

# Problemas emergentes en salud:

Interfaces teórico-metodológicas en  
torno a la corporeidad extendida

- Lilia Mestas Hernández • Bernardo Adrián Robles Aguirre
- Andrés Méndez Palacios-Macedo • Laura Y. Vázquez Vega.  
(coordinadores)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

# Problemas emergentes en salud: Interfaces teórico-metodológicas en torno a la corporeidad extendida

- Lilia Mestas Hernández
  - Bernardo Adrián Robles Aguirre
  - Andrés Méndez Palacios-Macedo
  - Laura Y. Vázquez Vega.
- (coordinadores)

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad  
Director

Dra. Mirna García Méndez  
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara  
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez  
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López  
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez  
Jefa de la División de Planeación Institucional

Dra. Rosalva Rangel Corona  
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista  
Jefe de la División de Estudios  
de Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo  
Jefe de la Coordinación de Comunicación Social y  
Gestión de Medios

Datos para catalogación bibliográfica

Coordinadores: Lilia Mestas Hernández, Bernardo Adrián Robles Aguirre, Andrés Méndez Palacios-Macedo y Laura Y. Vázquez Vega.

Problemas emergentes en salud: Interfaces teórico metodológicas en torno a la corporeidad extendida.

UNAM, FES Zaragoza, septiembre de 2025.

Peso: 5.4 Mb

ISBN: 978-607-642-080-5

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños Castillo.

Formación de interiores: J. Israel Álvarez Mundo.

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, evaluado por pares a doble ciego, y se aprobó en agosto de 2025.

La coordinación de la obra colectiva se realizó como parte de los proyectos Salud sexual y reproductiva. La experiencia desde los grupos en situación de vulnerabilidad, CONAHCYT Estancias Posdoctorales por México 2022(3): clave 315913, e Interculturalidad crítica: salud, lengua y territorio. Tres etnias originarias enlazadas por la agencia y resistencia de sus habitantes, SECIHTI, IH-2025-I-466.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Problemas emergentes en salud: Interfaces teórico metodológicas en  
torno a la corporeidad extendida

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México  
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,  
Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,  
Alcaldía de Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

# Índice

Introducción	
Andrés Méndez Palacios-Macedo, Bernardo Adrián Robles Aguirre, Lilia Mestas Hernández y Laura Y. Vázquez Vega	3
Capítulo I	
El placer y el dolor en el deporte	9
Anabella Barragán Solís	
Capítulo II	
Narrativas encarnadas y vaginismo: Trayectorias, escucha y acuerpamiento	25
Nura M. Faraón Chaúl Rivas y Laura Y. Vázquez Vega	
Capítulo III	
Trayectorias corporales de VIH en el proceso de envejecer: Hacia la construcción de nuevas identidades	53
Andrés Méndez Palacios – Macedo y Zoraida Ronzón Hernández	
Capítulo IV	
Marchitarse. Amputaciones en enfermos hospitalizados. Un análisis cualitativo	71
Omar Ángel Daniel Cabrera Valdez y Bernardo Adrián Robles Aguirre	
Capítulo V	
Vulnerabilidad social y embarazo subsecuente: Elementos para analizar el caso de las adolescentes mayas de Yucatán	89
Rocío Quintal López	
Capítulo VI	
Masculinidad y salud mental: Dos casos de hombres trans	109
José Arturo Granados Cosme, Eduardo Minero García y Rosa Georgina Pérez Castillo	
Capítulo VII	
Limitaciones en la actual estrategia de prevención del suicidio en masculinos, una reflexión teórica.	123
Santiago Moyocoyani Sosa Salazar y Bernardo Adrián Robles Aguirre	



## Capítulo VIII

Las políticas alimentarias como dispositivos en la atención a la salud de grupos vulnerables	139
--	-----

Víctor Manuel Ávila-Pacheco

## Capítulo IX

Nuevas prácticas de fe en la era digital con personas mayores: Reflexiones en torno a su impacto en la autonomía, la salud y la calidad de vida.	155
--	-----

Felipe R. Vázquez Palacios

## Capítulo X

Recursos tecnológicos de información y comunicación en la autoatención	179
--	-----

Lilia Mestas Hernández, Fernando Gordillo León, Bernardo Adrián Robles Aguirre, Marco Antonio Cardoso Gómez, Luis Ortiz Trinidad y José Eduardo González López

## Capítulo XI

Relación entre las redes sociales con la imagen corporal y la alimentación en estudiantes del área de la salud	197
--	-----

Iara Gabriela Valle Llanes y Andrés Méndez Palacios Macedo

Sobre los autores	215
-------------------	-----

# Introducción

• Andrés Méndez Palacios-Macedo • Bernardo Adrián Robles Aguirre

• Lilia Mestas Hernández • Laura Y. Vázquez Vega

El presente libro significa un extraordinario esfuerzo por realizar un encuentro de distintas disciplinas y enfoques con el pretexto de discutir algunos problemas que recientemente, han emergido como objetos de estudio para las ciencias de la salud. Son once capítulos los que conforman el trabajo y aun cuando los títulos puedan sugerir un tratamiento independiente, en conjunto, cuentan con una línea conductora muy particular: la crítica al abordaje tradicional de la biomedicina.

La estructura básica presenta cuatro ejes reguladores: el primero, versa sobre el cuerpo y sus derroteros; en el segundo, se abordan tres diferentes casos de estudio para reflexionar sobre la salud pública institucionalizada y sus políticas y finalmente, los tres últimos textos, presentan estudios sobre la influencia de la comunicación digital en la salud y la autonomía.

Primeramente, el capítulo de Barragán marca la pauta precisa sobre lo que el primer bloque de textos desarrollará: la omnipresencia del cuerpo. Desde el marco de la antropología física, propone la interdisciplina dialógica con otras áreas en donde el debate se centra en el placer y el dolor en el deporte practicado por un grupo de mujeres de la Ciudad de México, de quienes expone sus representaciones y experiencias.

Para la autora, la práctica del deporte es una experiencia de placer, libertad y autoconocimiento del cuerpo, pero también de dolor; lejos de sugerir una dicotomía, se propone considerar también al placer del dolor. A partir de una aproximación cualitativa, su proyecto presenta informaciones narraciones en las que las mujeres refieren lidiar con las lesiones y los malestares con la finalidad de superar los límites del cuerpo, logrando así un sentido de éxito y plenitud.

Pero el dolor no tiene los mismos significados en el proyecto de Faraón y Vázquez; si bien comparten perspectivas, aproximaciones y nociones generales sobre la forma en que las prácticas se encarnan, en su trabajo presentan dos condiciones que parecen ser de dominio exclusivo de la biomedicina: el vaginismo y la dispareunia.

Las autoras comienzan con una revisión de los marcos de comprensión del problema, buscando dar cuenta de la complejidad de las prácticas sexuales en contextos patriarcales. Las páginas del texto son por demás sugerentes para que los lectores busquen reconstruir las categorías atravesadas por los cánones biomédicos sobre la sexualidad, donde ambas condiciones parecen lejanas también para que la epidemiología clásica de cuenta de su real prevalencia. Asimismo, se podrán reconocer, a través de la voz de las colaboradoras, testimonios sobre malas experiencias con la educación en salud, las familias y los tratamientos.

Para Méndez y Ronzón, la sexualidad también es fundamental para la comprensión del fenómeno del envejecimiento viviendo con VIH. En este texto, se denuncia que el aumento de casos no ha sido acompañado por una estrategia efectiva por parte de las instituciones de salud, principalmente por falta de perspectiva; al igual que en el capítulo anterior, se señala que la falta de incorporación de las experiencias obstaculiza el avance en la relación de problemas concomitantes.

El tercer capítulo propone para ello una reflexión teórica desde los ejes de la vida cotidiana y la encarnación de sus experiencias. En éste, se hace una crítica al énfasis que ha hecho la biomedicina al observar los fenómenos relativos al envejecimiento y el VIH como entidades completamente patológicas. También se señala la poca relevancia que tiene la sexualidad desde una perspectiva incluyente, pues sólo se asume desde la heteronormatividad.

El vínculo entre los dos últimos trabajos del primer bloque es la idea de la otredad monstruosa; mientras que para el anterior es el viejo, para Cabrera y Robles es el amputado, quien ha tenido que experimentar la enfermedad desde la despersonalización hospitalaria. La construcción cultural del cuerpo es, como en el resto de los trabajos de este apartado, el eje de reflexión, sin embargo, los autores van más allá, pues exploran sus relaciones con la autoatención, vista por ellos como una estrategia resultante.

Es también para este texto, un importante bastión de análisis el papel que juegan las instituciones nosocomiales en la atención no sólo de la amputación, sino del origen de esta: la diabetes mellitus. Esta reflexión permite a los lectores comprender la realidad de los padecientes desde una perspectiva social compleja, en donde no sólo es relevante la dimensión cultural del padecimiento, sino las implicaciones políticas que tiene la respuesta social organizada.

Es de esta forma que se genera el puente teórico con el segundo bloque temático del libro, en donde se presenta un análisis de casos diversos en donde la institucionalización de la discriminación y la violencia juega un papel fundamental. Para el conjunto de capítulos subsecuentes, es por demás relevante comprender las formas sistémicas de generar vulnerabilidad, sea esta por motivos de género, condición étnica o identidad sexual.

El capítulo de Quintal abre la discusión de manera contundente, pues desde sus primeras líneas sostiene que el embarazo entre adolescentes no sólo es un problema de salud pública, sino también una limitación en el goce de los derechos sexuales y reproductivos. La autora elude los planteamientos tradicionales de la salud pública, pues apunta hacia el complejo entramado que origina el problema y no sólo hacia las personas involucradas.

Asimismo, señala que una de las principales limitaciones para la resolución del problema, es que un cuarto de estos embarazos, son subsecuentes, lo cual tiene implicaciones orgánicas y sociales a corto, mediano y largo plazo. Pero no es un fenómeno homogéneo, puesto que afecta principalmente a poblaciones rurales y compuestas por grupos originarios.

Pero hay un punto medular en este trabajo: la forma en que los servicios de salud, como instituciones políticas, reproducen la desigualdad y la exclusión. De igual forma, Granados, Minero y Pérez denuncian esta situación en el capítulo seis, pero con un distinto grupo poblacional: los hombres trans. Ellos no sólo viven las consecuencias sociales de la imposición de una masculinidad heteronormada avalada por la biomedicina, sino también sus implicaciones, las cuales inciden en una mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Desde un enfoque médico social, los autores buscan señalar que las barreras en el acceso a los servicios de salud e información tienen su origen en la discriminación. Para ello, recurren a una organización particular del texto, en donde exponen tres escenarios en los cuales, develan la forma en que las convenciones de la masculinidad heteronormativa se reproducen en las instituciones, los discursos y las prácticas, mismas que tienen un importante impacto en la salud mental de las personas.

Sosa y Robles, profundizan en su capítulo la situación actual de la salud mental, pero apuntan hacia las estrategias actuales para la prevención del suicidio. Ellos señalan que, en México, el número de casos ha aumentado en el último lustro, a tal



grado de ser una de las principales causas de mortalidad entre hombres jóvenes. Al igual que en los capítulos anteriores, se discute principalmente la forma en que la salud pública ha abordado el fenómeno, pues pese al conocimiento que ha generado, no ha conseguido mitigar el problema.

De nuevo se hace evidente la línea conductora del bloque y quizá también, de todo el libro: las limitaciones conceptuales detrás de las categorías de análisis; para los autores, las estrategias han sido adecuadas, pero su enfoque no precisa niveles socioestructurales, ni presenta matices microsociales o microhistóricos.

Ávila concuerda con Sosa y Robles en las limitaciones de los marcos conceptuales, pero en su texto va mucho más allá: reconociendo una dimensión política de la salud, cuestiona las formas en que el ejercicio técnico de la política alimentaria reproduce dispositivos biopolíticos. Para el autor, los viejos derroteros de la política social están presentes en las nuevas intervenciones del Estado.

Extendiendo entonces la problemática de la salud a otro fenómeno social complejo, la alimentación, en el capítulo ocho se cuestiona el papel del gobierno en la gestión de la vulnerabilidad, para lo cual son fundamentales dos preceptos: la pretendida homogeneidad de las prácticas entre las poblaciones y la construcción discursiva del grupo vulnerable. En este sentido se cierra el bloque generando una rica discusión de las instituciones, las políticas que las regulan y sus programas.

Pero existen espacios a los que algunos grupos socialmente vulnerados han recurrido cuando falta la voluntad política o bien, cuando el ejercicio del poder del Estado no corresponde con la satisfacción de las necesidades sentidas: las comunidades digitales. En el tercer bloque se presentan algunos casos en donde la comunicación digital, traza nuevas fronteras, tanto para reducir como para ampliar las brechas en la salud.

El primer caso corresponde al texto de Vázquez, en donde las personas mayores vuelven a tener el protagonismo, pero desde un enfoque completamente original: la forma en la que, a propósito de la pandemia por COVID-19, se apropiaron del uso de las redes sociales. Para el autor, el internet es un espacio de oportunidad para la conexión y el apoyo, pero no sólo personal, sino también espiritual. En una serie de entrevistas y reflexiones en torno a la realidad de Xalapa, el autor indaga sobre el uso de los medios digitales, la comunicación intergeneracional y la autonomía religiosa.

En el texto, es por demás relevante la forma en que las personas mayores han aprendido a mantener una adecuada salud digital. Los resultados del estudio apuntan a que la gestión de las tecnologías de información y comunicaciones, no sólo repercuten en la fe, sino que contribuye significativamente en mantener redes de apoyo, fomentan la agencia en salud y posibilitan la integración con comunidades más amplias.

De igual forma, para Mestas, Gordillo, Robles, Cardoso, Ortiz y González, el internet en tiempos de pandemia es el principal protagonista. Este grupo realizó un estudio minucioso sobre las búsquedas que sobre diabetes se realizaron en los últimos cinco años en México, principalmente guiados por el interés que podrían tener las personas al ser ésta, un importante factor de riesgo para desarrollar síntomas.

Más allá de la frecuencia de búsqueda y sus especificidades, este trabajo apunta a las nuevas formas de agencia de la información; cada vez será más recurrente que las personas puedan acceder a datos específicos de las enfermedades y sus procesos de atención, pero pese a la desconfianza que genera entre la comunidad médica, esto puede contribuir sustancialmente en generar procesos autoatención más eficaces con el control de los padecimientos.

Sin embargo, la comunidad digital no siempre tiene implicaciones positivas para la salud. Valle y Méndez desarrollan en su trabajo, un análisis sobre la relación que tienen las redes sociales en la construcción de la imagen corporal y la alimentación entre estudiantes de salud en Mérida. Si bien, los patrones de consumo y la satisfacción con las formas del cuerpo han sido frecuentemente estudiadas, aún se desconoce el impacto que puede tener la participación en las comunidades digitales.

A manera de cierre del trabajo, bloque y documento, los autores realzan la importancia de generar este tipo de estudios entre los estudiantes, pues son ellos quienes pueden tener no sólo más información, sino una incidencia directa en el diseño de nuevas formas de intervención. Sus hallazgos apuntan a que el género y la formación profesional, inciden en el consumo de redes, pero concluyen que la tarea de reconocer la influencia de las mismas en la elección de alimentos y la satisfacción corporal es mucho más compleja.

Como podrá apreciarse, el libro presenta una composición ecléctica, pero no por ello, deja de tener un entramado común: presentar las formas en que la salud física, mental y la alimentación presentan importantes tensiones con las formas

tradicionales de resolver sus problemas y la manera en que los esfuerzos multi, inter y transdisciplinarios pueden contribuir enormemente a su resolución. Esperamos que el lector pueda encontrar un texto sugerente que le permita no sólo estar informado, sino también le despierte interés y curiosidad por involucrarse en los temas que se presentan.

# El placer y el dolor en el deporte

• Anabella Barragán Solís

## Resumen

A partir de la reflexión sobre el devenir de la antropología física como una interdisciplina en diálogo con la antropología médica y la antropología del cuerpo, se exploran las representaciones y la experiencia del placer y el dolor en la práctica deportiva de tres mujeres mexicanas residentes en la Ciudad de México. El trabajo se desarrolla bajo tres interrogantes: ¿cuáles son las representaciones y experiencia en torno al placer y el dolor en la práctica deportiva en un grupo de mujeres? ¿Cuáles son los riesgos para la salud y la vulnerabilidad a la que se enfrenta el grupo de tres mujeres durante su experiencia del deporte?, y ¿Cuáles son los aportes de la experiencia de las mujeres de este estudio para una epidemiología sociocultural del deporte? Los objetivos se centran en la descripción de las representaciones y prácticas que este grupo de mujeres realiza de forma rutinaria, recuperadas de las narrativas construidas en entrevistas en profundidad en 2022 y 2024. Partimos de conjeturar que la práctica del deporte en este grupo de mujeres es una experiencia de placer, libertad y autoconocimiento del cuerpo, así mismo el tipo de técnicas corporales y el sentido de la práctica contienen elementos de riesgo para la salud y vulnerabilidad para sus practicantes, encubiertos por el placer del dolor y porque éste es esperado y aceptado en aras de superar los límites del cuerpo como un reto personal, un sentido de éxito, plenitud y placer. El análisis cualitativo de los resultados confirma esta hipótesis.

Palabras clave: cuerpo, deporte; placer; dolor; riesgo



## Introducción

La antropología física en México ha surcado derroteros muy particulares, en sus inicios se dio a la tarea de determinar los diversos tipos físicos de las poblaciones antiguas, y desde su institucionalización como disciplina científica, se ha caracterizado por la necesidad de vincular la ciencia con la sociedad. El desarrollo de la disciplina casi de manera “natural” fue incorporando nuevas técnicas y métodos con los que logró describir la realidad objetiva de los cuerpos de las poblaciones desaparecidas a través de las herramientas que fueron conformando el andamiaje teórico y metodológico de la bioarqueología, con un éxito patente a través del interés y la producción científica de los investigadores de diversas generaciones en el siglo XX y XXI, que han dado respuestas a múltiples interrogantes de la vida de las poblaciones prehispánicas, de la época virreinal y contemporánea, actualmente estos capitales disciplinares se han puesto en juego en la antropología forense dado el contexto de violencia en nuestro país. Por otra parte, el avance teórico-técnico de la somatología, la ontogenia y la genómica han demostrado su pertinencia como ejes paralelos a la osteología en el desarrollo de la antropología física mexicana acorde con el desarrollo internacional de la disciplina. Sin embargo a partir de los años 70 del siglo XX se fue conformando una antropología física más allá de estos temas que han sido su matriz disciplinar (Vera 2023), a partir de la reflexión de la realidad histórica, social, ecológica y política nacional e internacional, la llevó a convertirse en una interdisciplina que dialoga además con la psicología, la medicina, la biología, la lingüística, la arqueología, el feminismo, etcétera, teniendo como eje vertebral el cuerpo en íntima relación con la cultura.

Paralelamente la antropología del cuerpo como un campo de estudio específico (Citra 2009) fue abriendo caminos que se bifurcaron e intersectaron con la antropología física, donde ya se desarrollaba el campo de la antropología del comportamiento del Homo sapiens cuyo eje de observación, descripción y análisis es el cuerpo en su subjetividad en su “ser-estar/sentir-hacer” (Lizarraga 2016: 138), es decir el cuerpo en su dimensión experiencial (Vera 2002), fenómeno cuya complejidad exige miradas no sólo multidisciplinarias sino inter y transdisciplinarias.

En este trabajo se explora la experiencia corporal de la actividad deportiva en interrelación con dos realidades inobjetables de la corporeidad: el placer y el dolor, desde una perspectiva interdisciplinaria donde dialogan y se complementan la antropología física, la antropología del cuerpo y la antropología médica. Desde

los años treinta del siglo XX cuando Marcel Mauss propone el concepto técnica corporal, a través del cual, desde una perspectiva etnográfica se estudia la forma en que las sociedades hacen uso de su cuerpo en las múltiples realidades cotidianas (Mauss 1979), esta propuesta fue el germen para que diversos autores desarrollaran nuevas propuestas de investigación antropológica. Aquí partimos de comprender que la existencia humana es corporal, inmersa en diversos niveles de realidad: anatomofisiológica, psicológica, social, cultural, histórica y ecológica, realidades complejas cuya aprehensión, aunque seguramente parcial, puede intentarse a partir del modelo de análisis del cuerpo propuesto por Le Breton (1995) conformado por cuatro ejes analíticos: forma, contenido, saber y valor. Así ubicamos al grupo y tema de estudio en el contexto de una técnica corporal: el deporte, sus representaciones y experiencia según este modelo. Nos valemos también de los ejes teórico-metodológicos nodales de la antropología médica: el proceso salud-enfermedad-atención-prevención (s-e-a-p) (Menéndez 1990; 2020), desde el cual se reconoce que en las diferentes realidades en las que se encuentran los sujetos y las poblaciones interactúan diversos sistemas médicos: el Modelo Médico Hegemónico (MMH) o biomedicina, el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) que incluye otros sistemas curativos como la acupuntura, la homeopatía, la medicina tradicional, etcétera y el Modelo Médico de Autoatención (MMAA) en el que se integran los saberes y las estrategias curativas, control del daño o de prevención, decididas y organizadas por los propios afectados o su grupo de relación, donde no media un curador profesional, sea del MMH, o del MMAS.

Estos modelos se complementan y dialogan en la realidad de la experiencia de las mujeres de este trabajo las que como parte de un determinado grupo social construyen representaciones diagnósticas y causales con las que explican sus malestares, elementos que aportan para la construcción de una epidemiología sociocultural, que no sólo se conforma con datos de las instituciones de salud biomédicas, sino que es el punto de vista de los actores sociales el que revela las realidades locales de la salud-enfermedad, de allí la importancia de retomar la dicotomía illness, disease, propuesta por Fabrega (1972), para diferenciar la enfermedad (disease) que se refiere al diagnóstico construido desde el paradigma biomédico, del padecimiento (illness), que se trata de la vivencia de los sujetos afectados en interacción con las redes sociales de su esfera familiar, laboral, vecinal, o como en el caso que nos ocupa las redes de relación en el ámbito de la práctica del deporte.

La antropología médica se ha enfocado de manera primordial al estudio de los padecimientos y enfermedades en los diversos grupos sociales desde una perspectiva relacional (Menéndez 2002), pero el estudio de las prácticas saludables ha sido marginal. De allí que este trabajo sea una oportunidad para explorar la actividad deportiva. Lo que dará pie a describir las experiencias desde la perspectiva de un grupo de mujeres y dilucidar las contradicciones sociales en estas actividades, que se consideran saludables según las recomendaciones de los sistemas de salud biomédicos a nivel mundial, en los que se reconoce la necesidad de realizar actividad física y una alimentación saludable en contraposición al sedentarismo y la alimentación inadecuada que han influido de manera definitiva en la epidemia mundial de diabetes mellitus tipo II, obesidad e hipertensión, y el síndrome metabólico, con consecuencias catastróficas en las diversas latitudes del orbe. Consecuencias mayormente devastadoras en las poblaciones vulneradas de América Latina y en nuestro país de manera particular (Cardoso et al. 2023; Quiroz 2023). Fenómenos epidemiológicos que se acrecentaron durante la reciente pandemia de COVID-19 y que fueron causas de comorbilidad de esta enfermedad respiratoria grave ocasionada por la infección del virus SARS-CoV-2 (Bautista 2023).

## El dolor, la experiencia y el placer

Para Merleau-Ponty (1994) el cuerpo propio nos enseña un modo de unidad, de tal forma que estoy en mi cuerpo, “soy mi cuerpo”, la vida del cuerpo es nuestra vida real, la única que tenemos. El sentido de la existencia está encarnada en el cuerpo, por eso partimos de él para analizar la compleja relación de la experiencia deportiva ya que es “a través del cuerpo que se tiene conciencia de sí mismo y del mundo” (De Castro et al. 2006: 145). El cuerpo es “un lugar de intersección de significaciones sociales, culturales y científicas, que nos lleva, simultáneamente, a la imagen de las sociedades y de los individuos” (Vilela 2000: 85), así la corporalidad es una síntesis dialógica entre discursos orales y discursos corporales, encarnados en el cuerpo, es decir las narrativas como “vehículos del pensamiento” son “interpretaciones que las personas ofrecen desde la intimidad de su cultura sobre un hecho en el que el cuerpo tiene un papel fundamental” (Lara 2023: 91), y no hay nada que ponga en acto al cuerpo de manera contundente como el placer y el dolor, elementos centrales de la experiencia corporal en el deporte, como se verá en los resultados de este trabajo.

Reconocemos que el dolor es un complejo de percepciones intrínsecamente unidas a la emocionalidad y los significados. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), propuso o ha propuesto una definición del dolor universalmente aceptada por la biomedicina: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño” (IASP 2024). Desde la antropología entendemos la noción de experiencia, como vivencia que se destaca de otras vivencias (Gadamer 1999) y que según Turner (2002) es una prueba o experimento para establecer metas y modelos futuros.

En la exploración de la literatura sobre el dolor de acuerdo a su origen puede ser autoinfligido, infligido por otros, ser parte de prácticas deportivas, de los ritos de paso, de procesos fisiológicos, o debido a una enfermedad, presentarse durante el tratamiento médico o a consecuencia de una iatrogenia, por tormento o ejecución, entre otras causas (Barragán 2008). Aquí se explorará el dolor originado en la práctica deportiva que es un dolor en general agudo, esperado y aceptado. Desde la perspectiva biomédica se clasifica según el tiempo de evolución en dolor agudo y crónico; el primero se refiere a la sintomatología que acompaña a una lesión o proceso patológico y que remite paralelamente a ésta. En cambio, el dolor crónico es aquel que persiste aún después que han desaparecido las lesiones o el daño tisular o se presenta como parte del proceso mórbido de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles o incurables.

Por otra parte, la imposibilidad de pensar el cuerpo escindido del complejo sexo-género nos obliga a relacionar la experiencia significada mediada por esta dicotomía, elaborada por las sociedades “a partir de la diferencia sexual anatomo-fisiológica, y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción y a las formas de relación social” (Hierro 2003: 33). Desde esta premisa exploramos la experiencia del placer y el dolor en las mujeres de este estudio. Siguiendo la proposición de la antropología del comportamiento sobre el hedonismo como una condición del Homo sapiens, que no solo supone el bienestar “sino también excitación, relajación, satisfacción, diversión, agrado, goce, deleite, placer, pasión, disfrute, gusto, confort, éxtasis, holganza, complacencia, seguridad, risa [...] la experiencia hedonista sólo es posible si se es capaz de captar, percibir sentir, concebir y significar experiencias de displacer” (Lizarraga 2016: 216), y es a través de la interacción del placer-displacer que se desencadena una modificación del ser-estar hacia un ser-estar/sintiendo, concluye este autor. En consonancia con Lizarraga, Hierro (2003), desde un horizonte feminista



señala que: “la ética feminista hedonista es contribuir a la integración de la personalidad femenina a través de la asunción de la propia experiencia del placer definida y descrita por las mujeres” (Hierro 2003: 27).

## Método

El enfoque fenomenológico aspira a entender el comportamiento de los sujetos sociales desde su propia perspectiva, para examinar el modo en el que se experimenta el mundo. Desde una perspectiva cualitativa con un corpus de datos etnográficos se analizaron las narrativas obtenidas de la aplicación de un conjunto de entrevistas a un grupo de mujeres mexicanas. La estrategia para la selección de informantes fue bola de nieve. Se explicó verbalmente en qué consiste la investigación y los elementos de confidencialidad, por eso se usan pseudónimos y no se especifica el lugar de residencia ni la institución donde laboran.

A Andrea se le aplicaron dos entrevistas virtuales durante la pandemia de COVID-19, en 2022, vía Zoom<sup>1</sup>, y las entrevistas a Verónica y Paloma se realizaron de manera presencial en 2024. Las tres mujeres son profesionistas residentes en la Ciudad de México, todas docentes en universidades públicas. Verónica de 60 años con licenciatura en ciencias sociales y posgrado en pedagogía, ha practicado diversos deportes desde hace 30 años; actualmente practica natación y powerlifting (deporte de fuerza, una modalidad de levantamiento de potencia). Paloma de 27 años, estudió la licenciatura en psicología y ha cursado diplomados en género y arteterapia. A la edad de ocho años empezó a realizar diversas actividades físicas y deportes; desde hace ocho años practica ballet clásico y lo complementa con powerlifting desde hace dos años. Andrea tiene 30 años y estudió dos licenciaturas en humanidades. Desde hace 10 años practica judo y otras variantes de este deporte, como el jiu-jitsu; actualmente es instructora de este deporte.

Las tres mujeres de este estudio viven en casa o departamento propio o de la

---

1 Agradecemos la colaboración de Noreidy K. Rivera en la logística para la aplicación de las entrevistas virtuales que se realizaron a Andrea por Anabella Barragán Como parte del Proyecto de Investigación Formativa (PIF), Cuerpo y antropología médica, adscrito a la Licenciatura en Antropología Física de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en las sesiones de entrevista intervinieron los alumnos del PIF con preguntas puntuales que enriquecieron la información. La transcripción la realizaron: Ángela J. Sánchez; Vanessa Hernández N; Isabel Merida V; Aurelio Reyes E; Marcos Peña Serrano; Dennis Landa H. Las entrevistas a Verónica y Paloma, así como las transcripciones las realizó Anabella Barragán.

familia. Andrea es soltera, no tiene hijos y vive sola; Paloma no tiene hijos, es soltera y vive con sus padres; Verónica es casada y vive con su esposo y una hija soltera. De las tres, sólo Verónica posee automóvil. Todas cuentan con los servicios públicos urbanos en sus hogares: agua, luz, drenaje, internet, etc. Se obtuvieron cuatro entrevistas las que se transcribieron de manera integral, se codificó el contenido y se construyeron categorías de análisis.

## Resultados

La categoría que se desarrolló con mayor profundidad, a partir de las preguntas detonantes, fue el cuerpo, siguiendo la propuesta de Le Breton (1995) se conformaron bloques explicativos que dan cuenta de la forma, contenido, saber y valor del cuerpo. La forma es la aprehensión del cuerpo como una unidad de las partes del cuerpo como un todo y sus límites precisos en el espacio (Le Breton 1995); en el discurso de las colaboradoras de este estudio aparecieron diversas partes del cuerpo que por su reiteración resultan significativas, siempre tomando en cuenta que estas mujeres se reconocieron como practicantes de uno o varios deportes y desde ahí explicaron sus ideas sobre su cuerpo, se mencionaron las piernas, el cuello, la columna, la cadera, los genitales, puntos sensibles, el piso pélvico, las articulaciones y la grasa corporal. Estas partes del cuerpo aparecen en situaciones específicas en la experiencia de las mujeres. Verónica en su adolescencia se observaba “muy delgada” y empezó a practicar actividad física en un gimnasio y poco a poco se dio cuenta que las piernas se “empezaban a llenar” y a “tener curvas” en el cuerpo, “¡porque no tenía nada!”. Los pies, la columna, el cuello se nombraron cuando Paloma y Andrea explicaron que habían sufrido algunas lesiones, como “tirón”<sup>2</sup> o “luxación”<sup>3</sup> en alguna de estas partes del cuerpo. Los genitales, la cadera y el piso pélvico se nombran cuando Andrea explica que en las artes marciales como el judo y el jiu-jitsu los cuerpos de los contrincantes se acercan tanto que se pueden tener los genitales del oponente muy cerca del rostro o los propios genitales tocando

---

2 Es una lesión indirecta resultado de un sobreestiramiento de un músculo, o por una sobrecarga en él, conocido comúnmente como tirón. Según la magnitud de la fuerza a la que se someta el músculo pueden existir rupturas microscópicas o macroscópicas del tejido conectivo o contráctil, el dolor y la limitación del movimiento aparecen de 24 a 72 horas después de un ejercicio físico intenso. Puede haber hematomas que se forman dentro del músculo (Rodríguez y Echegoyen 2003).

3 Dislocación de la articulación.

alguna otra parte del cuerpo del oponente y aclara que ello no implica excitación sexual, ya que la concentración en la técnica corporal que se esté aplicando evita distraer la atención con aspectos eróticos, ello poco a poco se va conformando en un hábito.

El piso pélvico aparece en dos momentos narrativos en Verónica y Paloma cuando explican la relación de la práctica deportiva con la experiencia sexual. Ambas coinciden en la importancia de llevar a cabo una rutina de ejercicio que fortalezca el piso pélvico, ya que el peso con el que tratan requiere de una fuerte resistencia muscular en esa zona corporal y que a su vez ello permite explorar otras formas de placer en los encuentros sexuales: “aguantan más” durante la relación sexual tanto hombres como mujeres que practican powerlifting. Sin embargo, el riesgo para la salud que conlleva imponer cada vez más peso al cuerpo sin conocer suficientemente sus límites, hace que los esfínteres se relajen y es “muy, muy frecuente”, “es muy normal” que las mujeres se orinen sobre la ropa al momento que se realiza esta práctica, y los hombres pueden “hacerse popó en la ropa”, debido a que aún no se tiene la fortaleza suficiente en el piso pélvico. Los músculos glúteos, los bíceps, los brazos y la espalda, se mencionaron cuando Verónica explicó su experiencia con el dolor, como se describe en la siguiente narrativa: “Resulta que uno tiene la idea: si me duelen los bíceps, me duelen los glúteos, me duele la espalda, es porque trabajé bien, esa es una mala idea, pero uno cuando lo practica y a uno le duele, uno se siente bien, porque dice ¡ha, sí trabajé el músculo!” (Verónica).

Las articulaciones, los testículos, el pene, el mentón y la piel, también se encontraron en las narrativas. Estas partes del cuerpo se mencionaron en el contexto de las posibles lesiones y en prácticas no saludables que incluso son ilegales en el powerlifting, deporte “federado” en el que no está permitido el uso de sustancias que provocan mayor fuerza y masa muscular, sin embargo, si se llegan a utilizar causan modificaciones en la imagen corporal como se refiere en la siguiente narrativa:

Disminuye muchísimo la capacidad de fertilidad cuando se inyectan hormonas, para ambos, hombres o mujeres. En el caso de los hombres si utilizan anabólicos disminuye la fertilidad, sus erecciones, el tamaño de los testículos [...] suelen también tener dolor en la zona pélvica, mucho acné. En las mujeres también acné, se les hacen cuadradas las facciones y también tienen cambios en el ciclo hormonal (Paloma).

Desde la perspectiva de Hierro (2003), se van encontrando elementos de placer,

pero como señala Lizarraga (2016), el placer es una dicotomía con el displacer. Al explorar el contenido, en el que se enmarca la imagen del cuerpo y las sensaciones previsibles y reconocibles, y el saber, que comprende el conocimiento de lo invisible, de cómo están constituidos los órganos y funciones, y cómo se organizan (Le Breton 1995), encontramos la centralidad del dolor íntimamente relacionado con las emociones. El dolor resultó una percepción polisémica: “el dolor no es solo una sensación sino también emoción que permite que surja la cuestión del significado, y más allá está la percepción, es decir la actividad de descifrarse uno mismo” (Le Breton 2020: 16). En las diversas situaciones experienciales de estas mujeres el dolor se significa de múltiples formas. El dolor surge debido a una lesión que pudo ser “un tirón”, una luxación, o un golpe durante el entrenamiento o la competencia por haber hecho un “mayor esfuerzo”, ello puede considerarse “normal”, o causar miedo y angustia por las posibles consecuencias que se cree puede tener la lesión, como “limitar el movimiento para siempre”, o provocar “incapacidad”.

Pero el dolor también es placentero. Se busca “el placer del dolor”, porque después del entrenamiento se siente “un dolor agradable”, es gratificante “aguantar el dolor”, y a veces estas deportistas no se percatan de los golpes o lesiones, hasta que se ven un “rasguño” provocado por el uso del equipo, o es muy frecuente que aparezcan moretones. Es decir, el mayor umbral al dolor hace vulnerable al cuerpo y lo pone en riesgo como lo explica una informante: “Mi umbral de dolor ha aumentado y pues creo que eso ha sido muy riesgoso porque a veces cuando estoy haciendo alguna cosa en la lucha por aguantarme me estoy poniendo en riesgo” (Andrea). En ese mismo tenor podemos señalar que usar fármacos analgésicos antes de una competencia o de manera rutinaria, puede estar enmascarando el riesgo, como se observa en la siguiente narrativa, cuando Paloma percibe el dolor pero no le da importancia:

Sólo lo dejo como está o me pongo pomadas, de Ibuprofeno [analgésico y antiinflamatorio no esteroideo] o que tengan mentol [producto herbolario de menta que se usa como analgésico debido a su efecto refrescante], de hecho en la práctica es super, super común el consumo de Ibuprofeno, hay personas que consumen casi todos los días Ibuprofeno, yo lo llego a tomar cuando de plano siento mucho dolor en todo el cuerpo o ya próximo a competir, ya ese día de la competencia si me tomo un Ibuprofeno [...] Disminuye el dolor, la molestia y pues no te distrae el dolor en ese momento de la competencia, es legal (Paloma).

El dolor en el entrenamiento y en las competencias tiene su contraparte de



emociones placenteras, al concluir la rutina de ejercicios, competencias o entrenamientos se tiene una sensación de alegría, felicidad, “se siente una muy motivada”, hay una sensación de logro, de éxtasis, como “un vacío”, “el cuerpo se relaja ¡completamente! como una sensación de estar un poco en las nubes”; durante la práctica y el contacto con el oponente en el jiu-jitsu se logra una armonía con el movimiento del oponente:

Fluir lo entiendo como comprender un movimiento que no nada más es mío, sino también el movimiento de mi compañero con el que estoy compartiendo pues en un momento de lucha digamos, o sea entender su movimiento y yo en lugar de oponerme a su movimiento o resistirme a su movimiento, tengo que conectar mi cuerpo en cierta forma para que sea más continuo (Andrea).

Estas sensaciones y prácticas llevan al conocimiento del cuerpo, dicen las participantes en este estudio, obligan a “estar pendientes del cuerpo”, “conocer sus límites” y a saber hasta dónde es posible “aguantar el dolor” para luego sentir el placer de haber logrado un buen entrenamiento, una buena competencia o una buena lucha, sentirse satisfechas, fuertes, seguras. Es decir, narrativas corpo-orales (Lara 2023) que permiten visualizar al cuerpo en su subjetividad en su “ser-estar/sentir-hacer” (Lizarraga 2016). Las narrativas denotan el placer de la práctica y el logro de la técnica como un reto que se imponen libremente.

Sin embargo, estas experiencias obligan a la reflexión sobre la vulnerabilidad y el riesgo de estas prácticas. Enseguida se muestran algunos hallazgos para construir una epidemiología sociocultural, entendida como el conocimiento de los procesos de enfermedad, malestares, síntomas o padecimientos percibidos y significados desde las propias ideas y creencias de los actores sociales, representaciones que sintetizan en la experiencia los saberes biomédicos, de otras medicinas no occidentales y la autoatención, y a partir de dicha síntesis se deciden y establecen estrategias de atención, sea en distintos sistemas médicos, y /o se pone en práctica la autoatención que son los saberes colectivos y autogestivos.

En la experiencia de Paloma que tiene dos años entrenando de manera intensa, tres horas diarias en powerlifting, después del entrenamiento rutinario percibe agotamiento, “mucha sed”, “mucha hambre”, debilidad, deshidratación y “mucho sueño”, estas sensaciones se acrecientan después de una competencia, alas que se pueden sumar, según lo que ha observado en otras practicantes y en sí misma; náuseas, vómito, depresión, tristeza, mareo y dolor, y durante la competencia está

presente permanentemente el “miedo a una lesión”. Ella explica algunas de las sensaciones y las estrategias de autoatención:

A mí siempre me dan náuseas, pero hay otras atletas que se llegan a vomitar, se llegan a hacer del baño encima, sí pasa mucho y no solamente en la competencia sino en el entrenamiento, siempre estás mareado siempre tienes náuseas. Cuando te sientes mareada o en mi caso que siento náuseas, siempre traigo dulces, incluso es como muy usual los dulces durante el entrenamiento. Ya te distrae el sabor o te sube la glucosa y ya puedes seguir: y en competencia a mí lo que me ayuda es oler alcohol, igual el consumo de dulces, hay quienes huelen sales de amoníaco [...] siempre tienes como rasguños o marcas del equipo, se te hacen hematomas, en ocasiones sientes dolor como en las rodillas, y un dolor constante siempre es en las lumbares, siempre sientes ese dolor en las lumbares (Paloma)

En la práctica de jiu-jitsu, Andrea ha padecido diversas lesiones durante los 10 años que tiene practicando artes marciales. Verónica recientemente sufrió una lesión “un tirón” en el “nervio ciático” que le provocó un dolor intenso y cierto grado de incapacidad pasajera. Lo mismo sucedió a Paloma que tuvo “un tirón” en “las lumbares”, lo que le causó “muchísimo dolor” angustia y miedo por la posibilidad de permanecer con limitaciones de movilidad. Los siguientes fragmentos de la experiencia de Andrea ejemplifican la frecuencia y la diversidad de la gravedad de las lesiones durante parte de su trayectoria de práctica deportiva:

Me lastimé una rodilla. Tuve un esguince<sup>4</sup> de segundo grado en la rodilla izquierda [...] doloroso. Mi lesión no fue tan grave porque siempre he sido muy flexible de las articulaciones. Tuve también un esguince de primer grado, porque me torcí el pie en una caída y estuve incapacitada como dos semanas (Andrea).

Ella misma continúa su relato en el que aparecen las lesiones y las formas de atención que incluyen diversos modelos médicos, tanto la biomedicina, las medicinas alternativas y la autoatención:

Después el codo derecho, por una hiperextensión, y esa estuve tal vez, también dos semanas incapacitada, y el tratamiento fue prácticamente el mismo que en la rodilla, acupuntura, masoterapia, y vendaje kinesiológico, a excepción de que a ese se le añadió ultrasonido. Tuve también una lesión en la tercera vértebra cervical, por una caída que me hicieron y que la hicieron mal y me lastimaron el cuello, pero bueno, afortunadamente no pasó a mayores. Nada más como que se desacomodó la vértebra, y la trataron con una técnica que se llama descompresión vertebral, que te cuelgan con unas botas antigraedad. Te ponen unas botas con unos ganchos, te cuelgan, quedas suspendido con la cabeza cercana al piso, y como no hay ninguna tensión es muy fácil acomodar vértebras y descomprimirlas. Y actualmente, pues tengo que hacer ejercicios para fortalecer los músculos del cuello y evitar futuras lesiones de ese tipo. También he tenido

---

4      Esguince: ruptura parcial o total de uno o varios ligamentos (Rodríguez y Echegoyen 2003).

lesiones más leves, en los dedos de los pies, sobre todo los dedos pulgares, de los pies y el quinto dedo del pie izquierdo, porque como estás mucho tiempo en el piso, a veces los dedos de los pies se atorán en el tatami, cuando haces algún movimiento, se tuercen los pies o los dedos [...] esos nada más me los traté con terapia frío-calor” (Andrea).

El valor es el juicio social interiorizado por el sujeto respecto a los atributos físicos que lo caracterizan (Le Breton, 1995), en las narrativas encontramos que el cuerpo ocupa un papel central, hay un “gusto por el cuerpo”, la flexibilidad, la fuerza, la resistencia, aguantar el dolor, tener “condición física”, aprender a amar el propio cuerpo, aceptarlo como es, estar atento a su capacidad, a las sensaciones, buscar saber más sobre él, informarse sobre anatomía y fisiología, procurar alimentarse de forma “sana”, acceder a complementos alimenticios si se considera necesario; entender la fisiología de la glucosa, de la adrenalina, la testosterona, las endorfinas, y la función de los músculos, tendones y nervios, y aplicar esos saberes al rendimiento en el deporte son tareas que se ven recompensadas con el reconocimiento de los equipos y grupos de los que se forma parte. Se adquiere “estatus” y “respeto”.

También durante la práctica ocurren actos de violencia, como el acoso sexual que surgió en las narrativas de la practicante de artes marciales, o la violencia ejercida por oponentes mujeres sorprendieron a Andrea, quien esperaba una mayor sororidad y cuidado por ser pares. Sin embargo, el respeto y el cuidado, que es muy valorado en el jiu-jitsu, lo encontró en sus oponentes hombres.

Resultó revelador que, en el caso de Verónica, quien ha practicado diversos deportes durante al menos 30 años y que no lo ha hecho a nivel competencia, ocurrieron significativamente menos lesiones, menos dolor y no señaló haber sentido miedo o angustia en alguna de las ocasiones que tuvo lesiones y dolor porque sabía que era pasajero.

En la exploración sobre el placer erótico-sexual, explicaron que el placer sexual es diferente al placer del ejercicio. Una de ellas señaló que al terminar el entrenamiento la sensación de relajación es semejante a “la etapa final” de un encuentro sexual, “pero es distinta la sensación, es finalmente algo como el masoquismo”<sup>5</sup>, concluyó una de ellas. Otra de las entrevistadas dijo que podría comparar la sensación de

---

5 Según Sapién (2021) una de las estructuras del masoquismo es cuando “tenemos una experiencia desagradable y, a su vez, agradable [...] se trata de experiencias de varios niveles en las que lo desagradable mismo nos da gusto [...] nos podemos sentir bien porque nos sentimos mal” (62), el masoquismo es el péndulo entre el dolor y el placer concluye este autor.

relajación y lo agradable al final de un entrenamiento con el orgasmo, que si lo midiera el orgasmo es 100 y el placer del entrenamiento es 20, y aclaró que es “una sensación diferente”. Otra de ellas dijo que debido a la actividad deportiva “la actividad sexual o la libido suele ser más, de hecho, en periodos cercanos a la competencia donde tu actividad es más alta pues tu libido es más alta”, sin embargo, ella señaló que entre las normas del powerlifting un día antes de la competencia no se debe tener ninguna actividad física, incluyendo las relaciones sexuales, ya que éstas son “una actividad física”.

## Reflexión final

Los ejes analíticos propuestos permitieron dar respuesta a las interrogantes planteadas. Las representaciones y experiencias de la práctica deportiva del grupo de mujeres revelaron el placer, la realización, el bienestar que les provocan el ejercicio físico, sensaciones “agradables” en las que se incluye el dolor hasta cierta intensidad y en determinados contextos. Aunque el dolor funge como signo de alarma cuando el ejercicio rebasa los límites del cuerpo y lesiona los tejidos lo que provoca sufrimiento, no sólo por la intensidad del dolor sino por las expectativas de gravedad y las posibles consecuencias de incapacidad o limitaciones de movilidad.

En las narrativas que se analizaron hay elementos epidemiológicos importantes, que muestran la vulnerabilidad del contexto de la práctica deportiva dada la susceptibilidad a las lesiones y síntomas físicos y emocionales: tirones, luxaciones, esguinces, moretones, rasguños, mareo, náuseas, deshidratación, depresión, miedo, incapacidad, entre otros, y que deben tomarse en cuenta en las políticas públicas encaminadas a la gestión y promoción del deporte. Un personaje que no se desarrolla por motivos de espacio, pero que es un actor principal al lado de los deportistas, es el entrenador, ya que es el guía y el encargado del cuidado de la integridad de los deportistas, de estar al tanto de la fatiga como factor de riesgo para las lesiones y el que decide el periodo de descanso o “tiempo de descarga”, entre otras decisiones (Rodríguez y Echegoyen 2003). Otros profesionales son: el médico de los equipos deportivos, nutriólogo, psicólogo deportivo y fisiatra (Buendía 2019). En este trabajo se mencionó al médico sólo por la practicante y entrenadora del equipo de la escuela de jiu-jitsu. Su posible ausencia se constituye en un elemento que vulnera a las y los deportistas, asimismo la capacitación y profesionalización de los maestros y entrenadores es fundamental para evitar riesgos a los deportistas (Buendía 2019).

Se observó que la actividad física de competencia conlleva mayores riesgos que la práctica sostenida con un “sentido placentero”, como un ejercicio saludable: para “tener una mejor digestión”, “para dormir bien”, con “la certeza de que se está dentro del dominio del propio ser, bajo el propio control. Se experimenta alegría, contento, satisfacción y paz” (Hierro 2003: 23), como fue el caso de Verónica. En el caso de Andrea y Paloma el sentido placentero se hermana con la capitalización del cuerpo que se materializa en la competencia (Buendía 2019). Estos resultados obligan a reflexionar en la necesidad de profundizar en este campo propio de la antropología física desde una perspectiva interdisciplinaria, la práctica del deporte es una realidad bio-sociocultural condicionada por la cultura, por factores socioeconómicos, políticos y por el género y la generación, ya que la edad determina también el tipo de práctica, la intensidad y el sentido del deporte.

## Referencias

Barragán Solís, Anabella. 2008, "Vivir con dolor crónico", Araucaria, Argentina.

Bautista Miguel Ángel. 2023, "Promoviendo la reflexión sobre el sentido de la vida en padecientes de diabetes mellitus tipo 2, una propuesta a distancia para un contexto de pandemia por COVID-19", en Marco A. Cardoso Gómez, María L. Ponce López, Bernardo A. Robles Aguirre y Alejandro Zarco Villavicencio (coords.), *Visión multidisciplinaria de la diabetes mellitus tipo 2: creencias, saberes, estados emocionales y comportamientos*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México: 257-278.

Buendía, Ingrid Alelí. 2019, "Habitús de fisicoculturistas bikini: cuerpos capitalizados", tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Trabajo Social, México.

Cardoso Gómez Marco Antonio, Alejandro Zarco Villavicencio, Irma Araceli Aburto, María Luisa Ponce López y Bernardo Adrián Robles Aguirre. 2023, "Propuesta del DUPAM para la atención del padeciente de diabetes", en Marco A. Cardoso Gómez, María L. Ponce López, Bernardo A. Robles Aguirre y Alejandro Zarco Villavicencio (coords.), *Visión multidisciplinaria de la diabetes mellitus tipo 2: creencias, saberes, estados emocionales y comportamientos*, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Ciudad de México: 25-42.

Citro, Silvia. 2009, *Cuerpos significantes, Travesías de una etnografía dialéctica*, Editorial Biblos, Buenos Aires.

De Castro, Alberto, Guillermo García e Ily Rodríguez. 2006, "La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial", *Psicología desde el Caribe*, (017): 122-148.

Fabrega, Horacio. 1972, "Medical Anthropology", *Bienal Review of Anthropology*, 7: 167-217.

Gadamer, Hans-Georg. 1999, *Verdad y Método I*. Salamanca, España.

Hierro, Graciela. 2003, *La ética del placer*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

International Association for the Study of the Pain (IASP). 2024, Terminology, URL: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. (consulta febrero 2024).

Lara, José Joel. 2023, "Corpo-oralidad: una categoría conceptual de la encarnación" *Narrativas Antropológicas*, Año 4 (8): 85-96.

Le Breton, David. 2020, *Experiencias del dolor. Entre la destrucción y el renacimiento*, Editorial Topía, Buenos Aires, Argentina.

Le Breton, David. 1995, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires. Argentina.

Lizarraga Cruchaga, Xabier. 2016, *El comportamiento a través de Alicia. Propuesta teórico-metodológica de la Antropología del Comportamiento*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.

Merleau-Ponty, Maurice. 1994, *Fenomenología de la percepción*, Planeta-Agostini, Barcelona.

Mauss, Marcel. 1979, *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.

Menéndez, Eduardo. 2020, "Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities", in Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia and Lina Berrio (eds.), *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and Latin America*, UCL Press, London, UK: xix-xxv.

Menéndez, Eduardo. 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Menéndez, Eduardo. 1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata, 179, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.

Quiroz, Claudia. 2023, "La variante V370A gen EDAR y su asociación con características metabólicas en población mexicana", tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.

Rodríguez, M. y S. Echegoyen. 2003, *Lesiones en el fútbol*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Sapién, Abraham. 2021, "Todos somos masoquistas", *Revista de la Universidad de México*, (872): 58-63.

Turner, Víctor. 2002, "La antropología del performance", en Ingrid Geist (comp.), Víctor Turner. *Antropología del ritual*. Víctor Turner, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, México: 103-144.

Vera, José Luis. 2023, "Metamorfosis antropofísica. 85 años", Conferencia magistral (26 de mayo 2023), Seminario Permanente. *Cuerpo, sociedad y patrimonio*. Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.

Vera, José Luis. 2002, *Las andanzas del caballero inexistente*, Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales. Vicente Lombardo Toledano, Ciudad de México, México.

Vilela, Maria Eugénia. 2000, "Cuerpos escritos de dolor", *Revista Complutense de Educación*, 11(2): 83-104.



# Narrativas encarnadas y vaginismo: Trayectorias, escucha y acuerpamiento

• Nura M. Faraón Chaúl Rivas • Laura Y. Vázquez-Vega

## Resumen

A partir de una investigación cualitativa se invita a la travesía recorrida en confines que aluden a marcos de comprensión con referentes analíticos-narrativos sobre el vaginismo y la dispareunia, que desde la epidemiología crítica intentan problematizar y complejizar las prácticas sexuales asociadas a mandatos patriarcales, falocentros, que se intersectan con las vivencias encarnadas; la displicencia del cuerpo médico en los sistemas sanitarios con escalas de observación reduccionistas y fragmentadas de la realidad, que se centran en un enfoque ahistórico de los problemas de salud; las estrategias de resistencia ante esta condición que atraviesa el ejercicio pleno de su día a día y, evidentemente, el vínculo con las relaciones erótico-afectivas que se intentan situar; además de observar el proceso de acuerpamiento como un acto de cuidado de sí. Todo ello, en virtud de enunciar ese vaivén de la realidad dinámica para imaginar y actuar en salud con/por/desde las mujeres que despliegan este padecer entre contornos próximos y distantes del proceso salud-enfermedad-atención-prevención y cuidados, en clave de determinación sociocultural para que se reconozca la posibilidad de las múltiples disonancias en términos de los territorios, las altersofías o sistemas de creencias, las inequidades sociales por sistema sexo-género-generación, clase, etnicidad, capacitismo, edadismo, religiosidad, etc., y las desigualdades acumuladas que esto conlleva.

Palabras clave: Epidemiología crítica, vaginismo, acuerpamiento, descolonización en salud y feminismos.

## Introducción

El habitar y encarnarse en una sociedad donde los cuerpos de las mujeres tendencialmente se cosifican, ha implicado que la sexualidad femenina se viva en función de una serie de estereotipos, del ser para otros, de vetos o licencias y osadías, que en algunas ocasiones ni se desean y en otras se repelen; aunado al tabú que se imbrica en ello están las afecciones que también se silencian, en este caso, el vaginismo y la dispareunia. Y, por ende, los mandatos y las performatividades del sistema sexo-género-generación comandadas desde lógicas patriarcales, binarias y desde un coitocentrismo que hace sentir a las mujeres que los padecen en falta, incapaces e insuficientes. A lo que nada abona el saber biomédico, en clave funcionalista-colonial, desarticulado de una epidemiología crítica, lo que tampoco apoya en cambiar dicha mirada.

Por ello, es relevante ahondar en todo aquello que afecta y atraviesa dichos cuerpos desde una dimensión amplia, interseccional e incluyente del proceso bio-psico-socio-cultural. Esto es, considerar los elementos que hacen tangible-sensible lo corporal, lo anatomo-fisiológico (Vera 2011) con ese malestar o padecimiento. El referente emocional, psicológico como parte de una experiencia de la sexualidad singular, pero conectada y compartida en un ámbito más amplio de mujeres y de lo cual no se habla de manera clara y abierta en los entornos diversos. A lo que se imbrican las aristas de lo social y cultural con las particularidades propias de un sistema de valores y creencias sobre el bien o el mal estar (Vázquez-Vega 2023) asociado al vaginismo, así como las disposiciones de género y generación: normas, roles, deber ser, etc., es decir, todos estos entronques de las narrativas cotidianas en este padecer de las mujeres que compartieron sus experiencias sobre el continuum salud, enfermedad, atención desatención, prevención y cuidados, además de sus estrategias encarnadas de sororidad y diligencia (Aguilar y Vázquez 2022). Categorías que han sido permeadas por dinámicas de un poder desigual a lo largo de la historia de las mujeres, desde la modernidad, y que se reflejan en los modos de vivir, enfermar y morir.

Este capítulo nos permitirá reflexionar sobre dichas tramas a partir de experiencias del padecer resultado de una investigación, de tipo cualitativa, con/por/para veinticuatro mujeres que han encarnado estas afecciones y que se llevó

a cabo entre 2021 y 2024.<sup>6</sup> Antes de dar paso a las definiciones sobre vaginismo y las narrativas vinculadas es pertinente señalar que consideramos que la salud enfermedad cuidado es un proceso sociocultural en cambio constante y que se complejiza por los entramados de la vida misma como las dinámicas de interrelación y transición entre la biografía y la historia en términos de configuración familiar, comunidad y cambio social, así como a las vivencias significativas y subjetivas, polifónicas y polivalentes, entre otras. En donde, el curso de vida de las personas, como categoría de análisis y método, reflejan la naturaleza temporal de sus vidas, es decir, capturan el movimiento a lo largo de los tiempos biográficos e históricos, a partir de la trayectoria sobre la línea o carrera de vida, la cual puede cambiar de dirección, grado y proporción; las transiciones que marcan los cambios de estado, posición o situación según el timing, secuencia y duración; o bien por el punto de inflexión o turning point, retrospectivo, que también aborda los cambios de estado desde la discontinuidad en una o más trayectorias vitales (Blanco 2011; Montes de Oca 2013).

