieran que laborar en áreas COVID-19 y esto provocó que se asignara una carga laboral más alta a los médicos contratados temporalmente, médicos adscritos y residentes. A modo de respuesta ante el contexto de la crisis sanitaria, se identificó que los trabajadores de la salud experimentaron un malestar emocional prolongado, lo cual se manifestó en deterioros significativos de su salud mental. Ante esta situación, instituciones de salud internacionales y nacionales manifestaron su preocupación por el bienestar de los trabajadores que brindaban atención en áreas afectadas por la COVID-19. Durante el periodo de 2020 a 2023 se crearon diferentes recursos dirigidos a aquellos que estuvieran en la primera línea de atención en áreas COVID-19, así como para las instituciones de salud en general.

El Gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud, en colaboración con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental; la Comisión Nacional contra las Adicciones; los Servicios de Atención Psiquiátrica; y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, implementaron programas y recomendaciones generales para promover la salud mental de los trabajadores sanitarios en las instituciones de salud pública.

Estas iniciativas incluyeron el *Plan de Acción de Salud Mental* del IMSS, la *Estrategia Nacional para el Fortalecimiento Emocional de los Trabajadores de Unidades de Salud Pública*, así como cursos y capacitaciones relacionados con la atención de trastornos mentales y el manejo del estrés. El ISSSTE también promovió varios programas para prevenir enfermedades mentales y secuelas de la pandemia, como plataformas de monitoreo de salud mental, atención en caso de crisis a través de líneas telefónicas y WhatsApp, y programas para el manejo del estrés. También se implementaron estrategias en los hospitales civiles y el Hospital Zoquipan para brindar apoyo psicológico a través de mensajes en WhatsApp, videos psicoeducativos y talleres virtuales para el manejo de emociones negativas.

Sin embargo, a pesar de la existencia de manuales, cursos, material audiovisual, etc., se observó una falta de difusión masiva y monitoreo por parte de la Secretaría de Salud e instituciones de salud pública. Esto resultó en que no todo el personal de salud que estuvo en áreas COVID-19 tuvo acceso a la información y apoyo necesario para cuidar su salud mental.

Un médico residente comentó que sí tenían apoyo a la salud mental, pero este no era constante:

Había una psicóloga en el departamento de enseñanza y teníamos sesiones grupales o individuales, pero la verdad es que era como una vez al mes y era para ver si nadie se quería suicidar o algo así. Todo mundo tenía una valoración negativa de esas sesiones, nadie participaba. Eso fue cuando disminuyó la situación de pandemia porque antes no podíamos reunirnos.

A pesar de que los médicos conocían que había áreas específicas para el cuidado de la salud mental, había quienes decidían no tomar el apoyo. Una médica comentó: “había un departamento psicológico, yo no fui, pero mi compañera sí, ella sí estaba yendo con el psicólogo”. O bien, había quienes buscaban el servicio de salud mental simplemente para satisfacer un requisito en su formación como residentes. Una médica compartió: “como somos estudiantes nos decían que lo teníamos que tomar, porque algunos [profesores] lo tomaban como parte de las calificaciones, pero saber que había algo al respecto a la salud mental era bueno”.

También hubo quienes no tuvieron conocimiento de la existencia de los programas que proporcionaban apoyo; por ejemplo, una médica comentó: “no había apoyo, lo desconozco, pero hacia los pacientes de repente llegaba el área de psicología y preguntaba por pacientes que pudieran necesitar el apoyo, pero realmente como para personal médico, campañas como tal, yo nunca supe”.

Si bien no todos los médicos tenían conocimiento de los programas a favor de la salud mental o no acudían a las áreas de apoyo, se identificó que los 18 participantes utilizaron otros medios y estrategias para mejorar su salud física y mental. Las estrategias que más se utilizaron fueron platicar un día de trabajo con colegas de áreas COVID-19, platicar con miembros del núcleo familiar (sobre todo padres o cónyuges), acudir a psicoterapia, meditación (técnica de atención plena), realizar actividad física (correr, caminar o hacer ejercicio). Y en menor medida, también recurrieron a consulta psiquiátrica y realizar una actividad en el tiempo libre que no estuviera relacionada con el trabajo (leer, correr, escuchar música, ver películas, videojuegos, etc.), acudir a espacios abiertos (parques o bosques) a realizar una actividad, acercamiento con la religión, y alimentación balanceada.

Se identificó que, con el apoyo de las técnicas que más utilizaron, los médicos podían tener mayor alivio y desahogo emocional.

Un médico expresó:

Traté de no guardármelo, porque si sufrí mucho en silencio, ¡vaya!, las cosas que vivía no las compartía con nadie, me aislaba mucho. En gran medida, pues porque ante la pandemia no teníamos tanto contacto con el exterior, pero me fui sincerando mucho de lo que me pasaba con mi esposa, y me ayudó bastante. Las estrategias que tomé fueron solicitar terapia, creo que fue de lo que más me ayudó. También, busqué pasatiempos que permitieran distraer mucho a mi mente de lo que estaba pasando, trataba de mantener la mente ocupada en algo que me hiciera sentir bien para no estar todo el tiempo con emociones negativas.

Se observó que al paso de los meses de la pandemia los médicos comenzaron a compartir sus emociones y experiencias, buscando estrategias para hacer frente a ellas. Algunos buscaron apoyo con especialistas en salud mental u otras estrategias, mientras que otros recurrieron al consumo de sustancias psicoactivas para sentirse mejor.

Se encontró que cinco médicos, todos varones, consumían alcohol, tabaco y marihuana con cierta frecuencia, desde dos o tres veces por semana hasta a diario. Comentaron que el consumo de estas sustancias les ayudaba a reducir los niveles de estrés o conciliar el sueño. También hubo quienes consumían medicamentos, seis médicos di-

jeron que consumían diariamente fármacos, ya fuera vitaminas, antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos para controlar el estrés, conciliar el sueño y reducir la ansiedad.

La experiencia de los médicos revela que, a pesar de tener síntomas que requerían la atención de expertos en salud mental, la mayoría decidió no buscar ayuda profesional, o en algunos casos optaron por automedicarse o consumir sustancias psicoactivas para paliar el malestar emocional. Estos hallazgos sugieren que hubo poco apoyo para la salud mental de los trabajadores sanitarios durante la pandemia. Asimismo, muestran que la atención de la salud se enfocó en mitigar el virus y crear medidas paliativas para hacer frente a la crisis, sin considerar adecuadamente los efectos adversos en los trabajadores que atendían áreas COVID-19.

Discusión y conclusiones

Se observó que el malestar emocional estuvo intrínsecamente relacionado con las condiciones del entorno. Se evidenció que la precariedad laboral en instituciones de salud pública así como la falta de normas y estrategias claras tuvieron repercusiones en la salud mental de los médicos que estuvieron en áreas COVID-19.

Estudios previos identificaron una serie de emociones negativas, tales como incertidumbre, miedo, sufrimiento a causa de trauma vicario o fatiga por compasión (Udeg y CONEXIÓN, 2021); ansiedad, depresión e insomnio (Aldana López *et al.* 2021); y trastorno de estrés postraumático (Robles *et al.* 2021). Paralelamente, se han señalado impactos en la salud física que se manifiestan en síntomas somáticos, insomnio y cambios en el apetito (Muñoz Martínez, 2022). El presente estudio permitió identificar otras emociones negativas, sobre todo las que fueron surgiendo al paso de los meses de la pandemia, como: sentimientos de impotencia, nostalgia, desesperanza, anhedonia, desesperación, fastidio, culpa, coraje, desolación, irritabilidad, decepción y preocupación.

Las emociones negativas experimentadas por los médicos se relacionaron con diversos factores corroborados por estudios previos, tales como: trabajar en área COVID-19, largas jornadas laborales, cansancio acumulado, tomar distancia del núcleo familiar, duelo de muerte sobre todo por familia y amigos, falta de equipo y material, y poca capacitación (Muñoz Martínez, 2021, 2022; Robles *et al.*, 2021; Rojas García y Estrada Iguíniz, 2021; Udeg y CONEXIÓN, 2021).

A partir de los testimonios de los médicos fue posible identificar hallazgos y aportar otros factores que provocaron malestar emocional, como la falta de organización por parte de los administrativos y directivos, el no haber cursado la especialidad con normalidad (en el caso de los residentes), muerte de los pacientes atribuible a las carencias de los hospitales, la falta de claridad en los procesos y funciones, discriminación y agresiones hacia el personal de salud, reportes de salud emitidos por el gobierno con supuesta información falsa, tomar decisiones de la salud de un paciente en estado crítico, nepotismo, observar mala praxis de colegas con pacientes críticos, y saber que había médicos que no participaban en las áreas COVID.

El malestar emocional experimentado por el personal médico que estuvo en áreas COVID es preocupante, ya que existía el riesgo de que presentaran ideación suicida, tal como lo

revelaron los testimonios de dos participantes en este estudio. Este hallazgo coincide con Aldana López *et al.* (2021), quienes también identificaron este riesgo en el mismo grupo de profesionistas.

Cabe destacar que no se percibieron diferencias de género sobre la presencia de mayor malestar en médicas que en médicos que trabajaban en primera línea, como Robles *et al.* (2021) habían identificado. Sin embargo, fue posible identificar mayor malestar emocional por categoría; en el análisis de los datos fue posible observar que los médicos residentes y médicos con contrato eventual denunciaban más injusticias por nepotismo, inconformidades, mayor carga laboral y expresaban más síntomas de malestar emocional, a diferencia de los médicos con base o especialistas.

Si bien se identificaron programas de salud mental, fueron pocos; es importante hacer mayor difusión y generar un mayor impacto e interés en el autocuidado de la salud de los trabajadores sanitarios. Con base en el contexto y los testimonios de los médicos, se sugieren algunas recomendaciones para mejorar los servicios de salud mental en instituciones de salud pública que pueden ser implementadas tanto en la actualidad como en futuras pandemias. Se sugiere contratar más personal especializado en salud mental, como psicólogos o psiquiatras, para brindar atención a los trabajadores de las instituciones de salud pública; realizar una amplia difusión de programas de salud mental dirigidos al personal de primera línea, utilizando medios masivos (redes sociales, radio, televisión, anuncios en la vía pública) para llegar a la mayoría de los trabajadores de salud; e implementar cuestionarios de detección de malestar emocional y promover estrategias de prevención del suicidio.

Asimismo, se necesita crear espacios de descanso y proporcionar acceso a internet para que los trabajadores puedan conectarse con sus seres queridos a través de llamadas o videollamadas; designar un responsable en el departamento de salud mental de las instituciones de salud para recopilar información sobre cuidado y autocuidado de la salud mental proveniente de instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como de la propia institución, y difundirla entre los pacientes y el personal interesado; mantener registros actualizados de los médicos que estén en primera línea de atención de una pandemia y enviarles información sobre salud mental a través de correo electrónico y WhatsApp, asegurando que el material sea nuevo y relevante.

Para evitar la resistencia de los trabajadores sanitarios a la atención a la salud mental como previamente lo había señalado Muñoz Martínez (2022) se sugiere que durante la jornada se considere un tiempo determinado para que puedan acudir y atender la salud mental de los trabajadores; formar grupos de apoyo en los cuales el personal sanitario tenga la oportunidad de expresar sus sentimientos y pensamientos abiertamente; ofrecer pláticas y consejos puntuales para sobrellevar el duelo por la muerte del paciente; ofrecer pláticas para tener un balance entre la deshumanización o hiperempatía con el paciente.

En vista de la situación de la pandemia de COVID-19 y el impacto que ha tenido en la salud mental del personal médico y de salud, se sugiere a estos profesionales implementar estrategias de autocuidado. Se recomienda que los profesionales busquen actividades recreativas o físicas que no estén relacionadas con su trabajo, para así encontrar un equilibrio y

reducir el estrés; compartir experiencias y emociones con colegas de trabajo o con miembros de la familia; una opción para recibir apoyo y orientación puede ser asistir a grupos de apoyo o a sesiones individuales que aborden la salud mental en la institución en la que se trabaja; practicar técnicas de atención plena; mantener una alimentación balanceada; y buscar algún podcast o video corto sobre relajación y manejo del estrés que puedan ser reproducidos durante el camino al trabajo o en momentos libres de menos de cinco minutos.

