

ISSN: 2007-5790

PROBLEMA SALUD

PROBLEMA

SEGUNDA ÉPOCA / AÑO 17 / NÚMERO 33 / ENERO-JUNIO 2023

Cuerpo y Salud
Vulnerabilidad
Covid-19
Estrategias de cuidado
Salud mental
Reseña



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. José Antonio de los Reyes Heredia

RECTOR GENERAL

Dra. Norma Rondero López

SECRETARIA GENERAL

UNIDAD XOCHIMILCO

Dr. Francisco Javier Soria López

RECTOR

Mtro. José Ramón Hernández Rodríguez

SECRETARIO

Dr. Luis Armando Ayala Pérez

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

Dr. Luis Fernando Rivero Rodríguez

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Sergio López Moreno

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

Revista *Salud Problema*

DIRECTORA EDITORIAL

Soledad Rojas Rajs

Consejo Editorial

Oliva López Arellano

Eduardo Luis Menéndez Spina

Edgar C. Jarillo Soto

José Arturo Granados Cosme

Claudio Stern

Susana Martínez Alcántara

Florencia Peña Saint Martín

María del Consuelo Chapela Mendoza

Carolina Tetelboin Henrion

Consejo Consultivo Internacional

José Carlos Escudero (Argentina)

Jorge Kohen (Argentina)

Saúl Franco (Colombia)

Marc Renaud (Canadá)

Ana Ma. Seifert (Canadá)

Magdalena Echeverría (Chile)

Jaime Breilh (Ecuador)

Clara Fassler (Uruguay)

Oscar Feo (Venezuela)

EDICIÓN TÉCNICA **Agustín Pernia** • DISEÑO Y FORMACIÓN DCG **Rosalía Contreras Beltrán**

**Y SALUD
PROBLEMA**

Salud Problema, Segunda época, Año 17, No. 33, enero-junio de 2023, es una publicación semestral de la Universidad Autónoma Metropolitana, a través de la Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social, Prolongación Canal de Miramontes 3855, Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14387, Ciudad de México y Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México, Tel. 53847402 y 7118. Página electrónica de la revista <http://saludproblema.xoc.uam.mx> y dirección electrónica: saludproblema@correo.xoc.uam.mx. Dirección Editorial: Soledad Rojas Rajs. Editor Técnico: Agustín Pernia. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título No. 04-2022-110814432100-102, e ISSN 2007-5790, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsables de la última actualización de este número: Soledad Rojas Rajs y Agustín Pernia, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social; Calzada del Hueso 1100, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México. Fecha de la última modificación: 7 de mayo de 2024. Tamaño del archivo 2.3 MB.

Las opiniones expresadas por los autores y las autoras no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma Metropolitana.

D.R. © 2011 Universidad Autónoma Metropolitana.

Índice

5 EDITORIAL

Bernardo Adrián Robles Aguirre
Anabella Barragán Solís

8 AUTORES Y AUTORAS

ARTÍCULOS DEL DOSSIER “CUERPO Y SALUD”

- 11 **La salud mental en una comunidad universitaria después de la pandemia por COVID-19.**
Mental health in a university community after the COVID-19 pandemic
Pedro Yañez Moreno
Patricia Matus Alonso
- 30 **Estrategias de cuidado y apoyos sociales de la población envejecida del Valle de México. Formas de actuación y percepción en torno a la emergencia sanitaria por COVID-19.**
Care strategies and social supports for the aging population of the Valley of Mexico. Forms of action and perception regarding the COVID-19 health emergency.
Luis Francisco Ortiz Hernández
Zoraida Ronzón Hernández
Andrés Méndez Palacios Macedo
- 45 **Experiencia de COVID-19 y Covid largo en un grupo de médicas y médicos especialistas**
Experience of COVID-19 and long Covid in a group of specialist doctors
Anabella Barragán Solís
Miguel Jiménez Olvera
- 61 **La experiencia del diagnóstico positivo al VIH. Cambios, transformaciones y avatares. Un estudio de corte cualitativo.**
The experience of a positive HIV diagnosis. Changes, transformations and avatars. A qualitative study.
Bernardo Adrián Robles Aguirre
Lilia Mestas Hernández

- 84 **Condición psiquiátrica en reclusión: estigma y discriminación. Un estudio de caso en la CDMX**
Psychiatric condition in prison: stigma and discrimination. A case study in Mexico City
Carla Ailed Almazán Rojas

RESEÑAS DE LIBRO

- 103 **Comentarios al libro: La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México**
Oliva López Arellano

Editorial del número 33

A partir del Nro. 33 de la Revista Salud Problema, comenzamos con la publicación de dossier temáticos para localizar nuestra mirada sobre problemáticas específicas que se consideran de relevancia para el campo de la medicina social y salud colectiva. En particular, en este dossier presentamos estudios que abordan al cuerpo y sus implicaciones en los procesos de salud-enfermedad. Asimismo, contamos con la colaboración como editor y editora invitada del Dr. Bernardo Adrián Robles Aguirre y de la Dra. Anabella Barragán Solís, quienes forman parte del cuerpo académico de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH).

Además del dossier temático, el número 33 de la Revista incorpora la reseña titulada Comentarios al libro: La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México, escrito por Oliva López Arellano. Esta detallada reseña destaca los aportes del libro escrito por el Dr. Abelardo Ávila Curiel. La autora comienza sintetizando los aportes de la obra sobre la construcción del sistema nacional de salud en México desde la Colonia, identificando tres reformas sanitarias posteriores, y finaliza con el actual proceso de transformación del sistema de salud. Además, resalta tres consideraciones relevantes del libro: (1) el sistema nacional de salud sólo puede ser comprendido en el marco del desarrollo nacional; (2) la periodización propuesta permite dar un seguimiento de la configuración del sistema nacional; (3) el seguimiento histórico realizado hecha luz sobre la conformación de la oligarquía médica en el país.

A continuación, presentamos la editorial del *dossier* temático redactada por el y la editora invitada.

Editorial del dossier

“Cuerpo y salud en grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo I”

Este *dossier* reúne estudios que tienen como objetivo descifrar el complejo fenómeno social que se inscribe en el cuerpo y sus implicaciones en la salud de los individuos y grupos en situación de vulnerabilidad. Se reconoce su diversidad en términos de riesgo, así como desde el ámbito de la vida cotidiana y la relación con factores como las condiciones de vida, las disparidades de género, la violencia, las desigualdades sociales, así como en condiciones particulares como es la reclusión y/o la presencia de enfermedades concomitantes tales como COVID-19 y VIH.

Estos fenómenos se abordan a partir de campos disciplinares específicos tales como la medicina social, la antropología, la psicología y la sociología; y se presentan y analizan hallazgos importantes. Encontramos que en los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo los procesos de salud – enfermedad – atención – prevención y muerte, están determinados por elementos de orden intersubjetivo, económico, político y cultural.

En este número 33, la primera entrega del *dossier* incluye cinco artículos que abordan particularmente la forma en que los procesos de salud-enfermedad se significan, construyen y manifiestan en los cuerpos. El *dossier* tiene la finalidad de recoger algunas visiones de este fenómeno social en situaciones y contextos específicos, dirigiéndonos a un público especializado, en formación profesional o con un interés general sobre las lecciones aprendidas y los retos por afrontar en la investigación sobre la determinación social de estas situaciones.