Por lo que se propone que los siguientes testimonios asociados a padecer vaginismo nos permitan reflexionar sobre las performatividades y las implicancias en todas las aristas que conectan la existencia de las mujeres colaboradoras de este estudio, pues lo que se muestra en este documento es sólo un detalle de una investigación más amplia, en donde se cruzan además distintas trayectorias-situaciones, edades, ideales, recursos emocionales, vitales y materiales para la resistencia, embates y fuga ante este padecimiento en su cotidianidad.

## Salud y disfunción sexual: Una mirada escindida sobre el vaginismo

El término vaginismo fue introducido por primera vez por el ginecólogo estadounidense Marion Sims en 1861. Describió esta condición como un espasmo reflejo de la musculatura circunvaginal al intentar su penetración, lo que resultaba en

---

6 La investigación en cuestión se llevó a cabo con veinticuatro mujeres, heterosexuales, de 18 a 65 años, nacionales y extranjeras, con enfoque multisituado. Se implementaron distintas técnicas e instrumentos para la recolección de información que incluyeron una serie de cuestionarios, entrevistas estructuradas con reactivos cerrados y abiertos, y en profundidad. Se trabajó desde la presencialidad y con el recurso etnográfico en plataformas digitales. Las colaboradoras situadas en territorio nacional residen en CDMX; Chiapas; Toluca, Edo. Mex.; y Celaya, Guanajuato; las extranjeras están en Colombia, Argentina, España (Barcelona, Zaragoza, Terrassa), Inglaterra y Estados Unidos (El Paso Texas)

una imposibilidad o dolor significativo durante el coito. Inicialmente, propuso que el tratamiento debía ser quirúrgico, aunque esta recomendación fue objeto de debate en años posteriores (Engman 2007). Desde el siglo XX ha sido considerado como una disfunción sexual femenina (DSM-III en Pichot 1980), lo que, si interpretamos de manera literal sería un desajuste en el funcionamiento o en la función (RAE 2024) de la vagina o de acuerdo con la American Psychiatric Association como un trastorno genito-pélvico de dolor y/o penetración (DSM-V en Arlington 2014: 350; Pacik et al. 2019), con carácter clínico y asumiendo tratamientos concretos para la eficaz resolución (Sánchez et al 2010b). De acuerdo con el DSM-V en Arlington (2014) se describe de la siguiente manera:

(...) diagnóstico nuevo en el DSM-5, engloba las categorías de dispareunia y vaginismo del DSM-IV, que se combinaron debido a que no podían diferenciarse de manera confiable. Es probable que los términos anteriores conserven su uso como elementos descriptivos de variedades específicas de malestar. Algunas mujeres experimentan malestar intenso al tratar de practicar el coito. El dolor puede experimentarse como una contracción similar a un calambre en los músculos vaginales (vaginismo) que pudiera describirse como dolor sordo, punzante o agudo (DSM-V en Arlington 2014: 364).

Son varias las investigaciones que dan cuenta sobre el tema referido.<sup>7</sup> Cabe destacar que se desconoce la etiología exacta del vaginismo, además de que se ignora su verdadera prevalencia debido al silencio que gira en torno a estadificultad sexual. Se estima que afecta alrededor del 5 al 17% de las mujeres en un entorno clínico (Moltedo-Perfetti et al. 2014; Pacik 2014; Maseroli et al. 2018). Spengler y colaboradores (2020) refieren que esta afectación se presenta en al menos 35% de las mujeres en etapas reproductivas y post reproductivas en la Habana Vieja, Cuba. A partir de la Encuesta Nacional Sexus 2017-2018 en Dinamarca, se encontró que el 63% de las mujeres danesas, de entre 15 y 89 años, el 20% había experimentado alguna disfunción sexual en el último año, como falta de lubricación (9,1%), carestía orgásmica (12%), dolor genital (5%) y/o vaginismo (0.8%) (Bernhard et al. 2022). En el Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, las consultas por dispareunia y vaginismo representaron cerca del 23% de la consulta sexológica femenina (Csf) general, con edades desde los 16 hasta los 66 años. Incluso se registró un total de 76 parejas (9%) de la Csf desde 1994, que no lograron conseguir la penetración (IUHI, Buenos Aires 2024).

---

7 Algunas referencias de índole biomédico funcionalista son: Brosens et al. 2009; Conn y Hodges 2023; Joubanob, 2019; Portillo et al. 2017. Con una perspectiva cualitativa: Contreras y Lucas 2021; Moltedo-Perfetti, et al. 2014a; Moltedo-Perfetti et al. 2014b; Sánchez et al. 2010a; entre otros.

En España se realizó un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad valenciana, con 1135 participantes (43% hombres y 57% mujeres); la estadística indicó que el 29% de estas mujeres tenía dispareunia y el 5% vaginismo (Arnal y Gil 1995). En el ámbito nacional dicho padecimiento no se encuentra registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información en México (2024). No obstante, el Instituto Nacional de Perinatología realizó un estudio con 200 mujeres, 100 padecían distintas disfunciones sexuales y 100 participantes ninguna; se encontró una alta prevalencia de disfunciones sexuales en el 58% de ellas, donde estuvo presente el vaginismo y la dispareunia, aunque no se señalan las cifras correspondientes a éstas (Sánchez et al. 2010a).

Desde la perspectiva biomédica resaltaremos los abordajes desde el ámbito clínico de Olivares y Fernández-Velasco (2003) y Becerra (2015), principalmente. El primero se enfoca en el dolor de la relación sexual asociado con la dimensión cognitivo conductual, propone cuatro categorías que denomina trastornos, a saber: Del deseo sexual, De excitación, Del orgasmo y Por el dolor. La investigación se enfoca en reducir la respuesta ansiosa vinculada con el contacto sexual y eliminar los espasmos musculares de la vagina, ya que propone que las sensaciones percibidas por el cuerpo tienen memoria y por tal motivo es posible volver a re-enseñar otras posibilidades de contacto. Describe al vaginismo desde la categoría “Del dolor como espasmos involuntarios en la vagina que impiden cualquier intento de penetración, y si se intenta esta produce dolor” (Olivares y Fernández-Velasco 2003:69). Lo que se desdobra en actitudes como desinterés al contacto sexual, disminución del nivel de excitación, indiferencia e inapetencia hacia la relación sexual. Lo que evidentemente afecta la sexualidad en su unicidad y en pareja. En este tenor, Becerra (2015) también ahonda en la revisión, etiología y prevalencia de los trastornos del dolor sexual femenino. Da cuenta de diagnósticos de causas orgánicas como endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, deficiencia de estrógenos, prolapso de órganos, cistitis, síndrome de colon irritable, cáncer ginecológico, radiación pélvica entre otras y su efecto sobre el dolor sexual (Becerra 2015: 95), no obstante, se evidencia el silencio de las voces de las propias mujeres y el desconocimiento de las temáticas asociadas a su bienestar integral, en cuanto a la plenitud de la sexualidad femenina, además de subrayar que la mayoría de los profesionales reciben poco o ningún entrenamiento en estas áreas.

Indudablemente, algunas de estas perspectivas se quedan cortas de miras en la gama de recursos sobre una sexualidad femenina amplia y plena que gire más allá de la centralidad en lo genital y la penetración como objetivo final de la actividad sexual. Ello es de suma relevancia, pues además implicaría raíces que sostengan el conocimiento, por parte de las mujeres, de sus cuerpos, todos sus ángulos y cantos, la variabilidad a lo largo del curso de vida, las performatividades sobre el erotismo, el derecho al placer y la vinculación afectiva, y no sólo el sostén reproductivo y biológico. Información que debería proveerse y reflexionarse desde las infancias y las demás cohortes de edad para intentar resarcir esa supuesta ‘falta’ o ‘falla’ en este terreno: “el vaginismo es un tema muy desconocido (...) en la mayoría de los casos no se pronuncia por pena, vergüenza o miedo, pero es más común de lo que se pronuncia socialmente” (Testimonio: Chicas vencedoras, 2024). O bien, lo que refieren otras colaboradoras sobre acuerparse ante esto: “Yo pensé que era la única que tenía vaginismo. Platicaba con mis amigas, y me decían: ¿estás loca! ¿cómo sientes eso?” (Testimonio: colaboradora, 20 años). “Me gusta leer experiencias de otras personas y tener la sensación de que no estoy sola, que no soy bicho raro y las hay con mi mismo problema” (Testimonio: colaboradora, 33 años). “Saber que no soy la única que lo padece, que no soy tan anormal como creía (...) eso da una esperanza” (Testimonio: colaboradora, 33 años)

La colonialidad del poder también se refleja en distintas investigaciones ante el registro de la relevancia del sexo en mujeres de distintos países, en edad reproductiva y que se vinculan con su bienestar y calidad de vida. Lo que se enlaza con el enfoque territorial diferencial de las políticas públicas y la salud sexual. Por ejemplo, en Estados Unidos para las mujeres encuestadas el sexo representa el 75% de su bienestar, lo que se corresponde con información sobre salud sexual en los programas gubernamentales que incluye el disfrute y las posibilidades para ello (Becerra 2015). En países del sur global, en el caso de América Latina la tendencia ha sido que los promocionales informativos, por parte de los sistemas sanitarios institucionales, se han reducido al goce del sexo seguro por el anclaje a enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes, cáncer cervicouterino y planificación familiar, en donde se ha excluido la promoción del placer, autoerotismo y la satisfacción sexual en general. Lo que descarta también la matriz de etnicidad y pluralidad sociocultural de cada región en estos temas.

Incluso las narrativas del riesgo (Vargas 2022) en los sures globales también son diferenciales, pues los embarazos en la adolescencia son considerados discursivamente como de ‘alto riesgo’, configuración “dominante” que incide en

las prácticas en la atención de la salud reproductiva, dando mayor relevancia a la perspectiva del profesional sanitario, de tal manera, dicha noción se erigiría como una excepción a la garantía de los derechos, la autonomía y la toma de decisiones de estas mujeres. A lo que se suma el encasillamiento de la sexualidad, en lo general, a relaciones sexuales coitales y a las mujeres, en lo particular, a funciones biológicas y reproductivas, en el marco de ser madre, hija, esposa, al respecto: “Yo he sentido presión, los chicos en seguida quieren ir a la cama, yo me lo tomo con más calma, cuando salgo no todas las citas tienen que acabar en sexo. Las relaciones tienen que basarse en más que sólo sexo” (Testimonio: colaboradora, 47 años). En España, el 52% del total de la población piensa que el sexo de “verdad” incluye penetración y orgasmo; el 59% que siempre o casi siempre el objetivo final de la actividad sexual es la penetración (Ayuso y García 2014). Szasz (1998) realiza una revisión de estudios sobre sexualidad en México y llega a la conclusión de que las prácticas sexuales más deseadas implican coito y eyaculación.

En el ámbito de la educación sexual también se tiene información sobre el ejercicio de la vida sexual en mujeres y la información que se recibe por parte de la familia o los entornos escolares al respecto, a saber: En las ciudades de Medellín, Bogotá y Barranquilla, Colombia, el 61% de las mujeres entre 24 y 45 años se declaró sexualmente activas (Arévalo 2016). En el área metropolitana de Buenos Aires y las provincias del norte como Chaco, Misiones y Santiago del Estero, Argentina, las mujeres inician su vida sexual a los 15.4 años, alrededor del 60% de las jóvenes indicaron haber tenido alguna charla o clase sobre educación sexual en la escuela, el 40% no han tenido alguna. El 70% manifiesta haber tenido información adicional por parte de la madre (Binstoc y Gogna 2015: 134). En ningún momento se abordó el placer, el deseo, la masturbación y las afecciones sexuales femeninas, sólo información sobre métodos anticonceptivos y en el tenor que se refirió en el párrafo previo.

En México, desde el 2018, el Sistema de Educación Pública promueve libros de textos gratuitos para el nivel básico-primaria que incorpora temas que trascienden una mirada de la sexualidad asociada únicamente al ámbito reproductivo y biologicista, pues incluye dimensiones como el erotismo, la diversidad sexual, el derecho al placer y la vinculación afectiva, no obstante, hay estados que se niegan a utilizarlos debido a factores morales y conservadores como son Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Aguascalientes y Querétaro (Yañez, 2023). Los resultados de esta investigación susciben lo documentado, pues la educación sexual que



tuvieron las colaboradoras estuvo permeada por las costumbres del entorno social y cultural, lo que suele repercutir en el conocimiento de su cuerpo y si bien, una de las causas del vaginismo es la falta de habilidad para dilatar la vagina, el acercamiento curioso es vital para descubrirla y empezar a actuar paulatinamente, a saber: “Mi educación sexual fue siempre con temores, mi mamá siempre me decía que debía llegar virgen al matrimonio y que si lo hacía antes ella se daría cuenta, que eso dolía bastante, que la primera orinada era horrible porque ardía” (Testimonio: colaboradora, 33 años). “Nunca hablé de educación sexual con mis papás, lo único que siempre escuché fue que la primera vez dolía mucho y de ahí en fuera nada más”. (Testimonio: colaboradora, 30 años).

De tal manera, que enunciar definiciones que aborden la complejidad dimensional del vaginismo y la dispareunia serán más efectivas, pues permitirán contextualizar ello para comprender de mejor manera este proceso de salud enfermedad cuidado y abonar a la discusión académica, pero sobre todo en la activación e incidencia en otros espacios sociales que alcancen a la población en general en distintos géneros y generaciones.

## Vaginismo y dispareunia: Una composición polisémica, polifónica y polivalente

Como ya se aludía, el bien o el mal estar son referentes situados y en contexto, por ende, estos dos padecimientos, generalmente asociados, tienen un pluriverso<sup>8</sup> de signos, síntomas, conceptualizaciones, trayectorias, silencios, vacíos e indefiniciones, es decir, significaciones y vivencias encarnadas del padecer, pero también de esperanzas y de constelaciones múltiples hacia una otra sexualidad plural y significativa, como archipiélago emergente de horizontes y deseos, que irrumpen hacia el mirar que estigmatiza y violenta con universalismos en torno al sexo, la sexualidad y su ejercicio de profusas formas, voces, valías y sentidos.

Entre las investigaciones que interpelan desde la complejidad de distintas dimensiones al vaginismo y la dispareunia, se encuentra Pons (2016) que desde la divulgación de la ciencia promueve la visibilidad de estos padecimientos y

---

8 James anticipó en 1907 “que la cuestión de si el mundo es uno o múltiple, si se trata de un universo o de un pluriverso, es posiblemente el problema filosófico con mayores consecuencias” (1975: 64). También el concepto pluriverso al que se refiere es utilizado por Kothari et al. 2019 y Savransky 2019.

expone múltiples aristas a partir de su experiencia en la práctica clínica. Describe al vaginismo como una contracción involuntaria del tercio inferior de la vagina, lo que impide introducir cualquier objeto o cuerpo en su interior. La causa es un acceso pequeño y la falta de habilidad para dilatar. Refiere dos tipos: el primario, que imposibilita introducir algo a la vagina desde el primer intento; y el secundario, que aparece después de experiencias de penetración sin dolor. En tanto, la dispareunia supone dolor en la penetración. Los detonantes para que una mujer sufra por ellas son múltiples, desde el desconocimiento de su cuerpo y el crecer en un entorno cultural donde la sexualidad sea un tabú, hasta sufrir algún problema de salud y la falta de habilidad para dilatar la vagina (Pons 2016). De tal manera, encarnar alguna o varias de ellas perturban el bienestar, la integralidad y la calidad de vida de las mujeres y no sólo la especificidad de la región del cuerpo involucrada.

Por su parte, Spengler y colaboradores (2020) refieren que este padecer implica problemas orgánicos, factores educacionales como el desconocimiento a la respuesta sexual, concepciones culturales en las que se valora y refuerza la vagina cerrada, mala información que genera temor y ansiedad, tabúes religiosos, culpa, visión negativa de la sexualidad, reacciones fóbicas a la penetración, experiencias de coito dolorosas y agresiones sexuales. Conceptualiza al vaginismo como una dificultad persistente para permitir algún tipo de penetración (dedos, pene, u objetos), lo que puede presentarse sin la alteración del deseo, aunque a la larga afecta y acompaña el dolor o temor a la penetración, desarrollándose una fobia. Por ello, también se asocia a angustia, baja autoestima, miedos y depresión, pues las mujeres que lo padecen piensan que son las únicas a las que les sucede esto, se avergüenzan y se sienten anormales, tardando mucho en consultar a un(a) especialista; además de que puede ir acompañado de disminución del deseo sexual, la excitación y el orgasmo.

El vaginismo y la dispareunia pueden presentarse independientemente, aunque el vaginismo puede ser secundario de la dispareunia. (Spengler et al. 2020). Otra autora que problematiza el vaginismo desde a la sexualidad, en clave feminista, y que alude a los factores socioculturales que delimitan y establecen lo que se considera "normal" y "adecuado" en la práctica sexual es Cisternas (2015). Desarrolló una resignificación de la vivencia del vaginismo, no desde lo patológico sino desde la autonomía del cuerpo y los mandatos heteronormativos del sexo situado en la penetración vaginal. Se enfocó en las teorías de género para comprender cómo se define, construye y normaliza la sexualidad de los cuerpos de las mujeres

desde distintas orientaciones disciplinares, cuestionando los reduccionismos y esencialismos biológicos. Tomó como ejes centrales de su investigación la construcción y experiencia de la sexualidad, así como la incursión en las biografías particulares de mujeres con vaginismo.

A partir de las nociones expuestas, a continuación, cobran sentido y son pertinentes las evidencias con base en experiencia de la polifonía y polisémica que relatan las distintas voces de las narrativas encarnadas, las vivencias y significaciones recurrentes en las trayectorias de atención y desatención y en las estrategias plurales de resistencia ante el vaginismo y dispareunia de las veinticuatro colaboradoras de esta investigación. A continuación, se caracteriza la muestra. (Véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Caracterización de colaboradoras

Tipo de Vaginismo	Edad	Afección encarnada (años)	Tratamientos utilizados	Superado
Primario	25	1-5	Dilatadores, fisioterapeuta, ginecólogo, redes sociales	No
Primario	38	1-5	Redes sociales	No
Primario	38	1-5	Psicólogo, ginecólogo	Sí
Primario	44	16-20	Dilatadores	Intermitente
Primario	27	16-20	Fisioterapeuta	Intermitente
Primario	29	11-15	Dilatadores y redes sociales	Sí
Primario	43	11-15	Psicólogo, dilatadores, fisioterapeuta y redes sociales	Sí
Primario	47	11-15	Redes sociales	Intermitente
Primario	30	1-5	Dilatadores	Sí
Primario	30	11-15	Dilatadores, redes sociales, bótox y kinesioterapia	Intermitente
Primario	32	6-10	Psicólogo, dilatadores, fisioterapeuta, ginecólogo, redes sociales	No
Primario	28	1-5	Psicólogo, redes sociales, sexóloga, dilatadores	Intermitente
Primario	32	11-15	Redes sociales	Intermitente
Primario	31	11-15	Terapia con fisioterapeuta	Sí
Primario	35	11-15	Dilatadores	No
Primario	43	11-15	Dilatadores, psicólogo y redes sociales	No
Primario	33	6-10	No	No
Primario	33	11-15	No	No
Primario	58	25-30	No	No
Secundario	29	1-5	No	No
Secundario	31	1-5	No	No
Secundario	20	1-5	Dilatadores	Sí
Secundario	29	1-5	No	Sí
Secundario	36	6-10	Dilatadores	No

Fuente: Elaboración propia.

## Sexo-sexualidad y discursos restrictivos

Comenzando con el núcleo familiar, la educación sexual de la mayoría de las colaboradoras fue limitada, conservadora y con tabúes asociados, con múltiples silencios que sin duda hacían ruido infinito ante estos padecimientos y en solitario. La información sobre el sexo o la sexualidad a la que tuvieron acceso fue hasta su adolescencia y en entornos como la escuela y entre pares, consejos de amigas. La sexualidad no fue un tema que se hablara abiertamente en sus hogares ni en un contexto más amplio.

Mi educación sexual fue fatal, en mi casa no se hablaba de eso. Fui creciendo con prejuicios y culpas por los principios familiares (Testimonio: colaboradora, 41 años).

Mi educación sexual fue rígida, en mi casa decían que dolía mucho y que si quedaba embarazada me tenía que ir de la casa. Me traumó mucho que mi mamá siempre me decía que 'eso' dolía mucho (Testimonio: colaboradora, 29 años).

Mi educación sexual fue muy represiva, el sexo estaba relacionado a lo malo, lo sucio y para hablarse después. Mi mamá no tuvo mamá, su abuelita fue quien la crío, no le permitía verse al espejo. Mi mamá fue abusada sexualmente, muchas veces. Actualmente no mantiene relaciones sexuales. Somos 4 hijos, 2 medios hermanos. Vive con mi papá, pero ya no quiere tener relaciones sexuales porque le duele. Tiene vaginismo secundario (Testimonio: colaboradora, 31 años).

Una de las frases más repetidas por las madres de las colaboradoras era que tener relaciones sexuales dolía mucho y más si era la primera vez. Frase recurrente que hacía eco al crecer y en el ejercicio indebido de su sexualidad. El sexo se relacionaba con lo malo, lo sucio y lo inmoral, lo que desde la perspectiva familiar o de la socialización primaria significaría el cuidado de las mujeres, entonces niñas, sin embargo, lo que realmente implicaba era la represión de la sexualidad y curiosidad de sus hijas ante su propia corporalidad. En este sentido, el descubrimiento de la afección fue para la mayoría de ellas al intentar tener relaciones sexuales con penetración, pues es la práctica esperada cuando empiezan su vida sexual; para las menos al intentar colocarse un tampón o copa menstrual, al querer masturbarse, al tacto o ante la imposibilidad de la exploración ginecológica.

Desde los 10 años que intenté introducir un tampón, no pude, no le di importancia. Intenté tener relaciones con un chico a los 17 y tampoco pude, creía que era cosa de él. Y hasta los 23 empecé a caer más en serio todo. Me di cuenta que no era cosa de ellos, aunque algunos tocasen muy mal [...]. Después de los 23, fui al ginecólogo, pero no me pudieron tocar, encogía el culo hacia atrás y me superaba, así que el tema quedó ahí. Me duele y me da mucho pudor que me miren abajo, me dan los nervios (Testimonio: colaboradora, 34 años).

Me di cuenta a los 18 años cuando intenté mantener relaciones y no hubo manera, después la mínima opción de que pudiese existir la posibilidad de sexo la rechazaba, los besos, por ejemplo (Testimonio: colaboradora, 33 años).

De tal manera, el término vaginismo asociado a un posible diagnóstico se conoció por el 94% de las colaboradoras en internet, el resto por alguna conocida. Lo que refleja experiencias de un daño evitable (Hersch, 2013) corpóreo, individual-colectivo, en las dimensiones bio-psico-socio-culturales, pues vivieron por años con sintomatología, sin saber las implicaciones físicas y emocionales sobre su afección, además de que dichos signos y síntomas siguen siendo reflejo de una sociedad de tradición positivista-funcionalista, patriarcal, heteronormativa y sexista, que no promueve la información necesaria al respecto, que tendencialmente reduce diagnósticos médicos, enfrentándose así a una gran brecha de desinformación, por ejemplo: “Fui con 2 ginecólogos antes de recibir un diagnóstico. Traté primero con una mujer, y me dijo así: Tienes un problema en la cabeza”. (Testimonio: colaboradora, 20 años). Mientras que en la vertiente de “disfunción sexual masculina” se producen investigaciones de mayor alcance y con más recursos. En los siguientes gráficos se muestra el número de colaboradoras que padecen vaginismo primario y secundario, además del tiempo que lo han encarnado. (Véase Figura 1 y 2)

Se observa que el mayor porcentaje de las colaboradoras tiene vaginismo primario, es decir, jamás han logrado introducir algo en su vagina, ende, no han logrado una penetración. En tanto el 22% tiene un diagnóstico de vaginismo secundario, que se presentó después de haber tenido una vida sexual activa y con penetración, sin embargo, algo ocurrió y no se pudo efectuar más. Es importante recordar que esta condición puede aparecer en diferentes momentos del curso de vida y se enlaza con su contexto y la información a la que ha tenido acceso. Incluso, de acuerdo con dichos testimonios estos factores han influido en el tiempo en que han podido superarlo. Algunas de ellas, al conocer el nombre y el proceso que implica su afección han generado estrategias de resistencia y de acción, unas lo superaron en meses, otras tardaron años y algunas no lo han logrado, pero al menos lo comprenden y siguen reflexionando críticamente al respecto, mientras ajustan su expectativa y cotidianidad a otro tipo de sexualidad pluriversa.

## Trayectorias de atención - desatención

En relación con la experiencia en los sistemas gubernamentales de salud, aunque la investigación fue multisituada, se entroncaron vivencias asociadas a violencias de dominio médico, mala práctica profesional y una “atención mala e ineficiente” en más del 80% de las entrevistadas, además de hacer evidente que las desigualdades estructurales inciden en la posibilidad de recurrir a los distintos tratamientos y lograr adherencia a ellos, como son el ingreso salarial; la contingencia financiera y cultural que puede permitir la búsqueda de terapias psicológicas o bien de instrumentos en comercios sex shop para terapia física; el tipo de habitabilidad y si la vivienda se comparte, lo que puede permitir espacios de privacidad e intimidad, entre otros.

En mi primera visita con una ginecóloga, a los 35 años, pensé que sí había tenido alguna penetración, desconocía por completo mi cuerpo. La ginecóloga no logró hacer la revisión, no pudo introducir el espejo. Sin consultarme llamó a otra doctora para también revisarme y sus comentarios fueron: “quizá fue penetración anal”, “ahora cómo le vas a decir que no pasó.” [...] Al final sólo asumieron que la persona con quién había estado fue quien podría haber trabajado en la dilatación de mi vagina, que él fuera introduciendo sus dedos. Jamás se habló de vaginismo. Me sentí juzgada (Testimonio: colaboradora, 38 años).

Los ginecólogos han intentado meter los dedos con fuerza en unas tres ocasiones, (han dicho): “ tiene que entrar”, “es natural de la mujer, para eso tiene vagina”. Me han hecho llorar del dolor. Se dirigen a mí como si yo me inventara el problema porque son “casos raros” [...]. Todos terminan definiendo que es un trauma y considero que ¡no tengo! Mi problema no se ha ido resolviendo con terapias emocionales, me considero una mujer feliz y plena, mi problema es totalmente físico. No siempre el vaginismo tiene raíz emocional y lo aseguro por mi propia experiencia. (Testimonio: colaboradora, 25 años).

Como se puede deducir, el hecho de que algún especialista médico les atendiera no se tradujo en resultados positivos o satisfactorios, pese a que muchas de ellas acudieron a distintas consultas ginecológicas, invirtiendo recursos emocionales, de tiempo y económicos. Para otras mujeres la vergüenza de su afección inhibía por completo este tipo de consultas, dejando de lado sus revisiones y simplemente tratando el tema en soledad: “La verdad ese tema me da pena tocarlo con los médicos, normalmente no voy a revisiones médicas y no he ido hacerme exámenes como Papanicolau” (Testimonio: colaboradora, 33 años). También, la desinformación por parte del sector médico fue una dificultad más, pues las recomendaciones simplistas eran relajarse “con algún vino o algo así” o bien la canalización a psicología como única posibilidad.



Las primeras ginecólogas que vi, cuando no sabían que tenía vaginismo, me trataron como si fuera simplemente una persona muy nerviosa e ignorante. Literal, la primera me mandó a tomar té de tila. Me fui llorando, me derivaron a psicología. (Testimonio: colaboradora, 28 años).

He ido a muchísimos ginecólogos, me han dicho que estoy loca, que me drogue o tome alcohol para relajarme en el coito, incluso me hicieron una cirugía para quitarme “un pedacito de piel” dentro de mi vagina porque supuestamente eso era lo que me estaba lastimando y era la fuente del dolor. Sólo me han mentido y nunca me han dado una solución. (Testimonio: colaboradora, 29 años).

De tal manera, vivir con esta afección ha repercutido en su vida y en la forma de estar y habitar el mundo. Evidentemente, el vínculo de pareja también se ha visto implicado en ello, aunque sólo refirieron que es relevante para el 33% de ellas. A saber: “Te puedo decir que se detuvo mi vida, no solo de pareja. Mi pareja de más de 10 años me dejó por no poder tener relaciones con penetración y fue ahí en donde comencé a buscar la solución” (Testimonio: colaboradora, 36 años). “No puedo tener una relación normal de pareja. Esto me hace sentir mal y deprimida”. (Testimonio: colaboradora, 20 años). “Me afectó sobre todo en la manera de relacionarme con los hombres, yo siempre sentía que al no darlo todo, nunca estarían satisfechos y en cualquier momento se podían cansar de mí”. (Testimonio: colaboradora, 33 años). También señalaron que, al inicio de una relación la pareja suele mostrarse empática ante la afección encarnada, pero después de unos años disminuye considerablemente.

El vaginismo se vuelve “un gran martirio” debido a “la falta de comprensión y entendimiento” por parte de sus parejas, aunado al impedimento físico y emocional de ejercer su sexualidad como a ellas les gustaría. La incomodidad en la penetración se suele asociar al “ardor, miedo y dolor” al tener relaciones sexuales, piensan que “los hombres le dan mucho peso al coito”. Algunas de ellas mencionaron que tuvieron compañeros con el pene “muy grande”, lo que “era aún más complejo de manejar” y evitaban intimar a cualquier costo. Su libido disminuyó al grado de no sentir excitación, placer o deseo de cualquier tipo sexual. Otras mujeres por años “odiaron” el vaginismo porque les ocasionaba “vergüenza” y no querían enfrentarlo o aceptarlo, hasta que después de altibajos emocionales lo hicieron y se enfocaron en realizar su tratamiento para superarlo.

Figura 1. Tipo de vaginismo: primario y secundario.

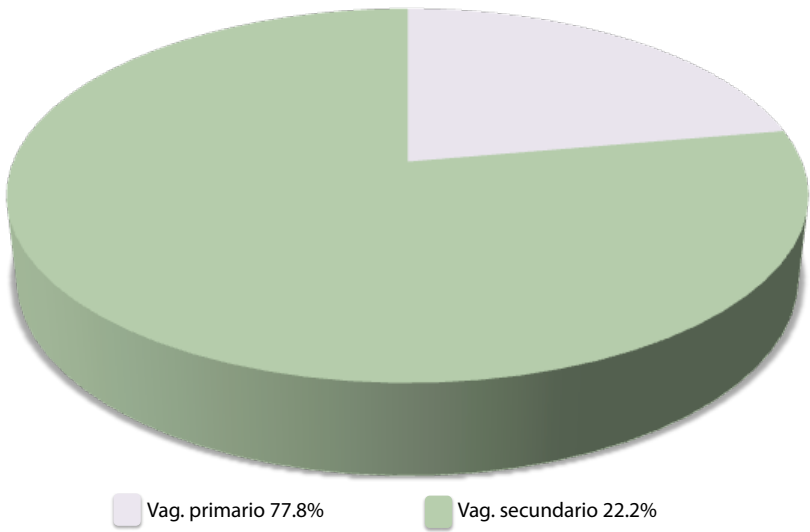
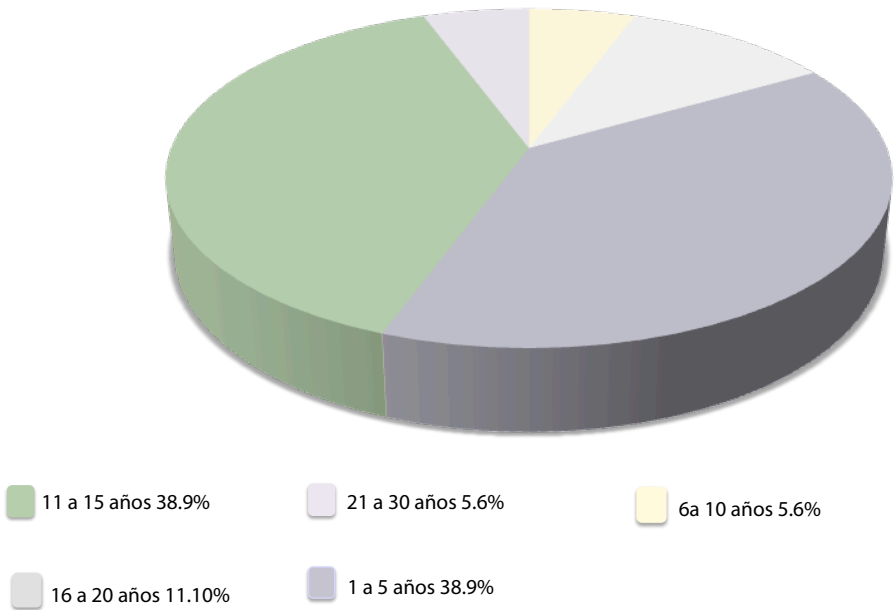


Figura 2. Tiempo vivido con vaginismo.



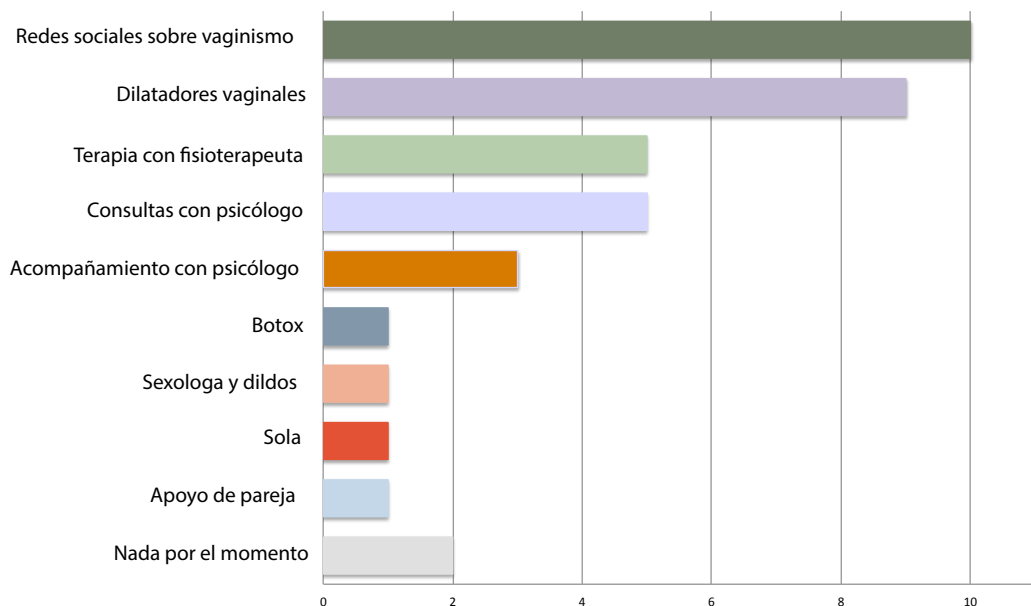
## Cuidado de sí, terapéuticas y sensaciones

Como se adelantaba en la Figura 1 son varios los tratamientos que las colaboradoras de este estudio han utilizado a lo largo de esta condición. Entre las terapéuticas existentes que tienen un enfoque multidimensional y más cobertor son las que refiere (Pons 2016: 84-90), debido a su mirada interseccional que da cuenta de las aristas de la complejidad del malestar en cuestión y son:

- La exploración que permite conocer la vagina, acostumbrarla a ser tocada y observada.
- Ejercicios perineales como los ejercicios Kegel.
- La hidratación vaginal con aceites del tipo Pompeia y lubricantes para ello, pues ayuda a que la piel sea elástica y facilite el contacto.
- Dilatadores vaginales que contribuyen a dilatar paulatinamente la musculatura del suelo pélvico.
- Motivación y visualización del objetivo, es decir, “trazar un puente al futuro en donde se viva el éxito del objetivo, como si ya fuera una realidad, utilizando los máximos detalles posibles” (e imaginando su captura) “por los todos los sentidos” (2016: 88).
- Escribir un diario que registre las sensaciones, sentimientos, experiencias, miedos, dificultades, etc., para que durante su tratamiento observen los avances y mejorías, lo que apoya la adherencia.
- Apoyo psicológico.

Entre los cuidados y las estrategias que las participantes se procuraron para disputar tal afección se encuentran las siguientes: (Véase Figura 3).

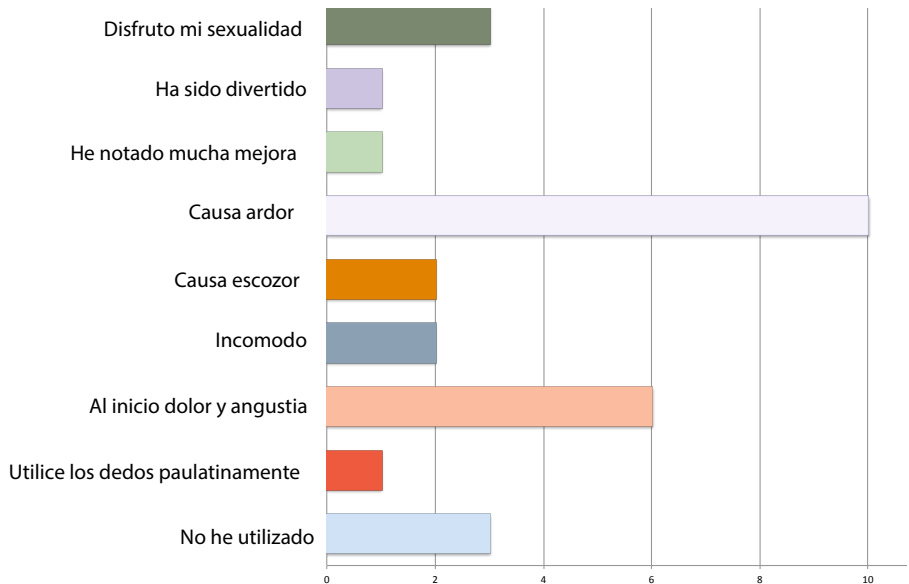
Figura 3. Cuidados y estrategias en disputa



Fuente: Elaboración propia.

Al respecto, refirieron que los dilatadores vaginales son los que más les han funcionado. Han sido utilizados por el 85% de las entrevistadas, sin embargo, para la mayoría fue una experiencia incómoda, en la que no se ha notado mucha mejoría. (Véase Figura 4). Testimonio: “Actualmente al insertar los dilatadores tengo ardores, pero es porque mi vagina no está acostumbrada a tener nada dentro. En este tratamiento he llegado a utilizar tampones durante la menstruación y ya no me espanto cuando siento molestias” (Colaboradora, 31 años). Su uso en lo cotidiano implica una rutina frecuente, algunas de ellas destinan un periodo de lunes a viernes en donde realizan ejercicios de 15 a 30 minutos, con descanso de uno o dos días a la semana. Otras no utilizan sus dilatadores y señalan que sólo tienen relaciones sexuales con penetración, procurando no demorar mucho de una relación sexual a otra, debido a que sienten que su vagina se va a cerrar de nuevo.

Figura 4. Experiencias con dilatadores vaginales.



Fuente: elaboración propia.

Las sensaciones identificadas al respecto fueron de mayor a menor intensidad: “dolor, incomodidad, ardor, nervios, nada, escozor, presión y estiramiento”. Su uso y la manera en que reacciona su cuerpo puede variar, a partir de si los utilizan en solitario, con sus parejas o en terapia; en su habitación, en el baño o en un consultorio. La mayoría lo hace sola y en su habitación. Testimonio: “A mí me duele más cuando estoy con chicos, pero si estoy sola no me duele. Es un poco raro, de todas maneras, a mí me operaron de miomas y bueno no sé muy bien como estoy” (Colaboradora, 47 años). Otros testimonios refieren:

Tuve vaginismo y eso significó para mí la imposibilidad de penetración total, ni con un hisopo podía. Me tocaba y sentía como una pared dura, pero nunca dolor, a menos que lo fuerce (Testimonio: colaboradora, 27 años).

Siempre necesito tener mi mano tocando el pene mientras entra y sale, comprobar que entra hasta donde yo dije, ni más ni menos [...] Me da sensación de control y puedo sentir placer (Testimonio: colaboradora, 33 años).

Finalmente, tal como mencionábamos en párrafos previos, las menos tienen el tema y su accionar detenido, pues no utilizan dilatadores y la consulta con fisioterapeutas del suelo pélvico exceden su presupuesto.

Testimonio: No, esto no lo he trabajado hace mucho. ¡Yo llegué a introducirme hasta la punta del dilatador 3! Pero me cuesta tantísimo tiempo, que me da mucha pereza, y bueno ahí está parado. Con los chicos no me va bien, estoy sola, y claro no ayuda y los que conozco tampoco [...] Al final es una la que lo tiene que sacar adelante (Colaboradora, 34 años).

Pero algo que es recurrente en todas ellas es mantenerse informadas, generalmente a través de redes sociales y en contacto permanente con otras mujeres, saberse entretejidas, en red, acuerpadas ante estas aflicciones similares que atraviesan todas las dimensiones de su cotidianidad.

## Reflexión final

Con la travesía recorrida en confines que aluden a marcos de comprensión con referentes analíticos-narrativos sobre el vaginismo y la dispareunia es que se intenta, desde la epidemiología crítica, problematizar y complejizar las prácticas sexuales asociadas a mandatos patriarcales, falocentros, que se intersectan con lo expuesto a través de las vivencias encarnadas; la displicencia del cuerpo médico en los sistemas sanitarios con escalas de observación reduccionistas y fragmentadas de la realidad, que se centran en un enfoque ahistórico de los problemas de salud; las estrategias de resistencia ante esta condición que atraviesa el ejercicio pleno de su día a día y evidentemente el vínculo con las relaciones erótico-afectivas que se intentan situar; y el proceso de acuerparse entre ellas. Incluso, en este último proceso de hacerse-sentirse en red estas colaboradoras han construido un escenario en la virtualidad, un espacio en donde se sienten identificadas y acompañadas. Dicho acuerpamiento les resulta de suyo terapéutico, pues, aunque el trayecto para superar el vaginismo es diferente para todas y suele traer muchas dudas, se saben acompañadas y con experiencias que les puede allanar el camino por andar.

Todo ello, en virtud de enunciar ese vaivén de la realidad dinámica para imaginar y actuar en salud con/por/desde las mujeres que despliegan este padecer entre contornos próximos y distantes del proceso salud-enfermedad-atención-prevención y cuidados, en clave de determinación sociocultural, es decir, que además de todos estos signos-síntomas-experiencias de índole biológico-individual, se reconozca la posibilidad de las múltiples disonancias en términos de los territorios,

las altersofías o sistemas de creencias, las inequidades sociales por sistema sexo-género-generación, clase, etnicidad, capacitismo, edadismo, religiosidad, etc., y las desigualdades acumuladas que esto conlleva.

También a lo largo del texto se enfatizó el potencial del interjuego entre el desarrollo individual y el cambio social; el contexto histórico y espacial concreto; el timing que observa el momento en el que sucede un evento o transición, es decir, si fue antes o después, temprano o tarde, de acuerdo con las expectativas normativas, sin olvidar los procesos de acumulación de ventajas y desventajas acumuladas; la interconexión que potencia las redes de vínculos compartidos, las interdependencias, las influencias histórico-sociales, las transmisiones y relaciones intergeneracionales; así como la agencia o libertad de acción que refiere los nexos y la causalidad múltiple entre las personas y la micro-macro estructura que ahonda en los sujetos como entes activos pero insertos en una gama de posibilidades limitada (Blanco 2011). Por lo que, el análisis crítico de estas narrativas sobre el vaginismo primario y secundario, permitirán diversas lecturas que inciden en la manera en que cada persona se advierte y se percibe. Todo ello en un plano comparativo para destacar los significados que atribuyen en cada crónica, así pues, las representaciones y los contextos discursivos se imprimieron en la subjetividad de dichos relatos.

Por tanto, este tipo de acercamiento desde la epidemiología crítica propone investigar aquellos elementos que no son aparentes ni inmediatos a la mirada o a la palabra, pues el velo del sociocentrismo y colonialidad de quien observa, escucha y registra se muestra en las lógicas y dinámicas de poderes desiguales en el ser y el saber. Por ejemplo, los “modelos explicativos de enfermedad” desde el ámbito bioepidemiológico se establecen desde la posición jerárquica que tiene el modelo biomédico de salud-enfermedad en el planeta, minimizando los otros modelos de atención médica y sus múltiples dimensiones. Desde esta perspectiva integrativa sí se ubicarían situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad generalmente no caracterizadas epidemiológicamente como necesidades de atención, soslayando categorías significantes como el padecimiento y el malestar, o perfiles fisiológicos y fisiopatológicos predisponentes. Además del estudio de los factores de riesgo en clave preventiva estructural, considerando a la realidad biológica y ambiental en su íntima relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas (Vázquez-Vega 2023: 279).

De igual manera, a partir de estas categorías es que cobran sentido otras como desigualdades estructurales, exclusión social y desventajas acumuladas que evidencian puntualmente la vulneración de las mujeres que padecen vaginismo y las múltiples aristas de afectación que se han señalado. La teoría de las desigualdades acumuladas (Ferraro y Shippee 2009) integra elementos micro, meso y macro sociológicos, plantea que el sistema social genera inequidad tanto en los procesos de desarrollo y demográficos como en las trayectorias personales, a través de la acumulación del riesgo, los recursos disponibles, las trayectorias percibidas y la agencia humana. Desde la multidisciplinariedad busca vínculos con modelos biológicos y sociales asociados con las fuerzas cotidianas que pueden abarcar cambios psicológicos y biológicos en el cuerpo, además de poner atención en los contextos ambientales y el estatus o jerarquía social. No obstante, plantea que los periodos críticos no necesariamente son inexorables, pues muchas de esas impresiones tempranas en el organismo pueden ser neutralizadas o cambiadas de sentido, incluso los recursos con los que se cuentan pueden moderar los efectos adversos. Por lo tanto, esta teoría de la desigualdad acumulada puede ser conceptualizada como un proceso de curso de vida y no solo la diferencia que viene tempranamente con la adversidad en dichas inequidades, asociadas a las condiciones que son eje en este capítulo.

Así pues, suscribimos lo que señala Basile (2024) sobre los flujos de la vida y su configuración en escalas temporales como procesos y contextuales que imbrican la situación, el territorio, la comunidad de vida y el Sur, lo que “sólo puede comprenderse a la luz de las condiciones concretas en las que los grupos humanos nacen, viven, trabajan, hacen comunidad, y de las relaciones de poder y órdenes jerárquicos coloniales que mantienen dinámicas de precariedad y asimetrías que se materializan en procesos diferenciales de vivir, enfermar y morir” (Basile 2024:40). Lo que implica un proceso de salud-cuidado complejo, intercultural y contextualizado como hemos visto a lo largo de las narrativas de las mujeres que han colaborado. Por lo que es de gran relevancia impulsar una atención en salud que considere las determinaciones sociales y su descolonización con disposición feminista y un incremento en la información sobre las experiencias, percepciones y representaciones de lo que viven las mujeres que padecen vaginismo, que incluya un mirar interdisciplinar en lo epistémico-metodológico y en las concepciones teórico-conceptuales y técnico-prácticas, además de potenciar la divulgación y su acceso a población en general, entre los géneros y las distintas generaciones, lo que



sin duda refutará la desinformación, estigmatización y opresión hacia los cuerpos que lo encarnan y confrontará el peso e impacto negativo sobre la concepción coitocentrada de prácticas sexuales normativizadas desde lógicas patriarcales, dibujando un pluriverso de sexualidades otras que permita la reapropiación con sus cuerpos y experiencias performativas conscientes, con matices múltiples para quienes viven y se vinculan con mujeres que experimentan esta condición.

## Referencias

Aguilar Rodríguez, Erandi y Laura Y. Vázquez Vega. 2022, "Corporalidades y acuerpamiento: Una mirada a la autopercepción de la imagen física entre mujeres adultas", *Revista Corpografías: Estudios Críticos de y desde los Cuerpos*, 9(9): 35-49.

Arévalo, Mora Leonardo. 2016, "Comportamiento de la función sexual de mujeres que viven con VIH en Colombia", *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(7): 28-40.

Arlington, V. A. 2014, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, Asociación Americana de Psiquiatría.

Arnal Ballester, Rafael y María Gil Lario. 1995, "Estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad Valenciana", *Psicothema*. 7(1): 95-104. URL: <https://www.psicothema.com/pii?pii=959>

Ayuso Sánchez, Luis y Livia García, Faroldi. 2014, "Los españoles y la sexualidad en el siglo XXI", *Revista Española de Sociología*, (24): 133-135. URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7378223>

Basile, Gonzalo. 2024, "Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur, hoy", en Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (ed.), *México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Ciudad de México, México: 15-118.

Becerra Alfonso Yuneidy. 2015, "Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia", *Médicas Uis*, 28(3): 267-72. URL: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5230>

Bernhard, Josefine; Christian Graugaard, Mikael Andersson, Mikkel Kjær y Morten Frisch. 2022, "Sexual inactivity and dysfunction in Denmark: A project SEXUS study", *Archives Sexual Behavior*, 51(8): 3669-3688. DOI: 10.1007/s10508-022-02348-x.

Binstoc, Georgina y Mónica Gogna. 2015, "Sexualidad, Salud y Sociedad", *Revista Latinoamericana*, (20): 113-140.

Blanco, Mercedes. 2011, "El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo", *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8): 5-31.

Brosens, Catalina; Sergio Terrasa y Elsa Astolfi. 2009, "Vaginismo", *Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria*. 2(3): 102-103. DOI: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v12i3.5915>

Cisternas Gasset, Manuela. 2015, "Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo", tesis, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Chile. URL: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142338>

Conn, Allison y Kelly Hodges. 2023, "Trastorno de dolor genitopélvico-trastorno de penetración", Manual MSD: 1-4. URL: Trastorno de dolor genitopélvico/trastorno de penetración -Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales (msdmanuals.com)

Contreras Castellano, Carmen y Manuel Lucas Matheu. 2021, "Experiencias de mujeres que han sido diagnosticadas de vaginismo. Una aproximación sociológica cualitativa", Revista Del Laboratorio Iberoamericano Para El Estudio Sociohistórico De Las Sexualidades, (5): 80-98. DOI: <https://doi.org/10.46661/relies.5295>

Engman, M. 2007, Vaginismo parcial. Definición, síntomas y tratamiento. (Disertación Medica) Universidad de Linköping, Suecia.

Ferraro, Kenneth and Tetiana Pylypiv Shippee. 2009, "Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?", The Gerontologist, 49(3): 333-343. DOI: 10.1093/geront/gnp034

Hersch, Paul. 2013, "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria", Salud Pública de México, 55(5): 512-518. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es&tlng=es).

Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHI). 2024, "Disfunciones sexuales femeninas: ¿Qué es el vaginismo?", Hospital Italiano de Buenos Aires. URL: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#/home/aprender/noticia/5966>

James, William. 1975, Pragmatism and The Meaning of Truth, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Joubanoba, Magdalena. 2019, "Vaginismo importancia del diagnóstico médico oportuno". Tendencias en Medicina, 28 (54): 1-5. URL: <https://sexologia.uy/wp-content/uploads/2020/10/joubanoba-vaginismo.pdf>

Kothari, Ashish; Ariel Salleh, Arturo Escobar, Federico Demaria y Alberto Acosta (coords.).2019, Pluriverso. Un diccionario del posdesarrollo, Icaria, Barcelona.

Maseroli, Elisa; Irene Scavello, Giulia Rastrelli, Erika Limoncin, Sarah Cipriani, Giovanni Corona, Massimiliano Fambrini, Angela Magini, Emmanuele A. Jannnini, Mario Maggi y Linda Vignozzi. 2018, "Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: A systematic review and meta-analysis Resultados de las intervenciones médicas y psicosexuales para el vaginismo: una revisión sistemática y un metanálisis, The Journal of Sexual Medicine, 15(12): 1752-1764. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.10.003.

Molledo-Perfetti, Andrés; María José Cittadini, Bernardo Nardi, Emidio Arimatea y Piero Molledo-Perfetti. 2014a, "Evaluación de la calidad de vida en mujeres con vaginismo primario mediante el WHOQOL-BREF", Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 79(6): 466-472. URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000600003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000600003)

Molledo-Perfetti, Andrés; Bernardo Nardi y Emidio Arimatea. 2014b, "Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primario", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(1): 56-63. URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262014000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100010)

Montes de Oca Zavala, Verónica (coord.).2013, *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales, Ciudad de México.

Olivares Crespo María E. y Rocío Fernández-Velasco. 2003, "Tratamiento cognitivo conductual de un caso de vaginismo y fobia a la exploración ginecológica", *Clínica y Salud*, 14(1): 67-99. URL: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617967004.pdf>

Pacik, Peter, Corey Babb, Andrew Polio, Craig E. Nelson, Carlie Goekeler and Lauren Holmes 2019, "Case Series: Redefining Severe Grade 5 Vaginismus", *Sexual Medicine*, 7(4): 489-497. DOI: 10.1016/j.esxm.2019.07.006.

Pacik, Peter T. 2014, "Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. International", *International Urogynecology Journal*, 25(12): 1613-20. DOI: 10.1007/s00192-014-2421-y.

Pichot, Pierre. 1990, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 3*. Asociación Americana de Psiquiatría.

Pons, Pilar. 2016, *El silencio pélvico*, Ediciones Invisibles, Barcelona.

Portillo Sánchez, Sandra; Tirso Pérez y Ana Royuela. 2017, "Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas", *Obstetricia y Ginecología. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 60(4): 320-327. URL: [https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03\\_TIRSO\\_Trabajo\\_Sa n.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/03_TIRSO_Trabajo_Sa n.pdf)

Real Academia Española (RAE). 2024 <https://www.rae.es/diccionario-lengua-espanola-rae->

Sánchez Bravo, Claudia; Jorge Carreño Meléndez, Norma Patricia Corres Ayala y Consuelo Henales Almaraz. 2010a, "Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo primera parte: Estudio cualitativo", *Salud mental*, 33(4): 347-353. URL: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400007)

Sánchez Bravo, Claudia; Jorge Carreño Meléndez, Norma Patricia Corres Ayala y Bertha Elvia Taracena Ruíz. 2010b, "Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo: Estudio cualitativo. Segunda parte, *Salud mental*, 33(5), 437- 449. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000500008#:~:text=La%20dispareunia%20es%20la%20presencia,imposibl e%20la%20realizaci%C3%B3n%20del%20coito](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500008#:~:text=La%20dispareunia%20es%20la%20presencia,imposibl e%20la%20realizaci%C3%B3n%20del%20coito)

Savransky, Martín. 2019, "Pensar el Pluriverso: Elementos Para Una Filosofía Empírica", *Revista Diferencias*, 1(8): 62-71.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2024, Boletín Epidemiológico. URL: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-355523>

Spengler González, Lessing; Elvia de Dios Blanco, Lourdes Roque Ortega y Dolores Maurisset Moraguez. 2020, "Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor", Revista Cubana de Medicina Militar, 49(3): 1-22.

Szasz, Ivonne. 1998, "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", Debate Feminista, 18: 77-104. URL: <https://www.jstor.org/stable/42625372>

Vargas Escamilla, Bianca Fernanda. 2022, "'Ahora ~~ya~~ no se trata de ti". Cuidado y atención del proceso reproductivo en la adolescencia. Una etnografía hospitalaria", tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Ciudad de México.

Vázquez-Vega, Laura Y. 2024, "Epidemiología crítica y sociocultural en México: confluencias, horizontes posibles y deudas pendientes", en Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (ed.), México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Ciudad de México, México: 15-118.

Vázquez- Vega, Laura Y. 2023, "Envejecer rarámuri: Una mirada desde la interculturalidad crítica en salud", tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud Ciudad de México, México.

Vera Cortés, José Luis. 2011, "Algo más que 100 años de antropología física en México", en Anabella Barragán Solís y Lauro González Quintero" (coords.), La complejidad de la antropología física. Tomo I, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Ciudad de México: 61-82.

Yañez, Brenda. 2023, "Libros de texto gratuitos 2023: ¿En qué estados no los distribuirán?", Expansión Política. URL: <https://politica.expansion.mx/mexico/2023/08/28/libros-de-texto-sep-2023-es-tados-donde-no-distribuiran>



# Trayectorias corporales de VIH en el proceso de envejecer: Una propuesta hacia la construcción de nuevas identidades

• Andrés Méndez Palacios Macedo • Zoraida Ronzón Hernández

## Resumen

En cuarenta años desde la aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la biomedicina no ha conseguido abatir la pandemia y como resultado, existen grupos poblacionales históricamente ignorados en esta problemática, en donde la incidencia de casos ha aumentado considerablemente. Es crucial adoptar un enfoque holístico que considere las experiencias culturales y emocionales para promover la autonomía entre las personas envejecidas. El estudio de las trayectorias corporales permite reconocer las experiencias diversas en torno al diagnóstico, tratamiento, significación y reflexión sobre la vida cotidiana con VIH durante el proceso de envejecer. Las trayectorias corporales revelan cómo las personas resisten y negocian las normas sociales impuestas, los estigmas en torno a las dos condiciones y la forma en que se pueden construir identidades colectivas disidentes. En la vejez con VIH, se desafían las normas establecidas y se resisten las narrativas de estigmatización; la representación del género influye en cómo las personas mayores enfrentan y se recuperan de las dificultades asociadas al VIH, ofreciendo un marco para la redefinición de la identidad. La promoción de la salud sexual, puede convertirse en la base para la movilización colectiva, donde la solidaridad y la colectivización de las luchas por una construcción de otras identidades. El cuerpo viejo como un cuerpo disidente simboliza una ruptura con los estereotipos negativos sobre la vejez y la enfermedad, reinterpretando el envejecimiento como una etapa de empoderamiento.