Al prevenir el malestar emocional se promueve el bienestar y la salud integral del personal de salud. Esto tiene un impacto directo en la calidad de la atención brindada a los pacientes, ya que un personal emocionalmente equilibrado se encuentra en mejores condiciones para desempeñar su trabajo de manera más efectiva y compasiva.



Referencias

Aldana López, J. A., Foulkes González, E., Ojeda Palomera, J. F., Carmona Huerta, J., y Acosta Fernández, M. (2021). Digital survey of mental health, associated psychosocial, and work factors in medical specialty residents in the Guadalajara metropolitan area. *Salud Mental*, 44 (5), 221-228. http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2021.029 [21 de septiembre de 2023].

Burin, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1 [21 de septiembre de 2023].

Cross, B. M. P., y Hofschneider, L. (2018). Subjective Well-Being and Physical Health. En E. Diener, S. Oishi, y L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers.

Estrada Ledesma, N. R., y Salazar Estrada, J. G. (2022). Condiciones de trabajo y afectaciones en la salud en médicos de atención en áreas COVID-19 en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 23(3). <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsy/article/view/328> [21 de septiembre de 2023].

Hochschild, A. R. (1997). The sociology of emotion as a way of seeing. En G. Bendelow y S. J. Williams (Eds.), *Emotions in Social Life. Critical Themes and Contemporary Issues*. <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9780203437452/emotions-social-life-gillian-bendelow-simon-williams> [21 de septiembre de 2023].

Martínez, R. M., y Gómez, R. G. C. (2022). Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México. *Ciência y Saúde Coletiva*, 27 (11), 4155-4164. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.03332022>

Martínez-Arriaga, R. J., Dominguez-Rodriguez, A., Herdoiza-Arroyo, P. E., Robles-García, R., de la Rosa-Gómez, A., Figueroa González, J. A., y Muñoz Anacona, Y. A. (2023). Suicide risk and associated factors in healthcare workers seeking psychological support during COVID-19: a cross-sectional study. *Psychology, Health and Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2216469>

Muñoz Martínez, R. (2021). Riesgo, COVID-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿Hacia una nueva práctica médica? *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales*, 31 (1), 26-46. <https://doi.org/10.20983/noesis.2022.1.2>

Muñoz Martínez, R. (2022). La salud mental de los médicos que atienden COVID-19 en la Ciudad de México: una investigación antropológica. *Revista Ciencias de La Salud*, 20(2), 1-22. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10612>

Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M. E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., y Reyes-Terán, G. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(5), 494-503. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>

Robles-Pérez, E., González-Díaz, B., Miranda-García, M., y Borja-Aburto, V. H. (2021). Infection and death by COVID-19 in a cohort of healthcare workers in Mexico. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(5), 349-355. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3970>

Rojas García, G., y Estrada Iguíniz, M. (2021). “No hay nada seguro”. Personal de salud frente al virus desconocido y la atención en la pandemia en México. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 65, 190-201. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2364>

Universidad de Guadalajara y CONEXIÓN. (2021). Sector Salud. Testimonio, reflexión y homenaje.





Elogio del caminar

JAIME MOLINA CORREA
 FANIA HAYDÉ NORIEGA GÓMEZ

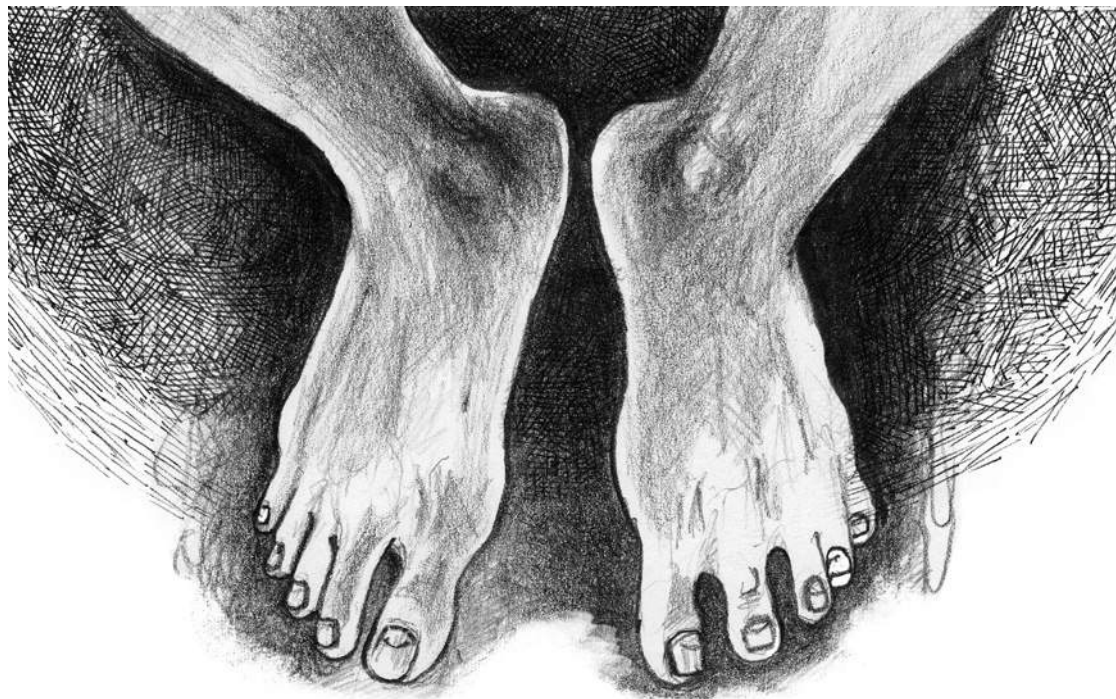
El presente texto tiene como objetivo reconocer las cualidades de caminar, no desde una perspectiva clínica cuyo énfasis suele centrarse en datos duros sobre elementos físicos de los organismos, sino como una forma de expresión del movimiento, el cual planteamos es generador de la vida misma; sin embargo, muchos son los factores que impiden esta actividad, sobre todo tratándose de espacios urbanos. Tal es el caso de la CDMX, donde claramente se puede observar un aumento de estructuras que bien pueden entrar en la clasificación de arquitectura hostil, aunado a un pensamiento científicista que se ha arraigado en la conciencia de la sociedad y cuyos frutos evitan una profundización en el análisis fuera de los parámetros positivistas. Para poder reconocer el movimiento y el caminar como una actividad que aporta vida es necesario un cambio de paradigma que implica prestar atención a lo que la ciencia convencional ha ignorado.

PALABRAS CLAVE: caminar, científicismo, arquitectura hostil, movimiento, cooperación

A praising of walk

The aim of this text is to recognize the qualities of walking, not from a clinical perspective whose emphasis usually focuses on hard data on physical elements of organisms, but as a form of expression of movement which we propose is a generator of life itself. However, there are many factors that prevent this activity, especially when it comes to urban spaces, as is the case of Mexico City, where it is clearly possible to observe an increase in structures that may well fall into the classification of hostile architecture, coupled with scientific thinking that has taken root in the conscience of society and whose fruits prevent a deepening of analysis outside positivist parameters. In order to recognize movement and walking as an activity that brings life, a paradigm shift is necessary that involves paying attention to what conventional science has ignored.

Key words: walking, scientism, hostile architecture, movement, cooperation



Introducción

Caminar es la manifestación más clara del movimiento; genera vida, es transición, sana, calma el espíritu, recupera al hombre nómada, construye comunidad.

Según Henri Bergson (2017) el universo es emergente; la realidad no es sino constante devenir. La realidad no está compuesta por objetos estáticos, sino por movimiento puro, como la vida, y cuando esta se detiene, muere. A eso que llamamos vida no le podemos llamar tal cuando se pasma, pues se convierte en zombi, muerto en esencia pero con aparente vitalidad. Caminar es el signo de lo vivo, representa al ser que se traslada, que fluye. Lo que está vivo camina aun cuando parezca estático: un árbol esparce sus semillas, a veces muy lejos de él, el arce tiene semillas que son como hélices, el viento las lleva lejos; el arce se repite en la vida nueva gracias

a haber sido llevado por el aire; se mueve, “camina” para seguir vivo, para repetirse en la nueva vida: cada ser vivo tiene su particular manera de caminar aun cuando no tenga pies; muchas plantas dan frutos jugosos y llenos de energía que son devorados por diversos animales, los cuales posteriormente defecan y dejan las semillas de estos frutos lejos de la planta original; los pastos se propagan extendiendo su raíz de modo que cubre la tierra; lo vivo camina, se desplaza, fluye. El bambú, que es una especie de pasto gigante, se extiende por la raíz, pero también lo hace por las alturas; cuando una planta se vuelve enorme y ha crecido hacia el cielo, se dobla y la punta alcanza el piso; de esa punta que está alejada de la raíz crece una extensión de la misma, se desplaza, camina por el aire y vuelve a la tierra.

En cuanto a los animales, es tan extenso y abigarrado su modo de caminar; los animales migrantes, cuando se agotan los recursos alimenticios o el clima se vuelve inhóspito, recorren miles de kilómetros por el aire volando con sus propias alas, por tierra desplazándose con sus patas o por agua nadando a través del océano y recorriendo el planeta entero; vale decir que no sabemos cómo estos logran tales proezas, pues no poseen mapas, ni brújulas, ni siquiera experiencia previa; parece ser que está inscrito en la vida misma la necesidad de moverse, de caminar, como si cada ser vivo trajera una representación del mapa del universo en el que su integración está vinculada al orden del mismo.

Es como decir que caminar nos es inmanente, nos mantiene en sincronía con el universo. Cada caminante hace el camino, por eso no podemos decir que el acto mecánico que simula el movimiento es caminar; no podemos seguir la misma ruta aun cuando sigamos el camino trazado por otros; cada camino es un movimiento que emerge del corazón del caminante, no del mapa, la repetición no es caminar. Dice Deleuze que aún cuando hay algo de nosotros que está inscrito en nuestros genes, estos no dirigen nuestro camino. Las posibilidades son infinitas, dispersarnos en el camino que cada quien traza es darle sentido a la vida.

De los excesos o la falta de límites de algunos científicos

La sociedad moderna hace énfasis en lo seguro, en la certidumbre, categorías hermanas de la pasmación, la indolencia, la acedia e incluso la idiotez. La vida no es posible en la repetición, pues lo que caracterizamos como vivo degenera en un

remedo de ser viviente, una cáscara de lo vivo, como diría Unamuno (Sánchez Barbudo, 1983). Lo vivo es impulso vital y voluntad que solo son posibles en la novedad que trasciende siempre la repetición, que rompe con el marco. Para investigar algo se cree que se tiene que aquietar, ponerle mordazas, separarlo de la dinámica global en la que se encuentra. Silenciarlo, pues. Lo que se estudia no tiene nada que decir por sí mismo, no se le permite el diálogo pues solo quien investiga supone que lo que tiene frente a sí, ya sea una masa de seres humanos, una célula, un metal, un planeta o lo que pretenda investigar, es un objeto de estudio, y por tal no tiene voz para definirse a sí mismo. Recordemos que la biología nos ha enseñado que para comprender lo vivo hay que matarlo; las disecciones del cadáver nos dicen supuestamente cómo funciona nuestro organismo, a la célula hay que sustraerla del tejido vivo y llevarla a un portaobjetos para saber lo que la constituye. Se les olvida a los investigadores que el movimiento es una dimensión constituyente que reconfigura la existencia de lo que se pretende estudiar. Cuando vemos a la célula viva, navegando en la sustancia en la que existe —coexiste, más bien— nos damos cuenta de que eso que se ve en el microscopio en el que se han cercenado los lazos que la célula centra con su entorno, no es en absoluto lo que nos han contado. La célula viva se mueve, cambia de rumbo, se alimenta, se aleja de lo que puede dañarla, pero sobre todo vive porque sus movimientos no son mecánicos. Si bien una célula se aleja de una sustancia que puede ser tóxica, este movimiento para nada es mecánico; dice Margulis (2003) que las células se comunican mediante un lenguaje a través de señales químicas y que estas pueden tomar decisiones en conjunto. Es decir, las células son capaces de decidir.