De estos cinco artículos, los tres primeros, abordan el tema de la COVID-19. El *dossier* inicia con la contribución de Pedro Yañez Moreno y Patricia Matus Alonso, con el artículo *La salud mental en una comunidad universitaria después de la pandemia por COVID-19*, donde se exploran las condiciones del estado de salud mental de un grupo de estudiantes de licenciatura de antropología en el marco del pos-covid-19. El estudio da continuidad a las realidades que enfrenta una universidad pública caracterizada por una comunidad estudiantil afectada emocionalmente por el confinamiento que causó el coronavirus y, posteriormente, por el regreso a la “nueva normalidad” con clases presenciales. Los resultados permiten iniciar un estudio cualitativo integral que busca recuperar el bienestar estudiantil, con base al seguimiento de una atención especializada.

Por otra parte, en *Estrategias de cuidado y apoyos sociales de la población envejecida del Valle de México. Formas de actuación y percepción en torno a la emergencia sanitaria por COVID-19*. Luís Francisco Ortiz Hernández, Zoraida Ronzón Hernández y Andrés Méndez Palacios Macedo, reconocen a partir de un estudio cualitativo con perspectiva fenomenológica, que para las personas mayores en el Valle de México, los retos del confinamiento fueron excesivos, ya que la ausencia de una política de Estado para el cuidado, la falta de redes de cuidadores y las desigualdades en la distribución del acceso

público a los servicios de salud, limitaron las posibilidades de solventar sus necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención, relacionadas principalmente con la alimentación, el cuidado de la salud, el apoyo emocional y las prácticas de ocio y recreación.

Por último, en términos de estudios sobre COVID- 19, Anabella Barragán Solís y Miguel Jiménez Olvera, presentan en *Experiencia de COVID-19 y Covid largo en un grupo de médicas y médicos especialistas*, una descripción y análisis de la experiencia de COVID-19 en un grupo de médicos y médicas quienes ejercieron su profesión durante la pandemia, el texto explora las representaciones, experiencias y prácticas de atención a la infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2 y las secuelas físicas y emocionales de *long Covid* o Covid largo, los síntomas y prácticas de atención y con ello, observar la magnitud de afectaciones por COVID-19 y Covid largo en este grupo de médicos.

En el caso del artículo titulado *la experiencia del diagnóstico positivo al VIH. Cambios, transformaciones y avatares. Un estudio de corte cualitativo*, Bernardo Adrián Robles Aguirre y Lilia Mestas Hernández, centran su interés en conocer cómo se construye la experiencia del diagnóstico en un grupo de siete personas que viven con VIH. En los resultados, se observó que factores como la discriminación, el miedo, la estigmatización y el rechazo, siguen siendo elementos fundamentales que obstaculizan el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana.

Concluyendo con este número temático, Carla Ailed Almazán Rojas, presenta *Condición psiquiátrica en reclusión: estigma y discriminación. Un estudio de caso en la CDMX*, donde analiza la experiencia del estigma y la discriminación a partir de las narrativas de una persona considerada inimputable, en situación de reclusión; donde tanto su cuerpo como su condición psiquiátrica atraviesa el proceso de salud-enfermedad-atención. Asimismo, se abordan las repercusiones del rechazo en el contexto de las interacciones sociales, incluyendo tanto a las instituciones como a los campos de profesionalización. En este trabajo se reflexiona sobre la manera en que permea en los cuerpos estigmatizados.

Sin pretender agotar la diversidad de problemáticas y tópicos que han buscado explicar la complejidad que entraña el cuerpo, la salud y sus singularidades, este *dossier* temático da cuenta de distintas aristas que han orientado el análisis multidisciplinario y busca aproximar a sus lectores a problemáticas de interés, como la COVID-19, el VIH, la discriminación y el estigma, entre otras. Esperamos que resulte un aporte para el campo de la medicina social y la salud colectiva y les invitamos a su lectura.

Bernardo Adrián Robles Aguirre
Anabella Barragán Solís
Editores invitados

Autores y Autoras

PEDRO YAÑEZ MORENO

Licenciado en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH); maestro en Ciencias Sociales por El Colegio de Sonora (COLSON), y doctor en Ciencias Sociales por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Oriente (CIESAS-O). Actualmente es profesor-investigador de la ENAH. Sus líneas de investigación son: Antropología física, antropología biocultural y ecológica, antropología médica y etnografía. Correo electrónico de contacto:

pedro_yanez@enah.edu.mx

PATRICIA MATUS ALONSO

Licenciada en Nutrición por la Universidad Regional del Sureste (URSE); maestra en Antropología por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Pacífico Sur; doctora en Estudios Feministas, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Sus líneas de investigación son: Estudios feministas, antropología médica crítica, etnografía y procesos de subjetivación. Correo electrónico de contacto:

patriciamatusalonso@gmail.com

LUIS FRANCISCO HERNÁNDEZ ORTIZ

Licenciado en Antropología Social de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Ha participado como Ayudante de Investigación, en distintos proyectos en el Centro de Investigación y Ciencias Sociales de la UAEMéx. Sus líneas de investigación son: movilidades humanas y los grupos etarios, poniendo especial énfasis en la vejez y el envejecimiento. Correo electrónico de contacto:

francisco.hernandez@continental.com.mx

ZORAIDA RONZÓN HERNÁNDEZ

Doctora en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social con especialidad en Estudios del Lenguaje, en la sede central de la Ciudad de México. Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México desde 2010, en el Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. Perfil Sep-Prodep. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Líneas de investigación: grupos etarios y políticas públicas, a partir de la vejez y envejecimiento, perspectiva de género y movilidades humanas. Correo electrónico de contacto:

zronzonh@uaemex.mx

ANDRÉS MÉNDEZ PALACIOS MACEDO

Licenciado en Nutrición, maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco, y candidato a doctor en Ciencias Sociomédicas dentro del campo de la Antropología en Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es colaborador del cuerpo académico Procesos Sociales Contemporáneos: grupos etarios en Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex) y forma parte del grupo de trabajo Diabetes, un programa de atención multidisciplinaria de la Facultad de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza. Correo electrónico de contacto:

amepalma@gmail.com

ANABELLA BARRAGÁN SOLÍS

Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), Cirujana Dentista por la Universidad Nacional Autó-

noma de México (UNAM), maestra en Antropología Social en la línea de Antropología Médica y doctora en Antropología en la línea de Semiótica y Hermenéutica, por la ENAH. Realizó un posdoctorado en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Es profesora-investigadora de Tiempo Completo, Titular C en la ENAH del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Sus líneas de investigación son: antropología del cuerpo, experiencia del dolor crónico, etnografía hospitalaria, salud de los trabajadores de la salud, patrimonio cultural. Correo electrónico de contacto:

anabsolis@hotmail.com

MIGUEL JIMÉNEZ OLVERA

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), especialista en Anestesiología y Alta Especialidad en Clínica del Dolor en el Hospital General de México, UNAM, maestro en Ciencias de la Salud por el Instituto Politécnico Nacional, doctorando en Alta Dirección por el Centro de Posgrado del Estado de México. Es Jefe del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México (HGM), profesor titular del Curso de Alta Especialidad en Algología del HGM, UNAM. Sus líneas de investigación son: aspectos clínicos y epidemiológicos del dolor crónico en pacientes adultos y pediátricos en contexto hospitalario; metodología de la investigación. Correo electrónico de contacto:

migueljiol@yahoo.com.mx

BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE

Licenciado, maestro y doctor en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Realizó un posdoctorado en la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco (UAM – X), y otro en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.