Palabras clave: trayectorias corporales, vivir con VIH, envejecimiento, identidad, gerontología.

## Introducción

Casi cuatro décadas han transcurrido desde la irrupción del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo, tiempo en el cual, se han acumulado un total de 40 millones de personas viviendo con el virus y 40 millones de fallecimientos por sus causas. A pesar de que la efectividad de los tratamientos ha logrado transformar el perfil de la enfermedad de mortal a crónica, aún se presentan nuevos diagnósticos reactivos, siendo que, en 2023, cerca de 1.7 millones de personas recibieron una confirmación positiva. Los grupos en donde se existen mayores incidencias son entre hombres que tienen sexo con otros hombres, niños, niñas, adolescentes y mujeres y en general, entre quienes puede considerarse en ciertos contextos, aún letal, pues se estima que solo en el último año fallecieron aproximadamente 800 mil personas (ONUSIDA 2023).

El sistema de vigilancia epidemiológica de VIH (Secretaría de Salud 2024) informa que, en México, desde el primer caso en 1893 hasta abril de 2024, habían sido notificados 375,296 casos de VIH, de los cuales 30% murieron; 246,188 personas se mantienen vivas, entre las cuales 82% son hombres. En 2023, se registraron 17,739 nuevos casos y alrededor de cinco mil defunciones. Pese a que históricamente, el grupo de personas adultas mayores no ha sido reconocido como particularmente vulnerable, ONUSIDA reportó que en 2023 había 73,000 personas mayores de 50 años viviendo con VIH, con 1,300 muertes relacionadas con el virus (2023).

Aún con la baja frecuencia, en comparación con 2020, estas cifras mostraron un aumento de 28% en los casos prevalentes y de 8% en las muertes totales asociadas; sin embargo, la letalidad y la incidencia han ido disminuyendo progresivamente. Desde 2010, la letalidad ha pasado de 3.9% a 1.78%, y la incidencia ha bajado de aproximadamente 360 a 250 nuevos casos actuales. El grupo con mayor incidencia entre 2019 y 2022 fue el de hombres de 50 a 59 años, con una tasa de 11.4%, siendo esta la segunda más alta entre los adultos (ONUSIDA 2023). Estos datos sugieren que la pandemia sigue en curso y sin ser debidamente considerada como parte de las acciones de la agenda política nacional.

Los avances en la biomedicina han sido fundamentales para dotar a la atención médica y el tratamiento del VIH de eficacia, pero su enfoque se ha centrado principalmente en la construcción de la entidad patológica, dejando a un lado las realidades sociales, emocionales y culturales que enfrentan las personas mayores. Además, su hegemonía en el campo de la salud ha imposibilitado la participación



de otras disciplinas (Passerino 2013) que se han vinculado en el estudio de estos fenómenos, como la antropología, la gerontología y la sociología. Estudiar el envejecimiento en personas que viven con VIH desde una perspectiva distinta a la biomedicina es crucial para comprender la complejidad de sus experiencias y necesidades.

Si bien, las tensiones entre el fenómeno de VIH y la biomedicina han sido varias (Méndez-Tapia 2018), hay en particular dos que deben ser develadas: la primera es la relativa al área de la salud pública, desde donde se ha relativizado al grupo de personas adultas mayores como parte activa de la población vulnerada por el problema. Esto se explica en parte, por la alineación de sus categorías analíticas con los dispositivos heteronormativos (Esteban 2008; Pons 2016; List 2004; de Lauretis 1989) y, por otro lado, al asumir erróneamente que la vida sexual ha terminado para quienes envejecieron (Putti et al 2021; Torres 2019; Zamudio et al 2017).

La principal consecuencia de esto es el subregistro de casos y los diagnósticos tardíos, en el contexto de las acciones estratégicas de prevención del VIH (Priego 2018; Henning 2016; Bustillos y Laguía 2023; Zamudio et al 2017). Esta problemática está enraizada estructuralmente en la profunda carga simbólica del VIH (Putti et al 2021), la misma que sostiene los imaginarios instituidos en torno a las falsas prohibiciones y limitaciones de las personas envejecidas para tomar agencia sobre su identidad, sexualidad y erotismo (Fernandes & Teixeira 2018; Rodríguez et al 2022).

También derivado de lo anterior es que se presenta el otro ámbito en donde la práctica biomédica resulta problemática: el de los servicios personales de salud. En términos de atención, la biomedicina ha contribuido a reproducir la doble carga estigmatizante de la vejez y el VIH (Passerino 2013). Se asume erróneamente que las personas adultas mayores están desprovistas de la agencia para llevar el control de sus procesos orgánicos, al igual que se piensa en ellas como actores pasivos en el uso de la información (Priego 2018). La predominancia de la geriatría y la falta de estrategias de intervención construidas desde la gerontología contribuye con la desinformación sobre el VIH y los mitos erróneos sobre la sexualidad en la vejez pueden llevar a prácticas de riesgo potencial, creando un círculo vicioso de vulnerabilidad (Rodríguez et al. 2022). Por otra parte, concebir aún al grupo de personas que viven con VIH como de alto riesgo, mantiene la reproducción discursiva y práctica del estigma (Lizarraga 2003).

Es fundamental adoptar un enfoque más holístico que considere las disposiciones erótico-afectivas y las luchas corporizadas de quienes viven con VIH en la vejez (Pons 2016). Esto implica reconocer que las luchas no son solo contra el virus, sino contra el estigma y la discriminación que lo rodean (Priego 2018). Es esencial fomentar espacios donde las personas mayores puedan normalizar su padecimiento, tomar el control sobre su tratamiento y apropiarse de su narrativa, desafiando así la medicalización de la sexualidad que ha caracterizado la biomedicina (Torres 2019) y que no solo perpetúa la exclusión, sino que impide que las personas sean vistas como activas y capaces de ejercer control sobre sus procesos.

Romper con el estereotipo del anciano asexual, faculta la participación de los adultos mayores en el control del VIH, desafiando las narrativas hegemónicas sobre la sexualidad en la vejez. Se deben cuestionar los discursos instituidos como la pérdida de la libido y el deseo, ya que limitan considerablemente las oportunidades de disfrutar de una vida sexual plena y saludable (Gregoric 2017). Las personas que viven con VIH pueden redefinir su vida, enfrentándose a los desafíos y superando los prejuicios a través de la construcción de una identidad que resista los discursos estigmatizantes.

Sin embargo, este esfuerzo requiere la configuración de marcos teóricos referenciales mucho más amplios, donde se rompa con la hegemonía de la biomedicina. La visión de gerontología LGBT (Henning 2020), la teoría corporal de la acción social (Esteban 2008) y la antropología médica crítica (Menéndez 1985) permiten incluir en el debate una comprensión más profunda de las experiencias sociales, culturales y emocionales, así como un reconocimiento de las luchas diarias que enfrentan. Solo así se podrá contribuir a la creación de políticas y prácticas de salud más inclusivas y equitativas que promuevan la autonomía y el bienestar de las personas mayores viviendo con VIH.

## Trayectorias corporales

La comprensión del cuerpo no puede limitarse a una mera entidad biológica; es también un constructo social; un espacio donde se entrelazan experiencias individuales y colectivas. Las vivencias, emociones, pensamientos, sueños y reflexiones se encarnan (Krieger 2004; Esteban 2008), es decir, se materializan en el cuerpo. El enfoque de la acción social corporizada permite superar las ópticas desde las cuales el cuerpo se asume como un objeto físico y a la persona como su habitante. En este sentido, es la plataforma básica de sentido y significado desde la cual se vive y da sentido a las experiencias. La relación entre la persona y el cuerpo

está mediada por la percepción y la identidad, mismas que mantienen relación con los contextos culturales y sociales.

Pero la experiencia encarnada, no sólo es una configuración constitutiva, sino organizativa: vivir contribuye en la construcción, organización y socialización de significados, es decir, perfila los imaginarios sociales desde los cuales, se configuran las percepciones sobre el cuerpo dentro de una cultura (Castoriadis 1987). En este sentido, el cuerpo se convierte en un espacio de contestación y reproducción de prácticas culturales colectivas.

Dicho así, las prácticas culturales son producciones tangibles de los imaginarios sociales (instituidos e instituyentes); la forma en que se viven, significan y comparten, genera una configuración estructural de las mismas, que pueden incluir rituales, tradiciones, modos de vida (Bourdieu 1990). Aun cuando las prácticas son el margen de referencia para comprender la forma en que se percibe y actúa, no sólo tienen un sentido nomotético, puesto que también pueden generar resistencia y reconfiguración del cuerpo encarnado, y producir escenarios de desafío y reconfiguración de las normas establecidas (Butler 2004).

Las interfaces entre la conformación simbólica de los imaginarios, la forma en que se encarnan a través de la experiencia y la manera en que se presentan como prácticas, permite vislumbrar al cuerpo como un espacio dinámico y en constante transformación. A medida que los grupos humanos cambian, también lo hacen sus imaginarios sobre el cuerpo y sus prácticas culturales asociadas.

Dado que en el presente documento se asumirán las prácticas como una entidad de organización jerárquica, es fundamental comprender que la forma en que se viven es a través de las trayectorias corporizadas. Para este concepto, se ha considerado hacer una adaptación a los itinerarios de Mari Luz Esteban (2008), en donde únicamente se cambiará la palabra por “trayectoria” y se mantendrá el mismo contenido. Esta modificación obedece a la consideración que un itinerario es un esquema premeditado que faculta la apropiación de una ruta de acción, mientras que una trayectoria es el curso que se sigue a largo plazo, sin estar previamente definido y que, al tiempo, puede ser sujeto de cambios. Para los autores de esta obra, las experiencias de las personas que viven con VIH y van a envejecer, son más parecidas a una trayectoria, pues son un conjunto de sucesos no premeditados que marcan sistemas de significación y construyen la identidad.

Analizar las trayectorias corporales ofrece una valiosa oportunidad para comprender la forma en que los cuerpos se mueven (Pino-Morán et al. 2021) y se configuran dentro de contextos culturales, sociales y simbólicos específicos (Krieger 2004). Desde este lugar, se reconoce que los cuerpos no son entes pasivos sino agentes activos que interactúan con su entorno, moldeando y siendo moldeados por él, destacando de tal forma, su fluidez y destacando que no están fijos en estado o identidad, sino que se transforman y adaptan constantemente.

Desde la perspectiva de Esteban (2008), no sólo pesa el movimiento, sino también la capacidad de la trayectoria para imbricar representaciones, percepciones, emociones, vivencias y reflexiones sobre la interacción de cuerpos generizados. El devenir dentro de un bloque histórico social y cultural, es el que se encarna en medida que se experimenta, dotando de sentido simbólico a la vida y la construcción de la realidad; las experiencias corporales están ancladas en contextos específicos que les otorgan significado y forma. Cabe señalar que el concepto de encarnación es polivalente (Krieger 2004), pero las diferentes perspectivas coinciden en reconocer a las personas tanto como agentes activos como sujetos, dotando a las personas de la capacidad para influir y ser influenciados por sus contextos, contribuyendo así a la construcción de sus identidades corporales a través de sus trayectorias.

La cotidianidad juega un papel fundamental en la configuración de las trayectorias corporales, dado que estudiar el cuerpo es, también analizar la articulación social en lo cotidiano (Energici et al. 2022). En este sentido, vale concebir que las trayectorias se derivan en distintos tipos de prácticas culturales, dentro de las cuales se encuentran aquellas relacionadas con la salud, la alimentación, la actividad física, la sexualidad, la estética y la recreación. Todas ellas juegan un papel fundamental para el accionar colectivo, puesto que mantienen relación con las normas sociales, pero también, contribuyen con la construcción dinámica de la identidad, la percepción y de la representación (Giménez 2010; Carrara 2009; Energici et al. 2022).

Es por lo anterior, fundamental comprender la construcción de la identidad sexual, ya que se realiza a través de trayectorias, lo que subraya la importancia de las experiencias y prácticas corporales en la formación de la identidad (Carrara et al. 2019; Pinto 2023). La literatura, sin embargo, tiende a asumir que, a pesar de la diversidad de trayectorias, todas se interpretan desde la perspectiva de la heteronormatividad (Henning 2016; Pons 2016; List 2004; Laguarda 2007). Este sesgo limita la comprensión de las múltiples formas en que los cuerpos pueden experimentar y expresar su sexualidad y género, perpetuando normas que pueden

no reflejar la realidad de todas las personas al no dar cabida y controlar las formas en que las trayectorias corporales sexuales se desarrollan (Torres 2019).

Debe entonces comprenderse a la sexualidad, como una expresión cultural, una que también se encarna (Pinto 2023) y, por ende, configura prácticas culturales específicas y faculta otras formas de vivir y experimentar el género de manera tangible y concreta. La sexualidad teje a su vez, los hilos de otras prácticas, como el cuidado estético, la práctica deportiva y la realización de cambios específicos que inciden en lucir de forma más satisfactoria o más atrayente para otras personas (Putti et al. 2021; Rodríguez et al. 2022; Energici et al. 2022; Robles y Mestas 2023).

Por otra parte, también existen prácticas corporales terapéuticas (Arroyave 2018) las cuales están íntimamente ligadas a la introducción de medicamentos y remedios, para la atención o prevención de problemas y que subrayan la dimensión práctica y vivencial de estos recorridos. Así como estas, también se desarrollan a lo largo de la vida, prácticas culturales de alimentación y recreación, mismas que dan cuenta de un panorama más amplio de los recorridos.

Finalmente, no hay que perder de vista la dimensión performativa del cuerpo (Energici et al. 2022; Pons 2016; de Lauretis 1989; Esteban 2008), dado que no sólo existe, sino que actúa y se representa a sí mismo en relación con su entorno en formas tanto tangibles como imaginarias. Al estudiar los itinerarios corporales, se pone de manifiesto cómo los cuerpos viven, experimentan y negocian su realidad dentro de un entramado complejo de prácticas culturales, representaciones simbólicas y normas sociales. Las trayectorias corporales ofrecen un marco teórico rico para explorar la intersección entre cuerpo, cultura y sociedad. Al reconocer a los cuerpos como agentes activos en constante interacción con su entorno, se pueden comprender las contribuciones de las experiencias corporales en la construcción de identidades y realidades. Este enfoque multidimensional es crucial para una comprensión más completa y matizada de las experiencias humanas, especialmente en contextos de diversidad y cambio social.

## El VIH encarnado en la vejez

La composición de las trayectorias corporales de vivir con VIH está profundamente marcada por una serie de prácticas y experiencias que transforman la vida cotidiana; desde el diagnóstico reactivo hasta la gestión continua de los procesos de atención, las experiencias reflejan una compleja interacción entre el cuerpo, el

proceso salud enfermedad y el entorno sociocultural. El diagnóstico positivo tiene un profundo impacto en la significación de la enfermedad en la vida y la posibilidad de una muerte prematura, aun cuando no esté fundada en la realidad actual de los tratamientos (Robles y Mestas 2023). Si bien el VIH es un virus que puede afectar a cualquier persona, asumirse viviendo con esta condición, desafía las normas sociales asociadas con comportamientos específicos esperados para cada grupo poblacional (Lizarraga 2003). Entre las personas mayores, el diagnóstico en esta etapa tiene implicaciones en cuanto a la reconfiguración de las relaciones sociales y en cuestionamientos sobre la propia identidad.

Es por lo anterior, que la experiencia del diagnóstico reconstruye el espacio cotidiano, transformando la percepción del entorno y de las relaciones interpersonales (Robles y Mestas 2023). A partir de éste, las trayectorias corporales de VIH se componen de una serie de prácticas que reorganizan la vida, desde la medicalización de la rutina (Arroyave 2018) hasta la incorporación o intensificación de prácticas religiosas (Robles et al. 2018), donde las experiencias previas de vida se entrelazan para reconfigurar el curso de acción.

A diferencia de las personas mayores no reactivas, el estigma asociado al VIH interviene especialmente en las trayectorias espirituales, pues no involucra una construcción espiritual reflexiva y progresiva (Vázquez, 2015), sino la irrupción de una estricta vigilancia religiosa, particularmente asociada a la carga adicional de culpa y miedo detrás del diagnóstico (Robles et al. 2018). La religión, en este contexto, actúa como un mecanismo de control que exacerba la percepción sobre la irreversibilidad del diagnóstico, contribuyendo a la patologización de la infección (Carrara et al. 2019).

Es de tal forma que el diagnóstico reactivo construye también narrativas de padecimiento (Hamui 2011); se convierte en una lucha encarnada (Henning 2016) contra la constitución patológica del VIH y se establece un horizonte desde el cual se observa la vida antes y después del suceso. Dentro de la trayectoria, se construye un ritual de paso (Turner 1969) entre la distinción de vivir con VIH, desde la cual se definirán nuevos caminos y prácticas.

Una vez establecido el diagnóstico, la introducción del tratamiento antirretroviral (ARV) se vive como una nueva batalla contra la prescripción biomédica (Arroyave 2018). La incorporación de los ARV en las narrativas personales, aunque se resista, representa una importante percepción de pérdida de la vida "normal", donde cada toma no solo es un acto de control sobre la salud, sino también una

constante reafirmación de la presencia del virus en la vida diaria. Este proceso de medicalización redefine el ritmo de las prácticas y la estructura del día a día.

Pero el nodo de la transformación radica en la experiencia; la consciencia sobre el “estar allí” (Méndez-Tapia 2018), viviendo con VIH implica una constante negociación de la identidad y de la salud, donde el cuerpo se convierte en un sitio de resistencia y adaptación, pero también de reconstitución del ser. La construcción de imaginarios incorporados sobre el VIH es un proceso complejo que integra percepciones sociales, culturales y personales sobre la enfermedad y los cuerpos afectados por ella. Estos imaginarios no sólo reflejan estereotipos y prejuicios, sino que también influyen en cómo las personas significan, viven y experimentan su condición.

Arroyave (2018) señala que existe una distinción clara entre los “otros” enfermos y aquellos que llevan la “mancha vergonzosa” del VIH; dicha distinción refuerza un estigma de segregación, particularmente vinculado con la noción errónea de que es un problema de personas en situación de marginalidad (Herrera y Campero 2002). Resulta de ello, la construcción de un imaginario instituyente sobre una falsa relación entre el virus, la vergüenza y el rechazo social. La reiteración discursiva, tanto en espacios clínicos como sociales, fomenta una percepción de las personas con VIH como los “otros” socialmente indeseables.

Tal como se refirió anteriormente, la biomedicina tiene una participación total en la reproducción de las narrativas estigmatizantes (Passerino 2013), una de las cuales apunta hacia la total indisposición de la persona con diagnóstico reactivo, para efectos del cuerpo y el deseo (Torres 2019); la respuesta social y médica al diagnóstico a menudo implica la imposición de restricciones sobre la sexualidad y el comportamiento de la persona afectada, perpetuando la idea de que su cuerpo y su deseo son peligrosos y deben ser controlados. Esta clausura no solo limita la expresión individual, sino que también imposibilita la configuración de imaginarios disidentes.

Sin embargo, el VIH se conceptualiza también como una corporalidad subversiva (Pino-Morán et al. 2021; Méndez-Tapia 2018), desafiando las normas establecidas sobre la salud y la sexualidad. Esta subversión se manifiesta en cómo el cuerpo con VIH se percibe y se presenta en la sociedad y puede cobrar mayor protagonismo si se consideran también las diversidades sexogenéricas y la corporeidad de las prácticas sexuales en la vejez (Fernandes & Teixeira 2018; Gregoric 2017; Pinto 2023).

En detrimento de lo anterior, es cada vez más común que la agencia de la trayectoria sexual se imbrique con una creciente preocupación por la imagen corporal (Méndez-Tapia 2018), la cual ejerce una presión adicional para adherirse a las expectativas sociales de apariencia y comportamiento, lo que intensifica la internalización de normas y estigmas. El cuidado del cuerpo en el contexto del VIH puede ser visto como una forma de subjetivizar las normas sociales (Energici et al 2022). Las personas con VIH, a través de prácticas de autocuidado y adherencia a tratamientos, no solo gestionan su salud, sino que también negocian su identidad y su lugar en la sociedad. Esta subjetivización implica una internalización de las normas sociales que dictan cómo debe ser manejado y presentado el cuerpo con VIH, evidenciando la profunda conexión entre los imaginarios sociales y las prácticas individuales.

## Trayectorias en envejecimiento y VIH

Pese a la constancia en las narrativas que apuntan a un envejecimiento prematuro entre la población que vive con VIH, la literatura sugiere que los problemas de salud en las personas mayores con esta condición no están necesariamente relacionados con la edad, sino con la manera en que vivieron cada etapa vital (Bustillos y Laguía 2023). Esto implica que las prácticas anteriores al diagnóstico juegan un papel crucial en la configuración de trayectorias corporales actuales. Como imaginario, la vejez es frecuentemente concebida como una etapa indeseable, puesto que se relaciona discursivamente con la enfermedad, con la pérdida de autonomía y la cercanía a la muerte. De cierta manera, es una profecía autocumplida (Bustillos y Laguía 2023), puesto que la internalización y reproducción de estos imaginarios negativos incide en el impacto y magnitud de las enfermedades inherentes a la vida misma.

Sin embargo, los padecimientos relacionados con las trayectorias terapéuticas del VIH tienen una participación puntual en la pérdida de la calidad de vida, algo que es particularmente significativo si se considera que, cuando las personas llevan mucho tiempo viviendo con un diagnóstico reactivo, pueden ser consideradas como supervivientes de las luchas contra todas las generaciones de tratamientos ARV.

El concepto de lucha, desarrollado por Carlos Henning (2016, 2020), es crucial para entender cómo las personas mayores enfrentan tanto el VIH, su tratamiento y los estigmas en torno a la vejez. Henning resalta que esta lucha no es puramente



negativa; en el combate existe la posibilidad de aprendizaje y crecimiento. Las personas mayores consideran sus experiencias de vida como un bagaje que les permite manejar crisis con mayor competencia, utilizando sus vivencias pasadas para enfrentar los desafíos presentes.

Desarrollar una mayor agencia de las trayectorias sexuales resulta entonces, una trinchera que puede ser por demás próspera. La sexualidad en el envejecimiento LGBT es un fenómeno poco estudiado (Fernandes & Teixeira 2018), y esta falta de atención académica invisibilizan y perpetúan estereotipos negativos. Las disposiciones erótico-afectivas, como indica Laguarda (2007), pueden desafiar los dispositivos de la vejez heteronormada, permitiendo a las personas mayores resignificar sus experiencias y enfrentarse a los estigmas sociales.

El imaginario de la vejez heteronormativa se ha construido mediante diversas tecnologías político-sexuales (de Lauretis 1989) que regulan las interacciones y los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas mayores. Estas tecnologías refuerzan la idea de que mantenerse joven es un imperativo moral (Putti et al 2021), lo que a su vez impacta en cómo se percibe y vive la sexualidad en la vejez. Es muy común la reproducción del imaginario social sobre la falta de competencia entre las personas envejecidas y aquellas que viven con VIH. Bustillos y Laguía (2023) señalan que estos imaginarios contribuyen a la marginación y estigmatización, presentando a las personas mayores como incompetentes y frágiles. Este estigma se amplifica cuando se añade el diagnóstico de VIH, consolidando una imagen de doble vulnerabilidad.

En suma, el adulto mayor es frecuentemente visto como la imagen de la fealdad, la proximidad a la muerte y la inapetencia sexual (Fernandes & Teixeira 2018). Estas construcciones artificiales refuerzan la idea de que el envejecimiento se vive como una pérdida: de la autonomía, de la fuerza y del atractivo. La lucha por mantenerse joven y atractivo se convierte en una tarea constante para contrarrestar estos imaginarios (Méndez-Tapia 2018), quienes recurren al ejercicio y otros métodos para mejorar su imagen corporal. Contrario al imaginario instituido y reproducido por la biomedicina, la vida sexual puede ser activa durante la vejez. Rodríguez, Medina y Salazar (2022) señalan que las principales limitaciones no son intrínsecas a la edad, sino a las condiciones de salud crónicas que las personas puedan tener. La sexualidad, como parte inherente de la vida a lo largo de su curso, desafía los imaginarios sobre la incapacidad física para el goce pleno en la vejez.

Sin embargo, el diagnóstico reactivo de VIH puede inducir un cambio significativo en la percepción del cuerpo y el deseo (Putti et al 2021). La coexistencia del envejecimiento y el VIH crea una imagen de un cuerpo doblemente marcado por la enfermedad y el tiempo. Esta situación puede llevar a las personas a evitar enfrentarse a su nueva imagen, optando por romper el espejo y silenciar el diagnóstico para evitar el estigma asociado (Putti et al 2021). Por otra parte, es difícil para una persona mayor autonombrarse como tal, ya que el pronunciamiento puede hacer que la percepción negativa de la vejez se vuelva real (Putti et al 2021). La inversión en el cuerpo para mantener una apariencia joven se convierte en una necesidad para evitar ser percibido como viejo, reflejando una internalización de las normas sociales que privilegian la juventud (Putti et al 2021).

El cuidado del cuerpo, incluyendo prácticas estéticas, roles de cuidado y autocuidado, y alimentación, se convierten en trayectorias que reflejan la subjetivización de las normas sociales hegemónicas (Energici et al 2022). La piel tersa y joven se mantiene con maquillaje y accesorios, destacando la necesidad de mostrarse joven (Energici et al. 2022). Estas prácticas no solo buscan contrarrestar los signos de envejecimiento, sino también resistir los imaginarios negativos asociados con la vejez y el VIH.

Si las medidas que se toman para reconfigurar la agencia de las trayectorias sexuales no contemplan la relevancia de la imagen corporal, se pueden reproducir estereotipos negativos sobre la posibilidad de formar nuevas parejas sexuales o afectivas en la vejez (Rodríguez et al 2022). Estas ideas limitan las experiencias afectivas de las personas mayores, reforzando la imagen de un cuerpo enfermo y pasivo (Pino-Morán et al. 2021).

## Reflexión final

El género, es una construcción determinada históricamente y socialmente y se configura a partir de complejas relaciones de poder en contextos económicos, sociales y políticos que implementan mecanismos para su regulación (Foucault 2009; de Lauretis 1989; Butler 2004). Esto implica que las identidades de género no son fijas ni universales, sino que se originan y se redefinen dinámicamente a partir de tecnologías político-sexuales (de Lauretis 1989; Esteban 2008). Esta perspectiva es crucial para entender cómo los itinerarios corporales influyen en la identidad de género, ya que estos itinerarios están sujetos a las mismas fuerzas sociales y políticas que configuran las normas de género.

Carlos Henning (2016) ha señalado la importancia de estudiar el envejecimiento no heteronormativo dentro de la Gerontología LGBT. Este campo de estudio requiere una comprensión clara del género en este contexto, reconociendo que el género es una representación social (Laguarda, 2007). Las personas se nombran y se representan a sí mismas, y estas auto-representaciones son influenciadas por sus trayectorias corporales a lo largo de la vida. En el contexto del envejecimiento con VIH, estas trayectorias incluyen experiencias de estigmatización, marginalización y lucha por la dignidad y el reconocimiento. El género no actúa de manera automática sino a través de contingencia y resistencia al sistema sexo-género específico (de Lauretis 1989).

Este sistema impone normas y expectativas sobre cómo deben comportarse y presentarse las personas según su género. Sin embargo, las trayectorias corporales muestran cómo las personas resisten y negocian estas normas en su vida diaria.

La forma de vivir y experimentar el cuerpo está influenciada por procesos dinámicos de construcción subjetiva de identidades individuales y colectivas (List 2004). La construcción de una identidad subversiva en la vejez con VIH es un proceso que desafía las normas establecidas y resiste los dispositivos biomédicos predominantes. La representación del género determina las formas en que las personas mayores enfrentan, controlan y se recuperan de las dificultades causadas por el VIH. Esta representación no sólo impone límites, sino que también ofrece un marco para la resistencia y la redefinición de la identidad.

La interacción identitaria, entendida como el intercambio de representaciones de las normas sociales y la enfermedad (Méndez-Tapia 2018), es central en este proceso. Las personas mayores que viven con VIH negocian constantemente su identidad en un entorno que a menudo las ve a través del prisma del estigma y la enfermedad. Este intercambio permite la construcción de narrativas alternativas que desafían los imaginarios negativos asociados con el envejecimiento y el VIH.

La conformación de parejas erótico-afectivas serodiscordantes y la vida sexual activa desde la diversidad representan una forma de no vivir bajo el mandato heteronormativo (Torres 2019). La resistencia a las expectativas tradicionales sobre la sexualidad y el envejecimiento es una forma de performatividad de resistencia, una agencia esencial para la autoafirmación y la reivindicación de una identidad disidente. Además, la lucha por sobrevivir como colectivo y la movilización desde una identidad compartida basada en la salud y el diagnóstico reactivo (Gregoric

2017) subrayan la importancia de la solidaridad y la comunidad en la construcción de una identidad subversiva. La movilización colectiva no solo fortalece a los individuos, sino que también desafía las estructuras sociales que sobre la vejez con VIH se han edificado.

El cuerpo viejo, como un cuerpo disidente (Pinto 2023), simboliza una ruptura con los estereotipos negativos sobre la vejez y la enfermedad. En lugar de ver el envejecimiento como una pérdida de autonomía y atractivo, se puede reinterpretar como una etapa de resistencia, dignidad y empoderamiento. La construcción de una identidad subversiva en la vejez con VIH es, por lo tanto, un acto de resistencia contra las normas opresivas.

## Referencias

- Arroyave, Beatriz Elena. 2018, "Cotidianidad e imaginarios en sujetos con VIH-SIDA en tratamiento antirretroviral", tesis, Universidad de Antioquía, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Medellín. URL: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/9344>
- Bourdieu, Pierre. 1990, *The Logic of Practice*, University Press, Stanford.
- Bustillos, Antonio y Ana Laguía. 2023, "Estereotipos asociados al edadismo y VIH", *Revista Multidisciplinar del Sida*, 11(30): 27-33.
- Butler, Judith. 2004, "Cuerpos y poder reconsiderados", en D. Taylor y Vintges K. (eds.), *Feminismo y el último Foucault*, University of Illinois Press, Chicago, E.U.A.: 183-194,
- Carrara, Sergio; Jimena de Garay Hernandez, Anna Paula Uziel, Greice Maria Silva da Conceição, Henri Panjo, Ana Camilla de Oliveira Baldanzi, João Pedro Queiroz, Luisa Bertrami D'Angelo, Adriana Maria Shad e Balthazar, Aureliano Lopes da Silva Junior y Alain Giami. 2019, "Body construction and health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro, Brazil", *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4): e00110618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0011061>
- Castoriadis, Cornelius. 1987, *The Imaginary Institution of Society*, MIT Press, Massachusetts.
- Energici, María Alejandra; Nicolás Schöngut-Grollmus, Mauricio Toval y Natalia Zúñiga. 2022, "El cuerpo cotidiano: itinerarios corporales de mujeres", *Interdisciplinaria*, 39(2): 135-149.
- Esteban, Mari Luz. 2008, "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social apuntes teóricos y metodológicos", en Imaz, Miren Elixabete (coord.) *La materialidad de la identidad*. Editorial Hariadna.
- Fernandes da Araújo, Ludgleydson y Karolyna Teixeira. 2018, "Sexualidade na velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT", *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(1): 218-237.
- Foucault, Michel. 2009, *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*, Ediciones Siglo XXI, México.
- Giménez, Gilberto. 2010, *Cultura, identidad y procesos de individualización*, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Gregoric, Juan José. 2017, "Micropolíticas de vida activismo de personas afectadas por el VIH", tesis, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires.
- Hamui-Sutton, Liz. 2011, "Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social", *Cuicuilco*, 18(52): 51-70.
- Henning, Carlos. 2020, "Ancianos LGBT en Brasil: los viejos de guerra y sus narrativas sobre batallas, resistencia y vulnerabilidad en tiempos ultraconservadores", *Plural. Antropologías Desde América Latina Y Del Caribe*, (6).

Henning, Carlos. 2016, "Is old age always already heterosexual (and cisgender)? The LGBT Gerontology and the formation of the "LGBT elders", *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 13: 132-154. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-43412016v13n1p132>

Herrera, Cristina y Lourdes Campero. 2002, "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema", *Salud Pública de México*, 44(6): 554-564.

Krieger, Nancy. 2004, "Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (5): 350-355.

Laguarda, Rodrigo. 2007, "Gay en México: lucha de representaciones e identidad", *Alteridades*, 17(33): 127-133. URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-70172007000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172007000100013&lng=es&tlng=es).

de Lauretis, Teresa. 1989, *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, Macmillan Press, Londres.

List Reyes, Mauricio. 2004, "Masculinidades diversas", *Revista de estudios de género: La ventana*, 2(20): 101-117.

Lizarraga, Xavier. 2003, "Una historia sociocultural de la homosexualidad. Notas sobre un devenir silenciado", *Paidós*, México.

Méndez-Tapia, José Manuel. 2018, *Identidades reactivas: Enfermedad, biopolítica y corporalidad en la experiencia de vivir con VIH*, La cifra editorial.

Menéndez, Eduardo. 1985, "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", *Nueva Antropología*, 7(28): 11-28.

ONUSIDA. 2023, *AIDSinfo*. Global database on HIV epidemiology response. Consultado el 21 de abril de 2024. URL: <https://aidsinfo.unaids.org>

Passerino Leila Martina. 2013, "Imaginaris, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH", *Revista Ciencias de la Salud*, 11(2): 217-233.

Pino-Morán, Juan Andrés, Pía Rodríguez-Garrido, Inmaculada Zango-Martín y Enrico Mora-Malo. 2021, "Subvertir la vulneración médica: itinerarios corporales disidentes de la discapacidad en Chile", *Salud Colectiva*, 17: e3021. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3021>

Pinto, Renatta. 2023, "Pedagogía trans: itinerarios corporales de mujeres jóvenes travestis, transgénero y transexuales", tesis, Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Humanidades, México. URL: <https://www.repositorio.unach.mx/jspui/handle/123456789/4177>

Pons Rabasa, Alba. 2016, "Género 3.0. Frontera y multitud en "La experiencia de la vida real", *Géneros*, 5(2): 1014-1038.

Priego, Heberto Romeo. 2018, "VIH/SIDA y envejecimiento análisis gerontológico tridimensional en Tabasco", tesis, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Ciencias de la Salud. URL: <https://ri.ujat.mx/handle/20.500.12107/3267>

Putti, Isadora, Luisa da Rosa Olesiak y Alberto Manuel Quintana, 2021, "Idosos Soropositivos: A Construção de Significados para o Envelhecimento com HIV/Aids", *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41: e224079, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224079>

Robles, Bernardo Adrián, José Arturo Granados y Alberto Zúñiga. 2018, "Prácticas religiosas en la irrupción del diagnóstico de VIH-SIDA en varones de la Ciudad de México. Los discursos de la experiencia", *Salud Problema* (23): 69-81.

Robles, Bernardo Adrián y Lilia Mestas. 2023, "La experiencia del diagnóstico positivo al VIH. Cambios, transformaciones y avatares. Un estudio de corte cualitativo", *Salud Problema*, 17(33): 61-83.

Rodríguez, María Julia, Johan Medina y Ana María Salazar. 2022, "Aspectos inherentes a la sexualidad en la vejez: Revisión de la literatura", *Neurama*, revista electrónica de psicogerontología, 9(2): 46-59.

Secretaría de Salud. 2024, "Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH", Informe Histórico de VIH, 2do trimestre 2024.

Torres, César. 2019, "Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México", *Debate Feminista* 57: 36-58.

Turner, Victor. 1969, *The ritual process: Structure and anti-structure*, Aldine Publishing, New York.

Vázquez Palacios, Felipe. 2015, "La metamorfosis de la fe en creyentes de edad avanzada", *Península*, 10(1): 49-71.

Zamudio-Rodríguez, Alfonso; Sara Aguilar-Navarro y José Alberto Ávila-Funes, 2017, "Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/sida y síndrome de fragilidad", *Gaceta Médica de México*, 153: 598-607.





# Marchitarse. Amputaciones en enfermos hospitalizados. Un análisis cualitativo

• Omar Ángel Daniel Cabrera Valdez • Bernardo Adrián Robles Aguirre

## Resumen

Entre los cambios físicos que sufren los sujetos que tienen que ser amputados por desarrollar gangrena como consecuencia de padecer pie diabético originado por Diabetes mellitus, destaca una coloración que puede llegar a verse violácea como las rosas marchitas, misma que da nombre a este escrito, empero, también lidian con aspectos sociales y emocionales que las instituciones nosocomiales están incapacitadas para atender, pues son instalaciones que están diseñadas para atender solamente el aspecto biológico. Aunque los pacientes orientan su autoatención para no llegar al momento de ir al hospital, hay quienes no pueden evitarlo y, tanto ellos como sus cuidadores, se enfrentan a una serie de cambios que no son sencillos de asimilar, originan un impacto emocional tanto en el enfermo como en sus familiares, hecho que los recoloca de ser pacientes, a ser padecientes, pues su malestar obtiene una dimensión más allá de lo personal que termina por impactar a todo el contexto socio familiar en el cual están insertos.

Palabras clave: Amputación, Diabetes Mellitus, Paciente, Cuidador, Emociones.

## Introducción

El estado de deterioro corporal al cual pueden llegar los pacientes de Diabetes Mellitus (DM) en los niveles segundo y tercero de las instituciones hospitalarias van desde heridas leves en los pies hasta amputaciones, pasando por la insuficiencia cardíaca, la pérdida de la vista y diálisis por Insuficiencia Renal Crónica (IRC).<sup>9</sup>Esta enfermedad se presenta en una amplia gama de manifestaciones. Durante años de trabajo en el ámbito hospitalario, uno de los autores, observó que la DM y las neoplasias, son las enfermedades más prevalentes, sin embargo, optamos por centrarnos en la DM y su correlación con la IRC, debido a la relativa falta de investigación en este campo desde la antropología.

En este escrito centraremos nuestro interés en explorar los aspectos experienciales de esta enfermedad dentro de los hospitales; enfatizando particularmente el interés en la manera en cómo se dimensiona el sentido corporal de los pacientes. Al ingresar al nosocomio el paciente puede sentirse despersonalizado, porque se le proporciona una vestimenta estandarizada que deja al descubierto gran parte de su cuerpo y facilita el examen médico. También se le somete a una rutina estricta (similar a la de los trabajadores de la salud), con horarios fijos para las revisiones, las comidas y la administración de medicamentos. Sí bien, estos elementos reflejan características propias de las instituciones totales descritas por Goffman (2001), es importante señalar que el objetivo de los hospitales de segundo y tercer nivel no es la reclusión despersonalizadora, sino la atención y el cuidado de los pacientes.

Durante la investigación, identificamos las amputaciones de extremidades inferiores como una de las complicaciones más comunes de la DM, ocasionadas por el llamado “pie diabético”. Esta condición se caracteriza por la infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anormalidades neurológicas y vasculopatía periférica (González et al 2019). Las anormalidades neurológicas dan como resultado una disminución o pérdida de la sensibilidad en los pies, lo que lleva a que las lesiones pasen desapercibidas y se desarrollen infecciones

---

9 Las tres condiciones frecuentemente coexisten, y cada una de ellas empeora el pronóstico de las otras. Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen cuatro veces mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en comparación con los pacientes sin insuficiencia cardíaca. La combinación de diabetes tipo 2 e insuficiencia cardíaca con función preservada ha ido en aumento en los últimos años debido a la epidemia de obesidad (González-Robledo et al. 2020).

necrotizantes, dando lugar a la gangrena, cuyos síntomas incluyen hinchazón y cambios de coloración en los tejidos, esto representa un deterioro significativo que puede requerir de una intervención quirúrgica para evitar complicaciones mayores.

Este fenómeno que observamos en múltiples ocasiones nos llevó a reflexionar sobre la naturaleza crónico-degenerativa de la DM y su impacto en la salud de quienes la padecen a partir de la pérdida de la extremidad (Yañez 2016 y Yañez y Franco 2023). En este contexto, es fundamental considerar la perspectiva antropológica de la enfermedad (Fabrega 1972), que distingue entre el diagnóstico médico (disease) y la experiencia personal/familiar de la enfermedad (illness). La experiencia del enfermo, compartida, pero incomprendida por quienes le rodean, es un aspecto relevante que influye en su manejo y tratamiento. En este escrito proponemos explorar esta experiencia personal-subjetiva (Cabrera, 2020) de la DM y a continuación delineamos el enfoque metodológico que guía a la investigación.

## Metodología

Para llevar a cabo la investigación, se realizó un trabajo voluntario como tanatólogo en el Hospital General de Zona #48 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en la alcaldía Azcapotzalco, en la Ciudad de México. La autorización para desempeñar este rol fue otorgada por la dirección de enseñanza del nosocomio, que comprendía la labor de acompañamiento tanatológico a pacientes y la recopilación de información con fines antropológicos de uno de los autores que además de psicólogo es tanatólogo profesional. El propósito fue comprender el contexto intrahospitalario de los pacientes terminales con IRC como consecuencia de Diabetes mellitus, con el fin de analizar su experiencia nosocomial.

La aproximación metodológica adoptada fue de corte cualitativo<sup>10</sup>. Uno de los autores se presentó como parte del personal de la institución y utilizó su formación en psicoterapeuta para brindar acompañamiento tanatológico a pacientes y sus familiares cuidadores. Esto implicó, de acuerdo con Gómez (2007), considerar las particularidades y necesidades específicas de cada persona con la que se trabajó, con el objetivo de explorar aspectos emocionales más allá de los diagnósticos

---

10 Siguiendo la metodología de Banks 2010; Flick 2004; Geertz 1992; Glaser y Strauss 1967; Hamui 2011; Oliva et al. 2001; Robles 2011A y 2011B, Taylor y Bogdan 1996 y Varguillas y Ribot 2007.

médicos. Durante un año y medio de labor de campo/terreno<sup>11</sup>, se interactuó con aproximadamente 70 derechohabientes y sus familiares. El análisis se centró en 13 sujetos con IRC como consecuencia de la Diabetes mellitus tipo 2. Se trabajó en colaboración con los acompañantes de los pacientes, reconociendo su papel fundamental en la experiencia de la enfermedad y enriqueciendo así el material recopilado.

El método de observación participante se utilizó para integrarse al entorno hospitalario y obtener una perspectiva interna. Inspirado en la técnica de Malinowski (1986) uno de los autores se integró al personal de salud para tener una perspectiva interna, esto incluyó la asistencia forzosa en horarios definidos que, junto a una interacción regular con el personal médico, de enfermería y de apoyo permitió adoptar y conocer tanto sus códigos de vestimenta como el ambiente en el que se desenvuelven a diario. Para esto nos enfocamos en los pabellones de medicina interna donde estaban ingresados los pacientes con IRC, así como otros casos médicos diversos.

El análisis de los aspectos corporales de los pacientes se realizó considerando la influencia de la enfermedad y su interpretación desde una perspectiva antropológica. Se reconoció la complejidad del concepto de enfermedad, destacando su dimensión social e ideológica, para ello, se tomó en cuenta la definición de enfermedad de Menéndez (1990), quien explica que esta trasciende los aspectos biológicos para incluir relaciones sociales más amplias. Esta metodología permitió comprender la experiencia nosocomial desde múltiples perspectivas, integrando aspectos emocionales, culturales y sociales en el análisis de la enfermedad y su impacto en los pacientes y sus familias, así como la reflexión de la enfermedad que, como acabo de mencionar, se enfoca desde una perspectiva antropológica y considera tanto aspectos sociales como ideológicos.

---

11 Elegimos denominar a la labor como campo/terreno siguiendo la reflexión de Augé (2000). Él menciona que las condiciones originales de la antropología han cambiado, los practicantes de esta disciplina ya no tenemos que desplazarnos a contextos remotos y rurales, más propios del campo; más bien, ahora trabajamos en nuestros lugares de origen donde el campo no es tal, sino, estamos rodeados de terrenos.

## El cuerpo en tres tiempos:

El aspecto corpóreo fue de los primeros en llamar la atención, la institución exige que todos estén uniformados, la única excepción son los cuidadores de los pacientes, porque a los pacientes mismos se les despoja de su ropa y se les da una bata ligera, pues en teoría facilita la revisión; aunque, no es lo más cómodo para quienes la utilizan, se escucharon críticas que iban desde que no les gustaba sentirse tan expuestos, pues debajo de la bata solo llevaban ropa interior, hasta que llegaba a ser una prenda con la que pasaban frío.

No se debe pasar por alto que el registro corporal está directamente ligado con el estado emocional, así que más que pensarlos como dos dimensiones separadas, hay un binomio emoción-experiencia que se refleja en lo somático y es visible en el hecho de que haya enfermos y cuidadores que se quejen por tener que usar una prenda que no los cubre bien, eso nos habla de un malestar afectivo que es registrado por el cuerpo, cuando alguien experimenta una emoción, la siente en el cuerpo y los informantes lo refieren en los pabellones hospitalarios, mostrando que, a pesar de su avanzado grado de enfermedad en algunos casos, la ropa y lo que con ella se conecta como el pudor, la autoimagen, o la estética, siguen siendo relevantes.

Nuestra realidad es corpórea y subjetiva (Laing 1989; 1982), cada uno de nosotros construye simbólicamente el cuerpo que tiene (Le Breton 1995) y la conciencia de ser y vivir, es la conciencia y la experiencia que se tiene del cuerpo propio, es el medio que tenemos para “poseer un mundo” (Merleau-Ponty 2000), ya que ninguna experiencia, por banal, frívola o intrascendente que parezca, es un hecho objetivo (Laing 1982), así, el cuerpo es depositario y expresión del binomio emoción-experiencia, pero, ello no quiere decir que sea una relación armónica entre los tres componentes (cuerpo, emoción y experiencia), los sujetos desconocen aspectos de su corporalidad a pesar de que esta es la que les permite conocer todo lo que les rodea, aquello a lo que Aisenson (1981) denomina el cuerpo vivido parece estar en una situación paradójica porque, de manera simultánea a ser el repositorio de todo lo experimentado, para los sujetos, su soma sigue siendo un gran desconocido, más parecido a lo que Le Breton llama traje de arlequín (1995).

Lo anterior es un problema al momento de la enfermedad, en la labor de campo/terreno notamos que el primer tiempo que corresponde al cuerpo vivido

se transforma, quien padece un malestar también padece dolor y por vía de este comienza a saber y tener más conciencia de su cuerpo, llegando así al segundo tiempo. Esta no es una dimensión ajena para los que rodean al paciente, hubo momentos en los que la sedación paliativa impedía hablar con los pacientes, pues justo el dolor era tan fuerte que era mejor tenerlos en ese estado para que no lo sufrieran; entonces, el único vehículo para conocer el cuerpo vivido y el posterior dolor, eran sus cuidadores, de ello da cuenta la siguiente cuidadora, Laura, hija del señor Tomás cuyo estado de salud ya estaba muy deteriorado y por lo mismo, estaba intubado:

[...] es que el cuerpo de papá ya está muy desgastado, es parte de lo delicado que está, fue amputado de sus dos piernas por lo mismo de su diabetes y de inmediato fue dializado. Lo malo también de que todo se lo encontraron a la vez, de la Diabetes, ni nos hubiéramos enterado, supieron porque comenzó con dolores y dificultades para “hacer de la pipí” [...].

A pesar de que este testimonio no lo dio el enfermo mismo, pues estaba incapacitado para hablar, debido a la sedación paliativa<sup>12</sup>, su familiar da cuenta de la apreciación de cómo su cuerpo cambió a partir del dolor, ahora había una percepción modificada que aumentó la conciencia corporal en ciertas partes. Ese dolor le indicó que algo iba mal y ya en el hospital se lo corroboraron, pero, también tuvieron que intervenirlo, pues su enfermedad ya estaba avanzada. El problema con ello es que implicó la mutilación corporal, tuvieron que amputarle sus extremidades inferiores y también dializarlo, su cuerpo pasó por medio de la amputación al tercer tiempo, a lo que Gorbach (2008) llamó cuerpo monstruoso, según el cual, la medicina ha pasado de preocuparse por el cuerpo a borrarlo y volverlo un objeto de intervenciones quirúrgicas con fines correctivas y altos costos psicosociales para quien padece dichas intervenciones.

En los casos en los que sí se pudo conocer esta experiencia de primera mano de quienes la viven, ese dolor empató con el concepto que desarrolla Barragán (2008), cuando el malestar comienza se localiza en algún lugar del organismo, conforme

---

12 A la sedación paliativa también se le conoce de forma coloquial como “bloqueo”. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2011), la define como el uso de fármacos con el fin de disminuir el nivel de conciencia del enfermo para evitar que continúe percibiendo los síntomas refractarios de la enfermedad. El mismo organismo (SECPAL 2011) define como refractarios, aquellos que no pueden ser controlados adecuadamente con los tratamientos disponibles en un tiempo razonable, lo cual dejaría a la sedación como la única opción para aliviar el sufrimiento.

pasar el tiempo puede volverse la enfermedad en sí misma, no obstante que no sea constante y varíe en intensidad. Si se vuelve muy intenso, llega a ser incapacitante para aquel que lo padece. El dolor se vuelve un padecimiento (illness) y, como tal, tiene una dimensión más allá de lo biológico, impacta tanto en lo psicológico como en lo social (sickness).

El impacto psicosocial que origina el cambio corporal por la enfermedad y los dolores que le acompañan dan lugar a un duelo, concepto que es clave en la investigación pues todos los sujetos con los que se trabajó están en esa condición que los unifica, atraviesan un duelo por la pérdida de su salud. Aunque se considera un tema más de la psicología, lo cierto es que la visión de esta última se orienta más a la perspectiva biomédica, que es útil, pero, en ocasiones, patologiza y universaliza, pues pretende que su conocimiento sea homólogo al de la medicina occidental, pero, eso deja de lado aspectos culturales que son trascendentales y que la antropología sí aborda, de ahí la necesidad de un trabajo interdisciplinario.

Debido a lo anterior, definimos al duelo tratando de pensar más en un concepto que pueda ser útil no solo a la psicología, sino a las ciencias sociales en general y que hable más de la experiencia de los sujetos, mismos que, como el apelativo que uso para ellos menciona, al final están sujetos a una condición económica, a un momento histórico, a un origen que solo ellos conocen, entre otras situaciones. El duelo no debe entenderse como una enfermedad, es más bien un estado adaptativo para un contexto específico en el que se experimentan las pérdidas, éstas originan múltiples emociones de alta intensidad y sensaciones físicas que desestabilizan al sujeto (Cabrera 2020).

En los testimonios recopilados, algunos sujetos muestran que su relación con su cuerpo se vuelve problemática a partir de su enfermedad, aquel que la padece es consciente del malestar y de sus posibles complicaciones, tratan de evitarlas, pero, no siempre tienen éxito en ello y en ocasiones, incluso hacen cosas contrarias a cuidarse. Se explica esta paradoja a partir de dos factores, por una parte, la costumbre del sujeto al ya mencionado cuerpo vivido (Aisenson 1981) y, por la otra, la situación de salud funcional (Nichter 2016) en la cual siguen, a pesar de estar diagnosticados con una enfermedad terminal y no gozar de plena salud, lo que padecen no les impide tener una vida funcional, e incluso, en ocasiones pareciera que no tuvieran nada porque el avance de la enfermedad es silencioso y no se manifestará hasta un futuro incierto.

Tal es el caso de Mario, un paciente con DM que llevaba ocho años padeciendo la enfermedad y estaba internado porque su pie derecho se había gangrenado hacía poco tiempo, aunque él estaba reticente a dejarse amputar, por lo que su médico tratante me pidió hablar con él, pensaba que quizá necesitaba atención psicológica para tomar conciencia de la gravedad de su situación. Aunque conmigo también fue evasivo al inicio, luego de un rato me contó que antes de sentir cualquier dolor o malestar, se había ido de vacaciones, no era la primera vez que lo hacía y nunca había salido nada mal, hasta ese momento:

[...] yo ya sé por qué me pasó esto, yo me fui al mar y me lo habían prohibido. Y bueno, ya ahí se me subió una bacteria y comenzó a desarrollarse en mi pie, hasta que ya me puse muy malo. Y ni así, ya le conté que no quería yo venir, lo que me obligó fue que empecé a tener subidas y bajadas de glucosa muy agresivas.

Entonces me trajeron y me dijeron que, si no me la controlaban internado, yo me podía morir [...].

Aunque podría parecer que el paciente era negligente consigo mismo, quedarse con esa primera interpretación sería un error, más bien, Mario tenía su forma de cuidarse, parte de ese cuerpo vivido que resistía a la enfermedad a su manera, ejercía la autoatención (Menéndez 2018). Me habló de ello cuando se sintió más cómodo y comprendió que yo no iba a regañarlo, entonces me contó cómo era su manera de autoatenderse y no solo eso, su razón de no atenderse en el IMSS hasta ahora que lo obligaron: “[...] yo ni quería venir, pues temía justo que esto me pasaría. Yo me trataba por afuera con un médico que me hacía cirugía láser, y me logró salvar el otro pie, aunque, lo que sí, pues perdí algunos dedos, pero, bueno, el pie no, que es más importante [...]”.

El informante no solo estaba ante el hecho de que su cuerpo iba a cambiar, el cuerpo vivido sería amputado y daría paso al cuerpo monstruoso, esto lo ponía ante una pérdida y cambiaba su relación con su cuerpo que de por sí ya no era sencilla. Con Mario pude conocer el antes, pero, no el después, ya no tuve la oportunidad de platicar con él tras la intervención en la cual fue amputado de su pie derecho, ese después tuve que conocerlo de la mano de Sergio, paciente que también fue amputado de su pierna derecha hasta el muñón, él, al igual que Mario, llevaba ya varios años diagnosticado.

Como el procedimiento había salido bien y la probabilidad de complicaciones se consideraba como mínima, Sergio sería dado de alta ese mismo día por la tarde, sin embargo, su familia solicitó el servicio de acompañamiento tanatológico,



pues lo veían decaído y triste, hecho que les parecía extraño, pues aun cuando lo internaron y le dijeron que debían amputarle la extremidad inferior, había estado tranquilo, pero, tan pronto volvió en sí, notaron que estaba decaído en su ánimo. En la interacción con él se pudo confirmar que no se hizo de la idea de estar sin su pie hasta que despertó del procedimiento, se quejaba respecto a su nueva situación corporal: “[...] es que ¿Sabe? No es solo la pierna, o sea sí, pero es que nunca pensé en esto, mi casa no está hecha para esto, uno no puede ver más allá de sus narices cuando está bien, no piensas en sí algún día te enfermas qué harás, no pones ni una rampita, ni nada algo así [...]”.

Igual que en el primer testimonio, este colaborador vivió muchos años con la enfermedad y ello no representó un problema para él, al contrario, él siguió con su vida e incluso ascendió laboralmente en su trabajo, no obstante, sí reconoce que no es algo sencillo, autoatenderse requiere de un trabajo emocional diario del que en algún punto se deja de ser consciente como reconoce Sergio que a él le pasó y se dio cuenta de ello hasta el momento en que tuvieron que internarlo para amputarlo, en sus palabras: “[...] es que esto no es fácil, es un trabajo diario, todos los días uno tiene que mentalizarse a que está enfermo, debes de acostumbrarte porque si no, habrá días donde no vas a poder, es algo mental [...]”. Mario y Sergio dan cuenta de que el paso entre el cuerpo vivido (Aisenson 1981) y el cuerpo monstruoso (Gorbach 2008) es por el dolor, este se vuelve indicador de que algo no va bien, sin embargo, es en dos momentos diferentes, primero lo físico y después lo emocional, como lo menciona Sergio a continuación, primero vino el suceso corporal y luego todo el impacto a nivel afectivo:

[...] esto ha sido muy duro para mí. Esto empezó el año pasado, era el día de Nochebuena, el 24 de diciembre. Yo estaba como si nada, pero, me golpeé el pie. El problema es que no sentí nada después de eso y la herida se infectó, ya que lo noté, había pasado mucho tiempo, vine al médico y me retuvieron, ya no me pude ir porque ya estaba gangrenado, tuvieron que amputarme y lo peor, no solo fue el pie, fue hasta el muslo [...].

El dolor, como lo experimentó Sergio, empata más bien con la definición que del mismo da Barragán (2008), cada sujeto lo padece de forma diferente y no siempre va anclado a un lugar específico en el organismo, aunque haya partido de ahí, por su componente emocional y consiguiente impacto psíquico, puede no ser algo constante, sino más bien algo que va y viene y tal vez, hasta se ausente por temporadas, pero, al regresar, volverá a causar ese impacto anímico con consecuencias hasta sociales, pues el dolor se padece, no se limita solo a quien

lo siente, también impacta a familiares, amigos y demás esferas en las que esté inserto el sujeto; de todo ello ha ido dando cuenta este informante.