La idea de que el lenguaje de las células esté basado en una serie de señales químicas no es, para nada, un proceso mecánico y reduccionista en el que se descifre un código lineal, literal y siempre leído de la misma manera. Esto no sería lenguaje, solo sería eso, un código que no implica inteligencia, pues no hay nada que interpretar. Sí, las células se comunican a través de señales químicas, pero su lenguaje no se reduce a una lectura mecánica del mismo como podría ser un código de una computadora; el lenguaje se caracteriza por la interpretación y esta sólo puede ser hecha por alguien singular, único, que manifiesta su voluntad de existir, la cual rebasa siempre el marco, el límite y va más allá de lo programado. El movimiento hace posible la ruptura del marco y a su vez la vida misma, como el caminar hace al hombre poeta.

El lugar de amo que en la actualidad ocupa la ciencia se fue gestando precisamente con la promesa de otorgar certezas y verdades absolutas encontradas a través de un método riguroso, repetitivo y supuestamente objetivo mediante el cual no podrían ponerse en duda los hallazgos encontrados o por lo menos no alguien fuera del gremio científico; así, un investigador de laboratorio que repite cientos y cientos de veces su experimento y llega a los mismos resultados se sentiría ofendido si cuestionamos la veracidad de este, en gran parte quizá por el tiempo y la meticulosidad que le dedica a esta labor, pero también porque su entrenamiento no tiene límites, está convencido de que lo que alcanzan a percibir sus órganos sensoriales es la verdad. Segura y Stchigel (2020) proponen que: “La ciencia tiene que aceptar que la experiencia sigue siendo subjetiva, la metodología aún es antropocéntrica, el sujeto no se ha deslindado por completo de su propio papel en la tarea del cono-

cimiento”. Una ley tiene siempre que ver con lo estático, lo estático es factible de ser confundido con el movimiento, pero estrictamente no lo es pues el movimiento es novedad, la repetición gira en círculos, vuelve a lo mismo: no hay nada nuevo.

La emergencia siempre es creadora, produce lo nuevo, lejos de la repetición que tiende a lo mecánico, a lo lineal. Repetir produce lo mismo, es el mundo de lo estático. De ahí la fascinación del hombre moderno por esa cosa llamada ciencia que construye supuestas explicaciones sobre la realidad que generalmente están más en el delirio que en el universo. Explicar con los determinismos genera cierta seguridad aunque esta sea más la proyección de quién quiere explicar un universo caracterizado por la novedad y la incertidumbre.

Elementos, cosas, objetos que aisladamente no presentan ciertas propiedades, al conformar colectividades, presentan esas propiedades. A estas propiedades se les asigna una denominación que constituye una categoría de la Teoría de la complejidad: propiedades emergentes. Un ejemplo de surgimiento de propiedades emergentes se presenta en el fenómeno de la termorregulación de los tejidos vivos. La termorregulación no es detectable en una célula aislada; tal propiedad solo surge al integrarse a una colectividad, a un tejido. (González Álvarez, s. f.)

Estamos vivos porque estamos en movimiento

Parece que nos movemos mucho, pero solo estamos fugándonos en una especie de movimiento que se convierte en un círculo vicioso que lleva a la repetición, al consumo y a la producción mercantil. Las personas dicen: “Yo camino mucho, voy al

trabajo y me queda lejos; cuando me trasladado uso el metro y en los transbordos hay una gran distancia, camino al mercado, a recoger a mis hijos a la escuela”. Sin embargo, aun cuando para trasladarse de un lugar a otro se recorren en algunos casos grandes distancias, ese tipo de cambio de lugar en el que se va de un lugar a otro propiamente no tiene las cualidades del movimiento, pues se trata de un traslado mecánico; las personas están absortas pensando en llegar, no en el recorrido; el cuerpo se echa a andar para la realización de un acto mercantil que solo produce un producto que deja de ser la persona misma. Se camina en una actividad que orienta la atención fuera del sí mismo; normalmente este tipo de actividad no posee las cualidades del caminar creativo, sino que al estar orientado al fin y a fluir también genera estrés.

Caminar es una actividad que paradójicamente es estar en calma; es el goce en el fluir, no en la meta. Conjuga la actividad en el ser, lo que convierte la energía en un proceso que convoca la sanación; al concentrar la energía hacia sí mismo, el organismo produce una especie de meditación en movimiento que centra la actividad en la vida; todo el ser está pendiente de vivir, cada célula se activa en un proceso gozoso por vivir. De forma similar al director de orquesta que magistralmente dirige la sinfonía, cada músico se entrega de la mejor forma dando todo de sí para la creación de una obra que rebasa con mucho el resultado de lo que cada músico podría hacer en lo individual. El director así logra una sincronía que produce una sinergia donde la belleza emerge por la suma de las voluntades en un movimiento que convierte la actividad particular de cada músico en una totalidad integrada que se llena de vida y llena de vida a aquel que lo escucha. El acto de caminar tiene similitudes con

la dirección de una sinfonía, llega a todas partes, pero no es la intención la llegada, sino el acto de producirse a sí mismo.

Engels (1988) postula que el trabajo ha creado al propio hombre; sin embargo, hace otra proposición: que el paso decisivo con el que el mono transitó a hombre fue prescindir de las manos al caminar, permanecer en una posición vertical y caminar únicamente apoyándose en sus pies. Engels sigue la pista darwiniana para darle paso a su tesis del trabajo y la potencia de la mano como transformadora, no solo biológicamente, por la ley de la correlación del crecimiento, sino socialmente.

La diferencia en el desplazamiento entre mono y hombre está puesta en la postura erecta y la libertad de la mano; los animales caminan en tanto que se desplazan de un lugar a otro, pero solo hacen eso, desplazarse. Al caminar con las manos en libertad traemos por añadidura potencia creadora y transformadora, caminar como hombre es dar realidad.

Kafka desmiente a Engels con la voz de Pedro el rojo: el trabajo no creó al hombre, la mano libre la usó para sostener una pipa, guardarla en el bolsillo del pantalón o para empujarse una botella de vino. Dijo Pedro el rojo: “no me cautivaba imitar a los humanos; los imitaba porque buscaba una salida; no por otro motivo”. Renunciar a su animalidad es, paradójicamente, una suerte de instinto de supervivencia “natural”; sin embargo, la aclaración que previamente hace respecto a la libertad refleja la ficción de la humanidad, este paso a lo humano que Engels nos presenta como consecuencia del trabajo. “En lo que a mí atañe ni entonces ni ahora pedí libertad. Con la libertad —y esto lo digo al margen— uno se engaña demasiado entre los hombres, ya que si el sentimiento de libertad es uno de los más sublimes, así de

sublimes son también los correspondientes engaños” Kafka (1979).

Ahí donde Engels da un brinco, del mono que ocupa las manos para caminar al hombre erguido que trabaja con ellas, Drexler, en un lenguaje poético, nos da el puente que acopla, desde un paradigma no darwiniano sino más bien simbiótico, la biología y el movimiento. Así, en sus canciones “El plan maestro” (Drexler y Blades, 2022) y “Movimiento” (Drexler, 2017), el cantante comparte su comprensión del todo, el movimiento y el amor, ubicando dos principales acciones: en la primera melodía la decisión, revolucionaria dice él, de las células que se asocian entre sí para dar paso a la vida de forma amorosa y en la segunda la puesta en movimiento, dando a entender que independientemente del trabajo, lo primero que hizo el hombre fue migrar tomando como ejemplo la manada de bisontes y recalcando que “somos una especie en viaje” y que “estamos vivos porque estamos en movimiento”.

Todo fluye, diría Heráclito de Éfeso. El universo, la vida, la materia, todo es movimiento; cuando algo se estanca, se pudre y deja de ser, para transformarse en otro ser, lo que de alguna manera también es movimiento; la quietud es transición en calma. El modelo newtoniano de la realidad presenta al universo como una cosa muerta, porque se basa en la idea de que para entender algo hay que imponerle fronteras, pero el ser está en cierta forma de duración; esa forma de duración está permeada de una frontera borrosa en la que el ser se extiende para pasar a ser otra cosa, como algo que está ahí, que mantiene una identidad porque está quieta, pero la quietud es un estado transitorio y por tanto en el tránsito hay movimiento. La quietud del místico no es estática; hay atención, presencia que se manifiesta en la conexión

hacia aquello a lo que se está atento, movimiento en la calma que es diferente de la pasmación. La pasmación es un estado de reclusión en la que lo vivo se ve retraído, se vierte hacia sí mismo con afán de desaparecer. Ataraxia, como decía Epicuro, es la tranquilidad en medio de la vicisitud, es desentenderse de las cosas que generan angustia en el hombre; la negación de la *ταραχη* o taraché (turbación, agitación) sea cual sea su causa, si la pasión o el deseo, la ataraxia es la vuelta al equilibrio natural, la homeostasis celular. ¿Cómo conquistamos esa virtud? Infante (2021) nos advierte que la autarquía¹ y la ataraxia² cónicas se ganan como el atleta adquiere la flexibilidad o el pianista la destreza, tras un adecuado entrenamiento y años de disciplinados ejercicios. Por eso no es suficiente con el caminar diario que simplemente nos dirige del punto a al punto b: se trata de un ejercicio, una práctica, así como el cínico hace de la teoría su praxis, su vida.

Dice Amery Jean que la vejez no es la acumulación cronológica de tiempo, sino la pasmación ante lo que sucede, suspender la sintonía del sujeto con la vida, dejar de encontrarle sentido a lo que pasa a nuestro alrededor nos hace viejos. Si bien el tiempo necesariamente impone su huella y al igual que la muerte es inevitable, no es el primero el que define la vejez; quienes se jubilan y no han construido un sentido de vida alternativo a la actividad cotidiana mueren muy pronto, esta muerte

¹ La autarquía es la característica de autosuficiencia, generalmente aplicada a sociedades, comunidades, estados y sus sistemas económicos.

² Ataraxia es la disposición del ánimo propuesta por Demócrito y desarrollada por los epicúreos, estoicos y escépticos, gracias a la cual una persona, mediante la disminución de la intensidad de pasiones y deseos que puedan alterar el equilibrio mental y corporal, y la fortaleza frente a la adversidad, alcanza dicho equilibrio y finalmente la felicidad.

podría interpretarse como algo simbólico, sin embargo, en un estudio realizado por Hernández y Almejo (2022) estos señalan que “En cuestiones de salud los adultos mayores que se encuentran laborando después de la jubilación, se encontró que tienen más años de vida”. Quien no encuentra la forma de montarse sobre el fluir de la vida, muere. El replanteamiento del tiempo es crucial en nuestro transcurrir, con una visión clásica y occidental es entendible que se perciba a la vejez como una etapa acumulativa del cronos, ese tiempo que transcurre y devora a sus hijos y por lo cual debemos avanzar sin parar, aunque sea sin sentido, antes de que el tiempo nos trague; ese transcurrir no es caminar, es correr para ganarle al tiempo. Por otro lado, los griegos también disponían de *Kairós*, aquello que llega en el momento preciso, en el momento oportuno, ni antes ni después; en este sentido el concepto de vejez pierde solidez en tanto que la vida no es un transcurrir de etapas cual carrera de atletismo; no ganamos ni perdemos contra el tiempo sino que acontecemos en momentos. Por ejemplo, para los Aymaras (Callizo, de la Fuente y Santiago, 2019), un pueblo andino de América del sur, el tiempo o, mejor dicho, la vida, se asemeja a una caminata hacia atrás en donde el caminante, en la medida en la que va andando de espaldas, va develando su futuro en el instante en que este se convierte en pasado; así, en tanto que no podemos mirar a nuestras espaldas, solo podemos fluir hacia el futuro incierto y desconocido; en este tenor las personas con más y mejor vista son aquellas que más ayer han mirado y que, por lo tanto, menos les queda por “desconocer”.