Actualmente está en el Posgrado en Ciencias Antropológicas – ENAH y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Sus líneas de investigación son: estudio del cuerpo y la experiencia de vivir con enfermedades. Correo electrónico:

brwrdpiec@gmail.com

LILIA MESTAS HERNÁNDEZ

Licenciada en Psicología, Maestra en Neuropsicología y Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Profesora de Tiempo Completo Definitiva A de la licenciatura en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Sus líneas de investigación son: procesamiento emocional, toma de decisiones y procesamiento cognitivo en enfermedades crónicas no transmisibles. pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico de contacto:

lilia.mestas@zaragoza.unam.mx

CARLA AILED ALMAZÁN ROJAS

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con estudios en la Especialización de Comunicación Criminología y Poder, con trayectoria en Psicología Criminológica por la misma entidad académica. Es Maestra en Ciencias Antropológicas por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y doctorante en el Programa de Ciencias Antropológicas en la misma institución. Es profesora del Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Psicología, de la UNAM. Líneas de investigación: historia de los peritajes psiquiátricos y psicológicos en México, factores psico-sociales de la inimputabilidad, el padecer de la condición psiquiátrica de las personas inimputables y sus cuidadores. Correo electrónico de contacto:

almazan.ro@gmail.com

OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Médica-cirujana y maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), doctora en Ciencias en Salud Pública por el Institución Nacional de Salud Pública (INSP). Es profesora-investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la UAM Xochimilco, y

actualmente es la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México. Sus líneas de investigación son: condiciones de vida y servicios de salud en ámbitos urbanos y políticas y sistemas de salud. Correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx

La salud mental en una comunidad universitaria después de la pandemia por COVID-19

Pedro Yañez Moreno* • Patricia Matus Alonso**

RESUMEN

La presente investigación explora las condiciones del estado de salud mental en el que se encuentran un grupo de estudiantes de licenciatura de antropología en el marco del poscovid-19. El estudio es descriptivo y no busca generalidades, por lo que pretende dar continuidad a las realidades que enfrenta una universidad pública caracterizada por una comunidad estudiantil afectada emocionalmente por el confinamiento que causó el coronavirus y, posteriormente, por el regreso a la “nueva normalidad” con clases presenciales. La metodología es cualitativa y permite el análisis situacional desde distintos períodos. Las técnicas de encuesta y cuestionario fueron una decisión operativa para comprender la percepción y las acciones de los actores locales al momento de generar una reflexión temporal sobre temas particulares. Los resultados permiten iniciar un estudio cualitativo integral que busca recuperar el bienestar estudiantil, en base al seguimiento de una atención especializada.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, comunidad universitaria, confinamiento, salud mental

Mental health in a university community after the COVID-19 pandemic

ABSTRACT

The present research explores the mental health conditions of a group of anthropology undergraduate students in the context of post-covid-19. The study is descriptive and does not seek generalities, so it aims to provide continuity to the realities faced by a public university characterized by a student community emotionally affected by the confinement caused by the coronavirus and, subsequently, by the return to the “new normal.” with face-to-face classes. The methodology is qualitative and allows situational analysis from different periods. The survey and questionnaire techniques were an operational decision to understand the perception and actions of local actors when generating a temporary reflection on particular topics. The results allow us to begin a comprehensive qualitative study that seeks to recover student well-being, based on the monitoring of specialized care.

Keywords: COVID-19, university community, confinement, mental health

*Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Correo electrónico de contacto: pedro_yanez@enah.edu.mx

**Correo electrónico de contacto: patriciamatusalonso@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023.

Fecha de aceptación: 12 de abril de 2024.

Introducción

El 5 de mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el fin de la emergencia internacional de salud pública por coronavirus SARS-CoV-2¹ (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 2023a). A más de tres años de la primera defunción relacionada con la enfermedad, se estiman aproximadamente siete millones de muertes, de las cuales y según solo lo registrado, México cuenta con alrededor de 334.336 muertes por el coronavirus (Gobierno de México, 2023).

Con lo anterior, vale la pena recordar qué fue lo que pasó durante la pandemia por COVID-19 y qué es lo que nos dejó. A inicios del 2020, la incertidumbre se apoderó de las personas al conocerse que existía un brote epidémico que era mortal para los seres humanos, por lo que se exhortaba a la sociedad a mantenerse atenta a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para impedir la propagación del virus. Sin embargo, poco se pudo hacer y en poco tiempo la epidemia mudó a la categoría de pandemia, y así se fue extendiendo con severidad hacia todas las naciones. Existía la urgencia de obtener información sobre el riesgo que implicaba el contagio, de las características del brote, y quiénes resultarían las personas más afectadas.

El problema era la falta de claridad en la comprensión sobre la transmisión, la susceptibilidad de ser infectado y la eficacia para la atención de

la enfermedad. En ese momento se buscaban acciones basadas en evidencia que garantizaran la integridad de las personas, por lo que se solicitaba a toda la sociedad que buscara información de fuentes confiables, creara actitudes positivas hacia las iniciativas de respuesta del Estado, y que estuviera atenta a las variables de contención para mejorar la intervención y comunicación familiar.

Y es que independientemente de que las personas hayan necesitado o no atención hospitalaria, quienes sufrieron COVID-19 enfrentaron la gravedad de la enfermedad a solas, o, en ocasiones con la responsabilidad de la familia para acompañar el proceso de recuperación. Quienes pudieron salvarse, todavía en la actualidad experimentan síntomas tales como fatiga, problemas respiratorios y neurológicos. A estos efectos a largo plazo se les conoce con afección poscovid-19 (o COVID-19 prolongada) (OMS, 2023).

Tras la recuperación y reinserción a la “nueva normalidad” las personas experimentan preocupación al conocer a otras personas que todavía padecen coronavirus, lo que les produce la sensación de que pueden contraer nuevamente la enfermedad, y eso incrementa en ellas el nivel de preocupación y ansiedad, lo que genera recaídas. También provoca afectación en la rutina diaria o sus planes de existencia (López; *et al.*, 2023). Nadie volvió a hacer la misma persona.

De este modo, se puede conocer cómo la enfermedad y las restricciones para su atención pueden afectar el bienestar mental y físico, la cohesión social, la estabilidad económica, así como la resistencia y confianza individual y comunitaria. Lo que limita las funciones de la persona a nivel de las relaciones sociales y por lo tanto el aislamiento es una situación que suele venir acompañada de la reinfección por COVID-19 dado que el sistema

¹ Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2023), el coronavirus es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El “SARS” refiere al Síndrome Respiratorio Agudo Grave, mientras que “CoV” es una categoría taxonómica de los Coronaviridae, CoV, o Coronavirus, llamado así por las extensiones que lleva el virus encima de su núcleo que se asemejan a la corona solar. Finalmente, el “2” es para distinguirlo como una nueva variante del anterior SARS conocido en 2003. Las denominaciones se basan en los síntomas de la enfermedad y, si se conoce el virus que causa la enfermedad, debe ser parte del nombre (Siddell y Davison, 2020).

inmunitario responde de varias maneras (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades -CDC-, 2023).