Aunque se dé este desplazamiento en el cual el dolor termine por ir más allá del cuerpo, también es cierto que nunca sale de este, más bien la vida y su experiencia futura quedan marcados por él, hay ocasiones en las que la enfermedad original pasa a segundo plano, porque el dolor se vuelve lo principal a tratar y signa al aspecto corporal, de lo cual hablamos en la siguiente sección.

## El cuerpo, narrador de nuestra propia historia

Los testimonios muestran que con el paso de los años el cuerpo termina por volverse como un lienzo en el cual se refleja lo que han vivido los sujetos, en palabras de Goffman (2006), muestran la trayectoria de la enfermedad y si bien es cierto que esto podría haber sucedido desde antes de enfermar por medio de experiencias como el tatuaje, operaciones quirúrgicas o escarificaciones, también lo es que las amputaciones son un suceso diferente que, entre sus características, muestran tanto lo público (los efectos de la enfermedad) como lo privado (la forma en que estas se experimentan). Quizá no suene coherente decir que algo íntimo pueda mostrarse, sin embargo y contrario a la lectura clásica de la biomedicina, en este trabajo notamos que los sujetos no son pacientes, más bien empatan con lo que Cardoso y colaboradores (2014) denominan padeciente, alguien que ha vivido mucho tiempo con la enfermedad y por ello tiene necesidades diferentes a las del paciente común, una de ellas es la escucha, misma que nos permitió conocer esa dimensión privada.

A esto se le podría definir como la vivencia personal-subjetiva y es la parte íntima en la narrativa de la enfermedad. No es un aspecto fácil, al contrario, puede llegar a ser problemática porque hay cosas que no son sencillas de contar o que, de decirse en el seno familiar, podrían ocasionar dificultades, pues hablan de emociones adversas que, en su expresión, reflejan las problemáticas de la familia, los anhelos frustrados de pacientes y cuidadores o la fragilidad de los vínculos que hay entre ellos. Una muestra de ello es el testimonio de Reinalda, quien sentía culpa para con sus familiares:

[...] yo sentía que todavía mi pie servía, yo no quería esto para mí y tampoco lo quiero para mis hijos. Yo ya sé que, si no me cuido, luego viene el otro pie doctor. Estoy impotente, e impaciente,

aunque no sé cuál es la diferencia porque, ambas son más de lo mismo, me siento inútil ¿Se imagina todo lo que ya no podré hacer? Me van a tener que ayudar en casi todo, hasta para ir al baño [...].

La situación ya era muy frustrante para la padeciente, pues no era la primera amputación que había sufrido, meses antes le habían amputado de su otra pierna hasta el muslo y esta vez, la pierna que le quedaba intacta fue cercenada hasta el talón, aparte, ella ya padecía de ceguera, también como complicación de la diabetes, eso la ponía en una situación de mucha dependencia a sus familiares, temía que pudieran hartarse de cuidarla aunque nunca le hubieran dicho algo así ni se lo recriminaran. Esto último se halló como una constante, en otro momento de su narrativa, Sergio también lo compartió, a pesar de que él reconocía que su relación con sus hijos era buena: “[...] a pesar de que ya no dejo niños pequeños y ese miedo ya no lo tengo, mi nuevo miedo es otro porque todos tienen compromisos y obligaciones, entonces ¿Y si me vuelvo una carga? [...]”.

Volverse una carga no implica solo depender del otro, también significa la posibilidad de arruinar la relación que se tiene con ese otro que no es cualquiera, es un ser querido y, aunque haya cariño de por medio, este pueda agotarse por el hartazgo del cuidado. También nos encontramos con una trayectoria de la enfermedad marcada por la negación, aunque, aquellos que padecían la enfermedad no la referían tanto como si lo hacían sus cuidadores que, incluso, al momento de exponer este aspecto, lo manifestaban como reclamo, así no fuera a su familiar de manera directa en ese momento sino a mí, como la hija de Mario, Gabriela, quien lo expresó de la siguiente manera: “Él comía todo lo que quería y tomaba mucho alcohol, a pesar de que nosotros le dijéramos que no lo hiciera, pues no nos hacía caso, solo cuando lográbamos que jurara, ahí sí, cumplía todo el año sin tomar, pero, luego recaía y otra vez lo hacía cada semana”.

En este caso, sí había una queja explícita de ella y decía que sus hermanos la compartían, su papá no se cuidaba a pesar su diagnóstico y tener un padecimiento, para hacerlo requería de mediación divina (jurar ante la Virgen de Guadalupe que no tomaría por el periodo de un año). Él también lo sabía, como se mencionó antes, dijo que intentaba cuidarse de otra manera, yendo con otro doctor, aunque, también es cierto que pretendió que no pasaba nada y se fue a la playa, de donde él considera que agarró la infección que derivó en su amputación, Mario lo explica de la siguiente manera: “Yo no quise venir al médico hasta que me sentí muy mal, me mareaba y pensaba que era pasajero, hasta que ya no me aguanté y me dijeron que era

diabético. Aun así, no lo acepté, comía y bebía de todo lo que yo quería, aunque mi familia me regañara y aquí estoy otra vez, no acepto que me corten el pie, yo por eso no quería venir”.

Seguía sin reconocerse como diabético, aun en el momento en que el padecimiento de la enfermedad había deformado su cuerpo, volviéndolo monstruoso porque sus dedos ya se veían necrosados, totalmente negros y dicha tonalidad se extendía hasta el tobillo, se atenuaba hasta la espinilla en el color violáceo como de rosas marchitas. Era una imagen muy impactante que se acompañaba en un olor fétido que era difícil de aguantar y a él le daba vergüenza mostrar, pero, tenía que hacerlo e incluso lo hacía en automático al ver a alguien vestido de blanco como yo.

Los pacientes que se han citado negaban el deterioro porque en ocasiones eso era necesario, creían que así mantenían los vínculos familiares, que quizá no sean estables del todo o ni siquiera podrían catalogarse como buenos, pero, podrían empeorarse si el enfermo comenzaba a requerir de mucha asistencia y cuidados, y es que, en sí mismo, el cuidado es una dimensión problemática (Cabrera 2020), quienes cuidan tienen sus motivos y uno de ellos que quizá es el más importante es el cariño aunque no es el único, más bien, hay todo un entramado al que hemos nombrado como deuda-sacrificio, es decir, quienes están a cargo de una persona enferma reconocen que en algún momento de sus vidas, ellos fueron cuidados por aquel que ahora requiere de la misma atención, puede haber sido en algún momento de la infancia o en algún otro punto de la vida, no importa porque lo que cuenta de fondo es regresar ese favor, así sea sacrificándose, como lo hace esta cuidadora, de nombre Soledad: “Ella me cuidó cuando recién me operaron por glaucoma, pero se enfermó casi de inmediato, no he tenido el tiempo de reposo que me recomendaron y ya he pospuesto varias citas por cuidarla; comienzo a sentirme mal”. Al final, hay un compromiso entre quien se enferma y quien le cuida, la acción se retribuye, Soledad también estuvo enferma y quien la cuidó es la paciente que ahora cuida, su tía, pero, hacer eso conlleva el negar su propia enfermedad, pues es muy complicado cuidar de sí misma y estar al mismo tiempo en el hospital, pendiente de las necesidades que ahora tiene su tía.

Como se ha visto hasta este punto del texto, los cambios corporales tienen un impacto emocional, enfermar al grado de ser amputado se padece y termina por impactar a toda la familia, no obstante, hay un después de ese desplazamiento del cuerpo vivido al cuerpo monstruoso por medio del dolor, pero, eso marca los

límites de esta investigación, no es posible hablar al respecto, pues son datos que desconozco, ya que la naturaleza del presente impedía seguir la trayectoria vital de quienes han prestado sus testimonios. Por ello, consideramos mejor proceder a las conclusiones en la próxima sección.

## Reflexión final

El estudio que se realizó sobre las amputaciones en sujetos que padecen DM tipo 2, fue a través del desarrollo teórico que explicamos anteriormente y denominamos, el cuerpo en tres tiempos, a partir de éste, se postulan las siguientes conclusiones que consideramos las más significativas sobre la experiencia de los sujetos enfrentando la enfermedad y sus cambios corporales asociados.

En primera instancia, el binomio emoción-experiencia y su reflejo en lo corporal: Notamos que el registro corporal está estrechamente ligado al estado emocional de los sujetos. La forma en que los sujetos experimentan su enfermedad y los cambios corporales asociados refleja un malestar afectivo que se manifiesta en quejas sobre el uso de prendas médicas o el manejo de la enfermedad por medio de la autoatención o medios alternativos a la medicina hegemónica. Esto subraya la importancia de considerar las dimensiones emocionales en la experiencia de la enfermedad.

La transformación del cuerpo vivido en cuerpo monstruoso: observamos como la enfermedad y los procedimientos médicos pueden transformar la percepción y la relación que los sujetos tienen con sus cuerpos. El dolor crónico y las amputaciones, por ejemplo, generan un cambio significativo en la percepción de la corporalidad, llevando a los sujetos a enfrentarse a un “cuerpo monstruoso” que afecta no solo su salud física, sino también su bienestar emocional y social.

La vivencia personal-subjetiva de la enfermedad: destacamos la importancia de considerar a la experiencia subjetiva de los sujetos frente a la enfermedad, más allá de los aspectos biomédicos. Esta vivencia personal-subjetiva incluye emociones, preocupaciones y dificultades que pueden ser difíciles de expresar, pero, que tienen un impacto relevante en la vida de los padecientes y sus cuidadores.

El proceso de duelo y la adaptación a la pérdida: se ha explorado el proceso de duelo que experimentan los sujetos frente a la pérdida de su salud y de partes de su cuerpo. Este proceso no se limita a la aceptación de la enfermedad, sino que implica una adaptación continua a una nueva realidad corporal y emocional.

Además, hemos señalado la importancia de reconocer el papel de los cuidadores en particular y la familiar en general, en este proceso de adaptación.

Finalmente, consideramos que es injusto creer que el hospital no cumple con su misión, si lo hace, pues al final, las amputaciones salvan la vida de los pacientes que podrían morir por la propagación de las bacterias que acompañan a la gangrena, sin embargo, hay un proceso más allá de lo biológico, la intervención quirúrgica tiene un costo psicológico del que la institución no puede hacerse cargo, no por negligencia, sino por falta de medios. Ni el afectado ni sus seres queridos están preparados y la institución tampoco tiene forma de ayudarles en su adaptación a esta nueva circunstancia, así que, la familia queda sola ante esta nueva situación que modifica su contexto; da la impresión de que, social e institucionalmente, queda una deuda pendiente para aquellos que han comenzado a marchitarse.

## Referencias

- Aisenson, Aída, 1981, *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Augé, Marc, 2000, *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, Gedisa, Barcelona.
- Banks, Marcus, 2010, *Los datos visuales en investigación cualitativa*, Ediciones Morata, España.
- Barragán, Anabella. 2008, *Vivir con dolor crónico*, Libros de la Araucaria, Buenos Aires.
- Cabrera, Omar. 2020, "En los pabellones. Experiencia hospitalaria de sujetos con Insuficiencia Renal Crónica como consecuencia de la Diabetes Mellitus", tesis, ENAH, México.
- Cardoso, Marco Antonio; Alejandro Zarco Villavicencio, Irma A. Aburto López y Mario Alfredo Rodríguez León. 2014, "Padeciente: Un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5): 32-42.
- Fabrega, Horacio. 1972, "The study of disease in relation to culture", *Behavioral science. Journal of the society for general systems research*, 17(2): 183-203.
- Flick, Uwe. 2004, *Introducción a la investigación cualitativa*, Ediciones Morata, España.
- Franco Alatorre, Roberto Geertz, Clifford. 1992, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España.
- Glaser, Barney and Anselm Strauss. 1967, *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*, Aldine, New York.
- Goffman, Irving. 2001, *Internados, Amorrortu*, Buenos Aires.
- Goffman, Irving. 2006, *Estigma: La identidad deteriorada, Amorrortu*, Buenos Aires.
- Gómez, Jorge. 2007, "La muerte y el acompañamiento del morir". *International journal of developmental and educational psychology*, 1(2): 115-131.
- González-Robledo, Gino; Mónica Jaramillo y Josep Comín-Colet. 2020, "Diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica", *Revista colombiana de cardiología*, 27: 3-6.
- González, Jessica; Frank Machado y María de la Caridad Casanova Moreno. 2019, "Pie diabético: Una puesta al día", *Universidad Médica Pinareña*, 15 (1): 134-147.

Gorbach, Frida. 2008, "El monstruo, objeto imposible: Un estudio sobre teratología mexicana", Siglo XIX, Universidad Autónoma de México-Itaca, México.

Hamui Sutton, Liz. 2011, "Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social", Cuicuilco 18(52): 51-70

Lain Entralgo, Pedro. 1989 "La experiencia del cuerpo propio", en Pedro Lain Entralgo El cuerpo humano. Teoría Actual, Espasa – Universidad, España: 115 – 180.

Laing, Ronald David. 1982 La voz de la experiencia, Crítica – Grijalbo, Barcelona.

Le Breton, David. 1995, Antropología de cuerpo y la modernidad, Nueva Visión, Buenos Aires.

Malinowski, Bronislaw. 1982, Los argonautas del Pacífico occidental, Planeta-Agostini, Barcelona.

Menéndez, Eduardo. 1990, Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transiciones, Cuadernos de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez, Eduardo. 2018, "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos", Desacatos, 58: 104-113.

Merleau Ponty, Maurice. 2000, Fenomenología de la percepción, Península, Madrid.

Nichter, M. (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica". Desacatos, (20), pp. 109-132.

Oliva Linares, José E; Celia Bosch Salgado; Rosario Carballo Martínez, y José E Fernández-Britto Rodríguez. 2001, "El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos", Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 20(2): 150-158.

Robles Aguirre, Bernardo. 2011(a), "La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico", Cuicuilco, 18(52):39-49.

Robles Aguirre, Bernardo. 2011(b), "La experiencia en el campo: algunas reflexiones", en Anabella Barragán Solís y Lauro González Quintero (coords.) La complejidad de la Antropología Física, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México:

SECPAL. 2011, Guía de sedación paliativa, URL: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_sedacion\\_paliativa.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf) (consulta 3 de diciembre de 2024).

Taylor, S. y R. Bogdan. 1996, "La entrevista en profundidad", en: Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós, México: 100-20.



Varguillas, Carmen Siavil y Silvia Ribot de Flores,. 2007, "Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad", *Laurus*, 13(23): 249- 262.

Yañez, Moreno Pedro . 2016, "La pena muda. Sufrimiento en cuidadores de familiares con diabetes mellitus tipo 2 y amputación, en Guadalajara, Jalisco", Tesis de Doctorado, CIESAS.

Yañez, Moreno Pedro y Franco Alatorre Roberto. 2023, "Narrativas de sufrimiento en cuidadoras que atienden a su familiar con pie diabético y amputación". En Oliva López Sánchez y Rocío Enríquez Rosas (coords). *Cuidados e Imaginarios sociales: Estudios Diacrónicos y Sincrónicos*. Vol. VIII. Colección Emociones e Interdisciplina. UNAM. ITESO, FES-Iztacala.



# Vulnerabilidad social y embarazo subsecuente: Elementos para analizar el caso de las adolescentes Mayas de Yucatán

• Rocío Quintal López

## Resumen

El embarazo adolescente se considera un problema de salud pública, por parte de agencias y organismos internacionales. En Yucatán, en 2023 se registraron 2830 embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años y 100 embarazos de adolescentes menores de 15 años, ocupando el lugar nueve a nivel nacional y el primero a nivel peninsular; de estos el 78% son embarazos de adolescentes de comunidades mayas. El objetivo de esta investigación fue analizar las condiciones sociales de vulnerabilidad social que prevalecen en los escenarios en los que el embarazo subsecuente es una realidad, así como, la manera cómo estas condiciones de vulnerabilidad son procesadas subjetivamente desde la experiencia de las adolescentes en situación de embarazo subsecuente. Para ello, se realizó una investigación cualitativa con entrevistas en profundidad a diez adolescentes de cinco municipios de Yucatán, con altos grados de marginación y tasas “altas” y “muy altas” de fecundidad en adolescentes. Los hallazgos apuntan a la presencia de escenarios en los que la falta de recursos económicos y oportunidades escolares y labores, la discriminación étnica, la deserción escolar, la violencia de género, la reproducción de expectativas de vida atadas a los roles tradicionales de género para las adolescentes, entre otros, ayudan a explicar la emergencia y reproducción del embarazo subsecuente en estas comunidades. Para revertir esta tendencia será necesario generar políticas públicas que atiendan de manera integral estas condiciones.

Palabras claves: Embarazo subsecuente, Adolescentes, Mayas, Vulnerabilidad social

## Introducción

El embarazo entre niñas y adolescentes a nivel mundial se considera un problema de salud pública, pero también y principalmente de afectación de los derechos humanos de quienes lo experimentan. Esto porque además de estar relacionado con graves complicaciones obstétricas y perinatales que pueden conllevar la muerte de la madre y el producto, se relaciona con deserción escolar, violencia intrafamiliar y aumento de la vulnerabilidad de las niñas y adolescentes, que con frecuencia abandonan sus estudios para dedicarse al hogar y el cuidado de los hijos e hijas; privándolas de una formación educativa y limitándoles oportunidades laborales, lo que se vuelve un impedimento para mejorar sus condiciones económicas y sociales y las torna dependientes del ingreso de su pareja o familia; que en conjunto se vuelven condiciones para la perpetuación del ciclo de la pobreza (Reyes y Almontes 2014).

Desde el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo alusión a la facilidad con la que las adolescentes se embarazan por segunda y tercera vez después de un parto o de un aborto y afirma que la cuarta parte de los embarazos en adolescentes es subsecuente. El lapso entre embarazos se conoce como espacio intergenésico, y es de gran relevancia ya que va a determinar el bienestar o riesgo para la salud de la madre y los hijos. El embarazo subsecuente en la adolescencia se asocia con la actividad sexual temprana, con cortos períodos intergenésicos y también con la unión temprana de las adolescentes (UNFPA 2019).

De acuerdo con los principales organismos internacionales de salud, todos los riesgos y complicaciones asociados al embarazo en adolescentes, se incrementan cuando se trata de embarazos subsecuentes, es decir, cuando las adolescentes tienen un segundo o tercer embarazo a corto o mediano plazo, después del primero (OMS 2014; UNFPA 2019). El embarazo adolescente subsecuente plantea un peligro mayor, debido a que incrementa diez veces más el riesgo de presentar complicaciones secundarias (eclampsia, endometriosis puerperal e infecciones sistémicas en el neonato: bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, malnutrición, problemas de desarrollo o malformaciones, posibledesecho en las primeras semanas de vida), durante el periodo intergenésico se asocia con un alto riesgo de mortalidad materna o problemas de salud con el recién nacido (a) que compromete su crecimiento y desarrollo futuro.

A nivel social, el embarazo subsecuente obstaculiza significativamente el proyecto de vida de las jóvenes, quienes canalizan todos sus esfuerzos y tiempo en tareas de

crianza de los hijos (Monterrubio-Flores et al 2024), lo que contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza (Rodríguez-Vignoli 2012). Adicionalmente, los embarazos subsecuentes se asocian con mayores probabilidades de padecer depresión, deserción escolar y disminución de la autosuficiencia económica por parte de las madres adolescentes. Asimismo, esta modalidad de embarazo también tiene mayores afectaciones en las hijas e hijos, quienes suelen presentar mayor incidencia de bajo peso, problemas en el desarrollo y menor rendimiento escolar, comparado con las hijas e hijos de primeros embarazos (Villalobos-Hernández et al. 2015).

Al indagar sobre los factores asociados a la emergencia del embarazo subsecuente, organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) identifica que las mujeres que se convierten en madres durante la adolescencia corren el riesgo de quedar embarazadas más de una vez durante este periodo etario, con mayor incidencia en las que viven en contextos rurales, que no asisten a la escuela y que se encuentran viviendo con una pareja. La pertenencia a contextos en situación de pobreza es otro factor que aumenta la probabilidad de ser madre en la infancia o en la adolescencia. Las bajas expectativas y la falta de oportunidades escolares y laborales, aunadas a la idea de que el rol fundamental de las mujeres es el de ser madres y esposas encargadas del hogar y la familia, hace de las adolescentes en situación en pobreza, un grupo especialmente vulnerable, a tener un embarazo adolescente que dificulte su movilidad social (Rodríguez-Vignoli 2012). Además de los estereotipos sociales sobre el rol de las mujeres en la vida pública y privada, el estigma en torno a la sexualidad premarital obstaculizada el acceso de las y los adolescentes a la información necesaria para acceder a una sexualidad responsable, así como a los métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Stern 2004).

Todos los factores citados hasta ahora, que representan condiciones de vulnerabilidad social asociadas al embarazo en la adolescencia, en México se intensifican cuando las jóvenes provienen de contextos rurales, zonas de marcada precariedad económica o pertenecientes a grupos étnicos, en donde se ha reportado un incremento de la tasa de fecundidad en adolescentes, es decir 126 por cada 1000, en comparación con la tasa en áreas de nivel medio y zonas metropolitanas, en las que la tasa es de 77 por cada 1000 (Estrategia Nacional para el Embarazo Adolescente [ENAPEA] 2015). En esta misma línea, en la investigación del Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Salud Pública (INMUJERES e INSP 2018) se refiere que en México las mujeres adolescentes indígenas en edad

reproductiva tienen cuatro o más hijos, mientras que en las no indígenas el porcentaje es de uno o dos hijos por familia. Asimismo, las mujeres de habla indígena inician su vida sexual un año antes (17 años) que las no indígenas (18 años).

La información sobre la mayor incidencia de embarazo en mujeres en contexto de marginación económica y pertenecientes a grupos indígenas resulta pertinente ya que, la presente investigación se desarrolló con adolescentes que pertenecen a cinco diferentes comunidades mayas del estado de Yucatán: Akil, Celestún, Peto, Hochtún y Chicxulub Pueblo; con “altas” y “muy altas” tasas de fecundidad adolescente (INEGI, 2021; INMUJERES, Base de datos, Tasa de Fecundidad Adolescente, 2010-2015) y grados de marginación media, alta y muy alta (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018).

Con las adolescentes en situación de embarazo subsecuente de estas comunidades se indagó, qué factores están presentes en las comunidades y en las trayectorias de vida de las adolescentes, que puedan considerarse parte de un escenario de vulnerabilidad social, que permita comprender la presencia y reproducción del embarazo subsecuente entre las adolescentes. La identificación de estos factores de vulnerabilidad social en los contextos investigados será de utilidad para orientar la construcción de políticas públicas y programas de prevención y atención que aborden de raíz el tema del embarazo adolescente y subsecuente en el estado de Yucatán; a fin de mitigar sus impactos negativos en la vida de las jóvenes y sentar las condiciones materiales, simbólicas y legales para que configuren sus proyectos de vida desde la autonomía.

## El embarazo adolescente en Yucatán

De acuerdo con información de la Secretaría de Mujeres del Estado de Yucatán (SEMUJERES 2024) en este Estado, en 2023, por cada mil niñas de 10 a 14 años se registraron 1.54 y 1.46 nacimientos, respectivamente; y por cada mil adolescentes de 15 a 19 años se registraron 41.57 y 37.72 nacimientos, respectivamente. Sobre el caso estatal cabe enfatizar que las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) pueden ser especialmente alarmantes si se consideran casos municipales concretos: los diez municipios del interior del estado con las más altas TEF en niñas, representan tasas entre cinco y veinte veces mayores que la TEF estatal, mientras que los diez municipios con las más altas TEF en adolescentes duplican y cuatriplican el valor de la entidad. De manera adicional, la violencia sexual dirigida a niñas y adolescentes, en Yucatán, incrementa el riesgo de que éstas sufran un embarazo infantil o adolescente.

En 2012, Yucatán ocupó el tercer lugar respecto a las entidades con mayores tasas de relación asimétricas en la primera relación sexual de niñas, niños y adolescentes; y en 2021, el 3.3% de las mujeres de 15 años y más reportó que su primera relación sexual fue sin consentimiento. Para el año 2021, las estadísticas arrojadas por el Censo de Población y Vivienda, elaborado por el INEGI, reflejaron que Yucatán es líder a nivel peninsular en embarazos no deseados. Durante el primer año de la pandemia de Covid 19, 2031 adolescentes de Yucatán, entre 15 y 19 años, ya tenían al menos un hijo vivo. La Secretaría de la Juventud de Yucatán, especificó que el 57.3% de las jóvenes yucatecas, inició su vida sexual a los 17 años y tres de cada 10 no emplearon ningún método anticonceptivo en su primera relación (INEGI 2021).

Desde la investigación realizada por Ortega (1999) en Yucatán el índice de embarazos más elevado se daba entre las adolescentes de contexto indígenas, en comunidades con grados de marginación muy altos, altos y medianos. Al igual que en la zona rural en la población urbano-popular también eran las jóvenes yucatecas con más altos índices de marginalidad quienes más se embarazan. En la mayoría de los casos fue su primer o único embarazo y la edad predominante fue entre los 15 y 17 años sin distinción por niveles de marginalidad. Para estas jóvenes embarazo, deserción escolar y dedicación a las labores domésticas van de la mano. Ortega (1999) indicó que las uniones y embarazos tempranos en Yucatán, se encontraban relacionados con prácticas sexuales de riesgo y con la marginación en la que desde entonces vivían un número importante de las comunidades mayas del interior del estado. Así también, sostuvo que el 70% de las jóvenes de comunidades mayas que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio resultaba embarazada, ya que tenían relaciones sexuales no planeadas y sin uso de algún método anticonceptivo.

## Embarazo subsecuente y vulnerabilidad social

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA 2019) el embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones que suceden posterior al primer nacimiento. Cuando este se presenta en las mujeres de edad de 10 a 19 años, se considera como embarazo subsecuente adolescente, en donde se corre un riesgo de salud para el binomio madres-hijo. Desde el enfoque en derechos humanos se asocia el embarazo subsecuente en la adolescencia, con la carencia en los servicios de salud, educación y protección o la deficiencia de éstos, así como vivir en condiciones de vulnerabilidad como la pobreza y la violencia (INMUJERES E INSP; 2018).

Esta investigación partió de considerar que el embarazo subsecuente entre las adolescentes mayas está muy alejado de ser un ejercicio de autonomía y decisión por parte de las jóvenes que lo experimentan, por el contrario, se encuentra inmerso en una serie de condiciones de desventajas sociales, económicas, de salud, alimentación y educación. Un contexto en el que se desconocen sus derechos y prevalecen y se imponen los discursos sociales que enaltecen la maternidad como destino en la vida de toda mujer; es decir, un escenario de vulnerabilidad social, entendida según Cáceres (en Salgado de Snyder et al 2007) como la falta de protección de un grupo personas cuando atraviesan situaciones que pueden provocar daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos.

Dentro del análisis de un contexto de vulnerabilidad social también se considera la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos, así como la interacción y uso que se hagan de ellos para lidiar con una situación de riesgo de manera efectiva. Este conjunto de características impactará en la capacidad de las personas de anticipar, enfrentar, resistir e incluso recobrase de algún evento negativo. En suma, el embarazo subsecuente en adolescentes mayas es la consecuencia natural ante el contexto de carencias y rezagos de diferentes tipos y niveles en el que viven, que se traduce en claros riesgos, para los que las respuestas del estado o la sociedad no han sido las adecuadas o suficientes para erradicarlo.

Según Hernández-Rosete y colaboradores (2005), la vulnerabilidad es un fenómeno que se produce históricamente y nos obliga a analizar la estructura desigual de una sociedad. Desde este enfoque es necesario considerar el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que al vincularse con la identidad e historia de vida de las personas (su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, etnicidad y situación migratoria) colocan a los individuos en situaciones que pueden ampliar o limitar su capacidad para prevenir y responder a una serie de amenazas, experiencias, enfermedades o contextos psicosociales.

Por su parte Stern (2004), señala que la vulnerabilidad social, en un sentido amplio, es un concepto complejo. Comprende la interacción de condiciones y situaciones tanto estructurales como coyunturales; comprende varias dimensiones: la económica, la social y la cultural, y se manifiesta en varios niveles: objetivo y



subjetivo. Este autor identifica la presencia de algunas condiciones que de estar presentes se asocian a la vulnerabilidad social ligada a la presencia de embarazos tempranos y no planeados; entre ellos señala la ausencia de aspiraciones para estudiar más allá del nivel medio superior, una elevada valoración del matrimonio y la maternidad relativamente tempranos; los conocimientos relativamente escasos e imprecisos que tienen los jóvenes sobre la reproducción y la anticoncepción, que los padres de las jóvenes perciban el matrimonio a edad temprana como algo positivo, vivir en un contexto de pobreza, vivir en una familia incompleta, tener muchos hermanos, vivir con un padrastro, ser mujer en una sociedad patriarcal, un bajo nivel educativo, ser menor de edad, contextos de violencia familiar. Desde la visión de Stern todos estos factores se suman, se conjugan e interactúan en términos de la vulnerabilidad social para embarazarse siendo joven.

Aproximarse al tema del embarazo subsecuente desde el enfoque de la vulnerabilidad social, nos permite poner el énfasis no sólo en las condiciones o contextos de riesgo susceptible de vulnerar a determinados individuos o grupos, sino también en los impactos o efectos secundarios que tiene en ellos ser el blanco de lo que del riesgo o amenaza pasa a ser una realidad tangible en sus vidas. En este sentido, Andrade (2009) llama la atención sobre el hecho de que los impactos del embarazo subsecuente para las adolescentes no sólo son físicos, sino que hay otros asociados a la aparición de crisis psicológicas y sociales que puede llevar a producir depresión, intentos suicidas, pérdidas de autonomía, dificultad para relacionarse con las otras personas, sentimientos de desamparo y soledad e incapacidad para proyectarse en el futuro, entre las adolescentes.

## El abordaje metodológico para el estudio del embarazo subsecuente en contextos de vulnerabilidad social

Con el objetivo de identificar los factores que están presentes en los contextos sociales y trayectorias de vida de adolescentes mayas en situación de embarazo subsecuente y que configuran un escenario de vulnerabilidad social que ayuda a comprender la emergencia y reproducción de estas experiencias de vida entre las adolescentes investigadas, se realizó un estudio de corte cualitativo, en el que como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad. Se realizaron entrevistas a profundidad a diez adolescentes en situación de embarazo subsecuente, de entre 15 y 19 años, pertenecientes a cinco diferentes comunidades mayas de Yucatán. (Véase cuadro 1).

Cuadro 1. Índices de grado de marginación, pobreza y tasas de fecundidad adolescente en municipios investigados

Nombre municipio	Grado de marginación	Pobreza	Tasa de fecundidad adolescente	Clasificación de la tasa de fecundidad adolescente
Akil	Alto	64.04	126.98	Muy alto
Celestún	Medio	79.43	136.61	Muy alto
Chicxulub Pueblo	Medio	56.69	108.11	Alto
Hoctún	Alto	72.89	115.52	Alto
Peto	Alto	70.11	121.45	Muy alto

Fuente: ENADID, 2018; INMUJERES. Base de datos, Tasa de Fecundidad Adolescente. 2010-2015

Durante el trabajo de campo en estos municipios se constataron carencia en los servicios básicos, hacinamiento y un ingreso mensual promedio familiar de entre \$2800.00 y \$3500.00, que se reparte entre gastos de alimentación, educación, salud y servicios de un promedio de siete personas por hogar. En este contexto, la escolaridad promedio de las mujeres y hombres jóvenes de la familia es secundaria trunca. La migración a Mérida, Cancún, la Riviera Maya e incluso Estados Unidos se ha vuelto una estrategia de sobrevivencia para estas familias, con los consecuentes impactos personales, familiares y comunitarios que esta tiene en quienes participan de este fenómeno. En la Tabla 2 se detallan las características sociodemográficas de las adolescentes a quienes se entrevistó para esta investigación (Véase cuadro 2).

Como puede observarse en la Figura 2, la edad promedio de las adolescentes entrevistadas fue de 18.5 años, su iniciación sexual fue a la edad promedio de 15.8, para algunas su iniciación sexual coincide con su primer embarazo. Todas las entrevistadas ya tenían al menos un hijo al momento de la entrevista y otras estaban embarazadas esperando su segundo hijo. En ninguno de los casos fue producto de violación o abuso sexual, su embarazo fue producto de su relación con una pareja. La mayoría continúan su relación y su pareja es el padre de su

Vulnerabilidad social y embarazo subsecuente:  
Elementos para analizar el caso de las adolescentes Mayas de Yucatán

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las jóvenes entrevistadas

Nombre	Edad de primera relación sexual	Edad	Municipio	Escolaridad	Estado civil	No. y edad de los hijos
Sonia	17	19	Celestún	2° de secundaria	En noviazgo con el padre de su hijo	Un hijo de 11 meses y actualmente embarazada
Mónica	16	19	Celestún	6° de primaria	En noviazgo con el padre de su hijo	Un hijo de 2 años meses y actualmente embarazada
Lidia	17	19	Chicxulb Pueblo	2° de secundaria	En noviazgo con el padre de su hijo	Un hijo de cinco meses y uno de 2 años
Andrea	16	18	Chicxulb Pueblo	1° de secundaria	No tiene pareja	Una hija de 1 año y actualmente Embarazada
Paloma	16	19	Hoctún	1° de secundaria	En noviazgo	Un hijo de 1 año y una hija de 2 años
Gloria	14	19	Hoctún	6° de primaria	Casada	Una hija de 3 años y actualmente embarazada
Rosa	17	18	Akil	Secundaria	Casada en situación de violencia familiar	Un hijo de 10 meses y actualmente embarazada
Mary	15	17	Akil	1° de secundaria	Unión libre	Un hijo de 1 año y actualmente embarazada
Carmen	15	18	Peto	4° de primaria	Unión libre	Un hijo de 3 años y actualmente embarazada
Rosalba	15	19	Peto	5° de primaria	No tiene pareja actualmente	Un hijo de 2 años y una niña de 10 meses

Fuente: Elaboración propia

segundo embarazo. En otros casos el primer hijo es de un padre y el segundo de otro. Como puede observarse entre más temprano fue el embarazo, la escolaridad de la adolescente es menor, pues, aunque algunas ya no estudiaban al momento de su primer embarazo, las que sí se encontraban estudiando, el embarazo fue motivo de deserción escolar permanente. Todas las adolescentes viven en sus municipios de origen, en casa de la familia de su pareja o en la casa de sus padres.

Ninguna trabaja fuera del hogar, están dedicadas a sus hijos/as, siendo su sustento económico sus parejas, suegros y padres.

### Identificación de factores de vulnerabilidad social asociados al embarazo subsecuente entre las adolescentes Mayas

Tras la categorización y análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a las adolescentes en situación de embarazo subsecuente, en este estudio se identificaron una serie de factores que, de estar presentes, configuran escenarios de vulnerabilidad social, riesgo o amenaza para que una determinada adolescente experimente una situación de embarazo subsecuente. La sistematización de la información permitió identificar y clasificar los factores de vulnerabilidad social en tres diferentes rubros:

- a) Factores de vulnerabilidad social de tipo estructural: en los que se incluye la condición de ser maya, marginación económica y la discriminación social.
- b) Factor de vulnerabilidad social de tipo simbólica la presencia del mandato social de la maternidad, la reproducción de roles tradicionales del género y la ausencia de modelos alternativos de género, entre las adolescentes. A continuación, se ahondará en el análisis de cada uno de los factores de vulnerabilidad identificados.
- c) Factores de vulnerabilidad social en el ámbito familiar y de pareja: en el que se incluye la normalización del embarazo de la adolescente por parte de los padres, dinámicas de violencia de género y adicciones en la familia y la pareja.

A continuación, se ahondará en el análisis de cada uno de los factores de vulnerabilidad identificados.

- a) Factores de vulnerabilidad social de tipo estructural: en los que se incluye la condición de ser maya, marginación económica y la discriminación social.

Las adolescentes con las que se realizó esta investigación pertenecen a comunidades mayas, en este sentido, resulta importante dimensionar de qué manera ser maya en Yucatán se ha configurado como una condición de vulnerabilidad construida a partir de un proceso histórico de larga duración, inacabado y violento que mantiene a la población indígena de este Estado en la marginación. Esta situación, prevalece a pesar de que Yucatán es actualmente una de las entidades federativas con mayor porcentaje de población indígena.

Hoy día los municipios yucatecos con mayores porcentajes de población maya hablante son municipios que también presentan los más altos grados de marginalidad y pobreza (CONEVAL 2022). Aunque no son sinónimos, etnicidad y pobreza embonan un binomio que las políticas públicas no han logrado desarticular hasta la actualidad. Los indicadores de desarrollo social evidencian el rezago en el que vive la población maya, bajos ingresos económicos, el desigual acceso a la educación y a la salud, la presencia de las “enfermedades de la pobreza”, son sintomáticos de la situación económica de los mayas (Ruz 2006: 60-79).

Los mayas están distribuidos en cada uno de los 106 municipios de Yucatán, concentrándose en aquellos con las mayores condiciones de pobreza al sur del Estado. Aquellos municipios habitados por 75% o más de maya hablantes se encuentran todos ubicados en la categoría de poblaciones de alta y muy alta marginación (CONEVAL 2022). El rezago y la marginación del pueblo indígena se ha mantenido inalterable por décadas, así, por ejemplo, en el más reciente informe del CONEVAL (2022) el grupo que presentó mayor porcentaje de personas en situación de pobreza en el 2020 en Yucatán fue la población hablante de una lengua indígena, con una prevalencia de 65.7 %. La carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda fue la más prevalente entre los hablantes de lenguas indígenas afectando a 64.4 %. La segunda fue la carencia por acceso a la seguridad social, alcanzó al 59.4 % de la población hablante de lenguas indígenas.

Al rezago económico, social y educativo se suman el racismo y la discriminación que son parte del vivir cotidiano al que se exponen las personas mayas de Yucatán. En esta entidad, la radio y la televisión comerciales con frecuencia proyectan una imagen denigrante, discriminatoria y prejuiciada de los mayas yucatecos, a quienes se muestra como ignorantes y reticentes al progreso. La lengua maya, por ejemplo, a pesar de haber sido objeto de sistematizaciones con fines de lecto-escritura se expresa muy poco en los medios audiovisuales locales (Iturriaga, 2010).

Por lo anteriormente expuesto, se considera que ser maya, marginación económica y discriminación forman una triada de factores que se encuentran interconectados en las trayectorias de vida de las adolescentes participantes en esta investigación, y en conjunto actúan como factores de vulnerabilidad social ligados a la emergencia del embarazo subsecuente en el contexto en el que se desenvuelven.

De las 10 jóvenes entrevistadas cuatro ya no estudiaban al momento de su primer embarazo y el resto abandono la escuela y no regresó. Para un 40% su máxima escolaridad es primaria y para un 60% secundaria inconclusa. Esto coincide con la tendencia que reporta el INEGI (2021), respecto a que mientras que en Mérida el promedio de escolaridad es de 11.4, equivalente a segundo año de bachillerato; en los municipios mayas del interior del estado de Yucatán, el promedio de escolaridad es el equivalente a primaria terminada. En el 2020, el rezago educativo de Yucatán educativo tuvo una prevalencia de 3.8 puntos porcentuales mayor en comparación con 2018. Más del 80% de la población que se considera en situación de analfabetismo reside en el interior del estado de Yucatán, en donde se concentra la población maya.

La marginación del pueblo maya también afecta su acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el CONEVAL (2022), la carencia por acceso a los servicios de salud en Yucatán presentó un aumento entre 2018 y 2020, al pasar de 14.17 % a 24.8 %, lo que equivale a un incremento de 261,533 personas más sin acceso a este derecho social en el 2020. Esta variación es mayor en el acceso a los servicios de salud en el interior del estado, allí el porcentaje de personas con esta carencia en el 2018 era de 10.8% y aumento al 24.4% en el 2020, es decir en un 13.6%. En el caso de las adolescentes entrevistadas, estas carencias se traducen en escasos servicios de salud, desabasto de medicamentos y una gama limitada de alternativas anticonceptivas en los centros de salud de sus comunidades que se traduce en la imposición de los existente, aunque resulten con efectos adversos a su salud, razón por la que los deja de utiliza como se constata en el siguiente testimonio:

Después de que nació mi niña me cuidaba, iba al centro de salud a que me pusieran las inyecciones para no embarazarme, pero me empezaron a hacer mal, me bajaba con mucho cólico y sangrado, entonces fui al centro de salud para que me cambiaran por otro método para cuidarme, me dijeron que no se podía que eso era lo que había disponible. Al final dejé de ponérmelas y al poco tiempo me volví a embarazarse (Adolescente de Celestún).

En las entrevistas se pudo registrar que es una práctica común que después del primer embarazo a las mujeres se les promueva la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre (DIU), se les de la opción de implantes o ampolletas. La mayoría acepta alguno de ellos. No obstante, los relatos indican serios problemas, malestares físicos y consecuencia adversas ligadas al uso de dichos anticonceptivos, que termina traducándose en abandonar su uso de manera temporal, que es cuando por lo general se presenta el embarazo subsecuente. De las diez mujeres adolescentes cuatro reportaron haber quedado embarazada aún con un DIU en funciones. Circunstancia que se tradujo en abortos espontáneos.

b) Factores de vulnerabilidad simbólicos en los que se incluye: la presencia del mandato social de la maternidad, la reproducción de roles tradicionales del género y la ausencia de modelos alternativos de género, entre las adolescentes.

La vulnerabilidad ligada a la condición de género, en el caso de las mujeres, se configura a partir de la exposición a relaciones de sometimiento y subordinación, es decir de violencia material y simbólica, que debilitan sus recursos y capacidades, y por ende su autonomía y toma de decisiones, dejándolas en un estado de indefensión, que les dificultan establecer acuerdos para sostener cuidados en su salud, en general, y en sus prácticas sexuales en lo particular (Flores 2013).

De manera recurrente las adolescentes entrevistadas comparten nociones de qué es lo propio de ser hombre y lo propio de ser mujer que responden de manera rígida al modelo hegemónico de género, que reconoce que el papel de las mujeres es el privado y su principal función es convertirse en madres, cuidar de los hijos e hijas y encargarse de las labores de limpieza del hogar. Por su parte, los hombres deben ser los proveedores de la familia, y por ello se justifica su despliegue y movilidad en los espacios públicos. Estas construcciones fueron consistentes y además aceptadas con “naturalidad” por las adolescentes.

En el contexto en el que viven estas adolescentes ser mujer implica una relación de poder desigual para ellas, legitimada por su comunidad y normalizada en un

conjunto de valores, prácticas e instituciones. Por otra parte, la vulnerabilidad social de las mujeres se construye con el aumento de las brechas de género en términos de acceso a la educación, a la información, a la salud, al empleo digno, generando más dependencia hacia los hombres. A esto se pueden sumar otras desigualdades sociales como la pobreza, marginación o discriminación hacia determinados grupos, quedando las mujeres como el sector más vulnerable de los grupos, ya de por sí vulnerados. En estos casos se puede hablar de situaciones de “vulnerabilidad acumulativas” (Herrera y Campero 2002: 557).

Adicionalmente, como parte de estas construcciones hegemónicas de género, las adolescentes mantienen la supremacía del poder y toma de decisiones en su pareja, quien incluso decide si ella debe o puede usar algún anticonceptivo y cuál, aunque los impactos de usarlo o no, recaigan en los cuerpos de ellas. Es decir, la noción de autonomía sexual y tutela sobre el propio cuerpo no existe entre estas adolescentes. Al explorar con las mujeres adolescentes y sus padres qué aspectos su vida se vieron truncados por la llegada del primer y segundo embarazo, el discurso apunta a no reconocer algún plan de vida que estuviera en curso o que se hubiera querido realizar a corto o mediano plazo que se hubiera visto interrumpido. Incluso la deserción escolar de las jóvenes, en algunos casos no fue resultado del embarazo, sino previo a ello, debido a que las jóvenes sentían que no estaban contentas en la escuela, preferían trabajar o dedicarse a labores del hogar:

En este sentido, brillan por su ausencia los planes de reinsertarse al ámbito escolar por parte de las mujeres adolescentes, quienes centran sus proyectos de vida en la vida familiar y de pareja. Para muchas madres jóvenes esta circunstancia representa la condición que abona a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Lo encontrado coincide con lo reportado por Pacheco (2014) en su investigación con adolescentes ecuatorianas en situación de embarazo subsecuente, en el que tampoco se vislumbra la motivación para planes de vida alternativos a su rol de madres entre las jóvenes.

Tampoco la inserción en el mundo laboral se ve como una posibilidad para las adolescentes en situación de embarazo subsecuente, en las entrevistas expresan la dificultad que les representaría dejar el hogar para ir trabajar, porque los cuidados de sus hijos/as recaen en ellas. La inserción laboral sólo se vislumbra en trabajos informales que les permitan no descuidar a los hijos:



A veces pienso en trabajar o hacer algo porque no nos alcanzar con lo que él gana, pero tendría que ser en algo en lo que yo me acomode, que pueda yo hacer en mi casa o algo así, a lo mejor algo como algún negocio de vender en mi casa comidas o cenas, donde yo me pueda acomodar sin descuidar a mis hijas porque, sí está difícil (Adolescente de Akil).

A partir del análisis de las narrativas de las y los informantes, resulta claro que en las comunidades investigadas carecen de modelos femeninos que hayan trascendido los discursos hegemónicos de género y que puedan servir de modelos aspiracionales para las mujeres adolescentes y sus familias. Es decir, referentes femeninos que abran la posibilidad de vislumbrar para las adolescentes proyectos de vida para ganar independencia económica y de toma de decisiones, a partir de una mayor escolaridad y oportunidades laborales.

c) Factores de vulnerabilidad social en el ámbito familiar y de pareja: en el que se incluye un contexto familiar en el que se normaliza el embarazo de la adolescente, dinámicas de violencia de género y adicciones en la familia y con la pareja

El embarazo de las adolescentes se vive en su familia de origen, particularmente entre su padre y madre, en un primer momento con sorpresa y resignación, pero posteriormente, en un corto tiempo, aparece la aceptación e incluso la familia expresa felicidad por este acontecimiento y se vuelven una red de apoyo muy importante para ella y su nieto/a. Estas expresiones, ocurren tanto en el primer embarazo, como en el subsecuente. La aceptación y normalización del embarazo en el círculo familiar y comunitario de las jóvenes, de alguna manera actúa como una señal indirecta que estimula positivamente la faceta reproductiva de las adolescentes, por encima de otras, que ni siquiera se vislumbran, como podrían ser la de estudiante o empleada. En ese contexto estas jóvenes, encuentran incluso factible un tercer embarazo. Al entrevistar a las adolescentes sobre la posibilidad de un tercer embarazo, todas lo contemplaban a mediano plazo, es decir sus ideales reproductivos aún no se encontraban satisfechos con dos hijos y/o hijas.

La ocurrencia del primer embarazo, el segundo e incluso el contexto en el que se vislumbra un tercero, para varias de las adolescentes ocurre en un entorno en el que son blanco y también testigos, hacia otras mujeres cercanas a ellas, de diferentes tipos de violencia, principalmente la emocional, física y económica. Estas violencias que ejercen las parejas masculinas dentro del hogar muchas veces ocurren bajo el influjo del alcohol y/o drogas. Entre las familias de las adolescentes investigadas, la violencia se presenta como una dinámica que atraviesa el factor generacional, es decir lo vivieron los abuelos, los padres y ahora los adolescentes que cohabitan

como pareja. Es usual que las familias, tanto la de la adolescente como de sus parejas, cuando la tienen, se vuelvan testigos pasivos de la violencia de la que es blanco la adolescente, la viven con resignación, la toleran y la perciben como parte de una dinámica “normal” de pareja:

Cuando estuve viviendo en casa de mi suegra, Antonio el papá de mi hija llegaba con tragos y droga y me golpeaba. Su mamá de Antonio escuchaba todo, pero no se metía nunca. Yo no le dije nada a mis papás, pero se enteraron por una amiga mía. Ahora vivimos en casa de mis papás y Antonio, la otra me quiso ahorcar, pero yo no quiero decirles a mis papás nada, creo que ellos ya se dieron cuenta. Mi mamá me dice que lo deje, pero yo no lo quiero dejar (adolescente de Celestún).

Algunas de las adolescentes normalizan la violencia ya que toda su infancia estuvo marca por dinámicas familiares violentas; pero otras, las menos, aunque la perciben y han escuchado que hay leyes que las protegen, se sienten atrapadas en su situación de desventaja. En este sentido el embarazo subsecuente en la adolescencia se vuelve, no sólo un factor de reproducción intergeneracional de la pobreza, también un factor intergeneracional de dinámicas de violencia en la familia y pareja:

A raíz de que nació mi segundo hijo, mi pareja se volvió más violento, toma mucho, a veces también se droga. Cuando llega a la casa ya está de malas, me grita, se enoja, ha pasado a ahorcarme. Me salgo con mis hijas hasta que se tranquilice, como hacia mi mamá, pues mi papá era igual. Yo no trabajo, no puedo trabajar con la niña de meses y el niño de 1 año ¡tengo que aguantarme, como dice mi mamá yo me lo busqué y ahora no soy sola! (Adolescente de Chicxulub Pueblo),

Sin duda alguna, la violencia de género en el contexto familiar y de pareja es una de las dimensiones que estructuran y desencadenan, como efecto domino, escenarios de vulnerabilidad de género asociadas a la presencia de embarazos, de primera vez y subsecuentes entre las adolescentes. Esto, en la medida que limita su libertad física y mental y las deja en estado de indefensión. Situación que a su vez se traduce en menor capacidad para el cuidado de su salud, el control sobre sus cuerpos y la negociación para el uso de métodos anticonceptivos que les permitan planificar y tener un control sobre su reproducción.

## Reflexión final

En primer lugar se debe señalar que muchos de los hallazgos de este estudio coinciden o confirman lo reportado en otras investigaciones antecedentes sobre embarazo subsecuente, realizadas en Ecuador, Colombia y México (Andrade 2009;

Pacheco 2014; INMUJERES e INSP 2018), como por ejemplo iniciación sexual temprana, 15 años en promedio, contextos de pobreza, baja escolaridad por parte de las adolescentes y sus padres, deserción escolar previo al embarazo, acceso limitado a servicios de salud, conocimientos imprecisos sobre anticoncepción y bajo uso de los mismos, proyectos de vida ligados a construcciones de género hegemónicas, normalización del embarazo en las adolescentes, permisividad para que las adolescentes establezcan uniones libres de pareja, con hombres incluso mayores que ellas, ideales reproductivos de las mujeres adolescentes más altos, en comparación con otras adolescentes que sin hijos o con un solo embarazo.

En este sentido, llama la atención la persistencia y permanencia de condiciones y factores de vulnerabilidad social asociados al embarazo subsecuente a través del tiempo, lo que invita a revisar si la razón de ello tiene que ver con la naturaleza del problema que conlleva factores de tipo estructural, que sólo podrán ser removidos a largo plazo o bien, que las políticas públicas, estrategias y programas de intervención que se han venido implementando para abatir este problema no son los indicados, no tienen un enfoque integral, el alcance y los recursos destinados a ello resultan insuficientes.

Las adolescentes mayas de Yucatán viven en contexto en vulnerabilidad social asociados a la presencia de embarazos y embarazos subsecuentes. En términos generales esta vulnerabilidad se configura por la presencia de factores de tipo estructural, simbólicos, familiares y de pareja. De manera más particular las condiciones que ponen en riesgo a las adolescentes mayas respecto al embarazo subsecuente son la marginación, el rezago y la falta de acceso a servicios básicos de salud, educación y vivienda para estas mujeres. La temprana deserción escolar, la baja escolaridad, el analfabetismo, el trabajo no remunerado, la unión a temprana edad, hijos/as a corta edad. Así también, se concatena un escenario en el que la vulnerabilidad social dada por la pertenencia a la etnia maya se caracteriza por la pobreza.

Sin duda, sin atender las causas estructurales asociadas al embarazo subsecuente entre las adolescentes mayas, no será posible hablar de un escenario de decisión y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para las adolescentes mayas, pues como afirma Fraser (1997), las luchas sociales por el reconocimiento -como las que se dan dentro del campo de los derechos sexuales- necesariamente atraviesan o están relacionadas con las luchas por la redistribución de la riqueza, resultando una falsa antítesis verlas de manera separada o como polos opuestos, pues la exclusión

y la indigencia son la negación de derechos fundamentales. En este sentido, trabajar progresivamente por la plena efectividad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) constituye un compromiso de los Estados que se consideran democráticos. Las propuestas de política pública y programas deben ser integrales, es decir, tener líneas de acción que atiendan al mismo tiempo, los factores de vulnerabilidad social de tipo estructural, los de naturaleza simbólica y los asociados a los contextos familiares, de pareja y comunitarios.

## Referencias

Andrade, María. 2009, "Experiencias de las adolescentes en relación con su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S. Puengasi en el año 2009", tesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2022, Informe de Pobreza y Evaluación, 2022. Yucatán, México.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2018, Informe de Pobreza y Evaluación en el Estado de Yucatán, México.

Consejo Nacional de Población y Vivienda. 2020, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. URL:[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf)

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). 2018, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) 2015, Informe Ejecutivo Anual. URL: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/425939/Informe\\_Ejecutivo\\_GIPEA\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/425939/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2018.pdf)

Flores-Palacios, Fátima. 2013 "El VIH Sida, síntoma de vulnerabilidad", en Fatima Flores-Palacios (comp.) Representaciones Sociales y Contextos de Investigación con Perspectiva de Género, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2019, 165 Millones de Razones: Un llamado a la acción para la inversión en adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe. URL: [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/165\\_M\\_-\\_ESPANOL.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/165_M_-_ESPANOL.pdf)

Fraser, Nancy. 1997, *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*, Universidad de los Andes-Facultad de derecho y siglo del hombre editores, Colombia.

Hernández-Rosete, Daniel; Gabriela Sánchez, Blanca Pelcastre y Clara Juárez 2005, "Del riesgo a la vulnerabilidad: bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos", *Salud mental*, 28(5): 20-26.

Herrera, Cristina y Lourdes Campero. 2002, "La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: constantes y cambios en el tema", *Salud pública de México*, 44(6): 554-564.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2021, Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes (datos nacionales), URL:[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_E\\_mbarazos21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_E_mbarazos21.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). 2018, Madres adolescentes. Sistema de indicadores de género, INMUJERES, México.

Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Nacional de Salud Pública (INMUJERES E INSP. 2018, Trazando rutas: Embarazo subsecuente en adolescentes, Informe final.

Iturriaga, Eugenia. 2010, "Racismo y representaciones: Lo yucateco en la T.V", en Ayora, Igor. y Vargas, Gabriela (edits.) Representaciones culturales: Imágenes e imaginación de lo yucateco, Universidad Autónoma de Yucatán, México: 137-165,

Monterrubio-Flores, Alenadro; Liliana Leon-Rogel, Celina Rueda-Neria e Irene Parada-Toro. 2024, "Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto, Morelos, México. 2012-2022", Horizonte Sanitario, 23(1): 129-140

Organización Mundial de la Salud. (OMS). 2014, Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Ortega, J.. 1999, "La salud de las y los jóvenes al fin del milenio", en Simposium Regional de Salud Reproductiva, Mérida, Yucatán.

Pacheco, Sara. 2014, "Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en adolescentes de 10 a 19 años en el Cantón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013", tesis, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito.

Reyes, David y Esmeralda Almontes2014, "Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente". Revista Latinoamericana, (17): 98-123.

Rodríguez Vignoli, J.. 2012, "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2020". Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y CEPAL

Ruz, Mario. 2006, Mayas: pueblos indígenas del México contemporáneo. Primera parte. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

Salgado de Snyder, Nelly; Tonatihu González Vázquez, Ietza Bojorquez Chapela y César Infante. 2007, "Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos", Salud Pública de México, 49: 8-10.

Stern, Claudio. 2004, "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México". Papeles de población, (39): 130-158.

Stern, Claudio. 2003, "Significado e implicaciones del embarazo en adolescentes en distintos contextos socioculturales de México", Estudios Sociológicos, 21(63): 725-745.

Villalobos-Hernández, Aremis; Lourdes Campero, Leticia Suárez-López, Erika Atienzo, Fatima Estrada y Elvia de la Vara- Salazar. 2015, "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México", Salud Pública de México, 57: 135-143.

# Masculinidad y salud mental: Dos casos de hombres trans

• José Arturo Granados Cosme • Eduardo Minero García

• Rosa Georgina Pérez Castillo

## Resumen

Este estudio explora la experiencia de la transexualidad masculina en relación a tres ejes: la identidad trans, la construcción social de la masculinidad y la salud mental. Partiendo de un enfoque cualitativo, se analizan dos casos de hombres trans a quienes se les aplicó una entrevista en profundidad con la que se buscó generar la reflexión sobre la experiencia de vivir como hombre trans y su particular proceso de transición. A partir de la transcripción de las entrevistas se obtuvo un discurso en el que se distinguen los componentes fundamentales del modelo de masculinidad hegemónica (MMH), la manera en la que se relaciona con la elaboración de su identidad y su impacto en la salud mental. Se distinguen obstáculos que generan una identidad vulnerable, así como síntomas depresivos, de ansiedad y conducta suicida. La mirada crítica al MMH permite la comprensión de identidades sexogenéricas que no se ajustan a la norma heterosexual y explica en buena medida la relación determinante entre masculinidad y salud mental.