La medicina actual nos quiere enfermos, quietos, ante cualquier enfermedad las prescripciones del médico son medi-

camentos que no curan e inmovilizan. El cuerpo inmovilizado tiende a la muerte, las células sienten la inmovilidad como una orden de suicidio. La apoptosis no es otra cosa que la inmolación a partir de la pérdida del movimiento. “La palabra ‘apoptosis’ deriva del latín y significa ‘desprenderse’ o ‘decaer’, como las hojas de un árbol en otoño. De la misma manera como la hoja cae del árbol cuando está muerta, la apoptosis se refiere a un proceso conocido como la ‘muerte celular programada’; es como si la célula reconociera que ha llegado su momento, y terminase consigo misma”. (National Human Genome Research Institute [NIH], 2023). Schopenhauer explica que la única medicina efectiva es la naturaleza y luego profundiza en esta idea para señalar que nosotros mismos estamos contenidos en ella a pesar de que el ser humano fenezca como cualquier otro ser vivo, porque la naturaleza en su conjunto es inmortal. Siguiendo la idea podríamos plantear entonces que si somos la naturaleza también somos nuestra propia y más eficaz medicina, medicina viene del verbo en latín *medeor*, o “cuidar”, la potencia de cuidar está entonces contenida en nosotros.

Así pues, quien ha profundizado tanto en la contemplación del mundo y se ha perdido, de tal forma que se percibe ya solo como puro sujeto de conocimiento, descubrirá a través de esta experiencia que él, como tal sujeto, representa la condición, es decir, el soporte del mundo y de toda la existencia objetiva, la cual se le aparecerá ahora como dependiente de su propia existencia: él se implica a sí mismo con la naturaleza, de tal forma que la percibe como un accidente de su propio ser. ¿Cómo podría tal sujeto tenerse a sí mismo, en contraposición a la naturaleza inmortal, por un ser absolutamente precedero? Más bien dirá como el Veda: *Hach omnes creature*

in totum ego sum et praeter me ens aliud non est – quid ego timerem? [Todas esas criaturas en su conjunto soy yo y, fuera de mí, no existe ningún otro ser. ¿Qué podría temer?] (Schopenhauer, 2022).

¿Por qué no se dimensiona el caminar como algo maravilloso y de inmenso poder curativo? Gaminar no es huir, huir manifiesta una necesidad de fuga, de evadirse, desaparecer porque la vida es sufrimiento. El sufriente no quiere estar en el lugar en el que está, no sabe o no puede moverse del lugar en el que el sufrimiento lo ha cooptado. Leemos en el *Siddhartha* de Hesse (1971): “Quien dice buscar, significa un fin. Pero encontrar es ser libre, estar abierto a todo, no tener fin determinado alguno”. Así, el Buda de Hesse se mantiene en un continuo peregrinaje que niega los pasos que siguen a los maestros y las doctrinas; su andar, él lo sabe, no va a ningún lado pues reconoce que al seguir un camino se corre el riesgo de andar en círculos, de quedar atrapado en el *samsara* (ciclo de nacimiento, vida, muerte y encarnación), de repetir y quedarse inmóvil atrapado en un aparente movimiento.

Espacios que someten a quienes transgreden mediante el movimiento

Las políticas públicas desaparecen el caminar como acto humano y lo convierten en un mecanismo monótono, en algo que cansa; y tal vez lo sea cuando las personas pasan mucho tiempo ante una actividad rutinaria y por tanto no se dan la oportunidad de usar su tiempo para recrearse, recrearse no como nos lo venden, como una actividad secundaria. Se prefiere el uso de vehículos para ir de un lugar a otro, la gente que camina es transformada en gente

que consume bajo la cadencia de su andar mediante la privatización del espacio público, en la Ciudad de México (CDMX) es común encontrar paradas de transporte público donde, con el pretexto de tener dos o tres asientos para esperar al autobús, se colocan grandes anuncios publicitarios que además de evitar el libre tránsito para quien se moviliza a pie, exponen al peatón al bombardeo comercial; se obliga al transeúnte a hacer una pausa, a detener su movimiento y esta pausa está condicionada por cualquier producto de consumo exhibido en este tipo de obstáculos. Según el *Manual de Normas Técnicas de Accesibilidad* de la CDMX (2016), uno de los objetivos es “Tender hacia un diseño universal incluyente para toda la población y no segregativo o exclusivo para las personas con discapacidad”. Sin embargo, es difícil de creer que este objetivo esté cerca de alcanzarse; por el contrario, cada vez se aprecia más cómo la arquitectura urbana se va convirtiendo en una forma de regular el comportamiento de la sociedad; los encuentros sociales de esparcimiento se ven cada vez más limitados a espacios privados. El término “arquitectura hostil” es definido por Barbieri citado por Romero (2019) como “la tendencia del diseño urbano de construir o alterar los espacios públicos de manera que se evite el uso indebido de estos”. Este tipo de urbanidad relega sobre todo a los llamados “sin hogar” o “vagabundos”, evitando que usen ciertos espacios para dormir, pero también afecta a jóvenes que practican deportes como andar en patineta (*skate*), parkour y claro, al caminante nómada que no se detiene.

La arquitectura hostil naturaliza la violencia en contra no sólo del que busca vivir en armonía con la ciudad, sino de aquellos que rompen con la malla de la pasmación; el cuerpo se vuelve el objeto

de apropiación del que somete, estar quieto es convenir involuntariamente con el que devora nuestro ser. Los límites a la subjetividad se imponen inmovilizando el impulso vital: moverte, trepar paredes, tener elasticidad, saltar, volar como hacen los practicantes del parkour; esto solo es posible transgrediendo la movilidad acotada a un espacio enfermo como el de la CDMX.

Conclusiones

Del miedo inmovilizador a la potencia de la acción en manada

El miedo inmoviliza, se internaliza, se vuelve uno con el cuerpo, inhibe la potencia de existir. Pensamos que la fuerza, la agilidad, la elasticidad son cosas de atletas de alto rendimiento, pero recordemos al hombre del paleolítico que caminaba grandes distancias, realizaba lo que ahora vemos como proezas al cazar mamuts, rinocerontes y otras grandes presas con herramientas rústicas, perfectamente elaboradas y funcionales, que en concordancia con el estilo de vivir libre, siempre en movimiento, hacía de nuestros ancestros seres plenos, es decir, sin fragmentar. Un *homo sapiens* es un hombre sabio porque es el hombre integrado, integra la naturaleza a él, hace del movimiento la vida y de la vida la sabiduría.

Vencer el miedo y generar acción produce efectos; el practicante de parkour modifica su cuerpo para apropiarse del espacio y abrirse paso, se convierte en un mono que esquivo e incluso se ayuda de un árbol para continuar su camino, imita a los gatos que se escabullen por la ciudad. Los migrantes son otro gran ejemplo de comunidades que se abren paso transgrediendo las urbes y las fronteras, ya no lo hacen como antes de manera individual, sino que encontraron en la comunidad, en la manada, una fuerza que se rebela ante aquellos espacios y sistemas que intentan doblegarlos y que solo mediante la puesta en marcha pueden dejar atrás.

Caminar es un acto subversivo, se opone a la velocidad de la actualidad, se opone a la distracción que nos propone la ciudad, nos presenta con nosotros mismos, nos devuelve al presente, nos incorpora al fenómeno de la vida. Esta breve apología del caminar es un intento vehemente para generar reacción, no solo en lo individual de los pasos, que a cada uno pueda llevarnos nuestro camino, sino también a la asociación y a la cooperación en manada, a esa simbiosis que transforma y complejiza la vida.



Referencias

Bergson, H. (2017). *Historia de la idea del tiempo*. Paidós.

Callizo, C., de la Fuente, J. M. y Santiago, J. (2019, 12 de marzo). Con todo el pasado por delante: Atender al pasado puede ponerlo delante de nosotros. *Ciencia Cognitiva*. <https://www.cienciacognitiva.org/?p=1793>

Drexler, J. y Blades, R. (2022). El Plan Maestro. En *Tinta y Tiempo*. Sony Music Entertainment.

Drexler, J. (2017). Movimiento. En *Salvavidas de hielo*. Warner Music.

Engels, F. (1988). *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. Quinto Sol.

González Álvarez, J. (s. f.). Acerca de la certidumbre y la incertidumbre. <http://casanchi.org/ref/acertiincerti01.pdf> [4 de octubre de 2023].

Hernandez D., Y. y Almejo V., J. (2022). La jubilación y su impacto en el adulto mayor: revisión integradora. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades y Ciencias Sociales*. 4 (7). <https://bit.ly/3VpsOW9> [16 de octubre de 2023].

Hesse, H. (1971). *Siddhartha*. Época.

Infante, E. (2021). *No me tapes el sol*. Cómo ser un cínico de los buenos. Ariel.

Kafka, F. (1979). *Informe para una academia*. Nuevomar.

Manual de Normas Técnicas de Accesibilidad. (2016). Gobierno de la Ciudad de México.

Margulis, L. (2003). *Una revolución en la evolución*. Universidad de Valencia. <https://books.google.com.mx/books?id=jv2Fmurw4uoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

National Human Genome Research Institute [NIH] (2023). Apoptosis. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Apoptosis#:~:text=Definici%C3%B3n,cuando%20se%20desarrolla%20una%20mano> [31 de agosto del 2023].

Romero R., L. C. (2019). Ciudades de control y la restricción: las personas sin hogar y la arquitectura hostil. *La razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas*. 42, 163-178.

Sánchez Barbudo, A. (1983). En *Miguel de Unamuno: Del sentimiento trágico de la vida. La agonía del cristianismo*. Akal.

Schopenhauer, A. (2022) *El arte de envejecer*. Verbum.

Segura, A. y Stchigel, D. O. (2020). *La científicidad del psicoanálisis: respuesta definitiva a Sokal y a Bunge*. Gauchobooks.



Experiencia y trayectoria hospitalaria: el caso de los pacientes con deterioro cognitivo que sufren de fractura en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

ANTONIO KOBAYASHI GUTIÉRREZ
JAZMIN MARQUEZ PEDROZA

La inquietud por hacer este trabajo de investigación para obtener el grado de Maestro en Ciencias Sociomédicas nació de la necesidad de documentar y describir las experiencias y trayectorias hospitalarias de los pacientes con deterioro cognitivo hospitalizados por una fractura en el Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara. Con las herramientas conceptuales dadas por la sociomedicina me fue posible extraer dicha experiencia social y la forma en la que se construye la trayectoria hospitalaria en un hospital de tercer nivel urbano que atiende a una población vulnerable de adultos mayores.

Mi entrada al campo fue posible por el trabajo que he realizado durante años en el servicio de ortogeriatría. Durante una pandemia, este acceso representó retos metodológicos, ya que dichos espacios se encontraron vedados para el trabajo etnográfico habitual, pero dada mi formación médica y mi participación como personal de salud de primera línea se me autorizó la entrada con equipo de protección personal.

El muestreo fue de tipo consecutivo e incluyó la aceptación de catorce pacientes, en el marco de la declaración de pandemia por el virus SARS-COV-2, situación que redujo el número de ingresos al servicio de traumatología y ortopedia y que permitió seguir a los pacientes de noviembre de 2020 a mayo de 2021; realicé entrevistas semiestructuradas grabadas a cada paciente, además de una revisión del expediente oficial generado por el personal de salud, y un trabajo microetnográfico con el paciente en la habitación hospitalaria durante los turnos matutinos y vespertinos. Los turnos nocturnos no fueron autorizados por la autoridad hospitalaria. Se utilizó la teoría fundamentada para optimizar la recolección de los datos y su posterior análisis.

Observar, escuchar y registrar. He participado en la atención hospitalaria, he sido testigo de cómo los y las pacientes a través de largos periodos de espera construyen una vida cotidiana durante la estancia hospitalaria; sin embargo, las restricciones impuestas por el gobierno para limitar la pandemia producida por el virus SARS-COV-2 disminuyeron la navegación libre por los espacios hospitalarios y urbanos. Yo no busqué determinar la



efectividad de la intervención biomédica, ni tampoco la producción de complicaciones médicas durante la hospitalización, sino llenar un vacío en torno a los conocimientos que tenemos sobre las experiencias sociales que refieren los pacientes que viven con deterioro cognitivo durante una pandemia global y la construcción de sus trayectorias hospitalarias desde los pacientes y su familia para contribuir desde la academia a la construcción de políticas públicas justas.