La idea del distanciamiento social supuso un freno a la propagación del virus, no obstante, la desconfianza se apoderó rápidamente de la vida cotidiana, al grado de que muchas personas que proveían de servicios esenciales fueron agredidas, como los casos que vivieron el personal de salud a quienes se les negaban a su vez los servicios esenciales. A ellos no los dejaban abordar el transporte o entrar a sus domicilios, hubo incluso personas asesinadas por no traer cubrebocas (González Díaz, 2020; Covarrubias, 2020).

Esto ocasionó muchos problemas de comunicación que impidieron una información exacta y fidedigna de lo que ocurría. A eso se le sumaron las teorías de conspiración, lo que puso en duda la decisión para vacunarse. Las personas sentían terror de salir de sus casas para exponerse al contagio y la muerte, y eso condujo a algunas personas a sufrir problemas de salud mental como la ansiedad, depresión, agobio, agotamiento emocional, además de sentirse incapaces de satisfacer las necesidades importantes (OPS, 2023b; OMS, 2023).

En consecuencia, se requiere identificar el estado de salud mental en el que se encuentran un grupo de estudiantes de licenciatura de antropología en el marco del poscovid-19. El estudio es exploratorio y pretende dar continuidad a las realidades que enfrenta una universidad pública caracterizada por una comunidad universitaria² afectada

2 “De ahora en adelante, para referirse a la población que participó del estudio se utilizarán los términos “comunidad estudiantil”, “estudiante de universidad” o “grupos de estudiantes” con la pretensión de incluir la diversidad de géneros que constituyen dicho grupo. Su distinción para cada caso se hará evidente según la inclusión de los casos empíricos”. Y su distinción para cada caso se hará evidente según la inclusión de los casos empíricos.

por el confinamiento³ que causó el coronavirus⁴ y, posteriormente, por el regreso a la “nueva normalidad” con clases presenciales. El análisis situacional empleado para trabajar desde distintos períodos fue una decisión operativa toda vez que se buscaba comprender cómo las actividades de investigación afectan la percepción y las acciones de los actores locales al momento de generar reflexión sobre un tema en particular.

El estudio no implicó un riesgo para la comunidad estudiantil, ya que estuvo basado en las actividades que propiciaban los principales momentos de reflexión colectiva, lo que potencialmente no afecta la salud emocional de la persona estudiante al no encontrarse en un escenario de incertidumbre. Por ello, la responsabilidad profesional es una condición que se tomó en cuenta al momento de solicitar el consentimiento informado para recopilar los datos.

Este estudio fue realizado de manera descriptiva y no representa generalidades por lo que se enfoca solo en una situación común que se detectó en la población estudiantil que expresaba dificultades para desarrollar las actividades escolares, tales como la atención en clase y entrega de trabajos escritos. El objetivo es exponer las condiciones emocionales en que se encuentra un grupo de estudiantes universitarios después de la pandemia por COVID-19.

3 La “sana distancia” fue un método propuesto por el Estado para impedir la propagación de la enfermedad.

4 En México, el primer caso importado de coronavirus fue el 27 de febrero de 2020. El 23 de marzo del mismo año, el Gobierno Federal y el Consejo Nacional de Salubridad aplicó la Jornada Nacional de Sana Distancia para evitar el contagio masivo, al reconocerla como una enfermedad grave de atención prioritaria. A partir de ahí se estipuló la suspensión temporal de actividades catalogadas como no esenciales en el ámbito público, social y privado. Al principio fue por cuatro semanas, pero se extendió por meses. En ese lapso no se realizaban actividades esenciales, y las personas debían resguardarse en sus domicilios de manera preventiva y relativamente obligatoria; solo se podía salir a la calle para adquirir alimentos, artículos de limpieza y medicamentos (Saldívar y Ramírez, 2020).

En consecuencia, se trabajó en tres momentos históricos. El primero se localizó durante la pandemia en el año 2021 donde se pidió a la comunidad estudiantil utilizar el software de administración de encuestas *Google Forms* creado para los fines de comprensión del fenómeno experimentado, cuya finalidad era comprender las condiciones en que se encontraba su estado de salud mental. El segundo, fue en el año 2022, justo en el regreso a las actividades presenciales, donde se introdujo un cuestionario escrito que pretendía valorar el estado de ánimo y de hábitos entre la comunidad estudiantil. El tercero fue a inicios del 2023, y se implementó un nuevo cuestionario escrito para conocer la experiencia de vida a un año de la pandemia.

De esta manera, se entiende la secuencia de los problemas relacionados que se experimentaron con la “sana distancia” donde las personas encuestadas hicieron saber que padecieron ansiedad, depresión o insomnio y se acrecentaron según las condiciones socioeconómicas de vida de las personas, lo que demuestra de inicio que la desigualdad es el principal fenómeno que contribuye al contagio y la vulnerabilidad en salud se debe a la naturaleza social de la desigual distribución de oportunidades (Hersch, 2021).

Exploración de la salud mental desde la antropología médica

La propuesta del estudio se enmarca en la necesidad de producir una antropología médica relacionada directamente con las consecuencias y no solo con el sistema de creencias “para sí” (Menéndez, 1992), la cual opera en esta ocasión en los planteamientos de la salud mental como sistema cultural que se caracteriza por explotar las creencias y las regularidades de los problemas que experimentaron durante el confinamiento un

grupo de estudiantes de antropología en una universidad pública.

Este estudio surge como respuesta a la emergencia de ciertos fenómenos inéditos que se experimentan en las aulas de clase, por lo que se adscribe en el entorno cultural para proponer estudios que capten “desde la visión de los afligidos, la experiencia de enfermar, padecer, sufrir un infortunio, buscar y lograr la sanación, o aceptar la vivencia de un padecimiento crónico o progresivo” (Freyermuth y Sesia, 2006: 20). De este modo se propone analizar los procesos en que se involucran los actores y las instituciones para investigar las relaciones existentes entre la información que proporcionan los datos biológicos, sociales y culturales (Osorio, 2011 y Zolla, 1992).

De manera particular este trabajo parte desde la antropología médica crítica, la cual ha tratado el tema de la salud mental en contextos de vulnerabilidad en México, por lo que, al considerar la preocupación por la atención de la salud mental ante el confinamiento y la incertidumbre, busca la mitigación de los problemas sociales que se manifiestan en la actualidad (Sánchez López *et al.*, 2020).

De ahí que definimos a la salud mental como el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea, donde el bienestar emocional, psíquico y social son parte de las relaciones conscientes que se logran con el entorno. Lo anterior, influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés y que en épocas de confinamiento esos entornos resultaron en tensiones y ambientes desfavorables para muchas personas (UNAM global, 2023). No obstante, decimos a tiempo que la definición que utilizamos no está

acabada ya que entendemos que esas personas son sujetos en situaciones de padecimiento y por ello, existen contextos que marcan diferencias al momento de considerar las relaciones, los derechos y las acciones que se necesitan para considerar las reformas que se requieren en temas de la salud mental (Stolkiner y Ardila, 2012).