Palabras clave: transexualidad, masculinidad, violencia, medicalización, salud mental.

## Introducción

Se considera que el estudio científico sobre las problemáticas de hombres trans sigue siendo incipiente (Scheim et al 2020) y que aún no adquiere la suficiente relevancia (Reisner et al.2021) por lo que se impone la necesidad de profundizar en el estudio sobre su salud, especialmente en sociedades en desarrollo (Scheim, et al.2020). El caso de la salud mental es de particular importancia en esta población ya que la cultura de género prevaleciente y su sistema sexo-género binario, representan en la vida de las personas que no se alinean al sexo que les fue asignado al nacer, toda una fuente de estrés que puede vulnerar su salud mental (Lee et al. 2020). El denominado estrés de las minorías coloca a las personas no heterosexuales en una dimensión de vulnerabilidad que marca de inicio, una desigualdad en la salud mental de las personas trans en comparación con la población general (Lee et al 2020; Tan et al 2020).

La presión social por el cumplimiento de la normatividad del género parece ser más fuerte en el caso de las exigencias de la masculinidad hegemónica (Connell 2005) a hombres homosexuales, bisexuales y et al. (Cooper et al. 2023), en Canadá por ejemplo, más de la mitad (56.4%) de los informantes de un estudio, dijeron haberse sentido presionados para demostrar la normatividad masculina, pero más aún si se trataba de hombres trans, dicha exigencia resultó estar asociada a una mayor probabilidad para depresión y ansiedad (Cooper et al. 2023). Otros trabajos (Lee et al. 2020; Marshall et al. 2016) consideran a la depresión y la conducta suicida (ideación e intento) como los problemas de salud mental más importantes en las personas trans ya que presentan prevalencias altas, en otros estudios se reportan casi dos veces más puntuaciones de depresión y ansiedad (Tan et al. 2020).

Lo mismo ocurre sin nos referimos particularmente a hombres trans que adicionalmente, muestran otras problemáticas como el alcoholismo, insatisfacción sexual y prácticas sexuales de riesgo incluso comparados con hombres cisgénero que tienen sexo con hombres (Hickson et al. 2020), también se observa mayor comportamiento de autolesiones no suicidas en las personas trans pero con mayor riesgo en hombres trans (Marshall et al. 2016). Aunque la experiencia de la transexualidad es individual, al parecer, la masculinidad (como fenómeno colectivo), impone un mayor riesgo a ciertos problemas de salud a los hombres (trans y cisgénero) que a las mujeres o a la población general, ya que aunque se ha



documentado una variación en las autolesiones no suicidas en función del curso de la transición, la prevalencia siempre es mayor en hombres trans que entre hombres cisgénero (Marshall et al. 2016).

Además de los daños a la salud física y mental, los hombres trans enfrentan problemáticas en materia de servicios médicos que resultan no ser idóneos a las necesidades específicas de este grupo social (Reisner et al. 2021), se ha reportado falta de información en el personal de salud, negación de la atención médica, criminalización, maltrato y falta de servicios para la adecuación sexogenérica (Reisner et al. 2021). Estos informes son particularmente importantes ya que, acceder al proceso de reafirmación del género depende del acceso y disponibilidad de atención médica lo cual depende a su vez, de obstáculos culturales y económicos para ingresar al sistema de salud, se ha demostrado que reafirmar el género a través del tratamiento médico puede abatir los daños a la salud mental en personas trans, por ejemplo, la depresión y la conducta suicida son más importantes en quienes no han iniciado el tratamiento (Lee et al. 2020) y también se observan variaciones en las autolesiones no suicidas en función del momento de transición (Marshall et al. 2016). No obstante, se resalta la necesidad de proveer de soporte emocional personalizado a las personas trans que cursan por la adecuación sexogenérica pues cada proceso es particular (Marshall et al. 2016) y porque la sintomatología depresiva, así como la conducta suicida están mediadas por la transfobia interiorizada (Lee et al. 2020).

La revisión anterior plantea a las desigualdades en salud mental y las identidades sexogenéricas como una problemática central en el estudio de la salud de los grupos humanos. Desde el enfoque médico social, se considera que la salud y la enfermedad están socialmente determinadas y que dependen de la posición que los individuos y los grupos tienen en la totalidad social, en ese sentido, hombres y mujeres experimentamos la salud en función del lugar que, de acuerdo al sexo, el género y la sexualidad nos asigna una cultura de género dicotómica y heterocentrada. En este orden de ideas, la experiencia del sujeto trans resulta paradigmática para analizar la masculinidad hegemónica (Connell 2005) y su influencia en la salud mental, con este propósito se muestra a continuación el análisis de dos casos de hombres trans de la Ciudad de México.

Para lo anterior, recuperamos la experiencia del proceso de transición de dos sujetos autoidentificados como hombres trans, entendiendo que la experiencia

se trata del “ser ahí”, del ser en el mundo y de la acción humana, es resultado de la articulación entre la experiencia propia y la del otro, y permite comprenderse a sí mismo, a los demás y lo que nos rodea (Souza, 2010). Como estrategia metodológica, aproximarnos a la experiencia nos permite recabar evidencia del proceso identificatorio del sujeto, sus determinaciones generales en la cultura de la sociedad y sus efectos en la vivencia personal. La experiencia se expresa en el lenguaje que elabora el sujeto desde su propia interpretación y reflexión, por ello se eligió un enfoque cualitativo y como recurso metodológico el análisis del discurso desde la perspectiva del análisis de contenido. Se diseñó una guía de entrevista en profundidad para recuperar de manera reflexiva la experiencia de los entrevistados en relación a tres ejes: la identidad trans, la construcción social de la masculinidad y la salud mental.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores, audiograbadas y transcritas en su totalidad. El procesamiento de las transcripciones se hizo con base en una lectura repetida de las transcripciones definiendo las categorías discursivas que los mismos informantes enfatizaron, por ejemplo, para identidad: soy, eres, siento; para masculinidad: hombre, soy hombre, eres hombre, así como términos que dan contenido al MMH (pene, falo, fuerza, macho) referidos a los estereotipos (debe ser, dar gusto, quedar bien) y roles de género (proveedor, protector) y para salud mental: términos asociados a depresión, ansiedad y conducta suicida, así como a los sentimientos y emociones que se asocian a estos trastornos. Posteriormente se buscaron en las transcripciones los fragmentos en que se detallaran dichas categorías discursivas y se interpretaron de acuerdo con un marco mínimo de referentes teóricos.

## Resultados

### I. Identidad

La identidad que busca su nombre

El sistema sexo-género en que se reproduce la sociedad actual, implica una cultura binaria y androcéntrica que determina la experiencia del sexo, el género y la sexualidad de las personas, se trata de un ordenamiento heterocentrado en el que las personas que no observan la normatividad del género y la sexualidad, son estigmatizadas y a las que se busca invisibilizar. La identidad trans transita por una ausencia de referentes discursivos con que autoreferirse:

¿Cómo te ves en el futuro?: “ya me veo, antes no me veía” [Leo].

[...] le dice el doctor a mi abuela: ‘¿puede salirse un momento por favor?’ y se sale mi abuela y me quedo con él en el consultorio y me dice: ‘¿por qué no lo terminas de aceptar? [...] tú eres un hombre’ y ya sabes, San Google y empiezas a buscar

lo que sientes y me aparecen varios videos de hombres trans ya transicionados y dije: “este soy yo” [...] en ese momento yo dije: “yo soy” (Isma).

...Fue hasta tercero de preparatoria que fue cuando ya comencé a... me empezó a sonar la palabra transgénero, me sentí más identificado [...] (Leo).

La identidad que no se pronuncia impone una ausencia de referentes que impacta en los distintos aspectos de la vida, esta experiencia generó en los entrevistados, confusiones sobre su identidad sexual y de género cuyas repercusiones alcanzan hasta la orientación sexual y los proyectos de vida:

[...] creo que desde niño me di cuenta que yo no quería ser llamado como una niña [...] lo único que yo no quería era que me hablaran como niña [...] Llegó un punto en que le dije a mi mamá y a mi papá que yo quería llamarme Gustavo [...] tenía yo como seis años... yo no quiero llamarme como me llamo, yo me quiero llamar Gustavo [...] Tenía trece años, más o menos, trece o catorce años, la gente me hablaba como hombre y a mí me gustaba (Isma).

No sabía si ponerme lesbiana, pero de que me gustan las mujeres, ya sabía [...] primero salí del clóset como lesbiana, fue [...] primero, fue a mi primera novia, era mi mejor amiga de la prepa, tenía catorce años [...] al principio fue algo inocente, porque para empezar ella, bueno, ahorita no hablo con ella, pero ella decía que siempre le habían gustado los hombres, solo que yo había sido la excepción, no era la excepción, resultó que sí soy hombre (Leo).

La identidad que se busca suprimir: violencia y medicalización

El común denominador de las identidades no heterosexuales es la experiencia de la violencia y tiene un fuerte impacto en la socialización de las personas trans:

Sufrí mucho bullying, incluso cuando estuve aquí estudiando tres años en la primaria, nadie se acercaba a mí, que porque era raro [...] me golpeaban [...] entonces, sufrí mucha violencia también en la escuela (Isma).

En la etapa de secundaria, recuerdo que bajé mi promedio en segundo y tercero. Fue cuando pasaron todos estos cambios y como burla directamente... pero sí comentarios porque aparte los buleadores eran mis amigos [...] (Leo).

Históricamente y como parte de la imposición de la heteronorma, las identidades no heterosexuales y las conductas sexuales no asociadas a la reproducción biológica, han sido patologizadas y medicalizadas. En el caso de la identidad trans, el reconocimiento social actual pasa por un proceso de legitimación social

que, paradójicamente, se le atribuye a la medicina científica que anteriormente la patologizó, las personas trans requieren para su transición y reconocimiento el aval científico:

[...] Fue hasta que fuimos con una psiquiatra y sexóloga que fue quien le dijo a mi hermana que yo era trans y ahí fue cuando comenzó todo el proceso [...] yo ya sabía desde antes [...] o sea, le puso nombre y le dio claridad [...] a partir del intento de suicidio es que llego con la psiquiatra y la psiquiatra me hace este diagnóstico [...] Ella me puso, tal cual, un diagnóstico (Leo).

## II. Masculinidad

La cultura de género dominante supone que el sexo es una condición biológica que determina al género y a la sexualidad. En esa perspectiva, lo femenino y lo masculino supone bases biológicas ineludibles entre las que se encuentran las diferencias anatómicas y fisiológicas, así como el ser mujer es un atributo comúnmente referido a la capacidad del embarazo, en el caso de los varones el ser hombre es referido al falo y en ese sentido, un hombre trans no es un “verdadero hombre”: “[...]una de las mujeres, me dice ‘es que tú no naciste con nada allá abajo. Tu no naciste con nada, ya tus papás te pusieron lo que tienes ahorita para que tú no sintieras feo, porque tú no eres ni hombre ni mujer [...] y me hacía sentir feo, entonces, era feo” [Isma].

Del análisis crítico de la cultura de género se desprende el denominado MMH (Connell 2005) como un concepto que explica los significados, rasgos y atributos que constituyen de forma histórica, lo que llamamos ser hombre. En tanto modelo, la masculinidad hegemónica no existe sino como un ideal al que los hombres individuales se acercan, oponen o resisten, lo cual permite identificar relaciones de hegemonía y subordinación entre las distintas masculinidades o formas de vivir la masculinidad. El género está constituido por estereotipos y roles asignados social y diferenciadamente a hombres y mujeres, en el caso de la MMH, se espera que los varones sean fuertes, responsables y por roles, se les asigna el papel de proveedor y protector de la familia: “[...] va más allá del machismo el ser hombre, el querer proteger a fuerza a una mujer que no quiere [...] si me gusta ser fuerte, para enfrentar las cosas que vienen [...]” [Isma].

Como parte de la cultura de género dominante y del MMH, las identidades sexogenéricas (Vendrell 2010) no ajustadas a la heteronorma son primero construidas como enfermedades e intervenidas por la medicina. La patologización primero y la medicalización después, refuerzan la posición social en que la sociedad

coloca a la población trans: “Cuando yo le dije a mi abuela que me gustaban las mujeres [...] me mandaron a psicólogos, me mandaron a psiquiatras, me mandaron a muchos lugares. No pasó nada [...]” [Isma].

Al mismo tiempo, la práctica médica se reafirma como instancia del poder con capacidad para autorizar o deslegitimar la identidad de las personas trans las intervenciones de la medicina tienen una influencia de la mayor relevancia en la construcción de la identidad trans. “[...] men la Clínica Condesa que te hacen pasar por el médico, psiquiatra, psicólogo, estudios, si ellos dicen que sí, que sí eres trans, si ellos aprueban que existes, pues ya te dejan pasar [...]” (Leo).

La masculinidad, en tanto vertiente de la estructura dicotómica de la cultura de género dominantes, es una construcción social, es una identidad social que está determinada por las exigencias (a manera de expectativas y puestas a prueba) que la sociedad impone a los varones para ser considerados “verdaderos hombres”, ser un hombre incluye parecerlo, en este sentido parece darse un retorno a la justificación ideológica del determinismo biológico, es decir, a la biologización del género: “[...] para ser un hombre trans completo tienes que ponerte hormonas, cambiarte el nombre [...] Y ya eres un hombre trans completo [...]” (Leo).

Ser hombre es no ser mujer

La identidad masculina se construye socialmente, en la sociedad y en los individuos, por oposición a lo que significa ser mujer y lo que se le asocia, Badinter (1993) identifica tres oposiciones básicas: no ser mujer, no ser un bebé y no ser homosexual.

Cuando empecé a transicionar, cuando todavía no traía hormonas y me veía muy afeminado, como que trataba de recalcar más mi actitud de masculinidad... después con hormonas, tal vez no me vea tan masculino, me dicen que me veo como un hombre como de catorce años, pero, ya es cada vez menos que me llaman en femenino, entonces, es cuando me comienzo a sentir más seguro y es cuando empiezo a soltar esta parte que ni siquiera es mía, que es algo que traía, que si no hubiera sido así, no me considerarían hombre” (Leo).

“La voz, lo que más me emocionaba era la voz [...] pero, cómo se engrosaba, me emocionaba. También los cambios faciales, ver cómo se quitaban los rasgos afeminados [...]” (Leo).

La oposición “no ser mujer” es particularmente problemática para los hombres trans, la menstruación resulta un fenómeno que les genera una particular preocupación:

Cuando empezó la menstruación fue horrible para mí... para mí fue muy horrible el que empezara la menstruación, pero poco a poco dije 'me tengo que resignar', porque soy mujer y ni modo, me tengo que resignar". Pero por el otro lado "[...] el médico: 'es que tú no eres mujer' y empezaba un conflicto en mi mente y el que me bajara fue demasiado feo para mí, me bajó ese mes y al siguiente ya no y al siguiente tampoco o sea, era muy irregular en ese tiempo y yo decía: 'pues entonces, no me va a pasar todo el tiempo como a todas', entonces, ¿no soy mujer o cómo? (Isma).

[...] cuando a mi hermana, la que sigue de mí, le llegó, lo festejamos, fuimos a un café y recuerdo que no quería que pasara eso, recuerdo que no le dije a mi mamá como por tres meses, hasta que se dio cuenta [...] pero por mí estaba bien que nadie se enterara... (Leo).

### Ser hombre es no ser un bebé

Esta oposición puede verificarse en la necesidad de los hombres por no parecer un niño y lo que se le asocia, es decir, no ser dependiente de los cuidados maternos pero también implica madurar, ser hombre adulto significa ser responsable, hacerse responsable y esto se traduce en el rol hegemónico, en la asignación social de la "protección" y tutela de las mujeres y los niños, a los varones.

Me dice: 'es que tú debes empezar a ser tú. Vamos a tener un hijo, tú dices que lo quieres, debes demostrar que realmente lo quieres, si realmente lo quieres, debes hacer algo por ti'... para ese entonces, yo te estoy hablando de que ya consumí más drogas [...] "y entonces "...dije 'quiero al niño, quiero estar con el niño, voy a tener que'.... (Isma).

[...] cuando se embarazó ella, yo tenía ya mucho tiempo de conocerla, se embaraza ella y el que la embaraza se fue, la abandonó, entonces, yo me quise hacer cargo del niño (Isma).

### Ser hombre es no ser homosexual

La homofobia es un artefacto cultural (Granados, 2002) con la que varones reafirman su masculinidad, al violentar a los homosexuales creen demostrar que no lo son. Debido a las exigencias sociales, los varones ejercen la homofobia como rasgo intrínseco al MMH: "[...] yo a lo mejor lo llegué a serlo [homofóbico] una o dos veces, ya desde la transición por quedar bien..." (Isma).

## III. Daños a la salud mental

Desde el campo médico social, las desigualdades en salud están determinadas socialmente, esto significa que las formas de enfermar y morir de los grupos humanos dependen de la posición que cada uno de éstos tenga en la totalidad social. En este caso y debido a las imposiciones de la cultura dominante del género, las identidades no heteronormadas son "colocadas" al margen de la sociedad con

todo el proceso de estigmatización que eso implica y en una situación desventajosa en la relación de hegemonía y subordinación. El rechazo social a las identidades no heteronormadas tiene un impacto en la salud mental de los sujetos que está mediada por la violencia y la vulnerabilidad producto de la autodevaluación.

### Autovaloración negativa

Recuerdo que pensaba mucho en qué pasaría si algún día me despierto y todo esto desaparece, fantaseaba mucho con esas cosas... [Leo].

[...] en algún momento creo que lo busqué en Internet [el significado de transexualidad] y se dieron cuenta y me dijeron que dejara de hacerlo. Tenía como once años... fue como: 'entonces es algo malo'. Pasó como algo malo, fue hasta que fui consciente de que era trans y volví a pensar en eso [...] (Leo).

De acuerdo a las relaciones de hegemonía y subordinación que se establecen entre las identidades sexogenéricas y la patologización de las no heteronormadas, la transexualidad es construida socialmente como una enfermedad, en consecuencia, la transfobia produce en el sujeto trans una particular vulnerabilidad en su salud mental que se expresa en un patrón característico de trastornos mentales que también se han identificado en otras poblaciones estigmatizadas (Granados 2013), constituido por conducta suicida (ideación, intento y consumación), trastornos depresivos y de la ansiedad.

### Conducta suicida

Si bien se trata de dos casos, llama la atención que en uno de ellos se asume una modalidad de intento de suicidio característica del patrón masculino (métodos más eficaces como dispararse, ahorcarse o lanzarse al vacío).

[...] yo incluso pensé hasta en matarme... mi primer intento de suicidio fue a los trece años... traté de aventarme de la (señala hacia arriba)... ese día no había nadie en la casa. Me subo en la azotea, estaba en la orilla queriendo aventarme, estaba llorando, tenía mucha impotencia, pero no lo pude hacer porque yo lo sentía a la vez como tenerlo que hacer, algo necesario para mí. Pero al mismo tiempo sentía que era darles gusto a todos ellos, todos los que me habían lastimado, entonces, no lo hice. La segunda vez, tengo este tatuaje aquí porque tengo una cicatriz muy grande aquí y otra por acá, me corté las venas. Esa fue la segunda vez, estuve internado tres meses. Y la tercera vez tuve una discusión muy grande con mis papás, de hecho me pegó y estuve a punto de aventarme (Isma).

[...] en el último año de preparatoria tuve un intento de suicidio... con medicamentos [...] (Leo)

## Depresión y ansiedad

Los trastornos mentales que aparecen en la experiencia trans están claramente articulados a su identidad sexogenérica, la depresión y la ansiedad son daños comunes. “[...] tuve una depresión muy fuerte a los dieciséis... ahí fue cuando entré a una depresión, ya estaba más consciente de que era una persona trans...” (Leo).

“Tuve ataques de ansiedad, por dos años. Después de...” (Leo)

### La transición como cura

El proceso de reasignación sexogenérica o transición, es un punto de quiebre en la experiencia de la transexualidad. En el caso de los hombres trans los reafirma como sujetos con identidad propia, favorece la autodeterminación y mejora sustancialmente su salud mental.

Me voy a hacer esos estudios porque junté dinero específicamente para ese día, llego con mis estudios, el doctor revisa todos mis estudios. Revisó el del psicólogo, el del psiquiatra, todo bien, y me inyectó la primera. Y yo sentí una emoción muy grande... Hasta ahorita me siento bien, empecé a ver los cambios, me empecé a ver yo, me empecé a sentir mejor (Isma).

El sujeto trans en sí mismo paradigmático en el análisis del sexo, el género y la sexualidad, nos confirma el carácter de construcción social de la masculinidad hegemónica al reproducir sus oposiciones fundamentales, pero al mismo tiempo nos plantea que existen formas diversas de vivir la masculinidad.

[...] va más allá del machismo el ser hombre, el querer proteger a fuerza a una mujer que no quiere, y sentir que puedes con todas... Yo sí lloro, soy muy chillón... Me gusta proteger a mi esposa [...] Sí me gusta ser fuerte, para enfrentar las cosas que vienen, pero hay ciertas cosas que digo ‘para mí ser hombre no es esto’, ser violento, ser celoso o algo así no va (Isma).

## Reflexión final

El discurso permite reconstruir el proceso de construcción de la identidad, en los dos casos analizados, la experiencia de los informantes nos permite identificar los rasgos esenciales de la identidad masculina y sobresalen las tres oposiciones fundamentales del denominado MMH (Connell 2005), éstas adquieren materialidad en exigencias sociales concretas que, en términos de salud, se traducen en riesgos que tuvieron un impacto importante en la salud mental de los dos casos analizados.



La violencia de que fueron objeto los informantes, se desencadena por ser identificados por los otros como personas no heterosexuales, es decir, no apegadas a la normatividad sexual que impone la cultura de género dominante.

Ésta fue experimentada en espacios de socialización tan significativos para la identidad como lo fue, la escuela, por ejemplo, pero también en el ámbito médico que históricamente ha patologizado y medicalizado las identidades sexogenéricas (Vendrell, 2010) no ajustadas a la heterosexualidad, en ambos espacios ocurren prácticas que pueden vulnerar la autopercepción de sí mismo y deteriorar la autovaloración. En principio, la identificación trans cursa por dificultades particulares ya que no hay referentes sociales en los que el sujeto trans puede verse reflejado o si los hay, se trata de referentes patologizados o devaluados socialmente, creando así un estado de vulnerabilidad que se agrava con la violencia que se experimenta posteriormente.

El análisis de la experiencia trans revela en estos dos casos, la permanencia de una cultura de género en la que se considera que la biología impone una dicotomía de los sexos de la que “debe” desprenderse la identidad de género. En ese sentido, la presencia de los órganos sexuales es el referente principal, los informantes fueron valorados por los otros en función de la ausencia del pene en sus cuerpos y de la noción predominante en la que un “verdadero hombre” tiene un falo. En esa secuencia de ideas, los hombres trans no son “verdaderos hombres” o por lo menos son “incompletos”.

Para ser “verdaderos hombres”, los informantes plantearon que se deben cubrir precisamente las expectativas del MMH que paradójicamente los excluye. Consideran que llegar a ser un “hombre trans completo” requiere iniciar la hormonización, legitimando de paso, el carácter medicalizado de la identidad trans.

Adicionalmente a las exigencias biológicas, un segundo nivel de exigencias son las vinculadas a las funciones socialmente asignadas a los varones en la tradicional división sexual del trabajo: el cumplimiento de los roles de proveedor y protector.

El análisis de estos dos casos nos permite reconstruir el proceso de construcción social de la masculinidad y nos reafirma que ésta no está dada, sino que se elabora a través de la vida del sujeto en concordancia con las exigencias sociales. La noción de MMH y las oposiciones que plantea Badinter, resultan idóneas para comprender el proceso de transición sexogenérica y sus implicaciones en la salud mental. La sociedad impone una serie de requerimientos a los varones para ser considerados

“verdaderos hombres” y los hombres trans no escapan a ellas, incluso, su cumplimiento les reafirma su masculinidad. La depresión, la ansiedad y la conducta suicida fueron los trastornos mentales en que más profundizaron los informantes y coinciden con los observados en varones homosexuales y bisexuales, así como en mujeres lesbianas y bisexuales. Lo anterior fortalece el planteamiento del rechazo social como uno de los determinantes sociales más importantes en la salud de los hombres trans.

## Referencias

- Badinter, E. 1993, *XY: La identidad masculina*, Alianza, Madrid.
- Connell, Robert. 2005, "Globalization, imperialism, and masculinities" en: M.S. Kimmel Hearn J. y Connell, R.W. (eds), *Handbook of studies on men & masculinities*, SAGE Publications: 71-89.
- Cooper, Sara; Tristan Péloquin, Nathan Lachowsky, Travis Salway, John L. Oliffe, Bengamin Klassen, David Brennan, Janie Houle and Olivier Ferlatte. 2023, "Conformity to Masculinity Norms and Mental Health Outcomes Among Gay, Bisexual, Trans, Two-Spirit, and Queer Men and Non-Binary Individuals", *American Journal of Men's Health*, September-October: 1-13.
- Granados, José Arturo. 2013, "Salud en varones homosexuales de la Cd. de México, contextos culturales y trayectorias individuales: homofobia, sufrimiento psíquico y situaciones de riesgo ara VIH-SIDA", tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Granados, José Arturo. 2002, "Orden sexual y alteridad. La homofobia masculina en el espejo", *Nueva Antropología*, XVIII(61): 79-97.
- Hickson, Ford; Max Appenroth, Uwe Koppe, Axel J. Schmidt, David Reid, and Peter Weatherburn. 2020, "Sexual and Mental Health Inequalities across Gender Identity and Sex-Assigned-at Birth among Men-Who-Have-Sex-with-Men in Europe: Findings from EMIS-2017", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20): 7379, 1-20.
- Lee, Hyemin; Kevin K. Tomita, Janice M. Habarth, Don Operario, Horim Yi, Sungsub Choo, and Seung-Sup Kim. 2020, "Internalized transphobia and mental health among transgender adults: A nationwide cross-sectional survey in South Korea", *International Journal of Transgender Health*, 21(2): 182-193. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1745113>
- Marshall, Ellen; Laurence Claes, Walter Pierre Bouman, Gemma L. Witcomb, Jon Arcelus. 2016, "Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literatura", *International Review of Psychiatry*, 28: 58-69. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1073143>
- Reisner, Sari, Alfoso Silva-Santisteban, Ximena Salazar, Jesse Vilela, Lynne D'Amico y Amaya Perez-Brumer. 2021, "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru", *PLoS ONE* 16(8): e0254494.
- Scheim, Ayden; Vibhanti Kacholia, Carmen Logie, Venkatesan Chakrapani, Ketki Ranade y Shaman Gupta. 2020, "Health of transgender men in low-income and middle-income countries: a scoping review", *BMJ Global Health* 5(11): e003471. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003471>
- Souza, Maria Ceciliade. 2010, "Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa", *Salud Colectiva*, 6(3): 251-261.
- Tan, Kyle, Sonja J. Ellis, Johanna M. Schmidt, Jack L. Byrne, and Jaimie F. Veale 2020, "Mental

Problemas emergentes en salud

Interfaces teórico-metodológicas en torno a la corporeidad extendida

Health Inequities among Transgender People in Aotearoa New Zealand: Findings from the Counting Ourselves Survey", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8): 2862 DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082862>

Vendrell, Joan. 2010, "Cultura, ciencia y política de las identidades sexo-genéricas", *Inventio*: 73-78.

# Limitaciones en la actual estrategia de prevención del suicidio en masculinos, una reflexión teórica

• Santiago Moyocoyani Sosa Salazar • Bernardo Adrián Robles Aguirre

## Resumen

En México las cifras de suicidio van en aumento desde 2017, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes entre 18 y 35 años. Basado en observaciones empíricas realizadas en la Ciudad de México, específicamente en las salas de urgencias de Hospitales Generales de la Secretaría de Salud, el objetivo de este texto es discutir las aproximaciones en salud pública, el panorama global de las estrategias de prevención y su efectividad, así como propuestas prácticas que mitiguen la incidencia de suicidio en la población masculina. Los organismos internacionales, ministerios de salud y organizaciones no gubernamentales, se han encargado de identificar las raíces epidemiológicas del problema, así como promover soluciones concretas desde los lineamientos internacionales de clasificación de los trastornos depresivos y realizar campañas informativas, que, paradójicamente, distan mucho de ser efectivas, estadísticamente hablando. Las orientaciones en las que actúan estas estrategias, limitan el enfoque en las cuales las soluciones podrían ser más efectivas, por tanto, son importantes las herramientas que amplíen el panorama del suicidio masculino en niveles tanto socioestructurales, como sus especificidades y matices a niveles microsociales y microhistóricos.

Palabras claves: suicidio masculino, prevención del suicidio, depresión, género

## Introducción

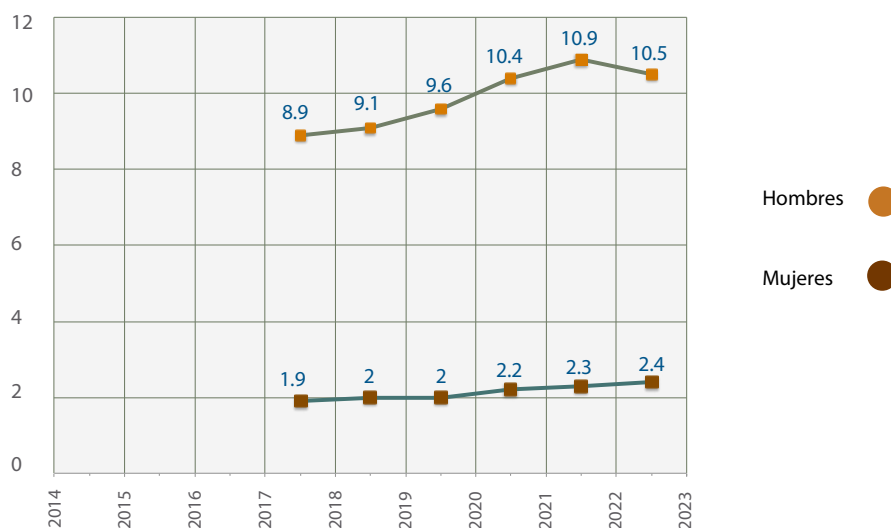
Durante una estancia en el Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud “Fray Bernardino”, internaron de emergencia a un joven con graves heridas en la totalidad de su cuerpo, la razón: había intentado inmolarse. Usando bidones de gasolina, se roció todo el cuerpo y se prendió fuego. En México, según datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el marco del día mundial de la prevención del suicidio (10 de septiembre), reportó que la incidencia de suicidios había aumentado desde 2017, puesto que la tasa de suicidio era de 5.3 personas por cada 100 mil habitantes (6,494); mientras que para 2022 fue de 6.3 individuos (8,123). Esto equivale a 1 629 suicidios más en 2022, respecto de los ocurridos en 2017. Para los datos preliminares de 2023, esta cifra sigue en aumento (INEGI 2023).

Organizaciones dedicadas al estudio epidemiológico de la incidencia en suicidio, las asociaciones de psicología y psiquiatría, así como instituciones dedicadas a la prevención del suicidio, refieren que la depresión, es la principal causa de suicidio, trastorno mental que se estima afecta al 5% de la población adulta de acuerdo con la OMS (2023). Paralelamente a esto, la Secretaría de Salud (SS), reportó para 2021, que en México existía un promedio de tres millones 600 mil personas adultas con depresión y solamente el 1.2% de los casos, se consideraban severos por los servicios de atención siquiátrica (SS 2021a). A estos datos, debemos sumar el impacto que tuvo la presencia del COVID-19, en el terreno tanto de los indicadores de depresión como de ansiedad (Nicolini 2020; Teruel et al. 2021 y López et al 2022). También en el caso mexicano, se nota una clara diferencia por género entre los promedios de suicidios entre 2017 y 2022, donde la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil habitantes, es decir, el 81.3% de los suicidios; esto en contraste con el 18.7% de los suicidios femeninos (INEGI 2023) (Véase Fig. 1).

## Limitaciones en la actual estrategia de prevención del suicidio en masculinos, una reflexión teórica

Tasa de suicidio según sexo 2017-2022

(Por cada 100 mil)habitantes)



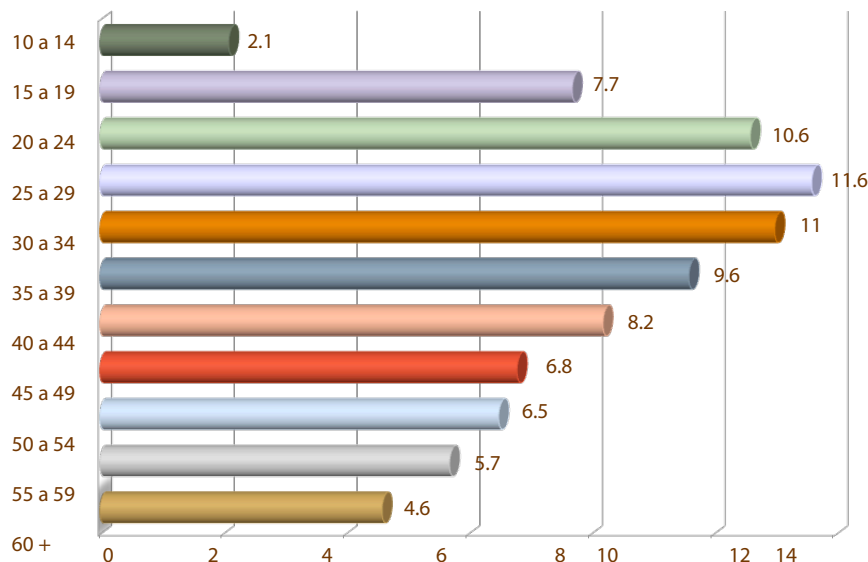
Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2017,2018,2019,2020,2021,2022.

No obstante, tanto en la información de la SS, como en la experiencia de uno de los autores en las salas de urgencia, resulta evidente la disparidad entre los ingresos hospitalarios por lesiones auto infligidas de hombres y de mujeres, donde por cada 10 personas que ingresan, sólo dos son hombres (SS 2021b). Esta situación se presenta debido a que hay menos intentos de suicidio por parte de los hombres, puesto que estos, llevan a cabo la acción de manera fulminante.

Dentro de los datos del INEGI en México, hay una prevalencia en los suicidios entre los 20 y los 34 años. La tasa más alta fue la del grupo de 25 a 29 años (11.6 por cada 100 mil) y le siguió el grupo de 30 a 34 años (11.0 por cada 100 mil). El grupo de 20 a 24 años presentó una tasa de 10.6 por cada 100 mil. Por otro lado, las tasas de suicidios en las y los niños (10 a 14 años) y adolescentes (15 a 19 años) fue de 2.1 y 7.7 por cada 100 mil, respectivamente. (Véase Figura 2)

Figura 2. Tasa de Suicidio por Grupo de Edad, 2022

Tasa de suicidio por grupo de edad, 2022 (Por cada 100 mil habitantes)



Fuente: INEGI Estadísticas de mortalidad 2022.

Pero al indagar en las causas que derivan en el suicidio, tomando a la depresión como punto de partida, el INEGI en 2021 realizó la Encuesta Nacional de Bienestar Auto-reportado (INEGI 2021) del cual existe informe, y en el cual anuncia que la población de 18 años en adelante, declaró sentirse “satisfecha con la vida” en el 56.2% de los casos; 32.1% “moderadamente satisfecho”; 8.7% “poco satisfecho” y 3.7% señaló “insatisfacción con la vida en general”. Pero lo relevante aquí es el análisis por sexo, pues se destaca que el 12.8 de las mujeres se sienten “poco satisfechas con la vida”, y en menor medida, el 10.4 de los hombres refieren sentirse de la misma forma, es decir, es un elemento del que podemos observar cómo, a pesar de que son abismalmente más numerosos los suicidios en varones, refieren en un 2% estar más satisfecho con la vida, respecto a las mujeres. (Véase cuadro 3)



## Limitaciones en la actual estrategia de prevención del suicidio en masculinos, una reflexión teórica

Cuadro 3. Distribución porcentual de la población de 18 y más años, por sexo, y grupo de edad según rango de satisfacción con la vida, 2021 (Por cada 100 mil habitantes)

Sexo y grupo de edad	Insatisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho
Total	3	8.7	32.1	56.2
Hombres	2.4	8	31.9	57.6
18 a 29	1.3	6.4	32.2	60.1
30 a 59	2.5	8.2	32.3	56.9
60 a 95	3.9	10.2	30.3	55.6
Mujeres	3.4	9.4	32.3	54.9
18 a 29	2	7.6	30.9	59.5
30 a 59	3.7	9.7	33.6	52.9
60 a 95	5.2	11.2	29.7	53.9

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado, 2021.

De acuerdo con las recomendaciones de los organismos tanto nacionales como internacionales dedicadas al estudio del suicidio (OMS 2023; IMSS 2022; OPS 2023) conviene, además, que es indispensable para prevenir el suicidio, contar con redes de apoyo suficientes, el diagnosticar y tratarse la depresión con un profesional de la salud en tiempo y forma, así como la necesidad y sentido de urgencia de las entidades de gobierno. Esto, para promover el uso de líneas salvavidas de manera remota e inmediata, con ello, combatir con las ideaciones y planificaciones de suicidio. Pese a toda la serie de recomendaciones y el profundo interés de la comunidad científica de tratar de entender cuál es la causa del problema, así como las bases para combatir los intentos de suicidio o la consumación del mismo, las cifras siguen en aumento sin parar. Es entonces que, desde una reflexión social, podemos encontrarnos con un problema aún más grande, mayor de lo que la estadística, por sí sola, puede decirnos.

## Definiciones conceptuales

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 703 mil personas se quitan la vida anualmente, esto sin contar los intentos de suicidio, siendo la cuarta causa de defunción entre los 15 y 29 años en todo el mundo (Sánchez- Cervantes et al. 2015). Es por consenso mundial que los trastornos depresivos suelen ser la primera causa que deriva en suicidio y autolesiones, para ello, se promueve la difusión de características que nos permitan detectar el trastorno y poder ofrecer intervenciones oportunas (OMS 2023).

Se presume, además, que hay grupos de riesgo específicos quienes pueden generar conductas suicidas, pues de los grupos donde las tasas de suicidio son elevadas corresponde con grupos vulnerables y discriminados. Agregando, si bien el suicidio es un fenómeno sanitario global, el 77% de los suicidios al rededor del mundo se concentran en países subdesarrollados y/o en vías de desarrollo.

En los registros de epidemiología mundial, el trastorno depresivo afecta más a las mujeres que a los hombres, donde se estima que el 3.8% de la población ha experimentado en algún momento de su vida de presión, incluyendo el 5% de los adultos y el 5% de los mayores de 60 años. Se estima que, a escala global, hay aproximadamente 28 millones de personas con trastornos depresivos. No hay causa única para los trastornos depresivos, pero sí se pueden detectar algunas causantes principales que se transforman en situaciones de riesgo. De primera mano: contextos laborales, situaciones de estrés, duelo, estrés post- traumático e inclusive trastornos posteriores al parto, repuntando la lista en la causa de incidencia. De la misma forma, por la periodicidad de los trastornos, existen episodios depresivos únicos, trastornos depresivos recurrentes, y trastornos bipolares (OMS, 2023) (SNPNNA, 2021)

Según la media mundial el 4% de los hombres sufren o reportan haber tenido algún episodio depresivo frente al 6% de las mujeres. En México, según los datos recopilados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) (INEGI 2016), se informa que, en ese último año de estudio, un 3% de las mujeres ha experimentado ideación suicida. Dentro de este grupo, la prevalencia más elevada se encuentra en la franja de edades de 12 a 17 años, con un 5%, seguido por el grupo de 18 a 49 años, con un 2.3%. En cuanto a los hombres, la ideación suicida se ha presentado en un 1.6%, con un 1.5% para el grupo de 12 a 18 años y un 1.6% para el grupo de 18 a 49 años.

En relación con los intentos de suicidio, se registró una prevalencia del 1% en mujeres en 2016. Dentro de este grupo, se observa un 2.2% en la franja de 12 a 17 años, seguido por el grupo de 18 a 49 años, con un 0.8%. En hombres, la prevalencia de intentos de suicidio es del 0.5%, tanto para el grupo de 12 a 18 años como para el de 18 a 49 años. Es importante destacar que los intentos de suicidio en adolescentes han experimentado un aumento, como lo evidencian las prevalencias reportadas en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) (ENSANUT 2006) de 2006 (1.1%), 2012 (2.7%) y 2018 (3.9%).

Aun así, pese a que la diferencia por género entre la incidencia de casos de trastornos depresivos, ideación e intencionalidad suicida se carga estadísticamente al lado femenino, la tasa de suicidio en hombres para 2022 en México fue de 10.5 por cada 100 mil habitantes, o sea, el 81.3% de los suicidios, respecto a 18.7% de los suicidios femenino. Pero entonces ¿cuál es el origen de la paradoja, donde hay un mayor índice de suicidio masculino, pero según las encuestas mexicanas, tienen mayor satisfacción con la vida, menor incidencia de trastornos depresivos, y/o conductas suicidas?

## Estado del arte

Podemos deshilar la madeja en sus principales hilos, a quienes: los hombres, y el cómo: los métodos. Un estudio de 2003 titulado: "The gender gap in suicide and premature death or why are men so vulnerable?" (Möller-Leimkühler: 2003) se destaca un sostenido incremento en la incidencia de los suicidios en masculinos desde 1970 alrededor del mundo, así como la disminución del suicidio femenino. El estudio atribuye como razones primarias de este fenómeno que las mujeres, desde 1960, han tenido mayores opciones en su cotidiano, como los divorcios, el cambio de actitud respecto a la maternidad y la incorporación gradual e incrementada el mundo laboral.

Pero si bien, las responsabilidades por roles de género no son la única causa del suicidio, intervienen otros factores que son propios de la masculinidad Occidental y de las carencias en la inteligencia emocional (Bracket 2006; Day 2004; Feldman 2000; Ramírez 2021). Hay valores contruidos entre masculinos que conllevan a poner ciertos tabús en los temas de conversación y de cotidianidad, como lo son la tristeza o la depresión misma; y por ende no se permite la comunicación emocional de manera ágil. Esto dificulta a una posible red de apoyo, el trabajar en conjunto y en comunidad, si es que algún hombre padeciera depresión. De la misma forma, hay

tendencias de mayor incidencia en masculinos de conductas nocivas para la salud como las adicciones, especialmente al alcohol, la cocaína y heroína (Ahumada-Cortés et al. 2017).

Otra pista la encontramos en las estrategias de prevención del suicidio. Hagamos una demostración: si contemplamos que las recomendaciones para la prevención del suicidio ponen en un primer lugar el “contar con redes de apoyo” (en las fases de ideación e intención), y siendo que son en estas las fases donde hay mayor incidencia en mujeres, ergo, si consideramos que las estadísticas demuestran que el 80% de los hombres en México se suicidan respecto al total, podemos deducir que son los hombres los que tienen menores redes de apoyo o que no comunican ni ideaciones o intención suicida (INEGI 2023).

Al mismo tiempo, y de acuerdo a cifras nacionales y mundiales (Rosa-Jiménez et al. 2005) son los hombres los que, en menor medida, acuden a los servicios de salud de manera preventiva en todas sus modalidades: desde la Medicina General, Urología, Oncología o cualquier otra especialidad. Esto es consistente, además, en cuanto a lo que salud mental refiere. La diferencia de género en la que se encuentra la “paradoja” de la prevención del suicidio también tiene sus contrastes, más que matices, en los métodos del suicidio.

En muchos artículos se destaca el uso extendido de los métodos de suicidio preferidos por las mujeres, como la intoxicación por medicamentos o sustancias, mientras que los hombres optan por métodos más agresivos, incluida la inmolación. Al respecto, otro estudio hecho en España (Santurtún 2016) confirma que esta tendencia es todavía vigente. El estudio, que se centra en Cantabria, España, reveló que el uso de métodos como el ahorcamiento o las armas de fuego son métodos más comúnmente utilizados por masculinos, mientras que la toma excesiva de medicamentos antidepresivos e intoxicación con sustancias que podrían provocar una falla hepática, son más extendidos en las mujeres.

De la misma forma, un estudio en Cuba (Cortés 2019) reveló que en el país caribeño los métodos de suicidio utilizados por masculinos también son el ahorcamiento (asfixia), las armas de fuego y objetos punzocortantes, así como la inmolación, mientras que las mujeres utilizan en mayor frecuencia, medicamentos y agentes tóxicos. Esta tendencia que al parecer marca el paradigma global en cuanto a métricas de incidencia y métodos responde. Durante mi estancia en las rotaciones en las Salas de Urgencias de la Ciudad de México, pude encontrarme que la

mayoría de los intentos de suicidio en pacientes masculinos resultaban en lesiones más profusas y complicadas, respecto a las pacientes femeninas. La paradoja del suicidio por género, por tanto, no existe, pues responde a la esfera biopsicosocial de los masculinos. Sin más<sup>13</sup>.

El estudio de la Dra. Möller (Möller-Leimkühler, 2003) destaca que de los probables factores que contribuyen a esta “paradoja”, y enumera algunas: las responsabilidades, presiones y causales de depresión en la población masculina en materia laboral y afectiva. Si bien este estudio del año es el año 2000, la tendencia que observamos de los años de 2017 a 2022, tiene también relación con el contexto de la pandemia por COVID-19, siendo que, bajo las instrucciones de confinamiento y la parálisis económica durante los años en los que estuvo activa la pandemia global, las condiciones de vida y el aumento del desempleo, se vieron agravadas (CONADIC 2023) (INEGI 2023). Una de las grandes cuestiones en las cuales hay también una gran diferencia entre hombres y mujeres respecto a la inteligencia emocional, es la incapacidad de muchos masculinos de expresar sus emociones, o siquiera nombrarlas, puesto que culturalmente los hombres no son entrenados desde su crianza para explorar y nombrar sus emociones (Feldman et al. 2000) (Ramírez 2021).

Algunos textos (Kristenson et al 1998) (Kopp et al. 2000) (Bobak et al. 2000) además, atribuyen la incidencia del capitalismo postindustrial como un factor que agrava la situación y sus repercusiones en la masculinidad, en el sentido que las condiciones socioeconómicas se apoyan en: a) un individualismo extremo y meritocrático que desemboca en una mayor tensión en los valores de la masculinidad occidental; y b) provoca que los hombres sean más vulnerables frente a trastornos depresivos. En otras palabras, el ambiente propicia una escalada de las razones que inician trastornos depresivos, por otro lado, la extrema individualización del sujeto hace que los valores masculinos impidan de mayor medida la búsqueda de ayuda.

Aunque estos datos y atribuciones vienen desde una perspectiva teórica, constantemente en los trabajos desarrollados sobre estos temas (que se miden desde una perspectiva epidemiológica) se incita y urge a cotejarlo con estudios

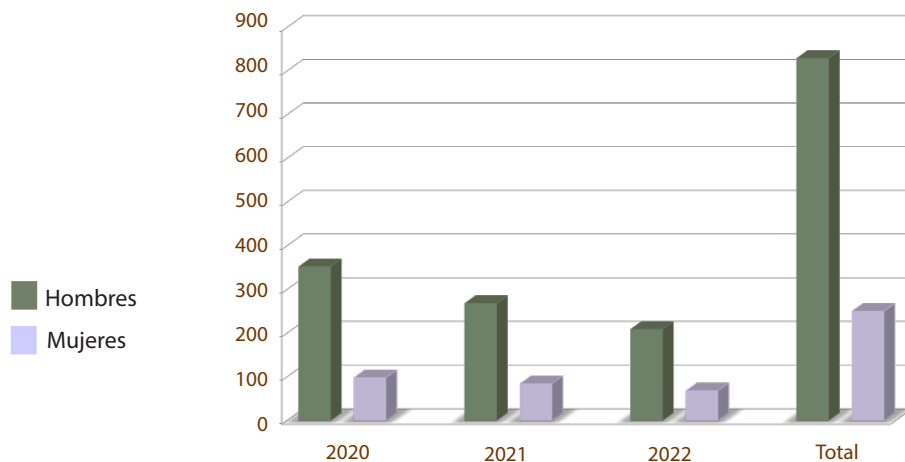
---

13 Considero que es sintomático del propio problema estructural, en cuanto a la relación masculinidad-salud mental, nombrar como “paradójico” enmarcado en “lo extraño, lo anómalo, lo misterioso, lo encriptado” la enorme incidencia de suicidio en masculinos. Esto, porque es precisamente la invisibilidad emocional estructurada en la masculinidad occidental, la génesis real del problema, y en tanto, la tesis de este artículo.

empíricos y de trato directo. He aquí a continuación una pequeña contribución al respecto. Dentro de un periodo de año y medio, bajo una constante rotación en salas de Urgencia de la Ciudad de México, y como paralelo a una investigación apoyada por el CONAHCYT, los números observados concuerdan con la media mundial en cuanto a incidencia en intentos de suicidio (Véase Figura 4), sin embargo, no hay fuentes de información oficial en México que ofrezcan datos sobre los intentos de suicidios y mucho menos los métodos que utilizaron.

Hay una limitante en la observación empírica, pues la muestra computada es relativamente pequeña (de enero a junio de 2023 14 casos) de estos puntos. Si contemplamos que el servicio de Urgencias es uno de atención pública y obligatoria por Normativa Oficial en México, hay una predominante diferencia entre los ingresos hospitalarios entre hombres (cuatro casos que equivalen al 28.57%) y mujeres (10 cuya equivalencia está en 71.42%) en intentos de suicidio, donde las mujeres acuden más a estos servicios, sea por búsqueda de ayuda, referencia de un familiar o de algún miembro de su red de apoyo. Los pacientes masculinos, por otro lado, no alcanzan a llegar a la Sala de Urgencias. Parecería que en masculinos no existen intentos de suicidio.

Figura 4. Defunciones por suicidio en la Ciudad de México (2020-2024)



Como menciona Ernst Angst “las mujeres buscan ayuda, los hombres simplemente

Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud

mueren” (Angst 1990) por lo tanto, la observación en salas de Urgencias carece de alcance para poder saber cuáles son los motivos por los cuales los hombres tomaron la decisión de quitarse su vida. Pero dentro de estas condiciones y limitantes para la observación, los pocos ingresos masculinos llegaron en condiciones críticas. A primera vista, llama la atención la forma en la que los pacientes se hicieron las lesiones, pues conviene también de elementos simbólicos, dependiendo de los motivos de su intento de suicidio.

Tomando el caso con el que se dio inicio este texto, se trató de un paciente acudió de urgencia al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, en la Ciudad de México, en junio del 2023 por quemaduras graves y trastorno depresivo. El motivo por el cual lo llevó a intentar incinerarse comenta el paciente, que es por “el abandono familiar” (de su esposa y de sus hijos) sin dar mucho detalle de cuáles fueron las causas de su supuesta deserción del núcleo familiar. No obstante, el paciente refería constantemente de ser el culpable de “algo”, un suceso no especificado, una suerte de pecado imperdonable. Si bien no hizo referencia alguna a que el método tuviera alguna función expiatoria, hay estructuras culturales dentro de varias religiones (Repollés-Llauradó y Sánchez 2014), donde el fuego busca en esencia la salvación o que son métodos de purificación, como el mismo infierno cristiano.

Una de las mayores incidencias en masculinos en las salas de Urgencias, según reportes del personal intrahospitalario, son lesiones en cervicales, porque se habían colgado y fueron encontrados (coincidentalmente) por algún familiar, quienes previnieron la asfixia. Dentro de sus motivos, se hace una fuerte referencia a “no ser un estorbo” y a “no continuar con la carga que representa lidiar con ellos”. Cabe destacar que, a los pacientes observados y entrevistados, como parte de los protocolos de trabajo social intrahospitalarios, se les brindó de manera expedita orientación psiquiátrica y psicológica. Llamó mucho la atención a los pacientes masculinos, pues constantemente recalcaban la ausencia de redes de apoyo emocional, y sus respuestas a la evaluación psicológica respondían además a actitudes estructuralmente patriarcales (individualismo, principalmente) que convergen en las situaciones donde no dan señales de acciones previas al suicidio, como ideaciones explícitas o signos de tristeza somatizado; más bien pareciera que los impulsos son “improvisados” o “poco meditados”, pero que en realidad fueron ocultos.

Esto, de ser una tendencia, ocasiona que los factores de riesgo o “pistas” que

podrían presentar las ideaciones sean ocultas de familiares, colegas y/o amigos. Estas potenciales redes de apoyo, quienes, al no poder detectar estas alarmas, son incapaces de realizar un apoyo adecuado al hombre en depresión con intenciones suicidas, por lo tanto, los intentos de suicidio o los suicidios mismos, aparecen de manera virtualmente “espontánea”. Representa virtualmente otro problema, uno que no facilita un posible estudio de detección de las razones en que se opta por la decisión de quitarse la vida (más allá de una simple “depresión no-diagnosticada”), pues no hay ventana de intervención.

## Reflexión final

Es importante anotar que estos casos, como el de la inmolación y la asfixia, suelen ser métodos contundentes; podríamos decir, incluso, los más obvios. No obstante, existe un sesgo importante en los métodos de suicidio estudiados y cuantificados, y que probablemente no sepamos jamás la cifra exacta de éstos.

Con ello, me refiero a que las conductas autodestructivas antes mencionadas como el abuso de sustancias, que tienen una fuerte prevalencia en masculinos (INEGI 2016). De aquí, un importante porcentaje de las muertes prematuras en masculinos se concentra en muertes por “accidentes” bajo los criterios E49-E53, E57-E58 del CIE-10 (INEGI 2022). Esto, no obstante, puede ser engañoso porque no podemos tener certeza en saber si una sobredosis fue causada por un accidente a causa del abuso de sustancias, de un mecanismo premeditado para acabar con su propia vida. Al mismo tiempo: la cronología. No tenemos garantía de que, en el uso prolongado de sustancias, la conducta pertenezca únicamente a la categoría de “uso recreativo”, sino que es virtualmente imposible saber si el uso extendido de las sustancias sea o no, una forma de suicidio prolongado.

Hay otros ejemplos, en los cuales las conductas suicidas pueden ser ocultas, y pueden que estén, sin ser vistas, en las cifras de accidentes automovilísticos o accidentes de trabajo. Una de las técnicas que la antropología utiliza y que pudiera permitir el uso de exploraciones poco tradicionales para el estudio sobre la constante a la alza del suicidio masculino, serían las Autopsias Verbales (Figueroa-Perea y Nájera 2015) técnica y metodología con la cual (explicando someramente) se entrevista a personas dentro de la esfera biopsicosocial del fallecido, principalmente



quienes lo conocían directamente, y que permitirían explorar de manera más amplia, con técnicas etnográficas, las motivaciones, causas y métodos que llevaron al deceso de su conocido.

Hay propuestas mundialmente adoptadas para prevenir el suicidio, ninguna enfocada por género. En la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, destacan soluciones como el control activo de las armas de fuego, y un mayor control sobre fármacos tóxicos, pero quedan cortos al no presentar opciones que atribuyan a un descenso en las estadísticas de mortalidad específicamente masculina. Si bien, una de las soluciones más eficaces para la prevención del suicidio es el establecimiento de redes de apoyo, se alejan también del hecho altamente analizado por colegios de psiquiatría y psicología, de la existencia de una “imposibilidad cultural de la masculinidad occidental” por crear este tipo de vínculos, por lo tanto, el paradigma actual de las estrategias de prevención del suicidio tiene una respuesta a un problema que pareciera no entender completamente.

Con un mejor conocimiento del entorno masculino, es posible poder plantear mejores herramientas para la prevención del suicidio, que las tradicionalmente ofrecidas por los organismos encargadas de esta tarea.

## Referencias

Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe; Mario Enrique Gámez-Medina, Carolina Valdez- Montero. 2017, "El consumo de alcohol como problema de salud pública", *Ra Ximhai*, 13(2), julio-diciembre: 13-24

Cortés Alfaro, Alba; Ramón Suárez Medina y Silvia Serrano Larín, 2019, "Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4): e1105

Angst, Jules and Cécile Ernst. 1990, *Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie*. In: *Weibliche Identität im Wandel. Studium Generale 1989/1990*. Ruprecht-Karls- Universität Heidelberg: 69–84

Bobak, Martin; Hynek Pikhart, Richard Rose, Clyde Hertzman and Michael Marmot 2000, "Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries", *Social Science and Medicine*, 51:1343-1350

Brackett, M. A.; S. E Rivers, S. Shiffman, N. Lerner y P. Salovey, 2006, "Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence", *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4): 780-795.

Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), 2023, Comunicado de Prensa, 05 de septiembre de 2023

Day, Arla L. y Sarah A. Carroll. 2004, "Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance and group citizenship behaviours", *Personality and Individual Differences*, 36(6): 1443-1458.

Feldman Barret, Lisa; Richard Lane, Lee Sechrest y Gary E. Schwartz. 2000, "Sex differences in Emotional Awareness", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9): 1027-1035.