Mi trabajo de campo se vio limitado por la coyuntura histórica que produjo la pandemia; una menor solicitud de servicios por fracturas a la unidad y el cierre de la consulta externa del servicio de traumatología y ortopedia limitaron el número de usuarios. Todos los pacientes que ingresaron al hospital tuvieron como característica el haber sufrido un trauma que produjo la fractura y el requerir ser intervenidos quirúrgicamente en un hospital en modo de contingencia, es decir, atendiendo solo pacientes con patología COVID-19. Los pacientes entrevistados fueron doce mujeres (86%) y dos hombres (14%) con una media de edad de 78.85 años (rango 70-89 años)

con una escolaridad promedio de tres años (rango de 0 a 9 años cursados). La prevalencia de diabetes *mellitus* en la muestra fue del 35% y un 42% refirieron padecer hipertensión arterial sistémica. Toda la población se consideró de credo católico. En cuanto al estado civil, siete (50%) se refirió casada, seis (42%) se refirieron viudas y solo una (8%) se refirió soltera. Tres (21%) pacientes eran foráneos al área metropolitana de Guadalajara, siendo el resto residentes de la ciudad; en promedio, los pacientes tuvieron una estancia intrahospitalaria de 10.75 días (rango 4 a 20 días) con un tiempo promedio desde su ingreso hasta la realización de su cirugía de 9.38 días (rango 4 a 17 días). Las fracturas fueron en su mayoría de cadera con 12 pacientes y solo 2 presentaron de húmero.

Se entrevistó a cada paciente al menos tres veces con duración promedio de 43 minutos; en ocasiones hubo conversaciones informales pues el paciente presentaba fatiga o expresaba su deseo de continuar después con la entrevista. La observación intencionada fue en promedio de dos horas por paciente por día durante varios días de la hospitalización.

En el aspecto de la valoración cognitiva se aplicó un test mini-mental que permitió obtener un promedio de 21.5 con un rango de 17 a 24 puntos. Todos los pacientes tuvieron un familiar acompañante al momento de las observaciones y se les presentó la transcripción para su validación.

Después de las transcripciones de las entrevistas pude ordenar conceptualmente y dar cuenta de la complejidad de una experiencia social y trayectoria hospitalaria durante una hospitalización. Establecí cinco espacios importantes para su construcción/navegación que fueron:

1. Territorio extrahospitalario
2. Territorio Hospitalario
3. Quirófano
4. Territorio al cual el paciente es egresado
5. Territorios alrededor del espacio hospitalario/farmacias privadas y tiendas de autoservicio.

Se generó la clasificación con base en el tiempo previo al hospital, durante la hospitalización y al egreso de esta. El territorio extrahospitalario implicó conocer qué es lo que ocurrió de forma previa a la hospitalización, considerado esto como un proceso, para dar paso a lo que ocurre dentro del hospital, visto este como un sistema de elementos que están estructurados y organizados para cumplir una función que es el otorgamiento de un servicio para la salud y que prepara al individuo para luego ser egresado y que regrese a su hogar. Iniciamos nuestro análisis con base en la relación que los pacientes ya tenían con el hospital de especialidades, lo que configuró dos grupos de pacientes: aquellos que refirieron ya contar con alguna relación con el hospital en contrapartida con los que refirieron no tener experiencias anteriores con el hospital.

Territorio extrahospitalario. Los pacientes del primer grupo expresaron: “pos mire, sobre todo porque tuve una hija, quee estudió medicina, y fue trabajadora social de aquí del seguro...”. La relación con el hospital surge de haber sido usuario de esta unidad hospitalaria o tener un familiar que haya estado en ella, lo cual le confiere al paciente conocimientos sobre los procesos de admisión y le trasmite seguridad, como en este caso: “...yo lo que sí digo que aquí hay buenos médicos porque yo he de que cuando tuve mis hijos y ya venía un parto delicado, y aquí mire me atendieron de volada. Yo por eso me dijo el doctor nos vamos al allá a centro médico, pos vámonos, no esperamos nada nada más...”. La relación también puede ser que surja de forma indirecta, a través de las relaciones con las que cuenta la familia. El discurso del paciente sugirió que el hospital puede ser dividido en dos lugares que se excluyen mutuamente: el hogar y el hospital.

La experiencia social posterior al accidente es atravesada por el dolor, en donde el adulto mayor requiere hacer uso de su red de apoyo para lograr la movilización de su cuerpo hasta el hospital. Su activación depende de la configuración del hogar, pudiendo ser uno compuesto donde viven varias familias o uno solo con el esposo: “... patiné, yy ya de ahí ya nomas para gritar para que me auxiliaran ya llego mi sobrino este porque vive al otro lado de con nosotros y mi hija para levantarme porque mi esposo también anda con con andadera... Yyy ya porque me levantaron ellos y ya de ahí en laa, en la ambulancia...”.

También encontré que se busca normalizar el dolor como producto de la caída tratando de seguir con la vida cotidiana, no teniendo claro el lugar para recibir la atención para la salud. Una experiencia social emerge desde la inseguridad para decidir

entre un sistema biomédico orientado a la cirugía y otros sistemas curativos no invasivos fundados en saberes alternativos: “le dije porque sentí que me tronó todo, dice no, no diga eso, ahorita le ayudo a parar... entonces hice fuerza con mi mano y ella también, me apoyé en ella y ya me levanté, me fui caminando... ya me acosté y ya en la noche... sí me levanté y pude pero con mucho trabajo apoyándome ahí en las piernas pero no pude sentarme al baño y ya me dijo mi hija, voy a llevarla, no hallo si llevarla a que la soben o que le hagan una radiografía, entonces me dijo ella, mejor la llevo a que le saquen una radiografía primero y sí fuimos y ya me dijo todo eso el doctor, que no, que pues ocupaba operación...”.

Caso especial es el de los adultos mayores que posteriormente a la caída se encuentran solos en el domicilio, por lo que la experiencia social es de espera ante la incapacidad de movilizar el cuerpo: “...¿cuando estuviste en el suelo que hiciste?”. “Pos no me pude levantar”. Y “al no poderte levantar... ¿gritaste o cómo fue que te auxiliaron?”. [...] “No, pos me esperé a que llegaran mi... pues mis hijos...”. Ante la ausencia de hijos, los adultos mayores tuvieron que ser trasladados por algún miembro de la comunidad.

En el hogar, la causa de la caída cual ocurre en palabras de los pacientes por un resbalón o un mal paso durante la realización de sus quehaceres o en su tiempo de ocio en el baño, en el cuarto o en la cocina.

Territorio hospitalario

Una vez que el adulto mayor entra al sistema hospitalario para su atención, el vínculo con su hogar puede ser sostenido por medio de los esfuerzos que su familia realiza. Este vínculo necesita para su

materialización el traslado de los familiares hasta el espacio hospitalario llevando objetos que hagan confortable/seguro el cuarto del hospital. A propósito de la visita y los cuidados: “...pos los traen, mi esposo tiene un carrito y este como ahorita que anda así no puede manejar y le dice mi esposo a mi yerno ve, muévalas tú, ahí está el carro, llevas a una y te traes a la otra y así dice viceversa a sacar de, de cierta manera, no vivimos tan lejos...”. Sin embargo, también una vez que se ingresa al territorio hospitalario se manifiestan las desigualdades sociales, evidenciadas por las grandes distancias a recorrer, la carencia de transportes públicos cercanos y la incompatibilidad del trabajo formal con el proceso de acompañar a un enfermo durante su estancia hospitalaria: “...no es tan fácil porque tienen que venir [su familia] desde Villa Guerrero desde Santa Cruz Del Valle pa’ acá... pos agarran carro, ¿verdad hijo? Carro o camión hijo, tengo mi camioneta, pero ahorita... tengo toda la semana sin trabajar...”.

El vivir con un problema de memoria invoca la ayuda de la red de apoyo por seguridad, para evitar que el paciente se encuentre con algún problema durante la construcción de su vida dentro del hospital: “...a él le gusta andar revisando porque a veces como él dice, ahora te tengo que ayudar...”. Una de las funciones de la red de apoyo es asistir al paciente en tareas de orientación, o al momento del intercambio de la información entre el médico y el paciente, buscando dar la mejor atención al paciente y en caso necesario, levantando una denuncia.

Cuando viene el conflicto es debido a que el personal del hospital no está capacitado para el manejo de conductas agresivas, comunicación asertiva o el otorgamiento oportuno de los cuidados:

“...una enfermera duró más de una hora para llevarme y se lo dije a otra enfermera... afortunadamente, no estoy tomando líquido, entonces no tengo mucho que echar ¡pero tengo ganas!, el organismo hace su deber y luego no me trae el ese, y me voy a hacer en la cama pues ¡hágase!, y vamos a ver qué pasa (alude a la respuesta de la enfermera) pos lo que pase yo, el organismo no lo puedo detener, el organismo hace lo que tiene que hacer además que hice y defequé como una diarrea. Entonces como tenía un pañal desechable pues cambio el pañal desechable, lo junté y lo hice bolas y el que se arrime aquí con otras intenciones va a ver porque se lo voy a aventar en la cara...”

Y se puede ver que las prácticas alimentarias de los pacientes son configuradas para lograr adaptar al cuerpo a disminuir las micciones y las evacuaciones.

Quirófano. El discurso de los pacientes y el trabajo de campo desvela que los médicos ejercen el poder a través del llenado de papeles y de la configuración del cuerpo para que la cirugía ocurra. Si este cuerpo no cumple una serie de normativas no explícitas, la cirugía puede ser cancelada incluso de manera previa al acto quirúrgico: Entrevistador: “¿Y cómo se hizo esa llaga?” Paciente: “Pos cómo se hizo que pos que cuando menos acordé pos hice del baño, hice de la pipí y pos se me salieron y me bajaron a quirófano porque ya me iban a operar, pero sucede que traía las, pos yo creo la ¿cómo se llama?” Familiar cuidador: “úlceras...”. La experiencia social de la cirugía es relatada como de duración breve, sin complicaciones y amabilidad en el quirófano, indicándoles en qué consistía la anestesia y qué se les aplicaría. Al relatar la experiencia refieren que no sintieron el transitar el acto quirúrgico.

Territorio al cual el paciente es egresado. El egreso del paciente se describe, desde las narrativas de los pacientes, como caótico, apresurado y sin una supervisión cercana de las instrucciones proporcionadas, sin indicaciones claras, y en donde el paciente se encuentra ante la incertidumbre que presenta el regreso a un territorio fuera del hospital. Mientras que durante el periodo hospitalario el paciente vive la experiencia de que toda la información de sus cuidados es proporcionada a sus hijas, hijos o cuidadores, no haciéndolos participantes de esa información a ellos; este punto es importante recalcarlo pues reduce al paciente adulto mayor que vive con deterioro cognitivo en su dignidad.

El vivir con deterioro cognitivo es una barrera en la comunicación que facilita un egreso desorganizado pues desde el principio los familiares y el paciente no comprendieron las notas sobre los cuidados postquirúrgicos necesarios a realizar.

Territorios alrededor del espacio hospitalario (farmacias y tiendas de autoservicio). La vía pública, las farmacias privadas y las tiendas de autoservicio son espacios importantes en la experiencia social tanto de atención como en el proceso de curación; la mayoría de los intercambios en estos territorios están mediados por dinero, cuya presencia en el cuarto hospitalario se hace patente al proveer los objetos necesarios para la contención del virus y el hacer apta la habitación. En esto vemos la ausencia del estado que no provee los insumos necesarios para estos últimos puntos, por lo que la familia ve encarecido el acto del cuidar.

Esto es patente en la relación con el dolor y la higiene. El paciente hace uso de su red de apoyo para acercarse medicamentos analgésicos que se compran en las farma-

cias alrededor del hospital: “...me duele el pie y ya me cura mi hija o pide alguna medicina, que me duele esto me duele lo otro mi hija me trae las medicinas...”. Este procurar medicamentos por parte de los familiares, los lleva a buscar farmacias externas al hospital, uniendo el espacio hospitalario con los mercados. Familiar: “...nosotros ya compramos pañales... Y nos estaban haciendo daño... porque le empezaron a hacer daño los pañales de aquí... [los que proporcionó el IMSS]... esas llagas, ¿te dieron una crema?”. Paciente: “No, aquí no... No, ella compró una crema...”. Familiar: “Compré una crema, el doctor me dijo que era buena ese tipo de crema y fui y se la compré...”.