Por ello, es interesante recordar que al interior de esta subdisciplina de la antropología social que estudia el comportamiento alrededor de los problemas de la salud humana se reconocen a su vez varias áreas temáticas o preocupaciones teóricas, a saber: El proceso salud-enfermedad-atención, el padecimiento y la salud mental.

El proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) de modo específico se manifiesta dentro de las relaciones sociales, al momento de atender la salud, pero también del enfermar y morir, o por las formas de satisfacer o no la atención de un problema de salud, dentro de un grupo particular con actores significativos y en un contexto natural que buscan solución a sus problemas enfermantes (Menéndez, 1990).

El padecimiento, en cambio, refiere al estudio de lo local ya que “lo que importa son las características que adquiere una enfermedad no solo a nivel local sino en función de las categorías sociales formuladas y utilizadas por los sujetos y grupos que estudia” (Menéndez, 2011: 48). Aspecto que desde una perspectiva fenoménica nos interesa por el reconocimiento de la experiencia de los actores sociales al tratar las “vivencias subjetivas de la enfermedad” (Sepilli citado en Menéndez, 2011).

Tomando el PSEA como andamiaje conceptual en la salud mental, y el padecimiento como un conjunto de eventos culturalmente relacionados

a las maneras en que las personas responden al problema en cuestión (Fabrega, 1972), la investigación apela a otras categorías que pueden tener su relación con las explicaciones que vienen del campo de las emociones (Hochschild, 2009), y se fundamentan en las relaciones sociales puesto que permiten la comunicación de los hechos en la vida cotidiana (Lutz y White, 1986; Lutz, 1988). Lo que constituye para este trabajo un nodo articulador entre la pandemia, el confinamiento, la salud mental y la incertidumbre.

De ahí que la incertidumbre se convierte en una potente categoría que al buscar llenarse de significado reúne todas las sensaciones, sentimientos y emociones que experimentaron los sujetos al percibir el futuro como algo contingente, pero, además impredecible con exactitud (Luhmann, 1997).

El diseño del estudio, por lo tanto, explora las reproducciones sociales que se generan en las interacciones entre etnia, clase, género, estatus y religiosidad dentro de un contexto determinado sociohistóricamente.

Lo interesante es llegar a la construcción de un modelo de vulnerabilidad, lo que implica un importante reto, y es incluir el punto de vista de los mismos sujetos, para atender las preocupaciones y formular intervenciones de salud apropiadas que promuevan acciones y mecanismos de solidaridad, (Menéndez, 2009), y de apoyo dirigidos básicamente a la atención y prevención de la salud mental, así como el bienestar en la juventud universitaria.

La vulnerabilidad en este caso se piensa como el estado de exposición a variados mecanismos de interacción que actúan en perjuicio de la salud de una persona. Se caracteriza por la construcción

de categorías culturales a partir de las posiciones sociales que viven los sujetos, por lo que las ideas de riesgo no están basadas en prácticas o en juicios empíricos, sino que son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros (Douglas, 1982).

De este modo, para constituir un modelo de vulnerabilidad se requiere la relación desigualdad-incertidumbre, toda vez que se busca identificar las maneras en que un grupo de estudiantes se sentían en tres etapas de vida: 1) la pandemia, 2) terminando el confinamiento o “sana distancia” y; 3) de regreso a las actividades escolares presenciales, con ajustes sobre el uso de cubrebocas y otras disposiciones que permitieron la reincorporación de las actividades escolares en la actualidad.

En este sentido, se determina que la operación del modelo de vulnerabilidad es antes que nada sociocultural y luego biológico; y se caracteriza por las acciones sociales, políticas, económicas, ambientales que sirven para disminuir el riesgo o aumentarlo según las condiciones de vida, en donde (hay que señalar) algunos sujetos ni siquiera en condiciones normales cuentan con un lugar digno donde confinarse (Ligi, 2005 y Hersch, 2021).

La importancia de estas inquietudes tiene que ver con generar un modelo de vulnerabilidad de tipo relacional para estudiantes de licenciatura que se encuentran en riesgo de padecer ciertos comportamientos anómalos que han experimentado tras el regreso a la nueva normalidad después de la pandemia, y que han sido motivo de discusión desde las reuniones de academia de la institución pública.

Precisiones metodológicas

Este es un estudio descriptivo que se apoya del enfoque cualitativo sin fines de generalidades. Se interesa solo por identificar el estado de ánimo de la comunidad estudiantil que, en la actualidad, experimenta comportamientos anómalos originados por la pandemia de COVID-19, lo que deteriora las actividades escolares y afecta las relaciones sociales. Al ser instrumentos que miden la realidad como encuestas y cuestionarios se decidió acompañarlos con la propuesta de Paul Ekman (1971), para tomar en cuenta únicamente la tipificación de seis emociones básicas en las personas (alegría, tristeza, enojo, sorpresa, miedo y rechazo).

Las preguntas cerradas se utilizaron al inicio de la exploración y las preguntas abiertas fueron empleadas cuando se identificaron a las personas que participaron en la investigación. Así se dio comienzo con el formulario de Google (*Google forms*), que confeccionó cerca de 52 preguntas divididas en temas personales, sociales, educativos, de salud y de salud mental. Las técnicas de encuesta y cuestionarios fueron elaboradas con 10 preguntas, cuyos resultados esperados fueron conocer cómo se sentía la comunidad estudiantil al momento de contestar las preguntas. Se decidió conocer su estado socioeconómico porque se ha podido saber que las personas experimentaron de manera distinta la COVID por la condición de desigualdad y las injusticias nacidas de la barrera de la clase social. Cabe mencionar que no se utilizaron baterías diagnósticas, ni escalas de medición asociados a validar los trastornos de salud, por ser un ejercicio de exploración antropológico.

Lo anterior, permite tomar en cuenta solo una aproximación de la realidad, pero no profundiza en las dimensiones emocionales, toda vez que

para ello se requiere considerar a las expresiones emocionales como lógicas que nutren los factores socioculturales cimentados en creencias que permiten comunicar, mantener, modificar, explicar o transmitir ideas en un contexto dado (Flores Armega y López Sánchez, 2023). Aquí no nos acercamos a las dimensiones socioemocionales, solo las identificamos para poder construir la base de un trabajo más amplio que permita entrar en acción. O, dicho de otro modo, identificarlas para implicarnos en la resolución de problemas que la misma comunidad estudiantil ha definido como relevantes (Tax, 1975).

Aquí se buscó aplicar una serie de preguntas considerando los síntomas de índole emocional que provocaba el confinamiento, mismas que fueron conocidas por el formulario de Google, donde la comunidad estudiantil hizo saber qué estaba alterado su modo de vida al presentar problemas de ansiedad, depresión y estrés postraumático (Rajkumar, 2020). Al identificar los problemas se describieron en función de la pospandemia, y ello permitió comprender en la actualidad las manifestaciones culturales dentro de las instalaciones de una universidad pública.

En síntesis, para alcanzar el carácter exploratorio en la identificación de los problemas de salud mental y el estado de ánimo, en la primera etapa se diseñó una encuesta de 52 preguntas, dividida en tres secciones: 1) Datos generales de los participantes, 2) Monitoreo de la salud-enfermedad durante la pandemia. 3) Estado de salud mental por confinamiento.