Figuroa-Perea, Juan Guillermo y Jéssica Natalia Nájera-Aguirre. 2015, "El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores", , 25: 40-46.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 2022, Comunicado de Prensa: 19 de septiembre de 2022, Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2023, Comunicado de Prensa núm. 542/23, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2022, Estadísticas De Defunciones Registradas (EDR), Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2021, Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2016, Encuesta Nacional de Consumo

de Drogas, Alcohol y Tabaco, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2006, Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Kopp, Maria; Árpád Skrabski y Sándor Szedmak. 2000, "Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society", *Social Science and Medicine*, 51:1351–1361

Kristenson, Margareta; Zita Kucinskiene, Bjorn Bergdahl, Henrikas Calkauskas, Viktoras Urmonas and Kristina Orth-Gomer. 1998, "Increased psychosocial strain in Lithuanian vs. Swedish men", *The LiVicordia Study. Psychosom Med*, 60: 277–282.

López Vargas, Javier; Gala Fabiana Rodea Solares, Verónica Vargas Coronado, Alejandra Sánchez Cid y Magaly Martínez Montero. 2022, "Estado de ánimo en estudiantes universitarios en el confinamiento por la covid-19", *Revista Electrónica de Psicología de la FES ZARAGOZA-UNAM*, 12(24): 47-54.

Möller-Leimkühler, Anne María. 2003, "The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?" 253(1): 1–8. doi:10.1007/s00406-003-0397-6

Nicolini, Humberto. 2020, "Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19", *Cirugía y Cirujanos*, 88(5): 1-6.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2023, Depresión, Organización Mundial de la Salud, URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%2C%20en%20todo,sea%20leve%2C%20moderada%20o%20grave>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2023, Comunicado de Prensa: Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2023 – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos (coord.). 2021, Hombres, masculinidades, emociones, Editorial Página Seis, Universidad de Guadalajara, México.

Repollés-Llauradó, Jaime y Vicente Alemany Sánchez-Moscoso. 2014, "La risa de fuego: Un análisis antropológico sobre el papel trasgresor del fuego en la creación artística", *Arte, Individuo y Sociedad*, 26(1): 101-115.

Rosa-Jiménez, F., A. M. Montijano Cabrera, Ília Herráiz Montalvo, y J. L. Zambrana García. 2005, "¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?", *Anales de Medicina Interna*, 22(11): 515-519.

Sánchez-Cervantes, Felipe; Reyna Serrano-González y María Márquez-Caraveo 2015, "Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011", *Salud Mental*, 38(5): 379-389.

Santurtún, M.; A. Santurtún, G. Aguado y M. T. Zarrabeitia. 2016, "Método empleado en las

muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos", Cuadernos de Medicina Forense, 22(3-4): 73-80.

Secretaría de Salud (SS). 2021a, Comunicado de Prensa, 08 de octubre de 2021

Secretaría de Salud. 2021b, Datos abiertos, en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_lesiones\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_lesiones_gobmx.html)

Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SNPNNA) 2021, Comunicado de Prensa, 09 de septiembre de 2021

Teruel Belismelis, Graciela, Pablo Gaitán Rossi, Gerardo Leyva Parra y Victor Hugo Pérez Hernández. 2021, "Depresión en México en tiempos de pandemia", Coyuntura demográfica, 19: 63-69.

# Las políticas alimentarias como dispositivos en la atención a la salud de grupos vulnerables

• Víctor Manuel Ávila-Pacheco

## Resumen

Los programas alimentarios, desde el enfoque de la gubernamentalidad, pueden analizarse como expresiones del ejercicio del poder estatal sobre las poblaciones. Estos programas pueden considerarse como dispositivos o ensamblajes de prácticas de gobierno dirigidas a grupos de población definidos como vulnerables. Su objetivo declarado es mejorar la alimentación de dichos grupos mediante la entrega de raciones alimentarias, con el fin de convertirlos en individuos plenos y productivos.

En este capítulo se analiza el Programa Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo del DIF Yucatán, entendido como un dispositivo biopolítico que incide sobre la alimentación de los considerados vulnerables. Asimismo, se examinan determinadas prácticas que permiten su operación como dispositivo de gobierno. El programa aborda la vulnerabilidad desde una perspectiva alimentaria de carácter técnico y, para su implementación, se basa en el trabajo no remunerado de mujeres, lo que posibilita los procesos de gestión de la vulnerabilidad por parte del Estado.

**Palabras clave:** políticas alimentarias, dispositivos, grupos vulnerables, atención a la salud.

## Introducción

La alimentación ha sido considerada como un elemento central para la intervención estatal desde que se estableció, en el discurso internacional, como una dimensión necesaria para mejorar la prosperidad de las poblaciones y, por ende, lograr el desarrollo económico de los países (UNICEF 2019). La alimentación se ha construido como campo de intervención, a partir de los saberes generados por las ciencias de la nutrición, los cuales permiten abordar en términos técnicos el fenómeno alimentario y habilitar el ejercicio del poder sobre el (Gracia-Arnaiz 2007).

Estos mecanismos de intervención pueden analizarse desde una perspectiva del ejercicio del poder. El análisis del poder fue uno de los temas centrales planteados por Michel Foucault, quien propuso el concepto de gubernamentalidad como una forma de comprender el poder centrado en las poblaciones, a través de los dispositivos o ensambles (Foucault 2018). Estos dispositivos pueden articularse en la política alimentaria para establecer mecanismos de gestión de las poblaciones. Analizar las políticas alimentarias como ensamblajes permite captar las prácticas que habilitan el ejercicio del poder estatal sobre la alimentación a escala poblacional (Pohl-Valero y Vargas 2021).

La vulnerabilidad, como tecnología de subjetivación, permite construir a los sujetos como carentes de los elementos y medios necesarios para una vida adecuada, plena y productiva. Esta condición se traduce en múltiples vulnerabilidades: de salud, alimentarias, económicas, entre otras. Por tanto, dichos grupos se constituyen como objetivos predilectos de la intervención estatal.

La alimentación se ha asociado como una dimensión clave para la mejora de la salud poblacional, especialmente en el caso de los grupos vulnerables, sobre los cuales se prejuzga que tienen una alimentación insuficiente y carente de los elementos considerados como correctos desde el Estado, lo cual les mantendrá en un ciclo de pobreza y marginación.

En consecuencia, la atención alimentaria de los grupos vulnerables se ha considerado una dimensión prioritaria para la atención de la salud, así como una estrategia necesaria para reducir la vulnerabilidad. En este capítulo, se aborda el Programa de Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo como un ensamble o dispositivo alimentario, desde la perspectiva analítica de la gubernamentalidad, incorporando elementos de los dispositivos propuestos

por Li (2007), con el objetivo de comprender los mecanismos que posibilitan la intervención estatal sobre la alimentación de las poblaciones construidas como vulnerables.

## Los programas alimentarios como dispositivos

Cuando se habla de políticas alimentarias, estas se compone de dos elementos: política y alimentación. El término “política”, desde la perspectiva angloparlante, puede desglosarse en al menos tres acepciones que no siempre se distinguen en español: polity (la estructura política), politics (el proceso político) y policy (el resultado político), las cuales pueden traducirse, respectivamente, como política, sistema político y política pública (Vallès, 2007). En este análisis, se empleará la acepción policy, que se refiere específicamente al estudio de las políticas públicas. Para Aguilar (2012), estas se definen como:

[...] un conjunto (secuencia, sistema, ciclo, espiral) de acciones intencionales y causales. Son acciones intencionales porque se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución se considera de interés o beneficio público, y son acciones causales porque son consideradas idóneas y eficaces para realizar el objetivo o resolver el problema; [...] un conjunto de acciones estructuradas, estables, sistemáticas, que representan el modo en el que el gobierno realiza de manera permanente y estable las funciones públicas y atiende los problemas públicos: un patrón de actuación. (Aguilar 2012: 29)

En ese sentido, las políticas pueden entenderse como un conjunto de acciones dotadas de intencionalidad, orientadas a resolver un problema de interés público. Por su parte, la alimentación se refiere a:

[...] al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrientes que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena. (Secretaría de Salud 2013: 27)

De este modo, las políticas alimentarias pueden concebirse como un conjunto de acciones intencionales desde el Estado, orientadas a la atención de problemas públicos vinculados con las formas en que los individuos consumen alimentos, y los factores psicosociales asociados a estos procesos, con el fin de lograr un desempeño satisfactorio en términos de bienestar humano.

No obstante, las políticas alimentarias no solo abarcan los procesos de consumo, sino también los procesos de obtención de alimentos, los sistemas de producción, las regulaciones sobre las cadenas agroalimentarias, entre otros aspectos. Para

el presente análisis, se retomará la perspectiva de las políticas centradas en el consumo de alimentos, por considerarse que incluyen en mayor medida a los grupos considerados como vulnerables, mediante múltiples acciones como la asistencia alimentaria, la suplementación de nutrimentos, entre otras estrategias dirigidas a regular a la población.

Las políticas públicas pueden ser analizadas desde diversas perspectivas teórico-metodológicas. Para Coveney (2010), estas se pueden abordar desde el enfoque del ciclo de las políticas públicas, que permite entender la política pública como una secuencia: el establecimiento de un problema público, su incorporación a la agenda de gobierno, su implementación y posterior evaluación. Por otro lado, el análisis puede centrarse en los efectos que producen las políticas en términos del ejercicio del poder mediante el enfoque de la gubernamentalidad. Para Foucault, la gubernamentalidad se refiere a:

El conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja de poder que tiene por blanco principal la población [...] y por instrumento técnico esencial los mecanismos de seguridad. (Foucault 2018: 136)

Esta forma de concebir las políticas, basada en el ejercicio del poder, pone de manifiesto los procedimientos intencionales del Estado para regular los procesos de la vida. A este fenómeno, Foucault lo denominó biopolítica:

[...] los procedimientos de poder y saber, organizándolo y ampliándolo, toman en cuenta los procesos de la vida y emprenden la tarea de controlarlos y modificarlos [...] habría que hablar de “biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana (Foucault 2023: 132-133).

Desde esta perspectiva, los programas alimentarios pueden entenderse como tecnologías políticas “que a partir de allí van a invadir el cuerpo, la salud, las maneras de alimentarse y alojarse, las condiciones de vida, el espacio entero de la existencia (Foucault 2023: 134). Estos programas se despliegan como dispositivos, es decir, como ensamblajes de prácticas dentro de un entramado de relaciones de poder, que representan la articulación de prácticas heterogéneas, las cuales operan a través de reglas y racionalidades específicas (Castro-Gómez 2015). El propio Foucault define los dispositivos como:



Un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault 1984: 127-162)

Adoptando la perspectiva foucaultiana, es posible analizar los discursos y tecnologías movilizadas para construir determinados sujetos a partir de los efectos del poder ejercido desde el Estado. En este marco, se producen una serie de biopolíticas orientadas a la regulación de la alimentación de poblaciones específicas, como los niños, adultos mayores y comunidades rurales.

## Políticas alimentarias en México

Antes del siglo XIX, las acciones en materia de alimentación se encontraban, en su mayoría, en responsabilidad de las organizaciones religiosas (Arrom 2007). Estas intervenciones se realizaban bajo la lógica de la caridad, con el propósito de atender a las poblaciones consideradas como desprotegidas. No fue hasta el periodo presidencial de Benito Juárez, que la racionalidad de la caridad se incorporó al aparato estatal mediante la forma de la beneficencia.

Si bien en México existieron acciones estatales para atender la alimentación de las poblaciones antes del siglo XX, no fue sino después de la Revolución Mexicana que se implementaron las primeras políticas y programas de nutrición, comenzando con el programa Desayunos Escolares en 1922 (CONEVAL 2010). Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, las acciones alimentarias fundamentadas en la beneficencia se transformaron en una nueva racionalidad: la asistencia (Melchor y Melchor 2018).

A lo largo del tiempo, las políticas alimentarias en México han atravesado distintos modelos económicos: desde el Estado de bienestar hasta el neoliberalismo, y posteriormente, una nueva política estatal con el inicio de la administración de Andrés Manuel López Obrador. No obstante, aún persiste una lógica asistencial en materia alimentaria, cuyas raíces se encuentran en la beneficencia y, más profundamente, en la caridad.

La principal organización del Estado mexicano encargada de la asistencia alimentaria es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral Familiar (SNDIF). Este es un organismo público descentralizado, que opera en todos los estados de México mediante subsistemas estatales. El SNDIF establece la política nacional de

asistencia alimentaria, la cual se implementa a través de diversos programas, los cuales son:

- d) Programa de Alimentación Escolar (Desayunos Escolares),
- e) Programa de Atención Alimentaria en los Primeros 1000 días
- f) Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios
- g) Programa de Atención alimentaria a personas en situación de emergencia o desastre (SNDIF 2023a).

Si bien, para cada programa alimentario se establece un objetivo particular a lograr en la población, todos comparten un objetivo común, establecido en:

Favorecer un estado de nutrición adecuado de los grupos de atención prioritaria, complementando su dieta en contribución al ejercicio del derecho a la alimentación, mediante la entrega de alimentos nutritivos e inocuos, en acompañamiento de acciones de orientación y educación alimentaria, así como de acciones para el aseguramiento de la calidad. (SNDIF 2023a: 3)

Uno de los elementos compartidos por los programas de asistencia alimentaria son los mecanismos de focalización. Estos obedecen a una lógica de administración de recursos escasos, lo que implica que no se basen en una perspectiva de derechos humanos ni en la universalización del acceso al derecho a la alimentación. Mas bien, constituyen estrategias dirigidas a definir y ubicar a los grupos definidos por su situación de vulnerabilidad, así como posibilitar su intervención gubernamental. Los criterios de focalización que comparten los programas de asistencia alimentaria del SNDIF son:

- a) Identificar los municipios, localidades y Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) rurales y urbanas consideradas de alta y muy alta marginación, exceptuando de lo anterior, al Programa de Atención Alimentaria a Personas en Situación de Emergencia o Desastre o aquellas personas en situación de desnutrición y/o carencia alimentaria.
- b) Identificar a las personas que cubran con las características de la población objetivo descrita para cada programa alimentario. (SNDIF 2023a: 3)

En general, los programas alimentarios del SNDIF emplean criterios territoriales de marginación para identificar los municipios prioritarios para la implementación de los programas de intervención. La marginación se evalúa a través del Consejo Nacional de Población (CONAPO), mediante el índice de marginación, el cual considera nueve formas de exclusión centradas en cuatro dimensiones: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios (CONAPO 2013).

La construcción de la marginación a partir de indicadores socioeconómicos es una práctica a través de la cual el Estado obtiene legibilidad sobre sus poblaciones. Este criterio funciona, además, como un mecanismo de producción de conocimiento estatal, que a su vez posibilita las tecnologías de focalización. Por mecanismo de legibilidad se retoma el planteamiento de Scott:

Ciertas formas de conocimiento y control requieren estrechar la perspectiva. La gran ventaja de esa visión de túnel es que se enfoca claramente en ciertos aspectos limitados de una realidad que, de otra manera, sería mucho más compleja y difícil de manejar. Esta misma simplificación, a su vez, hace que el fenómeno central del campo visual sea más legible y, por lo tanto, más susceptible de medición y cálculo cuidadosos. (Scott 2022: 29)

Una vez establecidos los criterios para determinar los territorios susceptibles de intervención mediante las políticas de asistencia alimentaria, se implementa como instrumento técnico la entrega de apoyos alimentarios a la población, ya sea en forma de platillos o dotaciones alimentarias preenvasadas (SNDIF 2023a). Paralelamente, se despliegan tres líneas de acción transversales: orientación y educación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y evaluación nutricional. Los programas alimentarios del SNDIF son quizá los programas alimentarios de mayor duración en México. Por ello, dado su nivel de cobertura, historia e impacto en el imaginario colectivo, en este análisis se revisarán sus programas, en concreto, el Programa Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo.

## Análisis del dispositivo alimentario

Para el análisis del programa alimentario se aborda el Programa de Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo del DIF Yucatán, considerado como un ensamblaje o dispositivo. Para ello, se retoman dos conjuntos de prácticas de gobierno propuestos por Li (2007): las problematizaciones y las representaciones técnicas. La primera se refiere a la construcción del asunto como un problema que requiere de intervención; por su parte, las representaciones técnicas son: “[...] una forma abreviada de describir lo que en realidad es un conjunto

de prácticas relacionadas con la representación del dominio que se debe gobernar como un campo inteligible con límites especificables y características particulares” (Li 2007: 7).

En conjunto, las representaciones técnicas requieren de una posición de saber, es decir, expertos con las capacidades de “diagnosticar deficiencias en otros”, sobre quienes se buscará intervenir. A su vez, los problemas, al convertirse en cuestiones técnicas susceptibles de mejora, tienden a favorecer procesos de despolitización, excluyendo las relaciones político-económicas de los procesos de diagnóstico e intervención (Li 2007).

El programa Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (EEyCAED)<sup>14</sup> consiste en la entrega de una ración de comida diaria a través de centros ubicados en localidades con alta carencia alimentaria y pobreza extrema. Para ello, el DIF Yucatán otorga equipo, mobiliario y despensas para el funcionamiento de los espacios, en coordinación con el DIF de cada municipio (DIF Yucatán, s.f.). Este programa tiene como objetivo:

Favorecer el acceso y consumo de alimentos nutritivos e inocuos de las personas de atención prioritaria, atendiéndolas preferentemente en espacios alimentarios, a través de la entrega de alimentos con criterios de calidad nutricia, acompañados de acciones de orientación y educación alimentaria y aseguramiento de la calidad, para complementar su dieta en contribución al ejercicio del derecho a la alimentación (DIF Yucatán s.f.)

El programa tiene como antecedente el COPUSI (Programa de Cocinas Populares y Unidades de Servicios Integrales), creado en 1989, mediante la creación de centros comunitarios con servicios de salud, alimentación, educación y capacitación. En 2003, este programa fue modificado y se convirtió en Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (SNDIF 2023b). En Yucatán, inició en 1991 con cinco comedores en la ciudad de Mérida. Durante el periodo 2001-2003, operó bajo la modalidad Centros Integrales de Mejoramiento de la Alimentación en Yucatán, y fue hasta 2005 cuando comenzó a funcionar como un subprograma de Comunidad DIFerente. Finalmente, en 2014, se implementó como un programa autónomo bajo su modalidad actual (DIF Yucatán 2023).

La población beneficiaria son mujeres embarazadas, personas adultas mayores (65 años o más), niños y niñas, adolescentes, adultos, personas con discapacidad

---

14 En el caso de Yucatán, el programa incorpora en su nombre los elementos: “Escolares y Comunitarios”.

y grupos vulnerables por su limitado acceso alimentario o por desnutrición, tanto en municipios urbanos como rurales con alto grado de marginación (DIF Yucatán s.f.). Las personas que acuden al comedor deben pagar una cuota estipulada entre dos a cinco pesos mexicanos (\$0.10- \$0.26 dólares USD); sin embargo, el monto puede variar según el centro comunitario (DIF Yucatán 2023). Las personas participantes en el programa son subjetivadas como vulnerables a través del dispositivo alimentario, que construye la alimentación como una dimensión del sujeto susceptible de ser mejorada para ser útiles y productivos. Estas personas son quienes deben recibir la asistencia social:

[...] acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (SNDIF 2022: 10)

En ese sentido, los grupos son problematizados y contruidos como sujetos vulnerables, que requieren de la intervención del Estado para mejorar su alimentación. Los procesos de subjetivación son parte esencial de los dispositivos (Agamben 2011), los cuales configuran a un sujeto problematizado, que debe ser corregido, y al que se le propone una solución técnica desde el Estado: las raciones alimentarias.

Estas raciones de alimentos consisten en una bebida (leche o agua), un platillo que debe contener verduras, cereal integral (por ejemplo, arroz integral), leguminosa y/o alimento de origen animal, todo esto acompañado de una porción de fruta fresca. Los platillos se realizan a partir de las despensas entregadas por el DIF Yucatán a cada municipio donde opera el programa. Los platillos a realizar se reflejan en un menú institucional creado por el DIF, para ser elaborado en los EEyCAED (DIF Yucatán 2023). Para la elaboración del menú del programa, se ha realizado un proceso de regionalización de los alimentos para ofrecer platillos más adecuados a las características de Yucatán. No obstante, cada centro comunitario también posee autonomía para decidir los alimentos que se preparan, lo cual permite modificar los ingredientes, preparaciones y platillos ofrecidos (Balam-Gómez et al. 2013). Al respecto del menú, se destacan la incorporación de ingredientes locales y platillos regionales:

Debido a que los platillos regionales son ricos en nutrientes y su consumo balanceado puede contribuir a mejorar la salud, el rendimiento físico y cognitivo de las personas, los Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (EAED) del Sistema para Desarrollo Integral de la Familia

(DIF) de Yucatán tendrán en sus menús platillos como potaje de lentejas, pollo asado o en pebre, huevo con chaya, frijol con puerco, albóndigas y pan de atún.<sup>15</sup>

La cobertura del programa se ha incrementado hasta alcanzar 81 municipios de Yucatán, con la entrega diaria de raciones alimentarias en los comedores comunitarios:

Igualmente, mediante los 166 Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (EAED), presentes en 81 municipios, durante el 2023, 10 mil 280 personas contarán con un millón 439 mil 200 raciones calientes, de lunes a viernes, con la invaluable participación de las cocineras voluntarias.<sup>16</sup>

La participación de las personas beneficiarias en la operación del programa se considera fundamental. Si bien se plantea como una política desde el Estado, su implementación se posibilita a partir de la población que asume el programa como propio. En ese sentido, existe una distancia desde los sitios de toma de decisión y los centros de implementación, esta es una característica de la gubernamentalidad centrada en el gobierno a la distancia (Rose 1990).

Para ello, se requiere la participación activa de mujeres, en su mayoría rurales, en los espacios de alimentación: “En estos lugares, 2,610 voluntarias elaboran los alimentos; a cambio de cocinar y atender a los beneficiarios reciben una despesa mensual”.<sup>17</sup>

De igual forma, Balam et al. (2013) señalan que el personal encargado de los comedores está conformado completamente por mujeres con edades entre 29 y 61 años, con escolaridad de primaria incompleta y por lo general, casadas. Estas mujeres realizan las operaciones diarias del programa sin percibir un salario, a cambio de una despesa mensual. Este fenómeno es descrito por Federici (2018) como una forma de explotación del trabajo de cuidados femenino no remunerado, a partir de la extensión del trabajo de cuidados del hogar, como la alimentación, hacia los espacios del programa. Trabajo de cuidados normalizado y requisito del dispositivo alimentario para su funcionamiento.

---

15 Mira tu México (2019).

16 MIS-NOTICIAS (2023).

17 MIS-NOTICIAS (2023).

El gobierno de la alimentación ejercido a través del dispositivo del programa requiere la premisa de la libertad de los sujetos para participar libremente. En ese sentido, a pesar de las condiciones laborales precarias de las mujeres, se generan otros procesos reportados por Balam et al (2013), que ilustran como, además de los ingresos económicos, otros elementos como la convivencia social entre compañeras son significativos para las voluntarias.

Las encargadas de los comedores se sienten a gusto con el servicio que desempeñan hacia los demás; acerca del motivo de la apertura de los comedores comunitarios expresan: “Porque cuando se abrió el consultorio había muchos niños desnutridos en la colonia, por eso se abrió el espacio para que el doctor los canalizara y los pasara acá para que ganaran peso” (Balam et al. 2013: 128).

Son precisamente las mujeres voluntarias, en su mayoría rurales, quienes se encargan de convertir los ingredientes otorgados en las despensas en platillos. A través de sus manos, confieren nuevas cualidades a los alimentos, los cuales adquieren sabor, textura y sazón al convertirse en “comidas.

En ese sentido, su trabajo implica, en términos del ejercicio del poder, facilitar la aceptación de los participantes del programa a las dietas propuestas desde el Estado. Este proceso transforma las representaciones técnicas de las raciones alimentarias en comidas servidas en la mesa de cada comedor.

Son mujeres que saben de sabores y tienen la sazón justa entre cocinar y, a la vez, brindar cariño al prójimo. Ellas son cocineras voluntarias que no perciben un centavo por su trabajo y preparan comida en los Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo (EAED) del DIF Yucatán, como parte de la iniciativa “Hambre Cero en Yucatán”.<sup>18</sup>

Si bien, se enuncia que las mujeres son las expertas en la preparación de los alimentos, al mismo tiempo, requieren capacitación para elaborar los platillos de acuerdo con las características definidas desde el Estado, como el tipo de alimentación considerada como correcta para las poblaciones que asisten a los espacios de alimentación: “[...] con el apoyo de cocineras voluntarias, que se encuentran en capacitación constante sobre el buen manejo de los ingredientes, medidas de higiene y el recetario típico de la región, con tal de que utilicen insumos y porciones adecuadas para cada grupo poblacional”.<sup>19</sup>

---

18 Sumario Yucatán (2022).

19 Sureste informa (2023).

La capacitación técnica hacia las mujeres, pone de manifiesto que determinados saberes desde el Estado son considerados como los correctos y legítimos. Se establecen pautas acerca de las formas correctas de alimentarse y alimentar. De este modo, la alimentación se convierte en un proceso “técnico”, en la medida que se establece la superación de la vulnerabilidad y la carencia alimentaria a través de las raciones alimentarias otorgadas en los comedores comunitarios. Esto contribuye a perpetuar la gestión de la vulnerabilidad a través de la entrega asistencial de alimentos, y el sostenimiento de las mujeres como la base trabajadora no remunerada necesaria para la implementación de los programas de alimentación.

## Reflexiones finales

El análisis del Programa de Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo, permite visibilizar las múltiples formas mediante las cuales el Estado ejerce poder sobre la alimentación de ciertos sectores de la población, así como los efectos concretos de dichas prácticas. En particular, se evidencia cómo la asistencia alimentaria opera como una tecnología de intervención que, bajo el discurso de la protección social, se materializa en la entrega de raciones alimentarias a grupos definidos como “prioritarios”. Esta priorización no es neutra: responde a una construcción estadística y normativa, sustentada y legitimada en un saber, que configura a ciertos sujetos como vulnerables y, por tanto, como destinatarios legítimos de la acción del Estado.

En el campo de las problematizaciones, es a partir de la construcción de un sujeto como vulnerable, que se convierte en susceptible y blanco del poder biopolítico sobre su alimentación. A este sujeto se le otorgará la intervención dietética y educativa, como representaciones técnicas, para atender su estado de vulnerabilidad, más no necesariamente los elementos para su superación definitiva.

El funcionamiento del programa no sería posible sin la participación voluntaria de los propios sujetos problematizados. Por un lado, las personas clasificadas como vulnerables deben asistir y pagar por los platillos, reproduciendo así la lógica de corresponsabilidad. Por otro lado, el dispositivo se sostiene gracias al trabajo no remunerado de mujeres, quienes, en condiciones de precariedad laboral, reproducen cotidianamente las prácticas alimentarias del programa. Esta labor, presentada como voluntaria y solidaria, encubre una forma de explotación estructural del trabajo de cuidados femenino, desplazado del ámbito doméstico hacia el comunitario.



El programa no solo distribuye alimentos: produce sujetos, regula cuerpos, organiza saberes y reproduce jerarquías. Así, el dispositivo alimentario funciona como una forma de gubernamentalidad que, más allá de su apariencia asistencial, perpetúa la gestión de la vulnerabilidad.

## Referencias

- Agamben, Giorgio. 2011, "¿Qué es un dispositivo?", *Sociológica* 73: 249-264.
- Aguilar, Luis. 2012, *Política Pública*. Biblioteca Básica de Administración Pública; Siglo Veintiuno editores, México.
- Arrom, Silvia. 2007, "Las Señoras de la Caridad: pioneras olvidadas de la asistencia social en México, 1863-1910", *Historia Mexicana*, 445-490.
- Balam-Gómez, M., G. Uicab-Pool, P. Uch-Puc, y J. Sabido-Barrera. 2013, "Evaluación de los comedores comunitarios en Tizimín, Yucatán, México: percepciones y propuestas del personal y beneficiarios", *Enfermería universitaria*, 10(4): 125-132.
- Castro-Gómez, Santiago. 2015, *Historia de la gubernamentalidad I: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Siglo del Hombre Editores. Bogotá.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2010, Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México, México, DF.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2013, *Consejo Nacional de Población*, México.
- Coveney, John. 2010, "Analyzing Public Health Policy: Three Approaches", *Health Promotion Practice*, 11(4): 515–521. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524839908318831>
- Diario de Yucatán. 2019, Espacios para una alimentación sana. URL: <https://www.yucatan.com.mx/merida/2019/03/12/espacios-para-una-alimentacion-sana.html>
- Federici, Silvia. 2018, El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo, *Revista Ethika+*, (4): 197-200.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2019, *El estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación*, UNICEF, Nueva York. [https://www.unicef.org/mexico/media/2436/file/Resumen\\_ejecutivo\\_español.pdf](https://www.unicef.org/mexico/media/2436/file/Resumen_ejecutivo_español.pdf)
- Foucault, Michel. 2023, *Historia de la Sexualidad 1. La voluntad de saber*. Siglo veintiuno editores, México.
- Foucault, Michel. 2018, *Seguridad, Territorio y Población*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- Foucault, Michel. 1984, "El juego de Michel Foucault", en *Saber y verdad*. Ediciones de la Piqueta, Madrid: 127-162.
- Gracia-Arnaiz, Mabel. 2007, "Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario", *Salud Publica de México*, 49(3): 236–242.

Li, Tania Murray. 2007, *The will to improve: Governmentality, development, and the practice of politics*, University Press, Duke.

Melchor Barrera, Zoraya y Diana Melchor Barrera. 2018, "Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística", *Intersticios Sociales*, 16: 159-186. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421757148006>.

Mira tu México. 2019, *Tendrá Yucatán menú tradicional en espacios de alimentación*. URL: <https://www.miratumexico.com/2019/03/tendra-yucatan-menu-tradicional-en-espacios-de-alimentacion.html>

MIS-NOTICIAS. 2023, *DIF Yucatán inicia entrega de apoyos a grupos prioritarios*. URL: <https://mis-noticias.com/dif-yucatan-inicia-entrega-de-apoyos-a-grupos-prioritarios>

Pohl-Valero, Stefan. 2021, "El hambre de los otros: reflexiones sobre los ensambles del gobierno alimentario en América Latina", en Pohl-Valero y Vargas Domínguez (eds.), *El hambre de los otros. Ciencia y políticas alimentarias en Latinoamérica, siglos XX y XXI*. Universidad del Rosario, Bogotá.

Rose, Nikolas. 1990, *El gobierno del alma. La formación del yo privado*, Routledge, Londres y Nueva York.

Scott, James C. 2022, *Lo que ve el Estado: Cómo ciertos esquemas para mejorar la condición humana han fracasado*, Fondo de Cultura Económica, México.

Secretaría de Salud (SS). 2013, *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Diario Oficial de la Federación 22/01/2013

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) Yucatán. 2023, *Reglas para la operación del Programa de Atención Alimentaria a grupos prioritarios en Yucatán*. Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral Familiar (SNDIF) 2023a, *Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario (EIASADC)*, Tomo 3. Guía Operativa de Atención Alimentaria. Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario, México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral Familiar (SNDIF). 2023b, *Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario (EIASADC)*, Tomo 1. Marco Conceptual. Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral Familiar (SNDIF). 2022, *Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario (EIASADC)*, Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario, México.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) Yucatán s.f., *Programas de bienes y servicios. Espacios Escolares y Comunitarios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo*. URL: [https://www.yucatan.gob.mx/ciudadano/ver\\_programa.php?id=135](https://www.yucatan.gob.mx/ciudadano/ver_programa.php?id=135)

Problemas emergentes en salud

Interfaces teórico-metodológicas en torno a la corporeidad extendida

Sumario Yucatán. 2022, Cocineras voluntarias, con todo el amor para dar de comer. URL: <https://sumarioyucatan.com/cocineras-voluntarias-con-todo-el-amor-para-dar-de-comer/>

Sureste informa. 2023, DIF Yucatán fortalece acciones de la estrategia Hambre Cero al sur del estado. URL: <https://suresteinforma.com/noticias/dif-yucatan-fortalece-acciones-de-la-estrategia-hambre-cero-al-sur-del-estado-323714/>

Vallès J. 2007, Ciencia Política. Una introducción, (6° ed.), Editorial Ariel, Barcelona.

# Nuevas prácticas de fe en la era digital con personas mayores: Reflexiones en torno a su impacto en la autonomía, la salud y la calidad de vida

• Felipe R. Vázquez Palacios

## Resumen

El internet ha permitido las interacciones globales, pero también presenta desafíos especiales para las personas de edad avanzada; aunque ofrece oportunidades de conexión y apoyo, también puede causar confusión y riesgos para la privacidad. En el presente, se presentan las reflexiones en torno a la información empírica basada en entrevistas con veinte personas mayores en Xalapa, quienes utilizaban internet y practicaban una fe religiosa. Se encontró que la tecnología mejoró su conexión social y religiosa, aunque enfrentaron desafíos técnicos. Se realizaron también cuatro entrevistas en profundidad, cuyos casos destacaron por su integración en el uso de los medios digitales para mantener, conocer y profundizar en su fe; el resultado percibido es que han mejorado su bienestar emocional y autonomía religiosa.

El internet ha extendido la práctica de la fe más allá de las limitaciones espaciales y temporales, impactando la experiencia de las personas mayores. Aunque enfrentan desafíos como aislamiento y exceso de información, también encuentran una práctica de fe más fluida y globalizada. Adaptan cuidadosamente sus usos digitales para escoger de mejor forma los contenidos que desean visualizar y de esta forma, aprenden de manera autodidacta a vigilar una adecuada salud digital. Los resultados apuntan a que la gestión de las tecnologías de información y comunicaciones, no sólo repercuten en la fe, sino que contribuye significativamente en mantener redes de apoyo, fomentan la agencia en salud y posibilitan la integración con comunidades más amplias.

Palabras clave: Fe, espiritualidad, personas mayores, tecnologías, salud mental, adaptación digital

## Introducción

En este trabajo abordo la forma en que los medios digitales impactan las experiencias de fe de las personas mayores. Se reflexiona sobre si estas transformaciones pueden propiciar una fe más dinámica que se manifieste en más acciones generativas. Para ello, me enfoco en dos aspectos: uno en los cambios tecnológicos y otro centrado en los actores sociales. Al respecto, autores como Charness y Boot (2009) señalan que la tecnología, debido a su accesibilidad y al rápido avance, proporciona más oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y, debido a ello, considero que impacta en las condiciones para mantener una práctica de fe más participativa, sólida e informada, pues no solo establece conexiones al interior de la familia o dentro de las agrupaciones religiosas locales, sino que también conecta a los creyentes de distintas ubicaciones geográficas.

Por mi parte, he observado que una de las grandes ventajas que ofrece la tecnología actual a los creyentes es la capacidad de mantener una comunicación y acceso asincrónicos a contenidos de su interés como los cultos y mensajes de los líderes locales, nacionales e internacionales que están disponibles por medio de grabaciones que son alojadas en redes sociales o en sitios de internet que son costeados por las iglesias, pues esto les permite volverse parte de una experiencia que les es inaccesible a causa de sus limitaciones físicas, de tiempo o recursos, por lo que, en este sentido, las reuniones ya no se llevan a cabo solo para los que están, también para los que no y para los que puedan estar.

Es necesario destacar que de los contenidos que se encuentran disponibles en internet, las personas mayores consultan textos, audios y videos en los cuales sustentan su fe, las interpretaciones de una variedad de predicadores son seleccionadas los creyentes, los que en su mayoría son gratuitos. Además, incursionar en el mundo digital les permite replicar esos mensajes en cadenas que pueden ser consultadas de inmediato o en el momento que se considere más conveniente para los creyentes.

Sin embargo, cabe reflexionar si la permanencia de la comunicación, la abundancia de los mensajes e, incluso, su uniformidad en formatos, no hacen que se trivialicen. Al respecto, Bauman (2009), plantea que los vínculos, relaciones y experiencias se convierten en algo transitorio, por su exceso, similitud y poca significatividad, al grado que el mundo parece plagado de líderes autoproclamados por tener un celular

en la mano y una conexión a internet, que no solo les permite recibir y transmitir información de una forma más veloz, también les ayuda a producirla por medio de la expresión de las opiniones y sentimientos que tienen sobre su fe.

Todo esto, como antropólogo, me hace preguntarme ¿Se está propiciando una práctica de fe más fluida o por el contrario se entorpece e incluso se constriñe? ¿la fe se vuelve más colectiva o individualista? ¿Realmente hay un intercambio más amplio y significativo de testimonios, experiencias, ideas y creencias que reconfiguran la praxis de los creyentes de edades más avanzadas? ¿El dialogo inter e intra religioso a través de internet realmente une más a los creyentes? Preguntas que trataré de responder a partir de las vivencias y percepciones de las personas mayores.

## Paradojas digitales

Si pensamos en internet, estamos de cara ante lo que podría denominarse el espacio público por excelencia, pues independientemente de sus restricciones, es el más transitado de manera simultánea, ya que, independientemente de que estemos en un evento, culto<sup>20</sup> o espacio físico, nos mantenemos permanentemente conectados y depende de nosotros decidir si deseamos comenzar una interacción, continuarla o cortarla haciendo caso omiso de los mensajes, notificaciones o novedades que nos llegan por medio del dispositivo utilizado.

De este modo (independientemente de todos aquellos aspectos que de alguna manera lo enarbolan como la encarnación del aislamiento social) el internet permite interactuar a diversos individuos de variadas edades, procedencias, culturas y creencias religiosas estableciendo conexiones mediante el uso de plataformas digitales y dispositivos electrónicos.

---

20 Como lugar de culto religioso, el internet se presenta como un espacio alternativo para que los creyentes encuentren, ya sea el complemento o la sustitución de sus experiencias tradicionales religiosas. (Campbell 2005).

Otra forma de ver esto, es considerar al internet como un “no lugar”<sup>21</sup> que trastoca la naturaleza misma de las relaciones humanas, alterando el espacio y el tiempo. En una entrevista realizada por Barbosa (2019) a Augé, se plantea que en internet puedes contactar con alguien o algo en cualquier lugar y circunstancia, al grado que él no lugar se presenta como un contexto de todo lugar posible como si lleváramos el no lugar encima, con nosotros.<sup>22</sup> De este modo, internet se convierte en una red (espiritual y una herramienta misionera, para el caso de este análisis), un espacio (de culto) en el que consumimos gran parte de nuestro tiempo a veces sin darnos cuenta, por la diversidad de actividades y posibilidades de relacionarnos con el mundo y con las personas que ofrece.

Aunque, paradójicamente, también es un espacio íntimo y público en el que se da una sinergia que facilita interacciones y diálogos más personales, fortaleciendo los vínculos de fe preexistentes y ayudando a experimentar una fe que se desarrolla en el cruce entre lo virtual y lo real, donde lo trascendental se entrelaza de forma singular. De este modo, la vivencia de la fe se enriquece ampliando la conciencia y brindando un sentido más profundo de propósito en la vida de las personas mayores.<sup>23</sup>

Con base en lo anterior, la fe y la tecnología pueden convertirse en aliados poderosos para fomentar la agencia, la resiliencia y la generatividad, de lo cual pueden beneficiarse las personas mayores. Esto debido a que el acceso a internet les brinda la posibilidad de formar parte de una comunidad de apoyo capaz de

---

21 Un no lugar, (Augé 2021), lo define como un espacio intercambiable donde el ser humano permanece anónimo. El ejemplo que nos da el autor es el de medios de transporte, grandes cadenas hoteleras, supermercados y áreas de descanso que las personas no habitan, más bien mantienen una relación de consumo que, a su parecer, les generan sentido de apropiación. Es un sitio en el que el individuo habita de una manera anónima, solitaria y que, no obstante, se presenta como una encrucijada de relaciones humanas a la cual puede integrarse en la medida que lo decida.

22 Partiendo de la reflexión de Barbosa (2019), considero que internet se presenta como: 1) recurso, en tanto que permite el acceso; 2) posición, debido a que lo llevamos auestas o estamos siempre en él y 3) destino, porque allí se encuentran los mensajes, personas, sitios y bienes que deseamos consumir. Sin embargo, no deja de ser un no lugar porque podemos desconectarnos de él.

23 Las prácticas de fe pueden ser impulsadas por las instituciones religiosas o bien, pueden ser improvisadas por los mismos creyentes que tienen conocimiento y la habilidad técnica para hacerlo.



trascender las barreras físicas y sociales, lo cual puede ayudar a las personas mayores a tener una ampliación de su experiencia que se torna más activa, personal y espiritual en un entorno digital en constante evolución (Casamayou y Morales 2017). Además, con base en mi experiencia, he observado que, en internet, pueden mantenerse informados sobre temas actuales y debatir sobre ellos; incluso, hubo quienes han descubierto formas de obtener ingresos vendiendo productos hechos a mano o brindando servicios especializados en casa, lo cual es posible gracias al tiempo del cual disponen para revisar sus mensajes, ya sea porque están jubilados o porque no pueden salir debido a discapacidades motrices o aislamiento social.

En los medios digitales, pueden encontrarse algunas invitaciones como “¡Únete a nosotros!”, “¡No estás solo!”, “Vamos a caminar y a lograr llenar nuestras vidas de nuevas experiencias” o “A través de esta plataforma digital, podrás conectarte con personas con ideas afines a las tuyas, compartir tus experiencias y encontrar el apoyo cuando más lo necesites”, las cuales resultan atractivas para las personas mayores, ya que les permiten conectarse con otros de manera fácil sin tener que salir de casa, conversar sobre diversos temas de interés o participar en actividades virtuales a su ritmo y con sus posibilidades, lo que les permite aprender nuevas habilidades o retomar antiguas aficiones, como la pintura, la música o la cocina (Muñoz 2002).<sup>24</sup>

Sin embargo, este escenario genera ciertas reservas entre algunos creyentes que no consiguen adaptarse debido a su poco conocimiento del uso de las tecnologías actuales o que se mantienen arraigados a sus tradiciones. Algunos piensan que al igual que se pueden encontrar predicadores con “el don del espíritu”, también se pueden hallar oradores que distorsionan la palabra de Dios confundiendo y alejando a la gente de su fe. Un ejemplo de esto sería el caso de una persona mayor que ha asistido a una iglesia durante años confiando en la enseñanza de su pastor o párroco para mantener su fe, y que, un día, se mete a las redes sociales y encuentra a un orador carismático que, con un lenguaje sutil y utilizando citas bíblicas fuera de contexto, promueve ideas contrarias a lo que ha aprendido, lo cual, le provoca confusión e inseguridad que lo llevan a cuestionar su fe y socavar su relación no

---

24 La página hispana de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, mormon.org, el sitio web (2021) permite a los posibles prosélitos explorar la fe a través de la página: “Chatea con un mormón”. Este es un buen ejemplo de la forma en que se da la bienvenida, se explican las creencias principales del grupo e interacción por medio de un formulario de contacto.

solo con su Dios sino con los demás creyentes con los que ha mantenido una red de apoyo y en quienes siempre ha confiado. También se dan casos en que se considera que la proximidad con los líderes o transmisores del mensaje lo dota de significado y credibilidad, de tal modo que hay quienes no confían en las transmisiones por internet.

En consecuencia, con base en lo señalado por Casamayou y Morales (2017), el anonimato y la facilidad para la difusión de información que caracteriza a los espacios digitales, pueden presentar un riesgo para la privacidad o la integridad de las personas mayores. Para el primer caso, las personas mayores se ven frente a marejadas de información falsa y no comprobada bajo el riesgo de que puedan sustraer datos personales y en el segundo caso, puede ser discriminada, pues, pese a que en internet hay contenido y comunidades para casi cualquier grupo social, existe un mercado centrado en las personas más jóvenes y los ideales, gustos, principios y cultura que los representa, lo que implica que en ocasiones se presenten dinámicas o comentarios edadistas, incluso entre algunos predicadores de iglesias, lo cual hace que las personas de más edad se autoexcluyan del ciberespacio o que los ignoren, lo que provoca que el creyente sea cauto en distinguir entre lo genuino y lo manipulado, lo que les hace bien y lo que puede poner en peligro su fe.

Al respecto, hay que tener en consideración que son los jóvenes quienes introducen a las personas mayores al mundo tecnológico. Ejemplos no faltan, desde el vendedor del equipo hasta el pariente o amistad que desea mantener contacto por medio de un sistema de mensajería y que, a la vez, se encuentra más familiarizado con la tecnología. Por otra parte, los medios digitales que ofrecen apoyo espiritual a menudo operan sin regulaciones claras, lo que pone en riesgo la intromisión de información falsa o desviada de "la verdad" que puede afectar la experiencia de fe.

Con base en lo expuesto, paso a explorar el impacto de los medios digitales en la práctica de la fe de las personas mayores y examinar los desafíos que enfrentan al adaptarse a la era digital con el fin de encontrar estrategias que faciliten su inclusión y participación en la sociedad actual. Asimismo, analizo la forma en que la comunicación, interacciones y acceso a la información son recibidas por las personas mayores y si les permiten ser más activos en su fe o si por el contrario se desarrolla una fe solitaria, fragmentada y alejada de sus costumbres, tradiciones y, lo más importante, de sus necesidades.

## Breve sinopsis del área de estudio

Xalapa es una ciudad media, que se desempeña como capital del estado de Veracruz desde 1885. Su ubicación, le permite conectar al puerto de Veracruz con Puebla y la Ciudad de México por vía terrestre. Fue hasta 1940 que vivió diversas transformaciones urbanas y una de las más significativas fue la apertura de la Universidad Veracruzana que atrajo estudiantes no solo del estado sino de otras latitudes del país. Entre 1950 y 1970, Xalapa experimentó un flujo migratorio del campo a la ciudad, generando un aumento demográfico que expandió la mancha área urbana. En ese período, la fisonomía de la ciudad cambió sustancialmente para adaptarse a la actividad política y comercial en aumento. Las calles tradicionales resultaron insuficientes, lo que impulsó la construcción de avenidas en una ciudad estructurada en su núcleo por el comercio, parques, iglesias y edificios públicos.

Como habitante de la ciudad y usuario de tecnologías, he observado que, aun cuando Xalapa se caracteriza por calles y avenidas empinadas que resultan desafiantes para las personas mayores, también es tecnológicamente accesible, aunque existan zonas periféricas en las cuales no hay señal de internet. La ciudad concentra una serie de cadenas comerciales que facilitan la adquisición de equipos a crédito, además de plazas y tianguis donde pueden adquirirse equipos usados más económicos. Al ser una ciudad capital, está llena de quienes ofrecen servicios de reparaciones rápidas. En el contexto de los tianguis y las plazas hay una red de vendedores en los que se puede adquirir productos chinos más económicos.<sup>25</sup> Según Alberto, un informante que consume bienes tecnológicos y que apoya a sus familiares de edad avanzada con sus problemas tecnológicos, el

---

25 La oferta tecnológica xalapeña se ve favorecida por la incursión del comercio por internet, especialmente con china por medio de plataformas como Aliexpress, Amazon o MercadoLibre; lo que abarata el costo de los productos y el tiempo de envío. En el caso de Amazon, los productos se hacen más económicos debido a que también diseña sus propios bienes de consumo que van desde libretas hasta televisiones y asistentes virtuales del hogar, como Alexa que permite a los usuarios dar órdenes de voz sencillas que permiten desde escuchar música, comunicarse dentro de la casa con familiares, recibir recordatorios hasta controlar electrodomésticos y cerraduras o realizar compras en línea. En lo que se refiere a MercadoLibre, hay una gran variedad de productos nuevos o usados a precios menos competitivos que Amazon y de algunas cadenas comerciales.

comercio tecnológico se ha visto favorecido por la integración de las redes sociales y la diversificación de medios de pago.<sup>26</sup>

Aunque Xalapa es tecnológicamente accesible, no se ha implementado el uso de aplicaciones para transporte, lo que implica que la ciudad se ha estancado en sus formas de vida y prefiere los tradicionales taxis o radiotaxis, pero cuenta con los medios necesarios para no requerir del uso de estas tecnologías. En el caso de los negocios de comida hay plataformas como Uber eats, Didi Food y Rappi, pero no han conseguido ser adoptadas por las personas mayores. Por otra parte, los servicios de entretenimiento como YouTube o Netflix están penetrando rápidamente en los hogares, ya que vienen incluidos en los planes ofrecidos por compañías de telefonía.

Además, hay casos en que, por cuestiones oficiales, se requiere la incursión de la persona mayor en la tecnología y de la ciudadanía en general; estos casos son la modernización forzada que se ha dado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) la Comisión Federal de Electricidad (CFE); o para recibir el apoyo de gobierno a las personas mayores llamado “bienestar”, por mencionar los más frecuentes. En estas instituciones les piden un correo electrónico para hacer agendar sus citas y para poder recibir cualquier tipo servicio público.

En lo que respecta a la situación que viven las personas mayores, con base en datos presentados en el Seminario de Antropología de la Vejez celebrado en 2022 hay alrededor de 50,000 personas mayores que residen en Xalapa; el 30% de ellos vive en la pobreza y casi el 50% carece de servicios de salud. A partir del análisis del Censo de Población y Vivienda 2020, aproximadamente cinco personas cumplen 60 años todos los días, lo que equivale a 40 por semana, 120 por mes y 1440 por año (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, 2020). Por ello, es imperativo abordar sus necesidades, especialmente en el ámbito de la salud, ya que 80% de las camas de hospital están ocupadas por esta población. En cuanto a las necesidades económicas, solo 38% recibe apoyo financiero, sin ser necesariamente los más necesitados, solo 25% de ellos no completaron la educación primaria y solo el 4% no puede leer ni escribir. 35% utiliza el transporte público.

---

26 Hay algunos grupos de Facebook, como el chatarral de computadoras en donde se encuentran laptops buenas que puede durar unos siete años por unos cinco mil pesos o un teléfono de uso de dos o tres mil pesos. Alexas que las usan para prender y apagar focos, escuchar música, pedir que les recuerde tomarse sus medicamentos, asistir a ciertos compromisos como las citas del IMSS, listas de mandados. De las Alexas la más económica salió en quinientos pesos (Alberto).

En cuanto a la composición religiosa de Xalapa, es heterogénea. Según un estudio en curso en el que estoy trabajando, cuenta con más de 300 lugares designados para el culto religioso. Siete de cada diez personas declaran que su fe se había vuelto más significativa ahora que tienen más de 60 años que cuando eran más jóvenes. Poco más de la mitad informó asistir en persona a actividades religiosas por lo menos una vez a la semana, mientras que la tercera parte asiste menos de tres veces al mes o nada en absoluto, principalmente debido a problemas de salud, falta de transporte, inseguridad y un bajo nivel de compromiso religioso. Poco más de la mitad ora o reza al menos una vez al día; el resto lo hace al menos tres veces.

Con respecto a la dinámica de la fe y la tecnológica de las personas mayores, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) de 2020, se ha notado un aumento notable en el uso de conexiones digitales entre las personas mayores; pues en el país, de los 84.1 millones de usuarios de internet, 10.4% son personas de 55 años o más, además de que, según el mismo documento la mayoría son usuarios de teléfono (INEGI 2021)

Fue a raíz de la pandemia y el consecuente distanciamiento social, que las personas mayores se vieron obligadas a aprender a utilizar tecnologías básicas para mantener la comunicación y acceder a bienes y servicios de entretenimiento, incluyendo educación en línea, trámites gubernamentales, programación de citas médicas y video (Lumbreras y Oviedo 2024). Y aunque un número considerable no tuvo acceso a estas herramientas, aquellos que lo lograron experimentaron mejoras significativas en su bienestar emocional, ya que esto reducía el sentimiento de aislamiento y soledad permitiéndoles experimentar emociones positivas como el amor, la satisfacción y el perdón.

Particularmente interesante fue la integración de la tecnología en las prácticas religiosas de las personas mayores. Según el Instituto Federal de Telecomunicaciones (en adelante IFT, 2022), 18.5% de los mayores de sesenta años en México utiliza aplicaciones móviles y un significativo 6.8% lo hace con fines religiosos. Estas cifras nos señalan, por un lado, que gran parte de la población mexicana de personas mayores no se benefician de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), al mismo tiempo que los fines religiosos son importantes para la tercera parte de quienes utilizan estos recursos.

Luego entonces, la combinación de prácticas religiosas y el acceso a la tecnología emerge como una estrategia de afrontamiento para las personas mayores (Turkle 1995), por lo que es importante destacar la cantidad de interacciones cotidianas que realizan, especialmente en aplicaciones de mensajería móviles, pues de 28.2% utilizan internet y 17.5% utilizan redes sociales (INEGI 2021). Las actividades religiosas más frecuentes que realizan las personas mayores incluyeron la ver videos de predicadores, escuchar música cristiana especialmente alabanzas y enviar mensajes breves con cadenas de oración, versículos bíblicos, reflexiones o enseñanzas breves.

## Casos de estudio

El trabajo de campo se llevó a cabo a través de una muestra de veinte personas mayores, diez pertenecían al grupo de sesenta a setenta y cuatro años y el resto al de setenta y cinco y más y más años. En ambos grupos, se buscó igual número de mujeres y hombres. Los criterios de selección fueron los siguientes: personas mayores residentes en Xalapa durante al menos veinte años que se estuvieran dedicadas a actividades productivas, que utilizaran internet en su vida diaria y a la vez hubieran sido practicantes de una fe durante más de diez años formalmente dentro de una agrupación católica o no católica. Se busco cierta homogeneidad en cuanto a su situación económica, por lo que solo se consideró a individuos con ingresos que oscilaran entre cinco y ocho salarios mínimos, lo que nos pone de cara a un tipo de usuario: el de los dispositivos de gama media que puede acceder a teléfonos con prestaciones suficientes para la interacción en redes sociales, el uso de aplicaciones de servicios y la navegación en internet. Respecto, del perfil de usuario, consideré dos cuestiones:

- La primera es que los dispositivos con sistemas operativos Android<sup>27</sup>, que son los más utilizados a nivel mundial, no mantienen similitud en sus interfaces, lo que dificulta su uso y la asistencia a las personas mayores. En otras palabras, no tienen los mismos menús e iconos, lo que hace que necesariamente se tenga que

---

27 En un artículo publicado recientemente por Roa (2023), se comenta que la relación de los usuarios de Android a nivel mundial es de siete a tres con respecto de IOS que ha constituido un ecosistema de interfaz unificada que facilita el uso y la asistencia por parte de familiares o personal de soporte, que por características de la empresa Apple se brinda de manera eficaz e inmediata a sus usuarios con el coste económico diez veces superior al de los dispositivos Android con prestaciones inferiores pero eficientes.

recurrir a foros especializados para asignar una configuración personalizada para un niño o una persona de edad avanzada.

- La segunda es que las configuraciones por defecto son prácticas y cómodas y funcionan para la mayoría de los usuarios, por lo que es poco frecuente que se invierta más de una hora en la personalización de los dispositivos.

Después de entrevistar a veinte personas escogí a cuatro que fueron las más representativas para llevar a cabo entrevistas a profundidad, explorando cómo mantienen su fe actualmente y si perciben alguna mejora o retroceso en esta área de su vida con la incursión del uso de medios digitales.

La mayoría afirmó haber utilizado dispositivos tecnológicos regularmente y experimentar con ellos una mejora en su capacidad para mantenerse conectados con amigos y familiares. También indicaron que el uso del internet y las aplicaciones digitales les permitía mayor autonomía, independencia y animación en su participación religiosa, pues, mostraron estar mejor informados de lo que sucede en su localidad y fuera de ella. Por ejemplo, una informante comentó que ella ya no recibe apoyo espiritual e información únicamente de su pastor y que a través de los grupos de oración en las que está participando puede encontrar lo que necesita espiritualmente o bien, organizarse con otros miembros de su agrupación religiosa para orar o ayudar en causas que considera importantes, por ejemplo, el pedir a Dios porque se resuelva el reciente conflicto en Ucrania. No obstante, hubo quienes mencionaron tener dificultades todavía en el manejo de ciertas aplicaciones y procesos rutinarios en el celular, como reestablecer la señal, devolver un icono a su lugar o enviar su ubicación por el Sistema de Posicionamiento Global (GPS), ya que aquellos jóvenes que les configuraron el teléfono no siempre están disponibles para asistirlos.

Cabe señalar que configurar un teléfono para un usuario específico, en este caso una persona mayor, implica actividades, como aumentar el tamaño de la letra y los iconos, escoger aplicaciones que se adecuen al uso de la persona mayor como un sistema de mensajería principal y de uso extendido, un botón para llamadas o accesos directos a sus contactos frecuentes, bloquear configuraciones para que no se alteren por accidente, configurar el asistente de voz, sincronizarlo con dispositivos electrónicos e incluso aplicar un diagnóstico para corregir problemas de percepción de colores. Sin embargo, a veces, estos esfuerzos pasan a ser vanos

en cuanto se presentan alteraciones o cambios en la interfaz de los sistemas que llegan a anular algunas de estas configuraciones a las que el adulto mayor puede estar acostumbrado.