Trayectoria hospitalaria. Se identificaron tres tipos de trayectorias con base en el tiempo de estancia en el hospital y el análisis de la experiencia social: 1. La exitosa, en donde la cirugía ocurría en menos de 4 días; 2. La habitual, donde la estancia promedio era de más de 4 días, pero se lograba la cirugía y 3. La problemática, en donde la estancia superaba los 10 días, no se realizaba la cirugía y se egresaba al paciente con complicaciones. Todas superaron el tiempo recomendado de 48 horas que marcan las guías de práctica clínica nacionales, y al seguimiento en tres meses vía telefónica, ninguno de los pacientes recuperó la deambulación.

Conclusiones

La experiencia social del paciente se ve cruzada por el evento súbito y la aparición de dolor. La capacidad de la red de apoyo familiar para mover su capital simbólico, social, cultural y económico, de acuerdo con la teoría de Bourdieu, es vital para hacer frente a la hospitalización y favorece que

el adulto mayor que vive con deterioro cognitivo construya su trayectoria en el sistema hospitalario. La desigualdad en el acceso y la experiencia social precarizada durante la hospitalización deriva en sufrimiento social, y produce pérdida de la autonomía. La experiencia del cuidar se ve modificada por el género, el rol de cuidador se impone generalmente a la mujer. Las restricciones levantadas para contener la pandemia disminuyeron el capital social disponible para el cuidar. La familia juega un rol importante en todos los territorios excepto el quirófano: lleva a cabo acciones de vigilancia, proveeduría de algunos medicamentos, identifica alimentos de mala calidad/sabor o expresa si encuentra que las indicaciones son confusas. Esta familia produce en el adulto mayor la desestabilización de su hábitus que previamente era de resistencia hacia uno de vulnerabilidad/sumisión a la voluntad de la familia. En este momento el sistema hospitalario permite que la trayectoria de enfermedad se configure en torno al territorio extra-hospitalario, el territorio hospitalario, el quirófano, el territorio al cual el paciente es egresado y los territorios alrededor del espacio hospitalario, los cuales hacen viable la fe de recuperar la autonomía a través de la intervención quirúrgica; sin embargo, si se ignora el aporte que hacen estos territorios a la configuración de la trayectoria del sistema hospitalario, se tiende a alienar al paciente, disociándolo de sus relaciones sociales, cuestión que complica la experiencia del paciente adulto mayor que vive con deterioro cognitivo, expresado en narrativas en las que se muestra sin herramientas para enfrentar las situaciones que se presentan durante la hospitalización.



Represión emocional-sexual en las mujeres indígenas tlapanecas de Paraje Montero

MARILYN SÁNCHEZ CANTÚ

Mi motivación para la elaboración de este trabajo fue profundizar en los saberes ancestrales, las formas de vivir y convivir de los tlapanecos y explorar las tradiciones y costumbres de la mujer indígena tlapaneca, en especial el tema de la sexualidad. Para ello, elegí a la comunidad de Paraje Montero de Zaragoza, Municipio de Malinaltepec, Estado de Guerrero. La metodología que utilicé para la elaboración de este trabajo fue el método cualitativo, con un cariz etnográfico. Se recogieron testimonios de integrantes de la mencionada comunidad de Paraje Montero.

Cuando se estudia a las culturas indígenas muchas veces se exploran más sus costumbres y tradiciones pero casi no se tocan temas más íntimos o los saberes más profundos, como mostrar algunas características de la lengua, la cosmovisión de los pueblos, su convivencia ancestral y la situación actual. Por ello me propuse averiguar cuáles son los discursos de dominación que influyen en la represión sexual y emocional de las mujeres indígenas tlapanecas. Hice un recorrido histórico para visibilizar relaciones más profundas como la construcción social y cultural de la sexualidad en las indígenas desde antes de la conquista española, y recuperé la historia de la lengua me'phaa (tlapaneco), la historia de la comunidad y de la religión de esta nación.

Un concepto importante de partida en este trabajo fue la pregunta acerca de lo que es la salud. Cabe puntualizar que este trabajo se rige por los lineamientos de la promoción de la salud como disciplina. Se construye el concepto de salud desde la mirada tlapaneca, lo cual se distingue desde una de las palabras en me'phaa es el "por favor", que en tlapaneco es *íya' ngajua'*, donde el primer término es agua y el segundo querer. En esta palabra se incluyen dos elementos indispensables para el ser humano; el primero es un recurso natural y el segundo un sentimiento; lo que muestra que los tlapanecos siempre nos preocupamos por el otro. Asimismo, se tiene la conexión con el universo de manera conjunta, cuidando todos los elementos naturales, físicos y astrales que lo conforman, pues siempre se trabaja de manera unida y comunitaria, sin tener intereses individuales sino por el bien común.

Retomando la historia de los pueblos mesoamericanos, en este trabajo investigué la información de las culturas azteca y maya sobre cómo efectuaban las prácticas sexuales en la época precolombina. De acuerdo con los autores consultados, nuestros antepasados gozaban de la sexualidad con libertad, sin vergüenzas ni culpas; la sexualidad se veía como un acto sagrado. En el caso de las nahuas, había mujeres que se dedicaban a

alegrar a los hombres a través de la práctica sexual y el papel de ellas era indispensable para la sociedad, porque se consideraba que una sociedad triste o enojada es una sociedad patológica y una sociedad alegre es un pueblo saludable. Sin embargo, después del sometimiento español se cambió la manera de percibir la sexualidad, bajo la ideología del discurso religioso dominante. Hablar sobre el tema de la sexualidad, aun nuestros días, se considera un tema delicado, pecaminoso, impuro, con muchos tabúes; estos prejuicios no existían, sino que aparecieron después de la invasión europea cuya ideología cambió la mirada de nuestros pueblos mesoamericanos.

Al investigar sobre la sexualidad de los tlapanecos se investigó cómo se realiza la unión matrimonial entre los tlapanecos. En el caso de Paraje Montero recuperé testimonios sobre la “pedida de mano”. Para llevar a cabo esta ceremonia participan unos señores que se les dice *dxáqua*’ (embajadores), quienes se encargan de llevar la batuta de la unión matrimonial. Eran localizados por el papá del pretendiente o por el mismo pretendiente de manera directa. Los hombres tenían la oportunidad de escoger a sus esposas, y se fijaban en las señoritas que eran ágiles para las tareas del hogar, el carácter de la familia. De igual manera la mujer o su familia consideraban estos aspectos al momento de aceptar el matrimonio. Al iniciar con la tarea de la pedida de mano, el embajador realiza de tres a cuatro visitas a la casa de la joven para poder constatar la posibilidad del casamiento. Al llegar a un acuerdo entre los novios, se lleva a cabo el “concierto”, que consiste en que el novio tiene la obligación de llevarle comida a los papás de la novia. Después se procede al registro civil y al final a la boda religiosa. Casi la mayoría de los tlapanecos se unen de esta manera, aunque también había otros que se enamoraban y se juntaban por su propia cuenta. Conforme a los testimonios de las mujeres a quienes se les “pidió la mano” para matrimoniarse, concuerdan en que había jóvenes que aceptaban la propuesta a causa de que tenían miedo de quedarse como madres solteras y por el miedo de ser maldecidas por los embajadores, ya que se decía que estos señores maldecían o embrujaban a las mujeres que no aceptaban la pedida de mano. De igual manera comentaron que les ha ido bien en sus matrimonios y consideran la pedida de mano como necesaria para la estabilidad familiar.

Por otro lado, se mencionan los rituales que rigen la vida de la mujer indígena; que son la adoración de la diosa del temazcal, adoración al dios del fuego, adoración a la cascada. Estas deidades pueden manifestar enfermedades en la mujer o los miembros de la familia cuando no son veneradas. Anteriormente, casi todas las costumbres se realizaban de manera obligatoria y ahora son pocas las personas que las llevan a cabo además de que han ido modificándose. Igualmente se recolectan algunas creencias que tienen relación con la mujer tlapaneca, como que se tiene una conexión con la luna, con la madre tierra y otros elementos. Asimismo, cuando las señoras se encuentran embarazadas no pueden ingerir alimentos que vienen en pares, ya que podrían nacer sus hijos cuates o gemelos. Al momento del alumbramiento la placenta simboliza algunas características especiales, pues se dice que contiene unas bolas pegadas en formas de frijol, lo cual especifica cuántos hijos pueden llegar a tener las mamás; después del nacimiento del bebé la placenta se debe tratar con mucha delicadeza para que no se ensucie al momento de enterrarla, ya que si se ensucia, el recién nacido puede presentar lagañas o lagrimeos en los ojos. Incluso existe un insecto que en tlapaneco se llama *xkhú ada*, cuya presencia expresa la idea de

que este animal anuncia la llegada de un nuevo miembro en la familia, y cuando las mamás no desean tener más hijos o para que sus hijas no se embaracen le hablan al animal para que se retire de ahí, y así no haya embarazos en la familia. Este tipo de rituales y creencias son ignorados por la cultura occidental, ya que no se les da la importancia necesaria, representada en un cuidado de la madre naturaleza y la veneración al bienestar de la comunidad.

También se describen algunas características de las antiguas vestimentas de las mujeres tlapanecas, que utilizaban faldas largas floreadas, ropa de manta y huaraches de hule. Hoy en día la mayoría de las jóvenes se viste con pantalón, la cabellera regularmente es larga y no acostumbran maquillarse: lo hacen solo en ocasiones especiales. Por otra parte, se muestran algunos roles de las indígenas, como las que se dedican al campo, las amas de casa; las mujeres que no tienen esposo tienden a migrar a las ciudades para mantener a sus hijos. Hablando sobre nuestra forma de ser como indígenas se nos ha dicho que no somos cariñosos porque existen muchas palabras “amorosas” en español que no tienen traducción al tlapaneco, aunque existen otras maneras de demostrar el afecto hacia el otro, como acompañarlo, en apoyo, sin esperar nada a cambio, entre otras cualidades.

En las familias indígenas, dialogar sobre el tema de la sexualidad es algo que no se acostumbra en los hogares, ni mucho menos se responden las preguntas de los hijos cuando tocan este tema, ya que se considera como un tabú. Por ejemplo, los nombres de los genitales de ambos sexos se utilizan para insultar a alguien y se les menciona con otros calificativos; conforme a la investigación realizada vemos que esto es producto de la colonización, con lo que han perdido el valor espiritual, emocional y sagrado del cuerpo. En el caso de la orientación sexual de los tlapanecos hasta ahora no se ha visto en la comunidad a personas homosexuales; probablemente por la represión y manipulación en torno a la sexualidad. De igual forma, comentar sobre el tema del aborto es muy difícil porque se considera un delito. En el Paraje Montero han sucedido algunos casos de abandono de los recién nacidos en el campo, asuntos que se resuelven en la comisaría de la comunidad. Existe una deidad que se llama Kúaya’ que puede provocar abortos o complicaciones al momento de dar a luz en las mujeres embarazadas; antes se veneraba de manera más frecuente; ahora la mayoría de las mujeres dan a luz en los hospitales. Además, existen mujeres sabias que se dedican a la partería, utilizan remedios caseros y haciendo uso de la medicina tradicional, tratan a la madre y al bebé con delicadeza, y utilizan cremas, hierbas, masajes en el cuerpo y el rebozo para el acomodo del feto.

Al indagar sobre temas más íntimos como son la menstruación, masturbación y el desnudo, estos son temas considerados sucios, impuros. Cuando la mujer presenta cambios físicos tiende a esconder su cuerpo para protegerse de hombres poco respetuosos. Por ejemplo, cuando empiezan a crecer los pechos puede colocar nidos de pájaros en ellos para que no crezcan mucho. No poder mostrar nuestro cuerpo sin pena y culpa es una barrera que se impone sobre nuestra libertad para mostrarnos tal como somos sin ser juzgadas. El desnudo de las mujeres indias solo puede mostrarse ante su esposo y no puede utilizar ropa diminuta. Respecto a la masturbación, probablemente algunas mujeres adultas no tienen ni idea de este acto, si acaso las jóvenes de ahora puede ser que tengan conocimiento al respecto.