La segunda etapa consistió en la implementación de un cuestionario que buscó identificar las emociones experimentadas en el regreso a las actividades presenciales y estuvo regida por tres secciones: 1) Las emociones durante el confinamiento,

2) La experiencia en el regreso a las clases presenciales, 3) Long COVID y la salud mental.

Finalmente, la tercera etapa se concentró en valorar la adaptación y situaciones derivadas por los hábitos generados durante la pandemia. Este cuestionario encaminado al estado de ánimo estuvo dirigido a las maneras de enfrentar la pospandemia.

Con lo anterior, se pudo crear una base de datos en Excel para sistematizar parte de la información y, con ello, identificar las principales experiencias vividas por la pandemia, las emociones experimentadas por la adaptación al confinamiento y los hábitos que se fueron ajustando y cambiando tras el regreso a las actividades cotidianas. De ahí la importancia que involucraba conocer el estado de ánimo en la comunidad estudiantil.

La información recolectada se articuló al marco conceptual que proveían los datos descriptivos los cuales fueron tomando curso según la identificación del registro y clasificación de las propias ideas de las personas junto con la aprehensión de lo observable en clases (aptitud) (Taylor y Bogdan, 1994: 20), lo que cobró “sentido para contextualizar el conjunto de creencias básicas que representan una visión del mundo” (Guba y Lincoln, 1994:108).

Una vez identificadas las variables que operaron en la encuesta y cuestionarios, se dio paso al análisis de las preguntas abiertas del último cuestionario creado en la tercera etapa de investigación que pretendía conocer el estado de ánimo de los estudiantes, con la finalidad de comprender los motivos que daban pie a las condiciones de vida que experimentaban y que eran causa de quejas hacia los otros estudiantes que alegaban apatía y falta de compromiso en la relación grupal.

La articulación entre las variables que provenían de las preguntas cerradas y abiertas permitieron dar cuenta de las manifestaciones culturales y crear puentes de conocimiento hacia el modelo de vulnerabilidad con la finalidad de mejorar las relaciones de entendimiento y escucha entre la comunidad estudiantil que todavía experimenta episodios de comportamiento anómalo dentro de la universidad pública.

Resultados: la salud mental en estudiantes universitarios de antropología

La primera etapa: La crisis de la pandemia

La muestra estuvo conformada por 63 personas, de las cuales el 73 % (45 personas) se identifican con el género femenino, el 25 % (15 personas) masculino y el 2 % no binario (tres personas). El 44 % (27 personas) refiere haber sido contagiado por COVID-19. En su mayoría el contagio se debió a que un familiar presentó síntomas como pérdida de olfato y gusto, dolor de cabeza y tem-

peratura. Refirieron que fue resultado de las personas que tenían que salir a trabajar.⁵

De la atención recibida por la enfermedad, responden que se concentró en el acercamiento a un médico privado y medicamentos sin receta, así como aislamiento. En promedio estuvieron en recuperación alrededor de dos semanas. De las consecuencias que experimentan todavía, persiste el dolor de espalda, huesos, fatiga y la sensación de pérdida de aire y tos, en otros casos el gusto se perdió.

Respecto al impacto que la pandemia de COVID-19 tuvo en su vida y en su familia, el 57% reportó haber padecido la enfermedad, el 31 % reportó el fallecimiento de algún familiar. También se menciona la afectación económica del hogar con 50.8 % y la pérdida de empleo con 25.4 %.

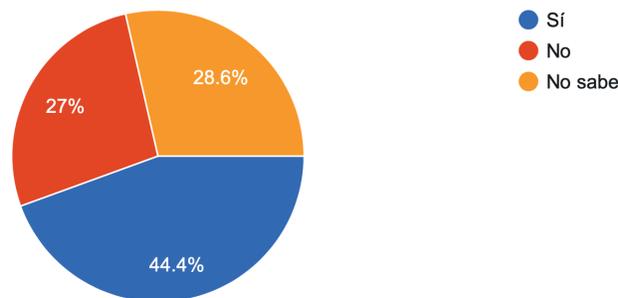
La comunidad estudiantil refiere haber sido afectada en sus relaciones interpersonales, por diver-

⁵ Según López y López (2023), una gran cantidad de personas que fueron víctimas del coronavirus fueron mujeres que dentro del entorno familiar asumieron la responsabilidad de cuidar a la familia. Véase texto completo.

Gráfica 1. Personas contagiadas por COVID-19

1.- ¿Usted se ha contagiado COVID-19?

63 respuestas

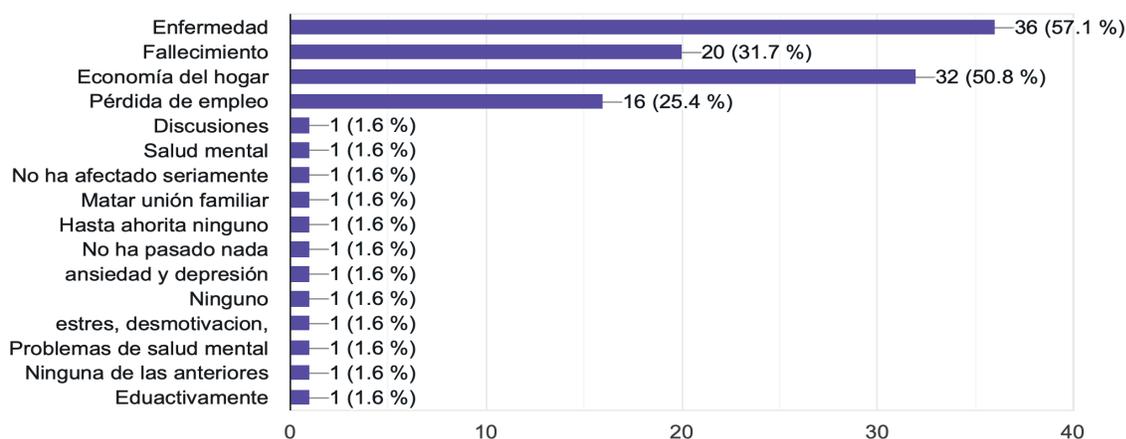


Fuente: Elaboración propia proveniente del formulario Google Forms, creado en 2021.

Gráfica 2. Impacto del COVID-19 en el hogar

¿Cómo ha impactado la pandemia de COVID-19 su vida y familia? Seleccione las entradas que correspondan

63 respuestas

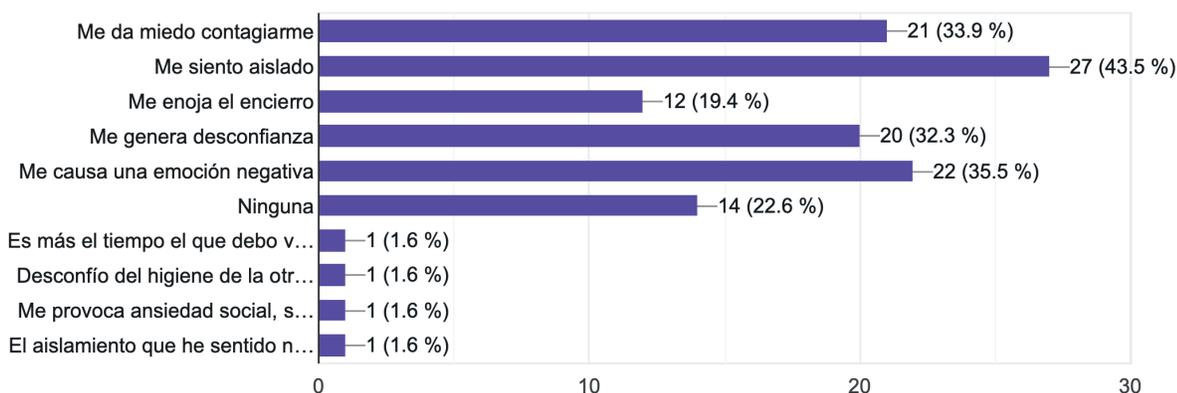


Fuente: Elaboración propia proveniente del formulario Google Forms, creado en 2021.