Ahora bien, profundizando en los casos, el primero que analizo es el de Chely de sesenta años, una secretaria de finanzas que vive con uno de sus dos hijos en una casa de interés social que adquirió gracias a un programa de gobierno. Con su ingreso cubre sus gastos necesarios para su manutención y la de su hijo que se encuentra sin trabajo. Ella asiste a una iglesia pentecostal desde hace más de veinte años y está muy contenta en su agrupación religiosa; algunas veces su hija la acompaña y, rara vez, su hijo, pese a que desde pequeños les inculcó esta fe. Hace tres años adquirió una computadora y se suscribió al servicio de internet ofrecido por Megacable. Para poder trabajar en su casa por cuestiones de la pandemia. Aprendió a utilizar la computadora y el internet a finales de los 80 gracias a sus colegas y a la capacitación proporcionada en su lugar de trabajo. Comenzó con una máquina de escribir y más tarde recibió capacitación para usar programas ofimáticos (Word y Excel). Más adelante en 2000, aprendió a navegar por internet, usar Google para mensajería y búsquedas, Power Point y más recientemente aprendió a almacenar información en la nube, y usar programas específicos relacionados con la contabilidad y colaboración remota. Recuerda que comenzó aprendiendo los componentes de la computadora, guardando información en disquetes, discos compactos y más tarde en memorias tipo USB (Universal Serial Bus). Comenta que sufría de su vista con los monitores con letras verdes, debió a lo cual tuvo que comenzar a usar lentes.

Por necesidad, compró un teléfono móvil y utiliza aplicaciones compatibles con su computadora. Cuando tiene dudas sobre cómo utilizar una plataforma o aplicación, se dirige con algún compañero de trabajo en busca de obtener ayuda y asesoramiento para aprender a utilizar programas nuevos, más actuales y eficientes para su vida diaria como las agendas virtuales, los calendarios, las notas rápidas, los recordatorios y las grabaciones. También aprende trucos para usar la lámpara de su celular, agrandar las letras de las cajas de medicamentos con el Zoom de la cámara, tomar fotos, hacer búsquedas, organizar su información o usar Google Maps para saber dónde se encuentra alguna dirección.

Ella dice que le gusta más estar en la computadora que en el celular porque se cansa menos su vista, especialmente le gusta pasar tiempo buscando en línea remedios caseros para aliviar el malestar de la artritis que la molesta, especialmente



en tiempo de frío, pues, a pesar de sus esfuerzos por cuidarse, la humedad de Xalapa la afecta mucho. Ella trabajó en una farmacia y tiene conocimiento de medicamentos; por lo tanto, busca en internet investigaciones científicas, así como experiencias personales de otros que sufren artritis.

Particularmente, está interesada en la información sobre alternativas naturales, ya que cree que cuanto menos producto químico introduzca en su cuerpo, es mejor; de este modo encuentra terapias físicas específicas, suplementos dietéticos y modificaciones a su dieta para llevar una vida con menos molestias. Al llevar a cabo sus búsquedas, pasa horas verificando la exactitud y fiabilidad de la información, consultando las opiniones de otros. Esto le ha permitido tener un mayor control sobre su salud y bienestar personal para enfrentar los desafíos asociados con su condición física. Cuando encuentra información que le funciona a ella, la comparte con sus amigos que también sufren del mismo problema.

Su experiencia con los medios digitales ha hecho que explore redes sociales y plataformas de transmisión en vivo de cultos religiosos, lo cual la ha llevado a estar en grupos de estudio que se reúnen por Zoom.<sup>28</sup> En estas reuniones varios expositores presentan diferentes temas con relación a alguno de los libros de la Biblia o a una temática como la gracia, la fe o el bautismo del Espíritu Santo. Generalmente las reuniones duran de una hora u hora y media por la noche. Allí, comenta la informante que los participantes tienen la oportunidad de

También, Chely expresa que hay el riesgo de superficialidad o falta de intimidad en las interacciones virtuales cuando las compara con las reuniones presenciales. Por ejemplo, si alguien quiere expresar su opinión ampliamente, no lo puede hacer porque es muy breve el tiempo que se tiene en las interacciones virtuales. Otra cuestión es que no puede encontrar en este espacio virtual el abrazo, el apoyo mutuo y cercano que tanta falta le hace y le permite fortalecerse, intercambiar conocimientos y profundizar en la comprensión y vivencia de lo espiritual. Pese a lo anterior, las interacciones virtuales para ella son medios que le han ayudado a mantener la comunicación y conexiones en momentos donde no puede estar de manera presencial por la falta de tiempo, el clima, la enfermedad o la discapacidad.

---

28 Picaro (2020) señala que la plataforma de videollamadas colectivas más utilizada es Zoom en contraste con otras alternativas como Teams o Meet, que podrían servir para los mismos fines pero que tienen opciones más limitadas, sobre todo en cuanto a número de participantes simultáneos, lo que puede interpretarse como un entusiasmo por integrar estas tecnologías a la vida diaria creando nuevos hábitos y generando nuevas competencias entre las personas mayores.

Considera que esta práctica de su fe por medios digitales ha traído cambios, por ejemplo, respecto de la oración, antes lo hacía en silencio para encomendarse a Dios y ahora pone música instrumental cristiana que la hace tener una experiencia de su fe más íntima y vibrante. Sin embargo, comenta que desde que utiliza internet ha encontrado muchas versiones de himnos cristianos que no solo varían en ritmo sino en la letra y el mensaje, por lo que ahora confunde la letra de los himnos al cantarlos y que haya perdido el hábito y capacidad de silbarlos. A veces tiene miedo y desconfía de los oradores que no conoce y que, desde su perspectiva, no son congruentes con “la palabra de Dios”, pero expresa que si no le gusta cómo expone “la palabra” o ve que es muy complicado entenderle, simplemente ya no lo sigue y lo cambia

Pablo, el segundo caso de estudio, tiene 60 años, se desempeñó como taxista y, actualmente, vive con su esposa y uno de sus hijos que aún no está casado en una casa heredada por sus padres, la cual se ha deteriorado con el tiempo y sus ingresos no son suficientes para realizar las reparaciones necesarias en la propiedad debido a la humedad. Cada ocho días, asiste a la iglesia metodista, donde fue bautizado de niño, pero debido a la diabetes, está experimentando problemas de visión y se está retirando gradualmente de manejar para no tener accidentes.

Ahora, su hijo y su esposa son quienes aportan al ingreso familiar, mientras él se centra en las reparaciones del hogar y la cocina. En su tiempo libre, ve videotutoriales sobre cómo hacerlas en YouTube, TikTok, Facebook e Instagram. Disfruta, especialmente, escuchando sermones y servicios religiosos de diversas iglesias cristianas; sus oradores favoritos son Danilo Montero, Alejandro Bullón, Dante Gebel y William Arana. Son los más recomendados por sus hermanos de fe.<sup>29</sup> Luego de escuchar el programa de la “dosis diaria” son reflexiones pequeñas de siete minutos, le da por escuchar otros sermones que pueden durar entre 30 y 45 minutos, disfruta de estos mensajes en su celular que se difunden en toda América Latina.

Utiliza aplicaciones móviles para conectarse en español en diferentes países, pero casi siempre con los de la población hispana en los Estados Unidos, pues los predicadores que escucha tienen un alcance internacional. También sigue programas de noticias y entretenimiento en línea, encontrando en los medios

---

29 La mayoría de los creyentes se recomiendan entre sí escuchar a predicadores sean o no de su misma adscripción religiosa, siempre y cuando no se contradigan sus creencias.

digitales una forma práctica y conveniente de mantenerse informado y entretenido. Valora la capacidad de personalizar sus preferencias y recibir recomendaciones basadas en sus intereses.

Ha utilizado un teléfono móvil durante más de siete años, en el que disfruta de películas y podcasts recomendados por amigos, vecinos y familiares. Recientemente descubrió al chat transformador generativo preentrenado (conocido como chat GPT), el cual lo emociona debido a su potencial para proporcionar respuestas rápidas y, desde su perspectiva, confiables sin tener que buscar en internet; debido a esto es que disfruta haciendo preguntas teológicas a esta inteligencia artificial obteniendo una experiencia que define como útil y placentera, aunque esto no implica que deje pasar la oportunidad de participar en conversaciones con otras personas para compartir ideas.

Respecto a la forma en que se involucró con la tecnología, comenzó con un teléfono básico para llamadas y mensajes, el cual, desde su perspectiva tenía la pantalla y números muy pequeños, luego pasó a un teléfono inteligente con una pantalla más amplia y allí podía navegar por internet, ver videos y usar su correo electrónico. Sus hijos le han regalado planes con llamadas ilimitadas y están pagando su internet con Totalplay, lo que les permite mantenerse conectados y adaptarse a los avances tecnológicos, impactando significativamente su vida diaria y su crecimiento personal.

Pablo, actualmente, está ahorrando para comprar una computadora para explorar aún más las opciones y beneficios de internet en casa. Está ansioso por explorar otras plataformas de redes sociales, conectarse con diferentes grupos, aprovechar oportunidades educativas en línea y disfrutar del entretenimiento digital, como películas y series en plataformas populares como Netflix o Amazon Prime Video, así como explorar diversos géneros musicales a través de servicios de transmisión como Spotify o Apple Music en donde se complace escuchando arreglos instrumentales de música cristiana.

El caso de Bety. Ella tiene setenta y siete años, se jubiló de dos plazas de maestra de primaria y vive en la casa que su abuela le heredó a su mamá. Vive con su esposo y una hija que tiene un problema cognitivo que le impide valerse por sí sola. Nació en Xalapa, desde pequeña le gustó leer y ser muy curiosa; siempre se consideró muy indiferente a las creencias religiosas, aunque dice creer en Dios, el cual se encuentra en todas las cosas por muy pequeñas o normales que estas parezcan,

como el amanecer o el tener salud e independencia. Desde su perspectiva Dios no es físico, ni se presenta en la vida de los hombres por medio de zarzas ardientes, resurrección de los muertos, danzas o convulsiones; para ella la fe proviene de la forma en que Dios les permite a las personas llevar la vida con normalidad pese a ciertas adversidades como el problema de su hija.

Su primer contacto con los medios digitales fue a la edad de sesenta y cinco años, cuando decidió abrir una cuenta de correo electrónico, puesto que constantemente le pedían ese dato en las dependencias donde iba hacer trámites como el de la tarjeta del Bienestar, el pago anual del agua, el predial y el pago de la luz. Desde entonces, ha tratado de mantenerse al día en la medida de sus posibilidades. Su curiosidad la llevó a aprender a usar un celular y luego una computadora. Un vecino fue su maestro, enseñándole a usar la computadora y siendo su apoyo constante. Ahora es experta en Word, Excel, Power Point, Canva, búsquedas en Google y YouTube, lo que le permite ayudar a otros con diversas cuestiones gracias a su dedicación y perseverancia. Actualmente, ella comenta que su computadora es su herramienta más valiosa. Le permite realizar muchas tareas de manera eficiente, como hacer pagos y realizar compras sin tener que salir de casa, además, considera que puede estar al tanto de lo que sucede en el mundo a través de internet por medio de canales de noticias y recursos educativos.

La práctica de su fe la ha impulsado a explorar diferentes filosofías y enseñanzas espirituales, al grado que, el budismo, la gratitud y el perdón se han convertido en sus herramientas para liberarse de cargas emocionales y encontrar la paz interior. Sin embargo, aunque interactúa con el mundo digitalmente, dice que no hay como los libros que, desde su punto de vista, son insustituibles como la Biblia que fue heredada de su abuela a su madre y consecuentemente a ella. Destaca que lee la Biblia con solemnidad y después se queda hablando con Dios; generalmente, esto lo hace en la noche cuando tiene más tranquilidad. Señala, también, que aun cuando en la computadora se puede casi todo, no logra encontrar un momento tan especial de soledad y comunión frente a la computadora, de tal modo que solo por medio de la experiencia física es que expresa los anhelos de su corazón, así como sus ansiedades y alegrías.

Finalmente, presento el caso de David. Él tiene 79 años y trabajó como contador en un banco en Xalapa; ahora está jubilado con una pensión que no le alcanza ni con la ayuda del programa de Bienestar, vive en la casa que le dejaron sus padres con su esposa y con una hija que tiene un hijo pequeño y que también trabaja y

complementa el ingreso familiar. Él es independiente en sus actividades básicas de la vida diaria, aunque tiene achaques como que ya no puede estar mucho tiempo de pie y tiene que ir constantemente al baño a orinar. En casa, pasa el mayor tiempo sentado y solo sale por necesidad de hacer compras o acudir a citas médicas.

Utiliza mucho su celular gracias a que su hija le enseñó a usarlo de manera eficiente, lo que le permite mantenerse conectado con su familia y amigos. Es católico y asiste regularmente a misa los domingos. Últimamente, su hija le ha buscado en YouTube diversos videos y opciones para que pueda oír la misa, principalmente la que se imparte durante las peregrinaciones a la basílica de Guadalupe. Pero, aunque esto le ha brindado la oportunidad de mantenerse conectado con su fe sin tener que asistir a alguna iglesia, frecuentemente pierde el interés y la devoción a causa de los frecuentes anuncios que aparecen debido a que no tiene una suscripción que le permita quitarlos o un programa que permita bloquearlos. Resulta interesante mencionar que ha aprendido más sobre su religión a través de los videos y opciones en YouTube que le han permitido profundizar más sobre las tradiciones y rituales de la iglesia, escuchar homilías de diferentes sacerdotes y recibir enseñanzas de expertos en teología. Esta forma de vivir su religión le ha mostrado la importancia de adaptarse a los cambios y aprovechar las oportunidades que la tecnología ofrece para mantenerse en conexión con la fe.

Debido a su edad, a veces al estar escuchando se duerme y cuando se despierta se da cuenta de que se ha perdido lo que ha puesto en el teléfono, también le cuesta acomodarse el celular para escucharlo o verlo claramente. Usa lentes para ver la pantalla con mayor claridad y, a veces, utiliza un soporte para mantenerlo en una posición cómoda. También ha considerado comprar un nuevo teléfono con una pantalla más grande, pero, aunque su hija le dice que mejor se compre un iPad o una computadora para poder ver mejor y sin dificultades, él prefiere el celular porque así se lo lleva a todas partes y no le pesa mucho para poder estar siempre conectado.

En cuanto a los cambios que él ha experimentado en su práctica de su fe ahora con el uso del celular, afirma que ha encontrado más facilidad para acceder a recursos religiosos y mantenerse al día con eventos y actividades católicas. Sin embargo, reconoce que también ha tenido que aprender a establecer límites y no dejarse llevar por tantas actividades, pues a veces siente que está haciendo un uso excesivo del celular y que deja de hacer ejercicio. Por lo tanto, ha decidido establecer horarios específicos para utilizar su celular y así poder fomentar un estilo de vida más equilibrado y saludable.

## Reflexión final

Con base en la información presentada sobre la forma en que las personas mayores practican su fe en la era digital, podemos observar que el internet ha extendido la práctica de la fe más allá de las limitaciones espaciales y temporales (Campbell 2017). El ciberespacio, visto como un no lugar se ha encarnado en los dispositivos digitales que los acompañan constantemente trastocando la naturaleza de todas sus relaciones humanas y divinas.

La intersección entre lo virtual y lo real, lo humano y lo divino, entre lo público y lo privado, tiene un impacto significativo en la experiencia de la fe, en la era digital se caracteriza, como se demostró en los casos presentados, por generar un aislamiento, individualismo, crisis de sentido, especialmente en las personas mayores, que se sienten desorientadas e inseguras por el exceso de información, en un mundo cada vez más homogéneo y acelerado. Pero que también, como se pudo percibir, se puede propiciar una práctica de fe más fluida, más diversa, pluralista y globalizada, convirtiéndose en una fe flexible que se reinventa y enriquece a cada instante en un entramado de virtualidad y realidad.

En este contexto, es que se reflexiona, si esta fe digital puede llegar a ser una fuente de fortaleza y guía para enfrentar los desafíos del mundo actual, si se fortalece o debilita tanto en lo personal como con los demás creyentes, si puede ser creíble, auténtica, si está propiciando una praxis generativa o viceversa: especialmente pensando en las personas mayores las cuales buscan mantener una sensación de legitimidad y seriedad de su fe en medio de esta vorágine de transformaciones, donde la realidad virtual y la superficialidad pueden fácilmente reemplazar las interacciones que han sido tan significativas y profundas en sus vidas. Dentro de este marco de reflexiones centro la atención sobre el hecho de que las personas mayores, a diferencia de sus contrapartes, se encuentran pisando un terreno desconocido y se muestran cautelosas en el uso de los recursos digitales, lo cual puede observarse por ejemplo en ciertas auto restricciones que se imponen y en la forma en que adaptan su aprendizaje y praxis de la fe a la presencia de estas tecnologías y sus posibilidades.

Ejemplo de lo anterior es que las personas mayores tienen listas de contactos cortas que se limitan a amigos y familiares, tomar notas de datos importantes sobre el uso de las aplicaciones y evaluar cuidadosamente los contenidos que aparecen en internet contrastándolas con aquellos conocimientos y experiencias con los que han crecido y encontrando formas de incorporarlas a su práctica cotidiana.

También, se da el hecho de ponerse horarios para usar el celular; anotar versículos bíblicos, ideas y conceptos; leer cuidadosamente contratos y políticas de uso pese a no entenderlas completamente para tener certeza de que la información es la que requiere para sus necesidades y a la vez trata de evitar riesgos como estafas o daños a los equipos evitando sitios de dudosa reputación o siguiendo cabalmente las instrucciones de los familiares, pues tienen miedo de que aquellos jóvenes que los introducen al mundo del internet no estén para apoyarlos.

Teniendo esto en consideración, es como si las personas mayores cumplieran la función de un control parental o un detector de sitios fraudulentos, pues, como ya se mencionó son más cautas y, agrego, están más alertas de los cambios que puedan darse en el procesamiento del dispositivo, pues al utilizarlo, se dan cuenta cuando no pueden interactuar con él de la manera esperada.

Una cuestión respecto de este punto, es que las personas mayores entrevistadas señalaron tener problemas con aspectos operativos como la presencia de anuncios, pero ninguno de ellos mencionó que el teléfono le dejara de servir, que lo hubieran hackeado o que hubiera descargado malware, lo cual es evidencia de un uso responsable del internet, lo que implica en términos informáticos una buena salud digital, ya que no solo cuidan de su tiempo, también impiden que el uso prolongado de dispositivos repercuta en su salud física y dan pie a que puedan utilizar otros dispositivos como la computadora que ofrece más posibilidades de creación, consulta y análisis de contenido en internet. El hecho de que las personas mayores pasen tiempo seleccionando qué desean ver, ya sea del celular, la tablet o la computadora, lo que no desean ver, implica que independientemente de sus limitaciones, tienen las capacidades y la disposición para adaptarse al uso de las nuevas tecnologías y lograr mejorar su vida informándose, conectándose, expresándose, aprendiendo o entreteniéndose.

Una segunda cuestión por destacar es que existe un intento de burocratización digital forzada que desemboca en procesos que, lentamente, se van incorporando a la vida cotidiana de las personas mayores, sobre todo a partir de la pandemia, como el uso de la aplicación del IMSS para agendar citas o el uso de aplicaciones como WhatsApp y Zoom que permitieron mantener comunicación durante la pandemia. La razón de destacar esto es que las personas mayores ya han sido introducidas al uso de estas tecnologías y el hecho de que cerca de la tercera parte de los que usan internet lo hagan para fines relacionados con su praxis religiosa, permite que esta sea más fluida, comprometida y generativa, aunque con determinadas ambivalencias.

En cuanto a fluidez, existen diversos canales de información que se van adaptando al usuario como YouTube a partir de algoritmos que detectan sus preferencias y disminuyen considerablemente las opciones de selección, lo que permite una gestión más eficiente. Sin embargo, también se requiere apoyo de la familia y las personas que interactúan con el individuo de edad avanzada, ya que ellos son quienes le permiten conectar sus experiencias pasadas con los escenarios y retos que les impone la digitalización, lo que implica paciencia, empatía y dialogo intergeneracional.<sup>30</sup>

En otras palabras, para que haya fluidez en la práctica de la fe, todos los actores implicados (la persona mayor, quien la asiste y las empresas encargadas del diseño y operación de dispositivos y plataformas) deben mantener un dialogo constante y actuar cada uno desde su trinchera. Y en este sentido, son los usuarios de edad avanzada quienes han puesto más de su parte, leyendocuidadosamente las ventanas emergentes que les aparecen durante una sesión de navegación para descartar los contenidos o anuncios que no se quieren ver, ya que da a quienes los cuidan tener las cualidades para enseñarles a utilizar los dispositivos, establecer filtros de contenido y configuraciones visuales y funcionales; por parte de las empresas, pueden incluir modos de configuración por perfiles de edad, renombrar ciertos conceptos para que sean más comprensibles para la población que no está versada en tecnología cambiando términos como “contactos”, “agenda” o “conocidos”, o bien, incluir manuales de usuario simplificados y en video.

Por tanto, puede plantearse que la fluidez en la praxis de la fe se posibilita por la cantidad de contenidos y recursos de sociabilidad a los que tienen acceso los mayores por medio de la digitalización, ya que esto les permite acceder a textos, charlas, misas, servicios y clubes donde pueden expresarse y relacionarse con otras personas. Sin embargo, la falta de alfabetización digital, la falta de tiempo o apoyo para el uso de nuevas tecnologías, la estandarización de las configuraciones pensadas en un público joven y la búsqueda de capitalización por medio de publicidad en internet juegan en contra, pues si la persona mayor no toca el botón de “omitir anuncio o no volver a mostrar anuncio”, es posible que no haya alguien

---

30 Es importante mencionar que el apoyo siempre es necesario para la digitalización siempre se lleva a cabo con ayuda, ya sea de un familiar, amigo o vendedor debido a que muchos de los usuarios de edad avanzada, ya eran adultos con una vida hecha cuando las tecnologías empezaron a incursionar y pasaron de ellas, haciendo que a mayor edad sea más difícil comprenderlas y utilizarlas.



para asistirlo cuando el teléfono falle y es posible incluso que este empiece a fallar con más frecuencia sin intervención del usuario y quien lo ayuda, lo que deriva en el segundo punto que quiero tratar: el compromiso.

Ciertamente, internet es un lugar en donde hay mucho material que fomenta el ocio, pero también que obliga al trabajo y compromiso por parte de los usuarios. La información está allí, pero si no se analiza ni se consulta, no puede ser útil para una persona mayor, ya que no puede apropiársela ni adecuarla a sus intereses; lo mismo para las relaciones. En los casos de estudio, pudieron observarse escenarios con alta participación religiosa como el de Pablo, que escucha varios sermones y cantos diariamente, y otros con baja participación, como el de Chely, que utiliza el internet principalmente para buscar remedios para su artritis, sin embargo, incluso en el escenario en que había una participación religiosa menor, se observa que dicha participación es voluntaria, cuestión, que pese a sersubjetiva, nos remite a cuestiones como la conciencia, el compromiso y el potencial de las acciones de las personas. Todo esto me lleva al tercer punto: la generatividad de la praxis de la fe en escenarios digitales.

Respecto a la generatividad, considero que es importante pensarla no desde los grandes resultados ni remitirla solo a los esfuerzos individuales, hay que considerar que las pequeñas acciones de los individuos son importantes y no serían posibles sin ayuda de otros, de tal modo que aun cuando las cadenas de oración parezcan no solucionar conflictos como el de Ucrania, si unen a las personas en una voluntad, una preocupación, una conciencia más amplia del mundo y una acción que, se quiera o no, tiene repercusiones globales.

De este modo, es necesario tener en consideración que la praxis digital de la fe brinda paz, tranquilidad, consuelo e información aún con todo lo que la obstaculiza, pues los mensajes que consumen las personas mayores y las relaciones que tejen, les plantean un escenario donde es posible empoderarse, informarse, aprender y comprometerse, con un estilo de vida y practica de fe que reafirma su devoción religiosa.

En conclusión, creo que los medios digitales han transformado y reconfigurado la práctica de la fe. Asimismo, creo que, en el futuro, la práctica de la fe tendrá una dinámica cada vez más tecnologizada a medida que se reduzca la brecha digital. Esto implicará que las personas mayores necesitarán una educación social sobre las cuestiones digitales,

lo que les permitirá enriquecer su fe con sus experiencias, compromiso y devoción, y al mismo tiempo ofrecer consuelo, esperanza, conocimiento, redes de apoyo e incluso competencias digitales.

## Referencias

- Auge, Marc. 2021, Los no lugares. Gedisa, España.
- Barbosa, J.. 2019, "Marc Augé: Con la tecnología llevamos ya el 'no lugar' encima, con nosotros", El País, 31 de enero. Barcelona. España. URL:[https://elpais.com/cultura/2019/01/31/actualidad/1548961654\\_584973.html#:~:text=Llevamos%20el%20no%20lugar%20encima,se%20defender%C3%A1%20creando%20inframundos%20dist%C3%B3picos%3F](https://elpais.com/cultura/2019/01/31/actualidad/1548961654_584973.html#:~:text=Llevamos%20el%20no%20lugar%20encima,se%20defender%C3%A1%20creando%20inframundos%20dist%C3%B3picos%3F)
- Bauman, Zygmunt. 2009, Tiempos líquidos: Vivir en una época de incertidumbre, Tusquets Edits, México.
- Campbell, Heidi. 2005, "Spiritualising the Internet: Uncovering discourses and narratives of religious Internet usage". Online-Heidelberg Journal of Religions on the Internet, 1: 1-26.
- Campbell, Heidi & Forrest Rule. 2017, The Practice of Digital Religion, Springer, Routledge.
- Casamayou, Adriana y María Julia Morales. 2017, "Personas mayores y tecnologías digitales: desafíos de un binomio", Psicología, Conocimiento y Sociedad, 7(2): 199–226. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475855161009>.
- Charness, Neil and Walter Boot. 2009, "Aging and Information Technology Use", Current Directions in Psychological Science, 18(5): 253–258. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01647. x.
- Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT). 2022, "Con el uso de la tecnología, las personas adultas mayores tienen una mejor calidad de vida, aumentan su autonomía, enriquecen y activan su mente". (Comunicado 51/2022) 17 de mayo | Instituto Federal de Telecomunicaciones IFT. URL: <https://www.ift.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/con-el-uso-de-la-tecnologia-las-personas-adultas-mayores-tienen-una-mejor-calidad-de-vida-aumentan>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2021, Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2021. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2021/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2020, Censo de Población y Vivienda 2020. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Lumbreras, Sara y Lluís Ovideu. 2024, "¿Qué pasará con la religión después de la COVID?", FronterasCTR, URL: <https://blogs.comillas.edu/FronterasCTR/?p=5546>.
- Muñoz Márquez, Luis David. 2002, "Las personas mayores ante las tecnologías de la información y la comunicación. Estudio valorativo", Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 6(1-2): 1–9. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56751267017>.

Picaro, Elyse Better. 2020, "Zoom vs Microsoft Teams vs Google Meet: What's the best video conferencing service?", Pocket-lint, URL: <https://www.pocket-lint.com/es-es/aplicaciones/noticias/151947-zoom-vs-microsoft-teams-vs-google-conoce-cual-es-la-diferencia/>.

Roa, María Florencia. 2023, "El mapa mundial de Android y iOS", Statista, URL: <https://es.statista.com/grafico/29620/sistema-operativo-movil-con-la-mayor-cuota-de-mercado-por-pais/>.

Turkle, Sherry. 1995, *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*, Simon & Schuster, New York.

# Recursos tecnológicos de información y comunicación en la autoatención

• Lilia Mestas Hernández • Fernando Gordillo León  
• Bernardo Adrián Robles Aguirre • Marco Antonio Cardoso Gómez  
• Luis Ortiz Trinidad • José Eduardo González López

## Resumen

La búsqueda de información sobre temas de salud en Internet ha tenido un aumento desde la introducción y masificación de los dispositivos móviles y las conexiones a Internet de forma mundial. Sin embargo, este comportamiento ha sido poco explorado y menos aún en contextos de pandemia. Este texto presenta un rastreo del término “diabetes” durante los años 2019 a 2024 en los 32 estados de la República Mexicana a través de la herramienta Google Trends durante los años de la pandemia y posterior a esta ya que se conoció que la diabetes fue un factor de riesgo sobresaliente para desarrollar síntomas importantes de la covid-19. Los resultados mostraron que las búsquedas del término “diabetes; se incrementaron de manera progresiva desde el 2019 al 2024 pero estos datos fueron diferenciales en las entidades federativas. Se discuten estos hallazgos en términos de los posibles efectos positivos al hacerse las personas más responsables y estar más informadas sobre su salud (el llamado “empoderamiento”); sin embargo, también cómo las brechas en salud pueden hacerse más graves considerando las dificultades al acceso a internet que se presentan en contextos de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: Diabetes, Google Trends, empoderamiento, vulnerabilidad, brechas en salud.

## Introducción

La pandemia de COVID-19 ha afectado la vida de todos los habitantes del planeta. Según cifras del Institute for Global Health Sciences, se estimó que más del 10% de la población mundial había sido infectada por el nuevo coronavirus durante el 2020; pero además se señaló que ese promedio probablemente no representaba la totalidad de las infecciones reales debido a múltiples variables, siendo mucho mayor en países de Europa, Estados Unidos, México y Brasil. Las muertes por COVID-19 en el año 2020, representaron a nivel mundial la terecera causa; sin embargo para México con cifras de más de 10.000 fallecimientos por semana, fue la principal razón. Hasta el 8 de agosto de 2023, se habían registrado en el mundo alrededor de 769 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2). Además, según la última edición de las Estadísticas Mundiales de salud (WHO 2024), la pandemia terminó con el incremento progresivo de la esperanza de vida en solo dos años. En concreto, entre el 2019 y el 2021 la esperanza de vida se redujo a nivel mundial en 1,8 años, siendo más afectadas las Américas y Asia Sudoriental.

Aunque todos hemos sido afectados de alguna manera u otra por esta pandemia, se sabe que ciertos grupos de personas son más vulnerables, entre ellos, los pacientes con diabetes. En 2016, la Secretaría de Salud mexicana emitió una alerta epidemiológica por diabetes y obesidad. Esta alerta no es sorprendente si tenemos en cuenta que en 1980 la prevalencia era de 1.2 millones de personas, y se contabilizaron 14.626 defunciones, mientras que, en 2022, la prevalencia de prediabetes en la población mexicana fue de 22.1%, y de diabetes diagnosticada y no diagnosticada de 12.6% y 5.8%, respectivamente, con una prevalencia de diabetes total de 18.3% (Basto-Abreu et al. 2022). Estos datos son alarmantes, teniendo en cuenta que alrededor de 25% de las personas con prediabetes progresan a diabetes en un plazo aproximado de 3 a 5 años (Tabák et al. 2012).

Desde el año 2019 hasta la actualidad (OPS 2020), la diabetes ha sido señalada como una de las causas más importantes para desarrollar síntomas graves de enfermedad, que podrían llevar a la muerte por COVID-19 en comparación con personas sin diabetes. Por ejemplo, algunos estudios realizados durante los años de pandemia, mostraron que aproximadamente 20% de las personas hospitalizadas debido a la COVID-19 y cerca de 26% de los pacientes que murieron a causa de la COVID-19 tenían diabetes. Este padecimiento se relacionó de manera directa con un aumento en la gravedad de la enfermedad. La prevalencia combinada de diabetes y COVID-19 fue del 22% en los inicios de la pandemia (Moazzami et

al. 2020). Además, los pacientes con diabetes presentaron un mayor riesgo de mortalidad relacionada con la COVID-19 (Kastora et al. 2022). En este sentido, Román-González et al. (2021), han establecido múltiples mecanismos que podrían explicar la mayor susceptibilidad de las personas diabéticas a las infecciones respiratorias. Por ejemplo, la hiperglucemia crónica altera tanto la inmunidad humoral como la celular. Esta enfermedad predispone a la sobreexpresión de la proteína de la membrana celular que sirve como receptora del virus y a una respuesta inflamatoria exacerbada, aumentando el riesgo de descompensación y la aparición de crisis hiperglicémicas.

Sin embargo, aunque la mayor parte de la literatura refiere los peligros de la diabetes en el contexto del COVID-19, también hay que señalar que la diabetes puede complicarse debido a las restricciones en los servicios de salud, la poca disponibilidad de medicamentos y surtido de recetas, la baja accesibilidad de alimentación variada y fresca, las dificultades a la hora de realizar una actividad física saludable, el incremento de las conductas sedentarias, el aumento en los niveles de estrés y ansiedad, y las dificultades económicas acaecidas con la pandemia (Bellido y Pérez 2020). En México hasta el primer trimestre de 2023, se habían presentado seis olas de contagios por COVID-19: la primera ocurrió en mayo de 2020; la segunda entre diciembre de 2020 y enero de 2021; la tercera de julio-agosto de 2021; la cuarta ola en enero de 2022; la quinta entre junio y julio de 2022 y la sexta inició en octubre de 2022.

Estos picos de contagios han traído múltiples cambios en los estilos de vida de las personas y en las conductas de protección implementadas, incluidas aquellas relacionadas con la búsqueda de información sobre la pandemia y cuestiones de salud relacionadas con el ámbito personal. Por estas razones, y teniendo en cuenta la transición epidemiológica que se está experimentando en México, así como el aumento de factores de riesgo como la edad, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, resulta necesario realizar estimaciones periódicas sobre las prevalencias poblacionales de prediabetes y diabetes, porque de esta forma se podrá predecir la tendencia de esta enfermedad, así como sus complicaciones, con la posibilidad de adelantar estrategias preventivas en la población (Basto-Abreu et al. 2022).

La estimación de la prevalencia de las enfermedades se realiza frecuentemente a través de encuestas, que tienen diferentes inconvenientes, como una rápida desactualización y la dificultad de acceder a una muestra amplia que esté dispuesta

a participar y que sea representativa de la población. La búsqueda de información sobre temas de salud en Internet ha tenido un aumento desde la introducción y masificación de los dispositivos móviles y las conexiones a Internet de forma mundial.

Sin embargo, este comportamiento ha sido poco explorado y menos aún en contextos de pandemia. En 2013, Marin-Torresa y colaboradores realizaron una investigación que tuvo tres objetivos: 1. describir el uso que hacen de Internet los pacientes de atención primaria para buscar información sobre salud; 2. determinar la influencia que esta información tiene en ellos como pacientes y 3. determinar la influencia de esta información en la relación médico-paciente. Aplicaron un cuestionario para preguntar sobre Internet como fuente de información médica a 323 usuarios de servicios médicos, y hallaron que el 61% de sus encuestados utilizaba la red para buscar información sobre cuestiones de salud, siendo los pacientes más jóvenes quienes consultaban esta fuente con mayor frecuencia que los de mayor edad. Además, encontraron que la mayoría de los encuestados consideró Internet como una fuente confiable de información, y algunos señalaron que, a partir de estas consultas en la red, llegaron a modificar algunos de sus hábitos de vida. Finalmente, respecto a la relación médico-paciente, indicaron que creían que sus médicos podrían estar dispuestos a discutir lo que ellos sabían de su padecimiento por lo que habían encontrado en Internet.

Amante y colaboradores (2015), señalaron que el aumento de la penetración de Internet en la vida moderna ha sido un elemento central para que los enfermos busquen y recopilen información médica, aunque esa información pueda ser poco confiable y precisa. De esta manera, se considera que el 74% de personas adultas en Estados Unidos se conectan en línea para acceder a Internet y hasta el 80% de ellos buscan información de salud en línea. De esta manera, se pueden indicar aspectos positivos y negativos del acceso a Internet con el objetivo de buscar información sobre salud. Debido a que el uso de Internet es un recurso de alta disponibilidad y fácil de usar, las personas pueden tener más información acerca de sus padecimientos, pueden incluso mejorar sus sentimientos de autoeficacia y cambiar la interacción de los enfermos con los sistemas de salud. Además, puede ser un elemento central cuando por algún motivo, los enfermos se ven imposibilitados para ser atendidos de manera directa o inmediata en alguna de sus demandas de salud. Sin embargo, tampoco se pueden soslayar las posibles consecuencias negativas del uso médico



de Internet, incluyendo que se proporcione información inexacta o equivocada que pueda perjudicar a las personas por una percepción errónea de la enfermedad, que se ha relacionado con trastornos mentales como la hipocondriasis (cibercondría) (véase Abu Khait et al. 2022).

Blázquez et al. (2018) realizaron una investigación con 405 adolescentes y sus hábitos de búsqueda de información en Internet referente a la salud, encontró que las búsquedas más recurrentes fueron en temas como cáncer (89.9%), adicciones (67.7%), Enfermedades de Transmisión Sexual-Virus de Inmunodeficiencia Humana (ETS-VIH) (49,6%) embarazos/anticoncepción (21.5%), enfermedades mentales (40.0%) enfermedades cardíacas, trastornos alimentarios (39.3 %) y diabetes mellitus (53.6%). El 63.2% de la muestra participante eligió Google; solo un 11,9% Webs médicas; además, informaron que los adolescentes comparten esta información en redes sociales un 12.8% (70.3% Facebook); un 70.7% reportó que cambian de conducta por la información encontrada. Las razones que los participantes de la investigación dieron para usar Internet fueron, en orden de mayor a menor frecuencia, por su rapidez (34.8%), privacidad (15.8%), fiabilidad (13.6%) y cantidad de información (17.6%).

Junto a las encuestas epidemiológicas que evidencian el uso frecuente que la población hace de Internet para consultar problemas de salud, han surgido investigaciones que plantean la posibilidad de estimar la prevalencia de diferentes enfermedades a través de herramientas que analizan las tendencias de búsqueda como Google Trends. Es este caso, se parte de la idea de que las búsquedas se realizan con la intención de confirmar señales corporales que podrían alertar sobre la presencia de un trastorno o enfermedad. Por lo tanto, se podría asumir cierta relación entre las búsquedas por Internet y la prevalencia de diferentes enfermedades o trastornos mentales (Gordillo y Mestas 2021). En este sentido, se obtuvieron datos con un importante valor funcional en la detección de brotes de gripe (Kang et al. 2013; Ortiz et al. 2011; Valdivia et al. 2010), y en otras enfermedades (Gluskin et al. 2014; Pelat et al. 2009; Zhou et al. 2011).

Por lo tanto, los objetivos del presente estudio son: 1) Describir la evolución del Volumen Relativo de Búsquedas (VRB) del término “Diabetes” en México, entre los años 2019 y 2024 (antes, durante y después de la pandemia), en todas las entidades federativas. 2) Comparar gráficamente, a través de mapas de intensidades, la evolución del VRB entre los años 2019 y 2024.

## Método

### Procedimiento

Se utilizó Google Trends para la extracción de los datos. Esta herramienta permite analizar una muestra de búsquedas representativas con datos normalizados y establecer su relevancia. La normalización de los datos se obtiene dividiendo cada punto de datos por el total de búsquedas de la región y el intervalo de tiempo para comparar su popularidad relativa (Volumen Relativo de Búsqueda; VRB). Los valores que se obtienen se escalan entre 0 y 100 en relación con la proporción de un tema comparado con el total de búsquedas sobre todos los temas. Se analizó el VRB de los 32 Entidades Federativas de México, en el 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 (52 semanas por año, salvo 2024 que se tuvieron en cuenta las primeras 31 semanas). La clave de búsqueda utilizada fue “Diabetes + Diavetes”. Se tuvo en cuenta tanto la palabra con “b” y con “v” debido a que podían existir errores en la escritura de las búsquedas, y se agregó el operador booleano “+” que implica uno u otro término.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo, con los promedios del VRB del término “Diabetes” de todas las Entidades Federativas. También se obtuvo el valor de la pendiente (P), que se calculó restando el promedio del VRB del 2019 al 2024, para establecer el tamaño de la progresión de las búsquedas, de forma que cuanto más alto y positivo fuera el valor de P, mayor sería el incremento del VRB del 2019 al 2024 (ver Cuadro 1). Por último, se realizó un análisis gráfico comparativo con mapas que reflejaban diferentes intensidades de búsqueda a través de la gradación del color rojo (ver Figura 1).

## Resultados

### Análisis descriptivos

Cuadro1. Promedios del Volumen Relativo de Búsqueda (VRB) para el término “Diabetes” en México, por entidades federativas entre los años 2019 y 2024.

Entidades federativas	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Media	P
Aguascalientes	62,92	61,56	63,42	66,65	65,31	70,32	65,03	2,11
Baja California	75,31	76,63	78,88	73,75	78,73	72,90	76,03	0,72
Baja California Sur	42,29	51,40	47,12	50,12	60,98	62,19	52,35	10,06
Campeche	46,50	53,67	51,92	60,79	62,81	59,61	55,88	9,38
Chiapas	65,42	64,77	74,25	67,52	60,60	74,16	67,79	2,37
Chihuahua	63,50	68,00	54,50	68,60	73,67	72,61	66,81	3,31
Ciudad de México	73,52	84,17	76,77	75,83	76,19	86,03	78,75	5,23
Coahuila	65,65	68,35	72,08	71,08	70,87	70,13	69,69	4,04
Colima	28,35	40,69	38,65	42,42	56,23	42,10	41,41	13,06
Durango	55,06	64,06	57,17	63,44	70,50	71,90	63,69	8,63
Estado de México	77,73	75,58	50,88	73,15	72,60	82,77	72,12	-5,61
Guanajuato	67,33	70,94	77,69	77,10	78,62	78,06	74,96	7,63
Guerrero	56,21	54,63	57,98	60,96	72,56	74,74	62,85	6,64
Hidalgo	64,88	73,27	57,85	66,79	68,48	79,42	68,45	3,57
Jalisco	70,67	75,54	75,23	64,31	74,71	79,74	73,37	2,70
Michoacán	71,62	76,29	65,52	79,27	67,63	78,26	73,10	1,48
Morelos	61,27	68,58	54,02	66,67	72,00	70,45	65,50	4,23
Nayarit	58,25	60,73	46,35	63,08	68,27	54,39	58,51	0,26

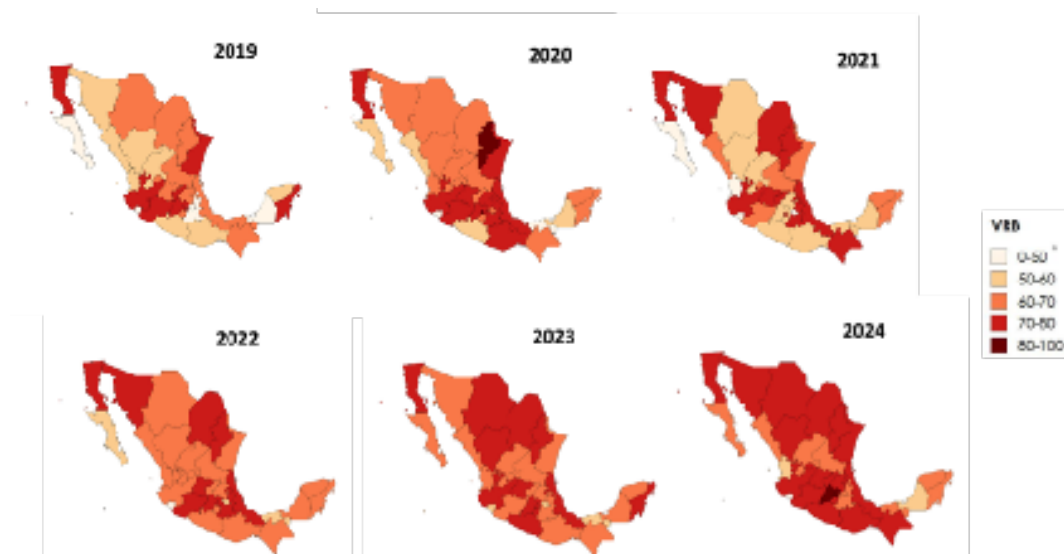
## Problemas emergentes en salud

### Interfaces teórico-metodológicas en torno a la corporeidad extendida

Entidades federativas	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Media	P
Nuevo León	68,62	81,33	74,50	72,54	70,75	74,13	73,65	5,02
Oaxaca	58,02	71,29	56,31	64,75	66,54	74,94	65,31	7,29
Puebla	39,02	70,23	75,54	73,19	68,02	68,00	65,67	26,65
Querétaro	74,56	69,96	72,96	66,83	68,13	71,74	70,70	-3,86
Quintana Roo	70,15	65,46	67,54	66,17	70,48	68,32	68,02	-2,13
San Luís de Potosí	68,73	68,15	63,63	61,44	67,04	66,35	65,89	-2,84
Sinaloa	53,92	59,54	69,98	66,31	67,62	69,94	64,55	10,63
Sonora	56,10	64,67	71,63	72,08	66,10	75,87	67,74	11,64
Tabasco	66,94	47,65	54,90	59,98	59,73	66,61	59,30	-7,64
Tamaulipas	71,50	71,54	61,38	62,98	66,21	71,74	67,56	-3,94
Tlaxcala	48,83	62,15	48,63	57,27	54,56	66,32	56,29	7,46
Veracruz	68,79	76,67	72,73	70,85	76,98	75,35	73,56	4,77
Yucatán	59,31	67,50	66,35	60,29	60,29	69,90	63,94	4,63
Zacatecas	58,58	68,69	56,42	62,77	62,96	62,90	62,05	3,47

### Análisis gráfico: Mapa de intensidades

Figura 1. Niveles del Volumen Relativo de Búsqueda (VRB) para el término “Diabetes” en México, por entidades federativas entre los años 2019 y 2024



### Reflexión final

El objetivo de esta investigación fue analizar la tendencia de búsqueda del término “Diabetes” antes, durante y después de la pandemia por COVID-19 en las 32 entidades federativas de México. Los resultados mostraron que las búsquedas del término “Diabetes” se incrementaron de manera progresiva desde el 2019 al 2024 (véase Cuadro 1 y Figura 1). Por otro lado, Baja California, Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Querétaro y Veracruz, tuvieron los VRB muy elevados durante todos los años de análisis (2019 y 2024), con promedios del VRB superiores a 70, mientras que Baja California Sur, Colima, Puebla, Sinaloa, Sonora, muestran valores de la Pendiente superiores a 10, especialmente Puebla con un valor de 26,65. Esto indicaría que el incremento del VRB desde el 2019 al 2024 en estas Entidades federativas ha sido moderado. En el caso de Puebla, pasó de un valor de 39,02 a uno de 65,67 en el 2024 (véase

Tabla 1, Figura 1). Estos datos en términos generales permiten caracterizar las preocupaciones de la población mexicana respecto a la diabetes teniendo en cuenta las dimensiones de espacio y tiempo.

No todas las regiones mostraron las mismas preocupaciones (reflejadas en los niveles de búsqueda), y por lo tanto se deben analizar las variables que están determinando estas diferencias, y que podrían beneficiar las estrategias de prevención sanitaria. Además, como se puede observar en la figura 1, en el 2024, respecto a años anteriores, se observa una mayor extensión de la intensidad de los colores en el mapa de México, que estaría reflejando valores moderados del VRB en la mayoría de las Entidades federativas. Este dato es interesante porque podría estar evidenciando una relación bidireccional entre COVID-19 y diabetes, como se ha planteado en algunas investigaciones, donde se ha demostrado que el SARS-CoV-2 puede producir un daño directo al páncreas, empeorando la hiperglucemia e incluso, podría propiciar la aparición de diabetes (véase Lima-Martínez et al. 2021).

El uso de Internet está en constante crecimiento e influye de manera muy importante en la población. En concreto, las búsquedas relacionadas con la salud se han ido incrementando, en parte por el fácil acceso y la gran cantidad de información disponible, si bien no toda confiable (Villaescusa y Sáez 2013). Esta búsqueda de información sobre salud en Internet forma parte de lo que se conoce como eSalud. Según Lupiáñez-Villanueva (2011) este concepto surgió en la parte final de la década de los noventa y se enfoca a la aplicación de los recursos tecnológicos (las llamadas TIC) en el campo de la salud. Este periodo podría considerarse como uno de transición entre la sociedad industrial a la sociedad red por el uso tan importante de la tecnología.

En este sentido, uno de los elementos más positivos que se piensa está propiciando este cambio, es que las personas empiezan a ser más responsables y a estar más informadas sobre su salud. Este llamado “empoderamiento” implica a su vez que las personas busquen opciones de tratamiento y participen de manera más activa en la relación médico paciente y se integren más a los sistemas de salud. Sin embargo, también podría suceder lo contrario y que, en lugar de favorecer la inclusión de los pacientes en una nueva dinámica, las cuestiones tecnológicas entorpezcan el proceso de acceso a la salud, ya sea por la poca disponibilidad de herramientas tecnológicas en algunos sitios, el analfabetismo tecnológico o porque las personas no saben cómo filtrar información de tal manera que puedan identificar la que es veraz de la que no lo es.

Estos cambios respecto a la forma en la que la población empieza a responsabilizarse de su propia salud buscando información a través de medios digitales, se evidenció en la pandemia del COVID-19, donde se incrementaron las consultas, sin duda asociadas a la preocupación por la emergencia sanitaria. Algunas investigaciones (p.ej., Andía-Rodríguez et al. 2023; Gordillo y Mestas, 2021) han señalado que la búsqueda de información sobre temas de salud durante el confinamiento se disparó, evidenciándose más en lo referente a la salud mental; pero que pocos trabajos se han realizado sobre comorbilidades en salud y COVID 19. Nuestro objetivo fue analizar si la búsqueda de información sobre diabetes durante la pandemia de COVID-19 sufrió algún cambio, teniendo en cuenta que esta enfermedad se consideró como una de las comorbilidades y factores de riesgo más importantes para desarrollar síntomas graves por COVID-19.

Debido a la alta carga de información donde se solía encontrar que la diabetes era un predisponente para desarrollar síntomas graves del COVID-19 e incluso para morir, mucha gente se dedicó a buscar información sobre esta enfermedad durante el periodo de 2020 a 2024 en las diferentes entidades federativas de México. De esta manera, aunque sabemos que la diabetes está diseminada en todo nuestro país, la búsqueda se concentró en algunos puntos específicos como Baja California, CDMX, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Querétaro y Veracruz, donde se mantuvo de manera constante, mientras que en otros estados se presentó un aumento de manera progresiva en el tiempo (Baja California Sur, Colima, Puebla, Sinaloa y Sonora). Estos datos podrían explicarse debido a las altas concentraciones humanas de estas regiones. Además, también habría que tener en cuenta que la disponibilidad de recursos digitales puede estar más presente en estos estados de la república mexicana que en otros.

Los resultados evidencian que Google Trends podría ser una herramienta de rastreo útil en el ámbito clínico y en situaciones de emergencia. Hay que tener en cuenta que es una de las herramientas en línea más populares para rastrear los volúmenes de búsqueda en Internet. Los usuarios de Google Trends pueden obtener los datos de tendencias de búsqueda de los términos que sean de su interés, proporcionando un volumen de búsqueda relativo (VRB) para representar la popularidad de un término de búsqueda específico en un área geográfica específica durante un periodo de tiempo. El valor de VRB varía de 0 a 100. Un valor de 0 significa que no hubo suficientes datos para este término y un valor de 100 representa el pico de popularidad del término (Andía-Rodríguez et al. 2023; Ayyoubzadeh et al.

2020, Carneiro y Mylonakis 2009). Por lo tanto, hay una estimación numérica de las búsquedas que permite establecer una relación con las preocupaciones de los usuarios sobre su salud.

Es decir, esta herramienta sería útil para el monitoreo de las preocupaciones de la población en momentos y espacios concretos. El hecho de que en un periodo con niveles de estrés elevado como la pandemia del COVID-19, se mantuvieran a niveles elevados las tendencias de búsqueda del término “diabetes” en poblaciones con alta densidad demográfica podría reflejar un incremento de la prevalencia de esta enfermedad a través de la preocupación de la población. Google Trends refleja cambios en los niveles de preocupación de los usuarios de Internet sobre diabetes, dependientes del momento y lugar de la búsqueda. Esta herramienta de monitoreo supone mejoras en el afrontamiento de este tipo de eventos, como así se ha comprobado en brotes de gripe (Kang et al. 2013; Ortiz et al. 2011; Valdivia et al. 2010), y en otras enfermedades (Gluskin et al. 2014; Pelat et al. 2009; Zhou et al. 2011). En estos contextos de emergencia se podrían crear clínicas virtuales que atendieran los problemas de salud mental de manera eventual, teniendo en cuenta el tiempo, el espacio y la evolución de la enfermedad (Gordillo & Mestas, 2021). Estos sistemas de prevención no son nuevos, y han sido puestos en marcha con éxito en otros países, como en Estados Unidos (“Call4Calm”, Ayers et al. 2020), donde se habilitaron sistemas de comunicación telefónica disponibles para los ciudadanos.

Romero-Nájera y colaboradores (2021) señalan que la identificación de comorbilidades asociadas a la presentación clínica grave de la COVID-19 es importante para un abordaje terapéutico correcto de los pacientes, lo cual derivaría en el desarrollo de estrategias de salud orientadas a la prevención y tratamiento de complicaciones médicas en el contexto de esta enfermedad. En este sentido, pacientes mejor informados, con mejores estrategias de autocuidado de la salud podría evitar complicaciones derivadas. Sin embargo, sería interesante saber si las búsquedas que se hicieron en México de la palabra “diabetes” estaban más relacionadas con el interés de las personas por la interacción de la COVID-19 con la diabetes, o con la necesidad de recibir algún tipo de orientación sobre diabetes ya que los servicios de salud se avocaron más a resolver la emergencia por COVID-19, desatendiendo en parte el resto de enfermedades.



Un ejemplo de esto es que las personas que padecían enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), vieron interrumpido su acceso a los servicios de salud, incrementándose el riesgo de que desarrollasen un cuadro grave de COVID-19 y de morir (Romero-Nájera et al. 2021). En este sentido, las medidas empleadas para evitar una curva exponencial de contagios de COVID-19, tales como el confinamiento, el distanciamiento social, las restricciones a la movilización, el acceso limitado a las unidades de atención primaria, las farmacias y los servicios comunitarios, han impactado en la población que sufre alguna enfermedad crónica al coartar la capacidad para proveerse de alimentos saludables, realizar actividad física o acceder a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud (Ministerio de Salud de Argentina 2022).

En este sentido, quedó claro que los sistemas de salud de casi la totalidad de los países por no decir todos, se vieron rebasados por las presiones que impuso la pandemia de COVID-19 a los institutos de salud mundiales. Considerando esto, y que seguramente nos enfrentaremos a distintas y tal vez más frecuentes pandemias en los siguientes años, tal vez sería conveniente traer a la escena alguna de las estrategias de autoatención que se han dejado de lado durante mucho tiempo, y esa es la automedicación que dicho sea de paso aumentó durante la pandemia que estamos por finalizar (Navarrete-Mejía et al. 2020). Como se puede leer de manera reiterada en la literatura médica (p.ej., Sánchez- Bermúdez & Nava-Galán, 2012), la automedicación en países como México, se ha considerado un problema de salud pública; sin embargo, existen otras voces que manifiestan la necesidad de cambiar esta visión. Así, Wirtz, y colaboradores (2009) ya propugnaban por abrir un debate acerca de la automedicación y la regulación en la venta de medicamentos para distintas enfermedades.

Estos autores señalan que estamos frente a un fenómeno donde las personas buscan más información acerca de sus padecimientos, por lo que se requiere educar a la sociedad en los procedimientos de automedicación, en tanto que la automedicación no debe ser considerada una “práctica aberrante y peligrosa per se”. Desde esta perspectiva, la sociedad debe conocer qué tipo de medicamentos existen: los de venta libre, también llamados OTC o over-the counter, que son aquellos medicamentos que tienen un margen riesgo/beneficio que permite su utilización sin supervisión médica para el alivio de una serie de síntomas, frente a los de venta con receta médica que son aquellos que deben prescribirse bajo

supervisión médica. Debemos conocer cuáles son las razones para hacer estas distinciones; es decir, promover información que apoye la automedicación segura y responsable. En 2018 Menéndez precisó que la autoatención, debido a los cambios que hemos experimentado como sociedad, convive con la atención profesional. De esta manera, los procesos relacionados con la salud de la población ya no solamente siguen el modelo médico tradicional, donde ya no sólo los médicos son los que saben de dosis, medicamentos, sino que en la actualidad los pacientes son pacientes más informados e incluso, empoderados

Para finalizar, podemos mencionar que existen diferentes limitaciones en nuestro trabajo. En primer lugar, que los datos están obtenidos del volumen de búsqueda de los usuarios, sin que tengamos acceso a la intención de dichas búsquedas. Por otro lado, las muestras utilizadas y obtenidas de Google Trends, no son totalmente representativas de la población, porque el acceso a Internet no es homogéneo en toda la población mexicana. Los datos estarían informando de las preocupaciones de la población antes, durante y después de una emergencia sanitaria respecto a la diabetes, pero el origen de estas preocupaciones puede provenir de diferentes factores, como los ambientales, o la gestión política y económica. Si embargo, y a pesar de todas estas limitaciones, sería aconsejable tener en cuenta sistemas de monitorización de la población en situaciones de emergencia que analicen el VRB, con el objetivo de implementar intervenciones preventivas, que se han mostrado muy eficaces en diferentes contextos sanitarios.