En la situación actual, la convivencia de los tlapanecos ha tenido giros drásticos, como pueden ser la pérdida de la identidad cultural, la muerte de algunas costumbres y tradi-

ciones y la pérdida de la lengua. En cuanto a las formas de relacionarse, ahora existen muchas mujeres que son madres solteras y la infidelidad ya no se esconde como antes.

Así como hay personas que migran a otras ciudades o países en busca de un mejor nivel de vida, el mestizaje de la cultura indígena con la cultura urbana ha ido creciendo. Se va adentrando hacia el mundo moderno a través de las nuevas tecnologías y utilizando las diferentes plataformas digitales.

En conclusión, trabajar con mi comunidad me ayudó a distinguir diferencias entre el mundo moderno y el tradicional, la resistencia que sigue prevaleciendo, y del mismo modo la pérdida de la identidad cultural. La importancia que tiene cada idioma, en este caso el me'phaa, es una lengua que contiene mucha sensibilidad y amor al momento de expresarlas y era un asunto del que no me había dado cuenta sino hasta la realización de este trabajo. Trabajar con las personas adultas y las mujeres me ayudó a conocer los saberes ancestrales sobre los que no tenía conocimiento profundo. Investigar sobre la represión emocional-sexual en las mujeres indígenas tlapanecas, los mecanismos que han influido sobre cómo se concibe la sexualidad se deben a los discursos de dominación que trajo consigo la colonización, de los cuales el más poderoso fue la religión. De igual forma, catalogarnos como analfabetas sentimentales es algo incierto, ya que demostramos nuestro amor de distintas maneras. Los mecanismos de dominación y subordinación rompen con la comunidad indígena; día a día se lucha contra estas ideologías, la visión moderna se va direccionando al mundo tecnológico. La disciplina de la promoción de la salud me permitió identificar estos paradigmas. Visibilizar aquellos saberes que no son publicados de manera extensa es una gran tarea, ya que son herramientas valiosas que pueden brindar recursos para la mejora del bienestar de la humanidad.



TDAH. Más allá del paradigma hegemónico

ANDREA FERNÁNDEZ

TDAH, cuatro letras que dicen: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Cuatro letras que son una bomba y un libro que es una denuncia científica. No es una obra literaria para leer en ayunas, pero sí para compartir, para hacerla pública y extender este mensaje, este engaño, esta manipulación. Quizá una más, una que atenta contra niños y adolescentes inquietos, despiertos, curiosos, mal llamados hiperactivos y no, activos, a los que el sistema social, educativo y familiar tienen que controlar porque su inteligencia, muchas veces, superior los lleva a mostrar conductas indeseadas para la escuela, para la comunidad escolar, para el buen ejemplo; entonces el entorno decide doparlos para ser niños “normales” y no latosos e inventivos e incluso creadores.

En esta sociedad de consumo, perversa e interesada mayormente en la ganancia, en la acumulación, en el capital y escasamente preocupada por el humanismo y por el bienestar de los seres que la integran se ha desatado la barbarie, la depredación del hombre por la ganancia. En este complejo social se convive con la barbarie y se teme al entramado comunitario, a las redes de la base, del barrio, del tejido horizontal que serán las únicas salvadoras de la humanidad. En este entorno donde los sacerdotes,

apóstoles de la fe, violan a niños y jóvenes, las transnacionales farmacéuticas drogan a estas criaturas para mediatizarlas y someterlas. Como diría nuestro ex rector, Enrique Dussel: subsumirlos. Lo dice Rosa Luxemburgo: socialismo o barbarie; y estamos caminando hacia esto último.

Víctor M. Peralta finalmente vio editado su trabajo de investigación de cerca de veinte años en el otoño del 2022. La estructura es sencilla y consta de dos partes principales, además de anexos, tablas y gráficas.

La parte primera tiene el título “Deconstrucción de un algoritmo latinoamericano para escolares con TDAH”, la cual contiene seis apartados y conclusiones. La parte segunda se titula “TDAH: más allá del paradigma hegemónico”, y consta de siete apartados y epílogo.

En la parte primera el autor lanza su tesis principal en la tercera hoja, lo que agradece el lector y ustedes, sus futuros interesados. Inmediatamente nos comparte la tesis complementaria, que para un libro de carácter científico es una ventaja pues va uno involucrándose con el contenido desde su inicio.

Queda clara la exposición de la tesis principal en la que compara los dos caminos para un posible tratamiento del trastorno: la estrategia psicosocial y la estrategia farmacológica. A este segundo camino se le dedica más tiempo durante el período de atención al paciente y se desvaloriza o minimiza la importancia del enfoque psicosocial.

Peralta también enfatiza el enfoque neuropsicológico del procedimiento curativo, al cual se le resta valor. O sea, primero la farmacodependencia, la medicación, antes que la intervención en el contexto psicosocial del mundo de los escolares, tanto niños como adolescentes. Al mismo tiempo, en esta tesis se pretende demostrar que

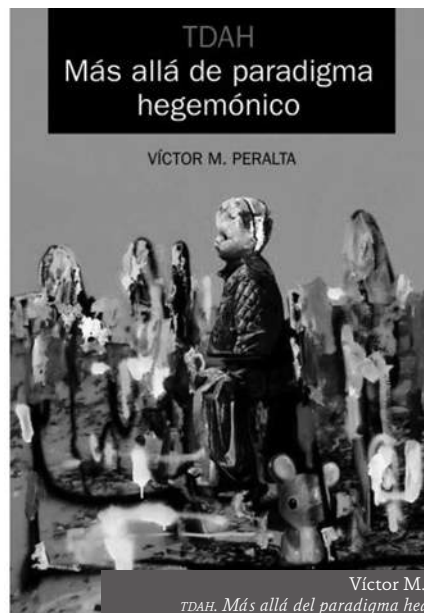
llamar a este Algoritmo de Tratamiento Multimodal es tan sólo una pantalla que el autor va fundamentando en tres demostraciones que se explican a lo largo de la primera parte del libro.

- De la prioridad otorgada a la medicación
- De la inercia profesional presentada (¿o quizá comprada?)
- De la inercia farmacológica (o la relación poder y ciencia)

La tesis complementaria se presenta como contundente al afirmar que se siguen atendiendo las presuntas razones biológicas que determinan categóricamente que el TDAH es incurable y genéticamente determinado. No hay nada que hacer pero se puede controlar si se opta por la medicación de por vida. Toda la vida (a veces desde la infancia) tomando fármacos y alimentando las enormes fortunas transnacionales de las influyentes industrias de la “salud”, las farmacéuticas que son la segunda industria más poderosa a escala mundial, solo después de la industria de la guerra, la industria de la muerte.

Recordemos el caso de la diabetes, la hipertensión y de algunos padecimientos de los adultos jóvenes y mayores: “Este medicamento se lo tiene que tomar durante toda su vida”, afirman categóricamente los médicos. Igual en el caso que nos ocupa, el trastorno de las cuatro letras: TDAH.

El libro es una denuncia científica y es explosivo. ¿Por qué? La investigación que se esboza es un aviso, una alerta sobre la trampa publicitaria que patrocina la transnacional farmacéutica Novartis —peligrosa como Monsanto, que envenena y trunca a las semillas— y esta opción a su vez condiciona e impide el crecimiento de la semilla humana porque es activa y no pasiva como marca la educación tradicional. Esta es la estrategia



Víctor M. Peralta,
TDAH. Más allá del paradigma hegemónico
Universidad Autónoma de la Ciudad de México,
Universidad Autónoma de Aguascalientes.
México, 2022.

seguida por maestros, técnicos y autoridades escolares, vigilantes que acompañan la sentencia para que el niño no se libere de la dependencia. La libertad es la salud. La domesticación es la enfermedad. “Calladita te ves más bonita”. “Me gusta cuando callas, porque estás como ausente”, dice el poeta Neruda.

La farmacéutica Novartis distribuye sus folletos de manera prolija en las escuelas, atiende a los padres de familia y convence a todos: “el tratamiento farmacológico es para toda la vida”. Trabaja convenciendo a doctores, administradores de farmacias, técnicos y al gran público de que: “las intervenciones farmacológicas son la piedra angular del tratamiento en el TDAH”.

Las ganancias millonarias se generan por una producción muchas veces hecha en países marginados donde se maquila con mano de obra barata.

Dominación ideológica, persuasión y control de masas al igual que Walt Disney, Netflix y Televisa, según los estudiosos

iniciales de la manipulación y las formas ocultas de la propaganda (Packard, V., *Las formas ocultas de la propaganda*, 1975, Sudamericana).

La fundamentada aseveración del autor, de que Novartis está acusada de ofrecer sobornos y generosos honorarios a los médicos y científicos de Estados Unidos, no excluye que también maneje esta práctica de otorgar estímulos económicos, científicos y académicos en casi todos los países de Centro y Sudamérica. A través de textos, folletos, libros, videos y películas va trabajando con profesionales latinoamericanos que atienden a los pacientes diagnosticados y los prepara o adiestra para seguir sus propuestas de medicación. Estos trabajos de convencimiento por supuesto se practican y se extienden en México. Es aquí donde surge nuevamente la relación ciencia y poder. Por ejemplo, en este esquema:



Compañías trasnacionales ejercen poder sobre médicos y profesionales de la ciencia que a su vez hacen presión sobre escuelas, maestros, padres de familia y también sobre los jóvenes y, claro, sobre los enfermos, los parientes y los desinformados.

Nos preguntamos nuevamente ¿dónde está la ética? ¿Se pierde con las ganan-

cias? ¿La posibilidad de explorar opciones que no sean farmacológicas? ¿No existen? La pesadumbre publicitaria, el omnipresente y trastemporal poder hegemónico acaba con la menor inquietud o dudas, ya de los científicos, ya de los maestros o familiares, ya de los pacientes diagnosticados.

Es importante señalar que Víctor M. Peralta fue invitado a exponer y explicar el tema en el Senado de la república donde responsabilizó a los representantes populares en torno a su papel histórico de establecer el control de la medicación que muchos niños y adolescentes reciben al atribuírseles trastornos de atención e hiperactividad, o TDAH. Así, legalmente son convertidos en potenciales farmacodependientes. La responsabilidad de legislar estas prácticas se finca en legisladores pero también se extiende a investigadores, profesores y estudiantes que pueden crear alternativas eficientes y no adictivas.

Desde la perspectiva hegemónica los diagnosticados se consideran eternos consumidores de fármacos, ya que están condenados a vivir siempre con el TDAH. Por lo tanto el médico mayor, los grandes sanadores, serán los multinacionales consorcios farmacéuticos que tienen soluciones de curación para todos y para toda la vida. Son el poder hegemónico para alcanzar la salud. Las compañías mexicanas involucradas con los tratamientos para el TDAH son: Fármacos Especializados, Ely Lilly de México, Específicos Stendhal, Valeant Farmacéutica y otros.

Preguntas finales: ¿Cuántas farmacias hay en las principales avenidas de la ciudad? ¿Por qué hay tantos laboratorios químicos? Dudar, investigar, leer, son grandes aliados de la salud.



SILABARIO

EL GESTO EN RESONANCIA

FERNANDO VIGUERAS



Galia Eibenschutz. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.

Pero el sentido del cuerpo registra y percibe el mundo en torno (su estímulo) con toda la superficie corporal, con todas sus cavidades, órganos internos y membranas mucosas. Y precisamente estas partes «pasivas» de nuestro cuerpo son capaces de transmitir las sensaciones más intensas.

JAN SVANKMAJER
Para ver cierra los ojos

Silabario es un proyecto del músico y artista sonoro Fernando Viguera.

Propone una serie de instalaciones sonoras que estudian aspectos sutiles del lenguaje, el gesto y el trazo, entendidos como voz, resonancia y movimiento.