Gráfica 3. Afectación de las relaciones interpersonales por la pandemia

¿De qué manera la pandemia ha afectado sus relaciones interpersonales? Seleccione las entradas que correspondan

62 respuestas



Fuente: Elaboración propia proveniente del formulario Google Forms, creado en 2021.

sas razones. Entre ellas, el 43.5 % del estudiantado reportó haberse sentido aislado; el 35.5 % sentir una emoción negativa a causa del coronavirus, el 33.9 % reportó tener miedo a contagiarse y el 32.3 % reportó sentir desconfianza. El 19.4 % sintió enojo por el encierro.

En sus propias palabras, la comunidad universitaria mencionó haber tenido altas y bajas en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, desánimo, miedo e inestabilidad emocional. De este modo, sentirse aislado y la desconfianza son motores que generan emociones negativas. Por ello, algunos mencionaron la necesidad de acudir a terapia psicológica, otros mencionaron la red de apoyo como un recurso valioso. No obstante, uno de ellos dijo al respecto:

Principalmente es un proceso solitario. Algunas veces recurro a pláticas con mis amigos para desahogarme o vaciar mis emociones en una pizarra y que ellos confirmen o no algunas decisiones. No recurro al sistema público psicológico porque no me siento con tiempo suficiente para llevar a cabo un seguimiento cuidadoso, tampoco confío del todo en todos los servicios y no hay información para que yo sepa cuál sería mejor, dado mi contexto o mis posibilidades económicas. En la UMF del IMSS que me corresponde no tienen ese servicio, no es algo que tampoco mi médico familiar me oriente a considerar. Tengo amigos psicólogos, no recurro a ellos porque siento que ya están sobrecargados de trabajo y porque estoy consciente de los límites que la ética profesional establece entre la relación amigo-paciente. Platico conmigo, lloro si lo necesito, duermo, escucho música, me desconecto de la interacción digital con los demás. Parezco ausente y me enfoco en dejar fluir mis emociones y poco a poco, después las analizo y tomo decisiones. A

veces, pido a un amigo que venga, esté conmigo, veamos una serie, una película, comer y me permita tener contacto físico (abrazos, caricias en la espalda, en el cuero cabelludo). (Estudiante de universidad, encuesta, 2021).

Dentro de los hábitos que cambiaron por la pandemia, casi el 80 % del estudiantado reportó haber pasado más tiempo frente a diversas pantallas electrónicas. El 60.3 % mencionó haber hecho de la salud un tema prioritario. El 49 % percibió un aumento de peso, aunque el 34.9 % reportó una mejora en su alimentación, al preferir la ingesta de vegetales, frutas y comida casera. Cerca del 30 % de los estudiantes refirieron cambios en sus hábitos de sueño.

Segunda etapa: Las emociones experimentadas en el regreso a las actividades cotidianas

La segunda etapa consistió en conocer las emociones experimentadas en el regreso a las actividades presenciales, las cuales se clasificaron y se agruparon para determinar la frecuencia de la respuesta. Los resultados se presentan según el orden de mayor a menor emoción experimentada (Véase tabla 1).

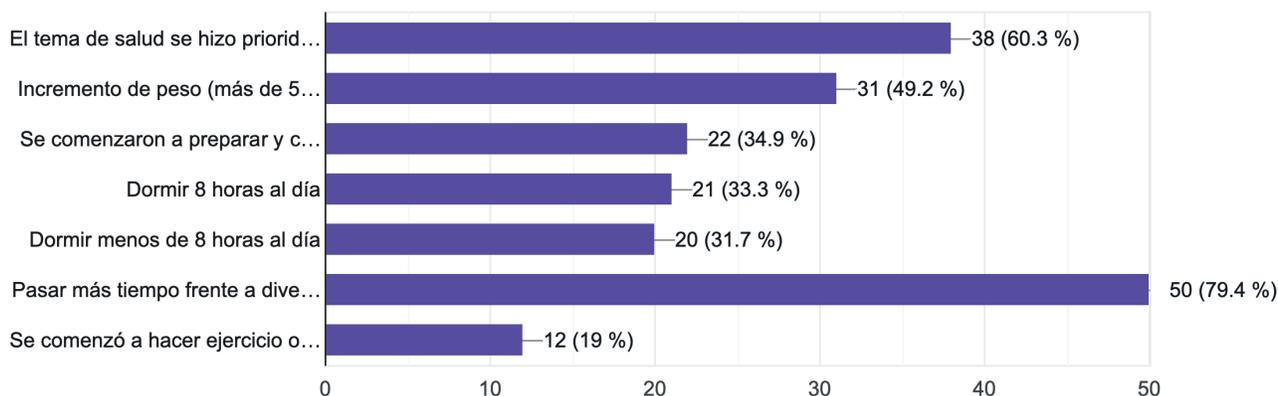
De las emociones experimentadas tras la noticia del regreso a las actividades presenciales la mitad de la muestra refiere la alegría como la principal emoción experimentada, seguida de la sorpresa, el miedo y la tristeza. A continuación, una experiencia:

Encontrarnos aislados por un largo tiempo trabajo consigo un miedo a regresar nuevamente a nuestra cotidianidad fuera de casa, aunque a muchos, incluyéndome, el volver a presenciales y salir significó una liberación y un acercamiento a conocer nuevas personas y crear ex-

Gráfica 4. Cambio de hábitos por la pandemia

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, ¿qué cambios en los hábitos se han desarrollado en su hogar y/o escuela? Seleccione las entradas que correspondan

63 respuestas



Fuente: Información del formulario Google Forms, 2021.

Tabla 1. Cambio de hábitos por la pandemia

Emoción	Femenino	Masculino	No binario
Alegría	22	7	0
Sorpresa	19	3	1
Rechazo	2	0	0
Tristeza	1	0	0
Miedo	3	2	2
Enojo	1	0	0

Fuente: Elaboración propia con información del instrumento adaptado para el contexto cultural y epidemiológica de COVID-19. 2022.

perencia (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Sin embargo, al momento de regresar a las clases presenciales, el miedo se incrementó y el rechazo fue otro elemento que se iba manifestando. Algo parecido resultó con la idea de relacionarse con otras personas, ya que una pregunta tenía su sentido con las repercusiones en el cuerpo. Las res-

puestas de mayor a menor tienen la relación con la tristeza, el miedo y la alegría. Las repercusiones son fatiga, adormecimiento en pies y manos, dolor de cabeza, disociación al estar caminando en las calles y alteraciones menstruales.