## Referencias

- Abu Khait, Abdallah; Majd Mrayyan, Saleem Al-Rjoub, Majdi Rababa & Sami Rawashdeh. 2022, "Cyberchondria, anxiety sensitivity, ypochondria, and Internet addiction: Implications for mental health professionals", *Current psychology*, 13:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03815-3>.
- Amante, Daniel, Timothy Hogan, Sherry Pagoto, Thomas English, and Kate Lapan. 2015, "Access to care and use of the Internet to search for health information: Results from the US National", *Health Interview Survey*, 17(4), DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.4126>
- Andía-Rodríguez, Iván; Valeria Ayala-Laurel, Jimmy Díaz-Carrillo, Marjorie Llange-Sayan, Samanta Picón, Eder Reyes-Reyes, José Armada, y Christian R. Mejía. 2023, "Análisis con Google Trends y Our World in Data sobre la salud mental mundial en el contexto de la pandemia por covid-19", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.001>
- Ayers, John; Eric Leas, Derek Johnson, Adam Poliak, Benjamin Althouse, Mark Dredze & Alicia Nobles. 2020, "Internet Searches for acute anxiety During the early stages of the COVID-19 Pandemic", *JAMA Internal Medicine*, 180(12): 1706-1707. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3305>
- Ayyoubzadeh, Seyed Mohammad, Seyed Mehdi Ayyoubzadeh, Hoda Zahedi, Mahnaz Ahmadi and Sharareh R Niakan Kalhori. 2020, "Predicting COVID-19 incidence through analysis of Google Trends data in Iran: Data mining and deep learning pilot study", *JMIR Public Health Surveill*, 6(2): e18828. DOI: <https://doi.org/e18828>. 10.2196/18828
- Basto-Abreu, Ana, Nancy López-Olmedo, Rosalba Rojas-Martínez, Carlos Aguilar-Salinas, Grea Moreno-Banda, Martha Carnalla, Juan Rivera, Martín Romero-Martínez, Simón Barquera y Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez. 2022, "Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022", *Salud Publica Mex*, 65 URL: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14832>
- Bellido, Virginia y Antonio Pérez. 2020, "Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes", *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(6): 355-356. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.04.001>
- Blázquez, Minerva; Dolores Gómez Romero, Isidora Frontaura Fernández, Abdón Camacho Ojeda, Francisco M. Rodríguez Salas, Higinio Toriz Cano. 2018, "Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria", *Atención Primaria*, 50(9): 547-552. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.005>
- Carneiro, Herman A. & Eleftherios Mylonakis. 2009, "Google trends: A web-based tool for real-time surveillance of disease outbreaks", *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 49(10): 1557-1564. <https://doi.org/10.1086/630200>
- Gluskin, Rebecca T.; Michael A. Johansson, Mauricio Santillana, John S. Brownstein. 2014, "Evaluation of Internet-based dengue query data: Google Dengue Trends", *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 8(2): e2713. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002713>

Gordillo, F. y Mestas, L. 2021, "Análisis de la ansiedad y la depresión durante la pandemia del COVID-19 mediante Google Trends", *Ansiedad & Estrés*, 27(2-3): 172-177.

Institute for Global Health Science. 2020, La respuesta de México al COVID-19: estudio de caso.

Kang, Min; Haojie Zhong, Jianfeng He, Shannon Rutherford y Fen Yang. 2013, "Using Google Trends for influenza surveillance in South China", *Plos One*, 8(1): e55205. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055205>

Kastora, Stavroula; Manisha Patel, Ben Carter, Mirela Delibegovic y Phyo Kyaw Myint. 2022, "Impact of diabetes on COVID-19 mortality and hospital outcomes from a global perspective: An umbrella systematic review and meta-analysis", *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 5(3): e00338. DOI: <https://doi.org/10.1002/edm2.338>

Lima-Martínez, M., C. Carrera Boada, M. Madera-Silva, W. Marín y M. Contreras 2021, "COVID-19 and diabetes: A bidirectional relationship. COVID-19 y diabetes mellitus: una relación bidireccional", *Clínica e investigación en arteriosclerosis: publicación oficial de la Sociedad Española de Arteriosclerosis*, 33 (3): 151–157. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001>

Lupiáñez-Villanueva, Francisco. 2011, "Salud e Internet. Más allá de la calidad de la información", *Revista española de cardiología*, 64 ( 10): 849-850.

Marin-Torres, Viviana; Justo Valverde Aliaga, Ignacio Sánchez Miró, María Isabel Sáenz del Castillo Vicente, Elena Polentinos-Castro y Araceli Garrido Barral. 2013, "Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente", *Atención Primaria*, 45(1). 46-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>

Menéndez, Eduardo. 2018, "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos", *Desacatos*, 58: 104-113

Ministerio de Salud de Argentina. 2022, Impacto del COVID-19 en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles: Un análisis desde el programa redes de salud.

Moazzami, Bahram; Shahla Chaichian, Amir Kasaeian, Shirin Djalalinia, Meisam Akhlaghdoust, Masoud Eslami, and Behrooz Broumand. 2020, "Metabolic risk factors and risk of Covid-19: A systematic review and meta-analysis", *PLoS ONE*, 15(12): e0243600. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243600>

Navarrete-Mejía, Pedro, Juan Carlos Velasco-Guerrero y Luis Loro-Chero. 2020, "Automedicación en época de pandemia: Covid-19", *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(4): 350-355.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2020, Manejo de las personas con diabetes durante la pandemia de COVID-19. Consideraciones para los proveedores de salud. OPS/NMH/NV/COVID-19/20-0021. URL: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52382/OPSNMHNVCVID-19.200021\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52382/OPSNMHNVCVID-19.200021_spa.pdf)

Ortiz, Justin; Hong Zhou, David K. Shay, Kathleen M. Neuzil, Ashley L. Fowlkes and Christopher H. Goss. 2011, "Monitoring influenza activity in the United States: A comparison of traditional surveillance systems with Google Flu Trends", *Plos One*, 6(4): e18687.

Pelat, Camille, Clément Turbelin, Avner Bar-Hen, Antoine Flahault y Alain-Jacques Valleron. 2009, "More diseases tracked by using google trends", *Emerging Infectious Diseases*, 15(8): 1327-1328. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1508.090299>

Román-González, Alejandro, Luis Rodríguez, Carlos Builes-Barrera, Diva Castro, Carlos Builes-Montaña, Clara Arango-Toro, Johnayro Gutiérrez-Restrepo y Juan David Gómez. 2021, "Diabetes mellitus y COVID-19: fisiopatología y propuesta de tratamiento para el control glucémico en el tiempo de la pandemia", *Iatreia*, 34(2): 161-171. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.93>

Romero-Nájera, D., N. Peurtas-Santana, M. Rivera-Martínez, G. Badillo-Alviter, y P. Rivera-Vázquez. 2021, "Covid-19 y enfermedades crónicas, un análisis en México", *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa*, 11(1): 61-71.

Sánchez-Bermúdez, Claudia & Ma. Guadalupe Nava-Galán. 2012, "Análisis de la automedicación como problema de salud", *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3): 159-162.

Secretaría de Salud. 2016, 14 de noviembre 2016, Emite la Secretaría de Salud emergencia epidemiológica por diabetes mellitus y obesidad. URL: <https://www.gob.mx/salud/prensa/emite-la-secretaria-de-salud-emergencia-e-pidemiologica-por-diabetes-mellitus-y-obesidad>

Tabák, Adam, Christian Herder, Wolfgang Rathmann, Eric J Brunner and Mika Kivimäki. 2012, "Prediabetes: a high-risk state for diabetes development", *Lancet*, 379(9833): 2279-2290.

Valdivia, A., J. Lopez-Alcalde, M. Vicente, M. Pichiule, M. Ruiz y M. Ordobas. 2010, "Monitoring influenza activity in Europe with Google Flu Trends: comparison with the findings of sentinel physician networks—results for 2009–10", *Eurosurveillance*, 15(29): 19621. <https://doi.org/10.2807/ese.15.29.19621-en>

Villaescusa-Martínez, Victor y Lorena Sáez-Villar. 2013, "Búsqueda de información sobre salud a través de Internet", *Enfermería Global*, 12(31): 197-205.

Wirtz, Veronika, Anahí Dreser y René Leyva. 2009, "El debate sobre la automedicación [The debate on self-medication]", *Salud Pública de México*, 51(3): 179–180. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000300004>

World Health Organization. 2024, World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>

Zhou, Xichuan; Jieping Ye, y Yujie Feng. 2011, "Tuberculosis surveillance by analyzing Google trends", *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 58(8): 2247-2254. DOI: <https://doi.org/10.1109/TBME.2011.2132132>



# Relación entre las redes sociales con la imagen corporal y la alimentación en estudiantes del área de la salud

• Iara Gabriela Valle Llanes • Andrés Méndez Palacios Macedo

## Resumen

El estudio sobre la percepción de la imagen corporal es fundamental en el campo de la salud, ya que a propósito de ella se configuran diversas prácticas en alimentación y salud. Dentro de sus condicionantes se encuentra la exposición a las redes sociales, que pueden tener un impacto tanto en la percepción de la imagen como en la dieta diaria. La relación entre la valoración negativa de la imagen corporal y la alimentación puede ser compleja y variar entre personas, pero el consumo de medios audiovisuales ha demostrado ser un importante catalizador entre la percepción y la conducta. Esta investigación tiene como objetivo analizar la relación entre el uso de redes sociales, la percepción de la imagen corporal y la calidad de la alimentación entre estudiantes del área de la salud.

Se diseñó un estudio correlacional para determinar las asociaciones entre la percepción de la imagen corporal (relación entre Índice de Masa Corporal autorreferido y elección de figuras de Stunkard y Stellard (1990), el Índice de Alimentación Saludable (IAS) como medida de calidad de la dieta y la frecuencia en el uso de diversas redes sociales entre 120 estudiantes de nivel licenciatura en el área de Ciencias de la Salud que contestaron un instrumento electrónico previamente piloteado. Se encontró que los estudiantes perciben que existe relación entre el uso de redes sociales y la alimentación, particularmente aquellas en donde existe mayor uso de videos e imágenes. La percepción de la imagen estuvo influenciada por el IMC, mientras que el IAS y el control profesional de la dieta respondieron a la preparación profesional. El uso de redes presentó diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo y a la licenciatura de procedencia. No se encontró relación entre el uso de redes y la calidad de la dieta. Se concluye que la elección del patrón alimentario y la percepción de la imagen corporal, si bien pueden ser influenciadas por el consumo de redes sociales, están relacionadas con una mayor diversidad de factores.

Palabras clave: Autopercepción de la figura corporal, redes sociales, calidad de la dieta, universitarios, ciencias de la salud.

## Introducción

La imagen corporal es un tema cada vez más recurrente entre la producción académica, principalmente debido a la importancia que ha adquirido para la sociedad actual cumplir los estándares de belleza y perfección física basados en la extrema delgadez (Cortez et al. 2016). Intentar cumplir con dichos estándares puede tener un impacto negativo en la salud mental de las personas y, como consecuencia, incidir en la autoestima, la calidad de vida y en la adopción de comportamientos relacionados con alimentación y ejercicio (Aylwin et al. 2016; Cruzat-Mandich et al. 2016).

La imagen corporal se forma a partir de la historia psicosocial de cada individuo (Castro-Lemus 2016), y a la vez depende del autoconcepto y de la autoestima (Inkster y Cramer 2017). Por lo tanto, se considera que es un aspecto móvil y variable a lo largo de la vida de cada persona (Raich 2000) que se construye con especificidad histórica y cultural (Ibarra et al. 2013).

Una problemática que ha ido en aumento en los últimos años es que la percepción de la imagen corporal está particularmente influenciada por la información que se difunde por medio de las redes sociales (Perrin 2015), comprendidas como plataformas en línea donde los individuos divulgan e intercambian una amplia gama de información, tanto de índole personal como profesional, con otros usuarios, que pueden ser conocidos o desconocidos (Celaya 2008).

Aproximadamente 90% de los adultos jóvenes en Estados Unidos utiliza alguna red social para comunicarse; las redes sociales han cambiado la manera en que las personas interactúan, se relacionan y se expresan en el entorno digital; esto ha tenido un impacto significativo en la percepción de la imagen corporal de muchos individuos (Perrin 2015). En Europa, el estudio anual de redes sociales realizado en España demostró que las redes sociales más populares son WhatsApp, con 97% de usuarios, seguido por Facebook con 74% y en tercer lugar Instagram con 70% (IAB 2019). A nivel mundial, 91% de los jóvenes entre 16 y 24 años utilizan internet para interactuar en las redes sociales (Inkster y Cramer 2017).

En México, el 90% de los jóvenes tienen acceso a un celular y se estima que existen 35.3 millones de jóvenes de entre 12 y 29 años que utilizan internet, según datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (INEGI 2022). Las cinco redes sociales más populares y utilizadas por



los jóvenes en nuestro país son: WhatsApp (92.3%), Facebook (90.6%), Instagram (50.3%), TikTok (43.4%) y YouTube (36.0%) (Robles 2023).

El consumo constante de contenidos digitales ha demostrado tener repercusiones en la salud física y mental. Inskter y Cramer (2017) encontraron que existe un aumento en el nivel de ansiedad y depresión en un 70% de los jóvenes que utilizan redes sociales. Los participantes en su investigación señalaron que cuatro de las cinco plataformas más populares (Twitter, Facebook, YouTube, Instagram y Snapchat) contribuyen a empeorar los sentimientos de ansiedad y disminuyen la autoestima. Adicionalmente, los jóvenes que dedican más de dos horas al día a utilizar plataformas de redes sociales muestran una salud mental más deficiente; Instagram fue considerada la red social más dañina y utilizada por el grupo, en 97.6% de los casos (Inkster y Cramer 2017).

Por otra parte, un estudio sobre el internet y las redes sociales realizado en Barcelona concluyó que 75% de los participantes había usado internet para buscar información relacionada con la salud. Específicamente, los adolescentes consultaron en Internet para encontrar información sobre temas relacionados con la apariencia física, belleza, dietas, nutrición, actividad física, enfermedades, sexualidad, drogas y trastornos de alimentación (Guillamón y Martínez 2012). De acuerdo con Dopico (2022), alrededor de 10% de las imágenes que se encuentran en internet diariamente están relacionadas con temas de alimentación. Este contenido puede influenciar la información que los usuarios tienen, haciendo que se utilice para modificar los hábitos de consumo y alimentación, teniendo en ocasiones implicaciones tanto en la salud física como mental.

En el sentido del párrafo anterior, un estudio hecho sobre la influencia de la red social Instagram en las conductas alimentarias encontró asociación entre el uso de este medio y el tiempo dedicado con la percepción de la imagen corporal y el aumento del riesgo de desarrollar TCA (García 2020).

Las redes sociales están saturadas de imágenes de personas que representan los estándares de belleza convencionales, lo que puede provocar un agotamiento mental en los usuarios al ser expuestos a imágenes retocadas y cuerpos que parecen “perfectos”. Esto puede desencadenar una tendencia a compararse con los demás, lo que a menudo resulta en una percepción negativa de la imagen corporal. Los resultados de otra investigación llevada a cabo en 604 estudiantes universitarios entre los 18 y 36 años indicaron que tanto las mujeres como los

hombres que cumplieran con los criterios diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) mostraron niveles más altos de obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, entre otros (Castejón y Berengüí 2020).

Es común encontrar en las redes sociales publicaciones que vinculan la felicidad y el éxito con la idea de la perfección física, y los jóvenes que están en la fase de descubrimiento de su identidad son particularmente susceptibles a estos mensajes (Lezema 2015). Los usuarios buscan validación y aceptación en las redes sociales, lo que puede llevar a la búsqueda constante de aprobación, aumentando la presión para alcanzar esas expectativas de los estándares y dañando la imagen corporal de manera negativa, lo que puede afectar a las conductas de alimentación y la relación de una persona con la comida.

Se ha demostrado que las mujeres que tienen una propensión mayor a realizar comparaciones sociales tienden a infravalorar su cuerpo, después de estar expuestas a imágenes retocadas en Instagram (Kleemans, Daalmans, Carbaat y Anschütz 2018). En un estudio hecho sobre las representaciones sociales de belleza en las redes sociales y la relación que tiene con el autoconcepto físico, se entrevistó a 10 jóvenes universitarias de Medellín entre los 18 y 25 años, encontrando que los estándares de belleza que se exponen en las redes sociales influyen en el autoconcepto de la imagen corporal (Mejía 2018).

30.7 millones de jóvenes en México, que representan 24.6% de la población, están altamente expuestos a estándares de belleza inalcanzables y exagerados (Flores 2022). Esta exposición los lleva a enfrentar trastornos alimenticios como la anorexia, la bulimia y los atracones por llevar a cabo dietas extremas o restrictivas en un esfuerzo por alcanzar un ideal de belleza poco realista, todos caracterizados por una distorsión en la percepción de sus cuerpos, es decir, una imagen corporal negativa.

Aun cuando pueden existir consecuencias positivas del uso de redes sociales, como la motivación de un estilo de vida saludable, existen principalmente consecuencias negativas como la comparación y la influencia donde los usuarios adoptan cambios que llegan a distorsionar la forma en la que se ven y como consecuencia afecta su seguridad y autoestima, llevando en varios casos al desarrollo de TCAs (Escribens e Yrigoyen 2023). Una investigación realizada en Chile demostró que 51.2% de los participantes tenían una percepción errónea de su estado nutricional, lo que indica una discordancia entre cómo perciben su estado nutricional y la evaluación a través de medidas objetivas (Vidal, Crisosto, Olivares, y Caro 2022).

Seguir dietas como consecuencia de la presión social ejercida por cumplir con las normas de control de peso, restricción de la comida y el disfrute, conllevan a rechazar partes del cuerpo normales. Esto deriva en una obsesión y preocupación en donde el estar delgado es lo bueno y aceptable (Escribens e Yrigoyen 2023). Lo anterior, puede contribuir a la baja autoestima y a la ansiedad en torno a la comida y el cuerpo. Esto puede dificultar que las personas disfruten de una relación equilibrada y saludable con la comida.

De acuerdo con Lezema (2015) cuando un cuerpo delgado y marcado se convierte en el ideal de belleza socialmente deseable, las personas tienden a etiquetar un cuerpo de tamaño normal y saludable como “talla grande”. Esta percepción distorsionada de la imagen corporal lleva a muchos a tomar riesgos con su salud en busca de alcanzar un peso más bajo, adoptando hábitos poco saludables asociados con trastornos alimentarios. Según Trindade, Appolinario, Mattos, Treasure y Nazar (2019) este fenómeno se agrava durante la etapa universitaria, que se considera especialmente estresante y crítica debido a los diversos cambios y desafíos a los que los jóvenes se enfrentan, como vivir de manera independiente, responsabilizarse de su propia alimentación y buscar empleo, entre otros.

Ante este panorama surge la pregunta: ¿cuál es el impacto entre la relación del uso de redes sociales y la percepción de la imagen corporal en la alimentación de los estudiantes del área de la salud de Mérida, Yucatán? La hipótesis es que el uso excesivo de las redes sociales de los estudiantes del área de la salud está relacionado con una percepción negativa de la imagen corporal, misma que contribuye a una alteración en la calidad de la dieta.

## Método

Se utilizó un diseño correlacional y se eligió una muestra por conveniencia de 120 estudiantes entre edades comprendidas entre los 19 y 42 años con una edad media de 21 años ( $DT= 3.34$ ), donde 67.5% son mujeres ( $n=81$ ) y 32.5% son hombres ( $n=39$ ). Toda la población estudiada pertenece a distintas licenciaturas del área de la salud en Mérida, Yucatán, siendo 61.7% estudiantes de la licenciatura en Nutrición ( $n=74$ ), 20% de Medicina ( $n=24$ ), 8.3% de Psicología ( $n=10$ ), 6.7% de Enfermería ( $n=8$ ) y 3.3% a Rehabilitación ( $n=4$ ).

Como parte de los criterios de la selección de la muestra se estableció que los estudiantes debían hacer uso de alguna de las siguientes redes sociales: Instagram, WhatsApp, Facebook, TikTok o Twitter, deben contar con al menos 17 años en adelante y pertenecer a alguna licenciatura del área de la salud.

Las respuestas se recolectaron por medio de un cuestionario en línea, desarrollado a través de la interfaz de Google Forms. En este mismo se incluyó información respecto al uso de la información y la explicación en torno al objetivo del proyecto, de tal forma que los participantes pudieran dar de manera electrónica, su consentimiento para participar en la investigación.

Las variables se agruparon en tres: percepción de la imagen corporal, frecuencia de uso de redes sociales y alimentación. En cuanto a la primera, se recabaron datos autorreferidos sobre peso y estatura, así como aquellos que correspondieran a la última medición realizada por un profesionista de la salud. Con base en ellos, se calcularon dos IMC: uno más cercano a la actualidad percibida y el otro respecto al último contacto con los servicios de salud. El cribaje del IMC se realizó de acuerdo con los puntos de corte de la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud 2010).

Adicionalmente, para medir la autopercepción sobre la imagen corporal, se utilizó la escala de clasificación de figuras (FRS) de Stunkard y Stellard (1990), donde los encuestados debían elegir la figura que más creyeran que se asemejaba a su silueta. Esta elección se contrastó con las dos referencias del IMC para encontrar si existía alguna discrepancia; se consideró a la misma como alteración en la percepción.

El apartado sobre el uso de redes sociales se diseñó de manera específica para este trabajo, teniendo como referencia el trabajo de Ojeda-Martín et al. (2021) en donde se contempla el tipo de red social y el tiempo de uso. Se clasificaron las respuestas de acuerdo con una escala de Likert con tres rangos: menos de 1 hora (bajo), de 1 a 2 horas (medio) y más de 2 horas (alto).

Por último, se empleó el cuestionario del Índice de Alimentación Saludable (IAS), siguiendo los trabajos con universitarios de Muñoz-Cano et al. (2015) y de Hernández-Gallardo et al. (2020) donde se consideró como una herramienta práctica y útil para recopilar información cuantitativa sobre la calidad de la dieta. Consta de 10 apartados de nutrición, cada uno correspondiente a un valor relacionado con la respuesta seleccionada por el encuestado, siendo la escala máxima de 100 puntos. La clasificación es: buena calidad de la dieta ( $IAS \geq 81$ ), la calidad de la dieta necesita mejorar ( $IAS$  está entre 51 y 80) y por último, calidad de la dieta deficiente ( $IAS \leq 50$ ).

Para analizar los datos recopilados en el estudio se empleó el software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); la información tuvo un procesamiento inferencial en donde se comparó la influencia de las redes sociales en la calidad de la dieta y la percepción de la imagen corporal, utilizando la prueba de Chi-cuadrada para el análisis de variables cualitativas.

## Resultados

Participaron 120 estudiantes de Ciencia de la Salud entre 19 y 42 años (media 21.6+-3.35). El cuadro 1 resume la principal información de la población de estudio.

Cuadro 1. Características generales de la población de estudiantes de Ciencias de la Salud, 2024.

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Peso obtenido por un profesional	120	40.00	100.00	63.6162	12.84640
Estatura obtenida por un profesional	120	1.47	1.86	1.6220	.08812
IMC obtenido por un profesional	120	16.65	37.18	24.0954	4.03205
Peso autorreferido	120	40.00	100.00	64.4475	13.86678
Estatura autorreferida	120	1.47	1.88	1.6178	.08877
IMC autorreferido	120	16.87	37.18	24.5327	4.46133
Figura elegida	120	1.00	7.00	4.0583	1.36151
Puntuación del Índice de Alimentación Saludable	120	26.00	92.00	63.0583	11.97287

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la percepción de la imagen corporal, el cuadro 2 resume la distribución de las frecuencias sobre el IMC autorreferido y el obtenido por la medición de un profesionista de la salud. Destaca particularmente las diferencias, mismas que pueden ser atribuidas al paso del tiempo entre las mediciones o bien, a la alteración en la percepción de la imagen actual.

Cuadro 2. Comparación del cribaje por IMC autorreferido (Actual vs. Última medición) entre estudiantes, 2024.

	Autorreferido		Última medición profesional	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Peso normal	72	60.0	64	53.3
Peso insuficiente	7	5.8	9	7.5
Sobrepeso	32	26.7	35	29.2
Obesidad	9	7.5	12	10.0

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la elección de figuras de Stunkard y Stellard, se presentó una alteración en la percepción de la imagen corporal en 49% de los encuestados. Ante la pregunta sobre si desearían realizar algún cambio de un rasgo físico, 89.3% de los hombres (n=25) y 84.5% de las mujeres (n=49) respondieron de manera positiva ( $p>0.05$ ). Mencionaron que querían aumentar la masa muscular y disminuir la grasa corporal; las mujeres deseaban verse delgadas y definidas, mientras que los hombres, querían lucir musculosos.

El siguiente cuadro hace referencia a la comparación entre el cribaje nutricional por IMC autorreferido, obtenido por un profesional, la elección de una figura correspondiente con su IMC y la presencia de percepción alterada sobre la imagen corporal.

Cuadro 3. Percepción de la imagen corporal en relación con el IMC autorreferido y el resultante de un cribaje profesional entre estudiantes, 2024.

IMC autorreferido		Elección de figura correspondiente al IMC	Consistencia con cribaje de IMC profesional	Percepción alterada
Peso normal	N	45	55	10
	%	70	76	16
Peso insuficiente	N	7	5	7
	%	78	71	78
Sobrepeso	N	21	22	30
	%	60	69	86
Obesidad	N	4	9	12
	%	33	100	100

Fuente: elaboración propia; estadísticamente significativo por cada línea y columna por prueba de chi-cuadrado de Pearson.  $P=0.000$

Al comparar el IMC obtenido por un profesional y el IMC autorreferido se destaca que no coinciden ambas mediciones, siendo este dato estadísticamente significativo. Asimismo, parece existir una tendencia a subestimar el IMC por medio de la elección de las figuras, principalmente entre las personas que presentaban obesidad (donde existió el menor porcentaje de consistencia). Cabe señalar que en los grupos de personas con sobrepeso y obesidad es donde se concentró mayor alteración en la percepción de la figura corporal.

De forma complementaria, la elección de las figuras fue significativamente menos consistente cuando se comparó contra el IMC obtenido por un profesional: las personas con peso normal, eligieron las figuras 3 y 4 (IMC normal) en 63% (en contraste con 70% del IMC autorreferido que a continuación, estará en cada uno de los paréntesis); aquellas con peso insuficiente eligieron las figuras 1 y 2 (IMC bajo) en 71.4 % (78%), 56% de las personas con sobrepeso eligió las figuras 5 y 6 (59%) y solo 3% de las personas clasificadas profesionalmente con obesidad, eligieron la figura 7 (33%). Todos los datos fueron estadísticamente significativos ( $p=0.000$ ).

En cuanto al uso de redes sociales, 57% de los casos usaron más de 2 horas al día alguna red social. El cuadro 4 resume la frecuencia de cada una de las plataformas referidas por los encuestados.

Cuadro 4. Uso general de redes sociales y tiempo de uso entre estudiantes, 2024.

	N	%	Tiempo de uso frecuente o muyfrecuente (%)
Instagram	44	37	89
Whatsapp	24	20	98
Facebook	19	16	70
Tiktok	31	26	63
Twitter	1	1	30

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar, la red de mayor uso entre la población fue Instagram, mientras que Whatsapp fue a la que se le destinó mayor tiempo. Algunos de los condicionantes del uso fueron el sexo de los encuestados y la carrera que cursaban. Las mujeres utilizaron muy frecuentemente IG en 70% en contraste con los hombres 56% ( $p=0.038$ ). Por otra parte, Medicina refirió no utilizar Tik Tok en comparación con otras licenciaturas que lo hacen, en 50% de los casos, muy frecuentemente ( $P=0.006$ ). Mientras tanto, los estudiantes de Nutrición y Rehabilitación resultaron ser quienes más usan Whatsapp (93 y 100% respectivamente) en contraste con Enfermería, quien solo en 75% de los casos refirió su utilización ( $p=0.000$ ).

En el apartado del IAS, se encontró que 7% de los estudiantes refiere tener una dieta de buena calidad( $n=8$ ), 80% necesita mejorarla ( $n=96$ ) y 13.3% presenta marcadas deficiencias). La mayor concentración de IAS deficiente se encontró entre estudiantes de Rehabilitación (50%) y Enfermería (25%) ( $p=0.000$ ), aún cuando, en conjunto con Nutrición (31%), los primeros recurren en 25% de los casos a la atención nutricional; la única licenciatura en donde no se reportó el control de la dieta por un profesional en nutrición fue en Medicina ( $p=0.020$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo.



Uno de los principales propósitos de este trabajo fue encontrar la relación entre el uso de las redes sociales y la imagen corporal, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En contraste, sobre la relación entre el uso de las redes sociales y su impacto en la alimentación, algunos hallazgos son por demás relevantes.

Al preguntar si los estudiantes consideraban que las redes sociales influenciaban en su alimentación, solo 10% de la población consideró que siempre; la mayoría se decantó por referir que solo en algunos casos existe influencia (66%). Los hombres consideran mayormente que las redes nunca influyen en la alimentación (41% en contraste con 16% de las mujeres;  $p=0.000$ ).

Se presentaron diferencias en la consideración de la influencia de acuerdo con el tipo de plataforma de mayor uso. 81% de las personas que usan Instagram muy frecuente, considera que las redes influyen en la alimentación ( $p=0.004$ ) y 85% de las personas que usan Tik Tok de forma frecuente, consideran que las redes influyen en la alimentación ( $p=0.043$ ).

## Discusión

Contrario a lo que podría pensarse, la literatura sobre la influencia de las redes sociales en la satisfacción corporal de las personas adultas, es bastante reciente. Y aunque el presente trabajo no presenta avances en encontrar y explicar su relación, se debe puntualizar que es una asignatura académica pendiente, ya que para varios autores, existen implicaciones que pueden derivar en problemas de salud física y mental.

Recientemente, un trabajo confirmó que las redes influenciaron negativamente en aquellas personas que presentaban insatisfacción corporal (Panzitta et al. 2023). Cabe añadir que los trabajos entre población adolescente son mucho más numerosos; particularmente uno de ellos expone que el uso de redes está relacionado con el cuerpo y la autoimagen en gran medida, a propósito del número de horas de inversión (Camacho-Vidal, Díaz-López y Sabariego-García 2023). En este trabajo exploramos ambas relaciones sin encontrar resultados significativos.

No obstante, el uso constante de redes sociales en donde se difunde un contenido principalmente visual, fue reportado dentro de los hallazgos de esta investigación: las plataformas más recurrentes fueron Instagram y en algunos grupos, Tik Tok. Ambas demostraron tener implicaciones en la alimentación, por lo que puede

suponerse que también tendrían alguna interacción con la percepción. Castro (2022) encontró en Ecuador que, quienes utilizan Instagram para comparar sus logros con los demás, son quienes mayor insatisfacción tienen con su imagen física. El énfasis que este trabajo pone en las comparaciones resulta fundamental, puesto que, entre los resultados de la problemática de los estudiantes, se encontraron profundas discrepancias entre la imagen corporal y el diagnóstico del cribaje nutricional por IMC. La percepción de los participantes sobre la proporción de su peso y su estatura, demuestra un ejercicio de comparación entre lo que un profesional establece, lo que ellos consideran y como les importa referir que lucen. Es probable que la respuesta esté condicionada por el tipo de instrumento y la licenciatura de proveniencia: los estudiantes eligieron con base no sólo en lo que ellos consideran sino en la forma en que quieren ser considerados por los evaluadores.

Es por demás relevante referir que se encontraron variaciones notables en el apartado de la influencia de las redes sociales en la alimentación dividido por sexo, sugiriendo que el impacto de las redes sociales podría manifestarse de manera contundente principalmente entre las mujeres. Este hallazgo resalta la importancia de considerar más allá del sexo como variable de clasificación, a la construcción social del género.

En este sentido, la comunidad académica funciona como una red de estímulos narrativos, visuales y auditivos, misma que se presenta de forma magnificada en una comunidad virtual. Es de tal forma relevante esta influencia que, la exposición de contenidos no es el único estímulo requerido para la modificación de pautas de conducta, alimentación inclusive; el entorno virtual también reproduce las normas sobre lo que es socialmente correcto o incorrecto consumir (Mamani, Redrovan, Villeda y Hernández 2021).

El impacto en esta normatividad dietética tiene una intrincada vinculación con las formas de percibir y hacer; es por ello por lo que el impacto probable sobre la valoración de la imagen es plausible bajo este entendido. Cabe señalar que se ha encontrado que la exposición a las redes puede influir en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, consumo esporádico de antojos y cambio en la elección de porciones alimentarias (Neter, Bachner-Melaman, & Tavor 2018). Todos los anteriores difícilmente se presentan sin que exista un nexo entre la elección de alimentos y la forma en que se percibe el resultado que la ingesta tiene en el cuerpo percibido.

Por otra parte, es por demás preocupante los índices de calidad de la dieta entre los estudiantes, difícilmente se encontró, incluso entre quienes tienen una formación en Nutrición, que cumplieran con una dieta de calidad, de acuerdo con la clasificación del IAS. Lo anterior sugiere que la salud alimentaria va más allá de la clasificación basada en el IMC; es fundamental comprender lo que la insatisfacción de la imagen corporal y el uso de redes pueden generar en construir elecciones dietéticas adecuadas. Sin embargo, habrá que matizar este hallazgo, puesto que las escalas que evalúan los patrones alimentarios difícilmente pueden ser considerados instrumentos para aproximarse a la compleja realidad de la alimentación humana.

En el presente trabajo, el IAS fue utilizado por ser considerado un instrumento en donde se concentran elementos básicos de la dieta correcta, pero no se pretendió en algún momento que este pudiera tener una explicación

acabada sobre lo que cada uno de los estudiantes elige y consume. A pesar de ello, los resultados ameritan un análisis sobre lo que la formación en Ciencias de la Salud no considera dentro de sus currículos académicos y que vulnera la dieta de los futuros profesionistas.

## Reflexión final

Aunque algunas de las principales variables analizadas en este estudio no alcanzaron significancia estadística, sus patrones y tendencias observadas pueden tener implicaciones clínicas y proporcionar puntos de partida para investigaciones futuras. La imposibilidad de demostrar estadísticamente la hipótesis, no debe interpretarse como falta de importancia, sino más bien como una oportunidad para una exploración ulterior más profunda.

La principal fortaleza de este trabajo es encontrar que, entre estudiantes de ciencias de la salud, existen notables diferencias entre la percepción física del estado de nutrición y la figura corporal. Este hallazgo refleja que, no sólo existe una alteración, sino que es probable que exista insatisfacción. Asimismo, resalta la importancia de abordar las discrepancias entre la percepción propia y el diagnóstico profesional de las personas para permitir una comprensión más precisa de su estado físico y mental.

Por otra parte, la valoración positiva sobre el impacto de las redes en la alimentación es un resultado por demás importante, pues significa que los estudiantes asumen que el consumo de contenidos virtuales puede normar su conducta. Es crucial

reconocer que, a pesar de la gran cantidad de información en línea, el consumo de contenidos no tiene impacto aparente en una adecuada elección de alimentos. Este hallazgo conduce a replantear cómo se difunde y se interpreta la información relacionada con la nutrición en las redes sociales.

Cabe mencionar que los resultados son de suma importancia, ya que las redes sociales son del día a día. En esta investigación toda la población hacía uso de las redes sociales diariamente, por lo tanto, están expuestos a una enorme cantidad de información donde puede salir contraproducente el impacto que generan en la percepción de la imagen uno mismo y a su vez en la alimentación.

En resumen, los datos revelan una conexión entre la percepción corporal, la influencia de las redes sociales en los hábitos alimenticios y la necesidad de mejorar sobre la información de estos temas. Esto apunta a la importancia de abordar estos temas de manera integral para promover una relación más saludable con la alimentación, una percepción corporal positiva y un uso adecuado de las redes sociales.

## Referencias

- Aylwin, Javiera, Díaz-Castrillón, Fernanda, Cruzat-Mandich, Claudia, García, Andrea, Behar, Rosa. y Arancibia, Marcelo. 2016, "Experiencias and perceptions on body image in Chilean males", *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* (7): 125-134.
- Camacho-Vidal, Paula, Díaz-López, Adoración y Sabariego-García, Juan Antonio, 2023, "Relación Entre el uso de Instagram y la Imagen Corporal de los Adolescentes", *Apuntes de Psicología*, 41(2): 117-122.
- Castejón, María Ángeles, Berengüi, Rosendo, 2020, "Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria", *Anales de Psicología*, 36(1): 64-73. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Castro, Karina P., 2022, "La comparación social, imagen corporal y autopresentación de jóvenes universitarios que utilizan Instagram, Quito 2022", *Profundidad Psicológica*, 2. URL: [https://www.congresosenelpacifico.com/uploads/5/8/4/0/58409697/karina\\_c\\_astro\\_paper.pdf](https://www.congresosenelpacifico.com/uploads/5/8/4/0/58409697/karina_c_astro_paper.pdf)
- Castro-Lemus, Nuria. 2016, "Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar", *Arbor*, 192(781): a353-a353.
- Celaya, Javier. 2008, *La empresa en la Web 2.0. El impacto de las redes sociales y las nuevas formas de comunicación online en la estrategia empresarial*. Gestión 2000, Barcelona.
- Cortez, Diego y cols.. 2016, "Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes", *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (7): 116-124.
- Cruzat-Mandich, Claudia, Díaz-Castrillón, Fernanda, Lizana-Calderón, Paula y Castro, Andrea. 2016. "Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años", *Revista Médica Chilena*, (144): 743-750.
- Dopico, Claudia. 2022, "Influencia de las redes sociales en la alimentación saludable", tesis, Universidad Pontificia Comillas, Madrid. URL: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/507554/retrieve>
- Escribens, Isabella Nicole e Yrigoyen, Camila. 2023, "Percepción de las adolescentes sobre la imagen corporal expuesta en redes sociales", tesis, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.
- Flores, Yesuvi. 2022, *Salud mental en la era de las redes sociales*, *Diario de Yucatán*. URL: <https://www.yucatan.com.mx/salud/2022/10/5/yeusvi-flores-salud-mental-en-la-era-de-las-redes-sociales-351837.html>
- García, David. 2020, "Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática", *Revista española de comunicación en salud*, 11(2): 244-254. DOI: <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>

Guillamón, Noemí, Martínez, Montserrat. 2012, "Uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes: Evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental" en Pérez, Nuez y del Pozo (coord.) *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud*. Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud, La Rioja.

Hernández-Gallardo, Damaris, Arencibia-Moreno, Ricardo, Linares-Girela, Daniel, Murillo-Plúa, Diana Carolina. Bosques-Cotelo, José y Linares-Manrique, Marta. 2020, "Condición nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes universitarios de Manabí, Ecuador", *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 27 (1): 15-22. DOI:10.14642/RENC.2021.27.1.5349

IAB España. 2019, "Estudio Anual de Redes Sociales". URL:[https://iabspain.es/wp-content/uploads/2019/06/estudio-anual-redes-sociales-iab-spain-2019\\_vreducida.pdf#:~:text=El%20presente%20documento%20es%20la%20d%C3%A9cima%20edici%C3%B3n%20del,uso%20de%20las%20Redes%20Sociales%20%28tradicionales%20y%20nuevas%29](https://iabspain.es/wp-content/uploads/2019/06/estudio-anual-redes-sociales-iab-spain-2019_vreducida.pdf#:~:text=El%20presente%20documento%20es%20la%20d%C3%A9cima%20edici%C3%B3n%20del,uso%20de%20las%20Redes%20Sociales%20%28tradicionales%20y%20nuevas%29)

Ibarra Espinosa, Manuel Leonardo, Camacho Ruíz, Esteban Jaime, Contreras Landgrave, Georgina, Mendoza Rodríguez, Juan Manuel y Escoto Ponce de León, María del Consuelo. 2013, "Representaciones sociales de la imagen corporal en alumnos universitarios" *Estudios de Antropología Biológica*, XVI: 607-622.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2022, *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2022/>

Inkster, Becky, Cramer, Shirley. 2017, *Status of Mind: social media and young people's mental health and wellbeing*, Royal Society for Public Health. URL: <https://www.rsph.org.uk/static/uploaded/d125b27c-0b62-41c5-a2c0155a8887cd01.pdf>

Kleemans, Mariska, Daalmans, Serena, Carbaat, Ilana, Anschütz, Doeschka. 2018, "Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls", *Media Psychology*, 21(1): 93–110. URL: <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>

Lezema, Carlos Alejandro. 2015, "Impacto de las redes sociales en los trastornos de alimentación", *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(Suplemento 1). URL: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-216/>

Mamani, Brenda, Redrovan, Daniela, Villeda, Emanuel, y Hernández, Adriana 2021, "¿Somos conscientes del efecto de las redes sociales en nuestra nutrición?" *Innovare: Revista De Ciencia Y tecnología*, 10(3): 178–180. DOI: <https://doi.org/10.5377/innovare.v10i3.12990>

Mejía, Daniela. 2018, "Representaciones sociales sobre ideales de belleza en redes sociales y su relación con el autoconcepto físico: estudio de caso con jóvenes universitarias de la ciudad de Medellín", tesis, Universidad Eafit, Medellín. URL: <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/5fa6cfde-2b05-4c32-9eca-c8d65d09b3ba/content>

Muñoz-Cano, Juan Manuel, Córdova-Hernández, Juan Antonio y del Valle-Leveaga, David. 2015, "El índice de alimentación saludable de estudiantes de nuevo ingreso a una universidad de México", *Nutrición Hospitalaria*, 31(4): 1582-1588. DOI: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8401>

Neter, Efrat, Bachner-Melaman, Rachel, Tavor, Astar, 2018, The effect of exposure to food in social networks on food cravings and external eating. *Ruppin academic*, Israel, URL: [https://classic.clinicaltrials.gov/ProvidedDocs/63/NCT03731663/Prot\\_SAP\\_000.pdf](https://classic.clinicaltrials.gov/ProvidedDocs/63/NCT03731663/Prot_SAP_000.pdf)

Ojeda-Martín, Álvaro, López-Morales, María del Pilar, Jáuregui-Lobera, Ignacio y Herrero-Martín, Griselda. 2021, "Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes", *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(10): 1289-1307. DOI: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4322>

Panzitta, María Teresa, Labory, Johana Pees, Anger, Vanesa Érica, Chulibert, María Eugenia, Mayer, Marcos Alejandro, Kalfaian, Laura. 2023, "Influencia del uso de redes sociales sobre la conformidad con la imagen corporal", *Actualización en Nutrición*, 24, (2): 103-110. DOI: <https://doi.org/10.48061/SAN.2022.24.2.109>

Perrin, Andrew. 2015, "Social media usage", *Pew research center*, 125, 52-68.

Raich, Rosa María. 2000, *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide, Barcelona.

Robles, Daniel. 2023, Adicción a las redes sociales, una amenaza para la salud mental, *Gaceta UNAM*. URL: <https://www.gaceta.unam.mx/adiccion-a-las-redes-sociales-una-amenaza-para-la-salud-mental/>

Secretaría de Salud (SS). 2010, NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. URL: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm#:~:text=Sobrepeso%2C%20a%20estado%20caracterizado%20por,menor%20a%2025%20kg%2Fm%C2%B2>

Stunkard, Albert J., Stellar, Eliot. 1990, "Eating and its disorders", en Cash y Pruzinsky (eds.), *Body Images* Guilford Press, Nueva York.

Trindade, Amanda P., Appolinario, Jose C., Mattos, Paulo, Treasure, Janet, Nazar, Bruno. 2019, "Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis", *Revista Brasileira de psiquiatria*, 41(2): 179-187. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014>

Vidal, Carolina, Crisosto, Claudia, Olivares, Denise, Caro, Patricia. 2022, "Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en la población chilena", *Nutrición hospitalaria*, 39(6): 1298-1305. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.4073>





## Sobre los autores

### Víctor Manuel Ávila-Pacheco

Correo electrónico: victor.avila@enesmerida.unam.mx

Licenciado en Nutrición por la Universidad Autónoma de Yucatán. Maestrante en Gobierno y Asuntos Públicos por la Escuela Nacional de Estudios Superiores - Unidad Mérida, UNAM. Ha trabajado la creación de circuitos cortos de comercialización con productores rurales. Ha colaborado en diversos proyectos de investigación sobre pobreza alimentaria, seguridad y soberanía alimentaria. Sus líneas de investigación se centran en las políticas alimentarias, gubernamentalidad y ruralidades.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8930-3088>

### Anabella Barragán Solís

Correo electrónico: anabsolis@hotmail.com

Doctora en Antropología, en la línea Semiótica y Hermenéutica (ENAH). Investigadora Huésped Posdoctoral CIESAS-CDMX, 2013-2014. Con el proyecto Dolor crónico: Representaciones, experiencias y prácticas. Maestra en Antropología Social, en la línea de Antropología Médica; Licenciada en Antropología Física (ENAH). Cirujana Dentista (UNAM). Es profesora-investigadora en la ENAH. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores; del cuerpo académico de la Licenciatura en Antropología Física y del Posgrado en Ciencias Antropológicas. Titular de la Línea de Investigación, Corporeidad, Experiencia, Representación y Enfermedad, y del Proyecto de Investigación Formativa, Cuerpo y Antropología Médica. Coordina el Seminario Permanente, Cuerpo, sociedad y Patrimonio ENAH-INAH.

## Omar Ángel Daniel Cabrera Valdez

Correo electrónico: [omar.angel.c@gmail.com](mailto:omar.angel.c@gmail.com)

Psicólogo, psicoterapeuta y antropólogo. Egresado de la UAM-Xochimilco, especializado en tanatología por la Asociación Mexicana de Tanatología A. C. y maestro en Ciencias Antropológicas por la Escuela Nacional de Antropología e Historia; actual candidato a doctor en la misma especialidad e institución. Experiencia en acompañamiento a pacientes terminales, familiares/cuidadores, procesos de duelo, experiencia de muerte y personal de salud.

## Marco Antonio Cardoso Gómez

Correo electrónico: [mcardoso.unam.mx](mailto:mcardoso.unam.mx)

Licenciado en Psicología, Maestro en Enseñanza Superior y Doctor en Antropología. Profesor de Carrera, Tiempo Completo, Titular definitivo en la FES Zaragoza UNAM y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, CONAHCYT Responsable de varios proyectos de investigación financiados: PAPIME y PAPIIT y FONDOS MIXTOS. Autor de artículos publicados a nivel nacional e internacional en revistas científicas, editor de libros especializados y autor de diversos capítulos de libros. Profesor y tutor en los posgrados de Psicología, Enfermería y Antropología de la UNAM. Responsable de la línea de investigación Diabetes y enfermedades crónicas: cultura, padecimiento y atención. Ha desempeñado diferentes cargos académico-administrativos en la UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0328-8743>

## Nura M. Faraón Chaúl Rivas

Correo electrónico: nuramariafaraonchaul@gmail.com

Antropóloga social por la ENAH y licenciada en Comunicación Social por la UAM-X. Ha colaborado en distintas ayudantías de investigación en temas sobre antropología y género, antropología del cuerpo y experiencia de sanación. Ha participado en campañas de difusión y actualización de bases de datos para promoción y capacitación en temas sobre divulgación de la ciencia. Sus temas de interés son las afecciones sexuales en mujeres desde una perspectiva bio-psico-socio-cultural y la construcción de la viralidad en medios de comunicación desde una orientación educativa.

## José Eduardo González López

Correo electrónico: egolez.2qgmail.com

Pasante de Psicología, con formación en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. Su interés se centra en las neurociencias aplicadas, la psicología conductual y el uso de tecnologías en la práctica psicológica. Ha realizado prácticas durante un año en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) donde desarrolló habilidades en evaluación psicológica y manejo de pacientes. Ha participado como ponente en diversos eventos académicos, presentando investigaciones sobre neurodesarrollo y recursos digitales en la enseñanza. Coautor de documentos científicos sobre el impacto de las redes sociales en la salud mental. Miembro de comités organizadores de eventos académicos.

## Fernando Gordillo León

Correo electrónico: fgordilloleon@gmail.com

Doctor en Neurociencias (2011) por el Instituto de Neurociencias de Castilla y León, y Doctor en Psicología (2018) por la Universidad de Salamanca. En la actualidad es profesor ayudante doctor del Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, donde imparte clases en el Grado de Psicología. También participa como profesor en el Máster en Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica, y en el Máster Universitario en Neurociencia Cognitiva y Educación, ambos de la Universidad Camilo José Cela. Su línea preferente de investigación se centra en el estudio de la relación entre la emoción y los procesos cognitivos (atención, percepción, memoria). Cuenta con más de 100 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, incluyendo artículos de investigación, libros, capítulos de libro, material docente, artículos de divulgación y actas de congresos.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9628-3989>

## José Arturo Granados Cosme

Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

Médico Cirujano y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor Investigador Titular C de la Licenciatura en Medicina, de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Su línea de investigación es Cultura, sexualidades y salud.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0583-1239>

## Andrés Méndez Palacios-Macedo

Correo electrónico: amepalma@gmail.com

Licenciado en nutrición, maestro en Medicina Social por la UAM-Xochimilco y candidato a doctor en Ciencias Sociomédicas dentro del campo de la Antropología en Salud en la UNAM. Ha sido docente y director de la Licenciatura en Nutrición. Ha participado en el desarrollo de investigación en los temas de: grupos etarios, ruralidad y determinantes sociales de la alimentación. Actualmente es colaborador del cuerpo académico Procesos Sociales Contemporáneos: grupos etarios en Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la UAEMex; forma parte del grupo de trabajo Diabetes, un programa de atención multidisciplinaria de la Facultad de Psicología en la FES Zaragoza y es docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, en la Universidad Vizcaya de las Américas y en la Universidad Abierta y a Distancia de México. Adicionalmente es asesor en temas de Salud Pública en la Red Mexicana de Personas que viven con VIH/SIDA y forma parte de Ingenio Colectivo.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6909-0057>

## Lilia Mestas Hernández

Correo electrónico: lilia.mestas@zaragoza.unam.mx

Licenciada en Psicología, Maestra en Neuropsicología y doctora en Psicología en el campo de conocimiento de Neurociencias de la conducta por la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I desde 2015. Profesora de tiempo completo en la carrera de Psicología de la FES Zaragoza. Editora de la Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM desde 2019 y miembro de distintos comités editoriales de revistas nacionales e internacionales. Cuenta con publicaciones en revistas nacionales e internacionales y con factor de impacto. Participante en tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Sus líneas de investigación: procesamiento emocional, alteraciones cognitivas en padecimientos crónicos tanto en niños como en adultos. Presidenta de la Academia de Neurociencias de la carrera de Psicología en la FES Zaragoza UNAM. Tutora de doctorado en el Programa de Doctorado en Psicología, UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6345-0533>

## Eduardo Minero García

Correo electrónico: [eduard89minero@gmail.com](mailto:eduard89minero@gmail.com)

Licenciado en Psicología, Maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores, estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. Cuenta con cursos y diplomados en humanidades y atención a la salud mental. Labora en psicoterapia y acompañamiento tanatológico con personas adultas. Sus líneas de investigación son: Salud mental, subjetividad, identidad y diversidad sexual. Relación trabajo, género y masculinidades. Historia social y economía política.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5493-9968>

## Luis David Ortíz Trinidad

Correo electrónico: [luis.trinidad111998@gmail.com](mailto:luis.trinidad111998@gmail.com)

Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores, UNAM especializado en el área clínica, educativa y social con experiencia en análisis de datos, atención a clientes, gestión de proyectos, desarrollo y aplicación de talleres educativos para la prevención de la salud (VIH - Sida y Obesidad), estimulación temprana, asistencia al final de la vida y/o tanatología, investigación (de campo y en laboratorio) y edición de material audiovisual.

## Rosa Georgina Pérez Castillo

Correo electrónico: [rosageorgina20@gmail.com](mailto:rosageorgina20@gmail.com)

Licenciada en Nutrición Humana y Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Profesora Investigadora Asociada del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Profesora Adjunta de Soporte Nutricio en el Instituto Politécnico Nacional y en la Universidad Nacional Autónoma de México, Profesora de Asignatura en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, también brinda apoyo nutricio-metabólico a pacientes hospitalizados. Sus líneas de investigación son Salud de los trabajadores, alimentación y salud mental.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3239-9362>

## Bernardo Adrián Robles Aguirre

Correo electrónico: [brwrdpi@gmail.com](mailto:brwrdpi@gmail.com)

Licenciado, maestro y doctor en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), ha dedicado sus investigaciones al estudio del cuerpo y la experiencia de vivir con enfermedades, en particular con la compleja relación que tiene el VIH en la vida de las personas, ha dictado conferencias y publicado en México y en el extranjero con estas temáticas, realizó una estancia de investigación en la UAM– X, y en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIA – UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores y actualmente se encuentra en el Posgrado en Ciencias Antropológicas – ENAH y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza – UNAM, en la carrera de Médico cirujano.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2463-7965>

## Zoraida Ronzón Hernández

correo electrónico: zoraronzon@hotmail.com

Doctora en Antropología Social por el CIESAS. Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México desde 2010. Perfil SEP-Prodep. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores niveles. Desde 2013 es co-coordinadora del Seminario Internacional Multidisciplinario Envejecimiento de la Población (SIMEP) de la UAEM y del Seminario Movilidades Humanas.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3597-3710>

## Santiago Moyocoyani Sosa Salazar

correo electrónico: santiago.sosa.salazar@gmail.com.mx

Licenciado en Historia, especializado en Historia Militar, Maestro en Ciencias Antropológicas, especializado en Antropología Médica, actual doctorante en Ciencias Antropológicas por la ENAH.

## Rocío Ivonne Quintal López

correo electrónico: rocio.lopez@correo.uady.mx

Doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Mujer y Relaciones de Género por la UAM, Maestra en Psicología Clínica por la UNAM y Licenciada en Psicología por la Universidad Anáhuac Mayab. Investigadora, especialista en temas de género, sexualidad y derechos humanos desde hace 16 años. Autora de libros, artículos científicos y de divulgación. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Docente a nivel de licenciatura, maestría y doctorado en universidades públicas y privadas. Es una destacada activista en defensa de los derechos de diversos grupos en situación vulnerable en Yucatán y actualmente es la Subsecretaria de Planeación con Enfoque de Género de la Secretaría de la Mujeres en el Gobierno de Yucatán.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3879-3360>



## Felipe Roboam Vázquez Palacios.

Correo electrónico: fevaz@ciesas.edu.mx

Es Doctor en Antropología. Investigador del CIESAS/Golfo. Perteneció al SNI Nivel 1. Su producción más reciente aborda la temática de la vejez, la religión y la muerte. Es autor de diversos libros, capítulos y artículos. Su actual proyecto es: la vejez en la academia mexicana.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3895-6887>

## Iara Gabriela Valle Llanes

Correo electrónico: iara131202@gmail.com

Pasante de nutrición por la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Ha realizado prácticas profesionales en el hospital Juárez y actualmente realiza su servicio social en la Unidad de Atención Integral de la Salud para deportistas y estudiantes UADY (UAIS), donde ha desarrollado experiencia en la atención, intervención y tratamiento nutricional a pacientes de distinta índole. Sus intereses están relacionados con el área clínica, en particular en la intervención con pacientes deportistas y en la comunicación entre los pacientes y su entorno en la alimentación.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-6109-3960>

## Laura Y. Vázquez Vega

Correos electrónicos: [laura.vazquez@conahcyt.mx](mailto:laura.vazquez@conahcyt.mx)/[laurayvazvega@gmail.com](mailto:laurayvazvega@gmail.com)

Etnóloga con maestría en Antropología física (ENAH) y Doctorado en Ciencias por la Facultad de Medicina (UNAM). Investigadora por México - Conahcyt. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores, 2025-2028. Profesora en: Escuela Nacional de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; Facultad de Medicina (UNAM); Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), entre otras. Directora y asesora de tesis de pre y posgrado. Investigadora asociada y coordinadora del Grupo de Estudio nacional “Epidemiología crítica y sociocultural” del Núcleo México del GT “Salud Internacional y Soberanía Sanitaria” de CLACSO. Colaboradora en la colectiva Anthro-po-praxia. Sus líneas de trabajo son interculturalidad crítica en salud, epidemiología sociocultural y curso de vida en contextos étnicos, rurales y populares; sistemas sexo-género-generación en contextos étnicos.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8292-6725>

# Problemas emergentes en salud:

## Interfaces teórico-metodológicas en torno a la corporeidad extendida

• Lilia Mestas Hernández • Bernardo Adrián Robles Aguirre  
• Andrés Méndez Palacios-Macedo • Laura Y. Vázquez Vega.  
(coordinadores)

La obra que a continuación se presenta, significa un encomiable esfuerzo por realizar un encuentro de múltiples disciplinas y enfoques diversos, con la intención de reflexionar sobre algunas de las problemáticas de salud que han emergido recientemente.

El libro se divide en once capítulos, y aunque los títulos puedan sugerir un tratamiento independiente, en conjunto, cuentan con una línea conductora muy particular: la crítica al abordaje tradicional de la biomedicina.

La estructura básica está definida por cuatro ejes reguladores: el primero, versa sobre el cuerpo y sus derroteros; en el segundo, se abordan tres diferentes casos de estudio para reflexionar sobre la salud pública institucionalizada y sus políticas y finalmente; los tres últimos textos, presentan estudios sobre la influencia de la comunicación digital en la salud y la autonomía.

Como podrá apreciarse, el libro contiene una composición ecléctica, pero no por ello, deja de tener un entramado común: presentar las formas en que la salud física, mental y la alimentación presentan importantes tensiones con las formas tradicionales de resolver sus problemas y la manera en que los esfuerzos multi, inter y transdisciplinarios pueden contribuir enormemente a su resolución.

Así, esperamos que el lector pueda encontrar un texto sugerente que le permita no sólo estar informado, sino también, despierte el interés y curiosidad por involucrarse en los temas que se presentan.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,  
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,  
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.  
Col. Ejército de Oriente.  
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.  
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n.  
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,  
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