Cada lengua entrafia un sistema de símbolos codificados a través de sonidos, gestos, trazos, formas sensibles que desciframos y reproducimos por medio del habla y la escucha. Al aprender a desplazarnos, el cuerpo recrea su propio lenguaje, una coreografía continua que se va desarrollando a lo largo del tiempo. Este proceso de aprendizaje representa un acto creativo esencial al que intento aproximarme desde *Silabario*, una serie de instalaciones sonoras interactivas que establecen códigos mediados por acciones performáticas, pautando una serie de gestos y desplazamientos que se orientan y articulan a través de la escucha y la intuición.

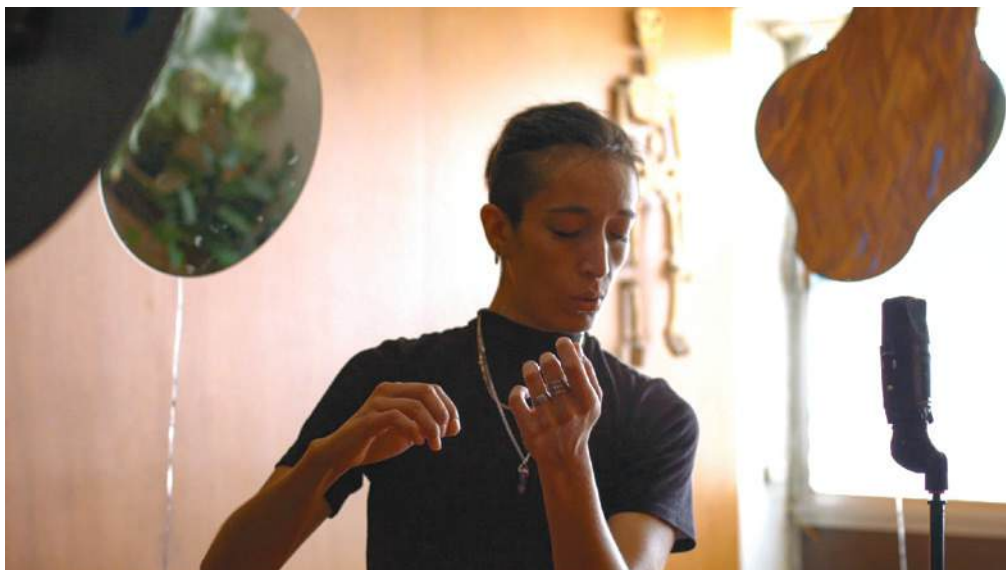
Silabario propone un espacio de exploración sonora conformado por un grupo de instrumentos y objetos en tensión que articulan un ensamble reactivo al lenguaje sonoro y gestual de quienes las activan. Cada instalación produce un ámbito de sonidos determinados y generados por medio de mecanismos automatizados que se activan a través de un sistema de sensores que registran el trazo del performer en el espacio, en este caso, el trazo se entiende como una acción originada desde el desplazamiento corporal, la gestualidad o la resonancia de la voz, elementos sutiles del lenguaje.



Ariadna Ortega. Activación de *Silabario 1*. Imagen: Mónica García.

Video: <https://youtu.be/Y3bFK5pIyUk?si=q9S7C9yTo2FXy1dO>

Ocho plataformas resonantes suspendidas, distribuidas equidistantemente acotan un espacio acusmático que juega con la idea del gesto sonoro y las sonoridades producidas por cada artista que interactúa con la instalación en el caso de *Silabario 1*.



Sarmen Almond. Activación de *Silabario 1*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/fKcBrahDbyQ?si=zJaOar2kg8VJAajk>

Algunas de las artistas que participaron en *Silabario 1* fueron la violonchelista Ariadna Ortega, la performer y artista visual Galia Eibenschutz, la artista vocal Sarmen Almond, las cantantes Jenny Beaujean y Maricarmen Martínez, la artista sonora Concepción Huerta y el artista sonoro y vocalista Rodrigo Ambriz.



Jenny Beaujean. Activación de *Silabario 1*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/D3etK4V1Uqg?si=B_lnPLsdnof4IMDy



Maricarmen Martínez. Activación de *Silabario 1*. Imagen: F. Vigueras.
Video: <https://youtu.be/WggHOiema5E?si=5X34X-q6HEUnfheQ>

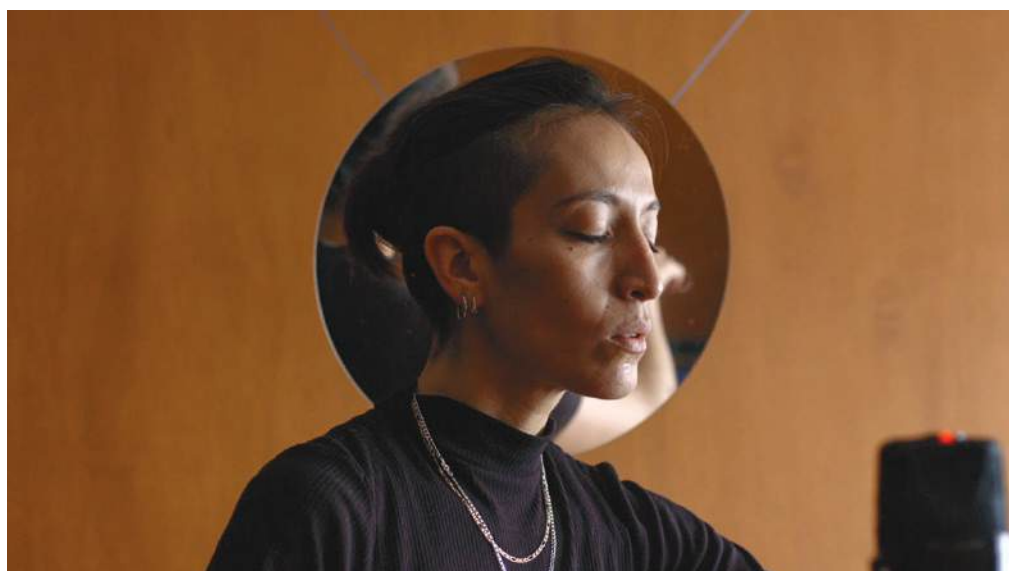
Silabario 1 se presentó en un estudio privado, en el mes de julio de 2024, contó con las activaciones de Concepción Huerta y una sesión colectiva con Rodrigo Ambriz y Fernando Vigueras.



Concepción Huerta, Rodrigo Ambriz y Fernando Vigueras. Presentación de *Silabario 1*.
Imagen: Aarón Jiménez. Video: <https://youtu.be/O3QheVNdHr8?si=9sfPAdvuA2JDLqR4>



Concepción Huerta, Rodrigo Ambriz y Fernando Viguera. Presentación de *Silabario 1*.
Imagen: Katia Castañeda. Video: <https://youtu.be/O3QheVNdHr8?si=9sfPAdvuA2JDLqR4>



Sarmen Almond. Activación de *Silabario 1*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/fKcBrahDbyQ?si=zJaOar2kg8VJAajk>



Rodrigo Ambriz. Activación de *Silabario I*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/fKcBrahDbyQ?si=zJaOar2kg8VJAajk>

La segunda instalación, *Silabario II*, comprende un ensamble de guitarras y bajos acústicos intervenidos con dispositivos electromecánicos que percuten cuerdas y el cuerpo del instrumento además de cuatro transductores de audio que transforman el cuerpo de cada guitarra en una caja resonante que amplifica distintas sonoridades registradas durante el proceso y el encuentro con cada participante.



Aura Arreola. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DW0kh1F8_IIIERvo



Aisha Serrano. Activación de *Silabario II*. Imagen: Ismael Méndez (SNRNG).

Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_IIIERvo

La retroalimentación entre el espacio y la sonoridad que proponen las instalaciones en correspondencia con el lenguaje de cada artista, generó distintos códigos y abordajes para la serie de activaciones que tuvieron lugar durante el proceso y la presentación pública de las piezas, transformando el espacio, la sonoridad y el aura instrumental de cada uno de estos organismos sonoros.



Aura Arreola. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_IIIERvo

Silabario II contó con la participación de la artista interdisciplinaria, coreógrafa y performer Aura Arreola, la coreógrafa y performer Aisha Serrano, la artista visual y artista de performance Galia Eibenschutz y el artista sonoro y performer Manuel Estrella Chi.



Manuel Estrella Chi. Activación de *Silabario II*. Imagen: Ismael Méndez (SNRNG).
Video: https://youtu.be/nD_crPpr_N4?si=7CwGpsZz_B6wzwF7

La presentación pública de *Silabario II* se realizó en el Centro Cultural de España en México donde participaron las artistas Aura Arreola, Aisha Serrano y Galia Eibenschutz además de Fernando Viguera.



Galia Eibenschutz. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/Hf4HgPiBvno?si=z6Jrm1NANSaJBtM3>



Aura Arreola. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_l1lERvo



Aisha Serrano. Activación de *Silabario II*. Imagen: Ismael Méndez (sNRNG).
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_IIIERvo



Galia Eibenschutz. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/Hf4HgPiBvno?si=z6JRm1NANSaJBtM3>

Silabario es un proyecto de Fernando Viguera en colaboración con distintos artistas invitados. Fue realizado con el apoyo del programa Creadores Escénicos 2022–2023 del Sistema de Apoyos a la Creación (antes FONCA).



Ariadna Ortega. Activación de *Silabario I*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/Y3bFK5pIyUk?si=q9S7C9yTo2FXy1dO>



Manuel Estrella Chi. Activación de *Silabario II*. Imagen: Ismael Méndez (SNRNG).
Video: https://youtu.be/nD_crPpr_N4?si=7CwGpsZz_B6wzwF7



Jenny Beaujean. Activación de *Silabario 1*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/D3etK4V1Uqg?si=B_inPLsdnof4IMDy



Maricarmen Martínez. Activación de *Silabario 1*. Imagen: F. Viguera.
Video: <https://youtu.be/WggHOiema5E?si=SX34X-q6HEUnfheQ>



Aisha Serrano. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_IIIERvo



Aura Arreola. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_IIIERvo



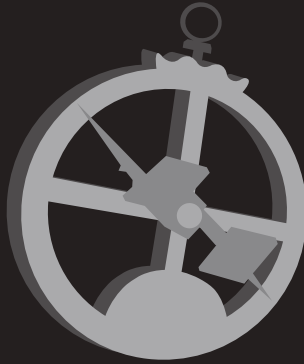
Galia Eibenschutz. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: <https://youtu.be/Hf4HgPiBvno?si=z6JRM1NANSaJBtM3>



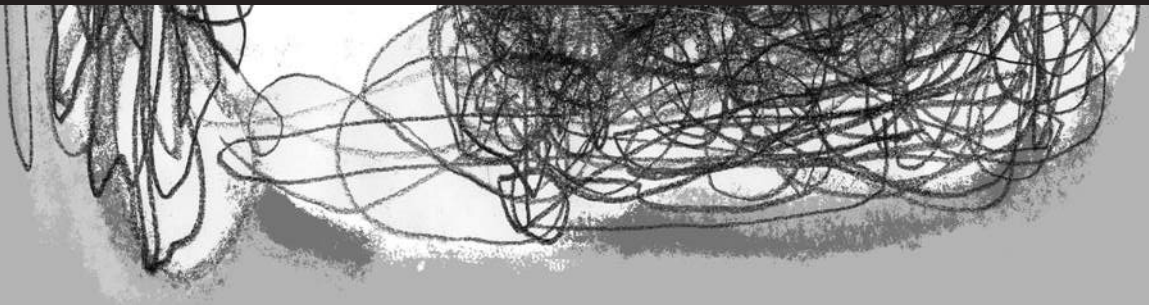
Aura Arreola. Activación de *Silabario II*. Imagen: Mónica García.
Video: https://youtu.be/SY3mGoGr_Uk?si=DWokh1F8_l1lERvo

Fernando Viguera Sánchez es artista sonoro y músico especializado en prácticas y lenguajes experimentales. En su trabajo indaga sobre el uso objetual de instrumentos musicales para recrear modos concretos de producción sonora, a través de intervenciones en sitio específico, conciertos e instalaciones interactivas.





www.uacm.edu.mx/astrolabio



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