Siento que he perdido algunas habilidades sociales, me es un poco difícil seguir conversaciones y me siento cansada, como si se acabara mi

energía después de conversar un rato, además, considero que el ciclo de mi regla se ha visto afectado, después de haber tenido COVID, los primeros sangrados se han vuelto irregulares (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

La relación de Long COVID y salud mental fue clave para poder identificar las emociones que experimentó la comunidad estudiantil, debido a que mencionan que los problemas que vivieron se expresaron con mayor frecuencia al momento de salir de sus hogares para ir a la universidad. Y, aún se padecen por lo que el miedo, el enojo y la ansiedad son los principales efectos que los afectan en la actualidad y en clases.

La falta de autoestima y las lesiones en el cuerpo también son una serie de afectaciones que se reportan, lo cual se relaciona directamente con el aislamiento y la falta de apoyo psicológico. Otros problemas son la falta de aire al momento de caminar y el dolor de pecho en las personas que enfermaron por COVID-19.

Tercera etapa: La adaptación y consecuencias derivadas en la pospandemia

El alumnado experimentó situaciones de estrés en sus hogares, vivían con pensamientos de incertidumbre y temor, lo que les provocaba aislamiento. Además, el miedo y el enojo eran comunes en su comportamiento. Las sensaciones de que la vida social estaba arruinada los llevaba a la frustración, sin embargo, el miedo al contagio era mayor por lo que prefirieron trasladar sus relaciones a las redes sociales.

El estar confinado o el haber padecido COVID y estar sola, marca cierta parte de la mente por el grado de miedo que como ser humano se puede manifestar y, por otro lado, está la

pérdida de familiares, amigos, conocidos, que queda. El COVID vino a cambiar completamente la forma de pensar y nuestro diario vivir, hábitos, costumbres, la sociedad o, en su mayoría, al menos, se puede decir que se vive con la incertidumbre del vivir ahora en compañía de ese virus (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Los signos y síntomas que se hicieron presentes en el cuerpo tuvieron relación con la alimentación ya que la mayoría experimentó desórdenes en la cantidad de ingesta y en los horarios para consumirlos. El agotamiento y el insomnio fueron de las manifestaciones que experimentaron por la manera en que buscaban conciliar el sueño.

Sentí irritabilidad, apatía, insomnio, estrés, falta de apetito, aumento de peso, tristeza y llanto. Sin embargo, a pesar de ciertas restricciones de contacto, sentí fuertes deseos de abrazar a mis allegados. Otros aspectos negativos fueron el hecho de que disminuyó el cuidado e higiene personal durante el confinamiento, así como una mala alimentación (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Algunas universitarias vivieron parálisis facial y adormecimiento de la cara. Otros, continúan experimentando todos los días miedo o pánico por saber qué pasará, con pensamientos catastróficos que impiden llevar a cabo la adaptación a las actividades cotidianas.

Trato de mantenerme relajada, pues después de la casi parálisis facial, me duele la cara cuando me enojo o me pongo muy nerviosa (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

En lo particular siento que no soy el mismo, mi forma de percibir las cosas y de ser han cam-

biado. Siento que ahora vivo todos los días con miedo o pánico por saber qué pasará, cosa que no me gusta, porque siento que me estoy adelantando a algo que aun no pasa y me impide vivir el presente (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Una persona en transición de género mencionó que busca cuestionar los conflictos que vive con las personas con quienes se rodea, algunos problemas son las sensaciones de dismorfia corporal al momento de verse en un espejo. Por ello, se encuentra en búsqueda de apoyo psicológico y profesional.

Al respecto, quienes tuvieron las posibilidades de atención profesional buscaron ayuda de psicólogos y psiquiatras, como un apoyo para enfrentar la nueva normalidad, debido a “que buscan las ganas para continuar” pues “hay mucho que ver y experimentar”.

Ahora trato de cuidarme a mí y a mi familia, sigo en terapia pues mis sentimientos cambiaron y seguirán haciéndolo, ahora lo que hago es entenderlos (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Creo que la pandemia me dio heridas que, si bien poco a poco han ido cicatrizando, hay otras que aun no he podido sanar. Me gustó el proceso de deconstrucción que llevé en esos meses de encierro, fue interesante y creo que pude conocerme aún más y desarrollar y aprender cosas que no me imaginaba (Estudiante de universidad. Encuesta 2023).

Discusiones

Como se ha podido averiguar, los comportamientos anómalos que presenta parte de la comunidad

estudiantil sustentan este estudio exploratorio, ya que el acercamiento al estado de salud mental tuvo como finalidad aportar evidencia. Estos resultados son equiparables con la información que menciona el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Llama la atención la desmotivación que experimenta dicha población y pese haber sentido necesidad de pedir ayuda, dos de cada cinco no lo hicieron.

Esta información articulada con la incertidumbre que experimentan todavía en ocasiones la comunidad universitaria permite fincar las bases para el modelo de vulnerabilidad en la universidad pública ya que cada estudiante vive de manera desigual el regreso a la normalidad, y por ello se requieren sintetizar todas las experiencias para la recuperación de la salud mental y el bienestar común.

El siguiente paso será entonces profundizar con acercamientos más abiertos para valorar la dimensión socioemocional y poner en marcha una investigación que reconozca las capacidades que tiene la comunidad estudiantil para la resiliencia y valorar las emociones negativas, principalmente el miedo, la tristeza y el enojo, lo que conlleva a la incertidumbre, aislamiento y riesgo de consumo de sustancias.

La información analizada con base en los instrumentos de acopio permite recuperar la incertidumbre que una parte de la comunidad estudiantil atraviesa tras la afectación emocional y las dificultades de adaptación a la vida cotidiana; todos aspectos de la vida cotidiana que no deben pasar desapercibidos.

En primer término, decimos que se requiere una exigencia teórica y metodológica interdiscipli-

naria de investigación acción para encontrar el mecanismo de atención emocional. En segundo término, equivale a identificar qué tipo situaciones de padecimiento viven, y cuáles estrategias adaptativas modeladas culturalmente deberán tomarse en cuenta para conocer el mundo de vida e intervenirlo. En tercer término, se puede identificar la necesidad de detectar oportunamente las condiciones que detentan la salud mental, ya que, al no identificarse pueden derivar en situaciones de riesgos para padecer trastornos psiquiátricos como comportamientos depresivos, conducta suicida, ansiedad, problemas de conducta y déficit en la atención, cognición y aprendizaje, sentimientos de soledad y problemas para dormir, así como adicción al tabaco, el alcohol y las drogas (OPS 2021; Cuenca Robles, *et al.*, 2020 y Morales, 2021).

De este modo, es preciso destacar que los estados emocionales negativos están asociados con la aversión, la defensa, el escape, la evitación y otras conductas de protección las cuales se incrementan por los sucesos estresantes que se generaron durante el aislamiento social (Maya Pérez, *et al.*, 2020; González Casas, *et al.*, 2021).

De ahí que se debe reconocer que las orientaciones de una investigación antropológica que busque construir un modelo de vulnerabilidad en la comunidad estudiantil de la universidad pública demandan un mecanismo de intervención en el sistema de atención primaria, para poder brindar asesorías y acompañamiento a los que sufren y tienen comportamientos agresivos y autolesivos (De Sousa, 2016). Creemos que un eje de análisis que se plantea generar es considerar que la universidad es una oportunidad de progreso personal y salvavidas de vulnerabilidad (Avilés Martínez, 2021), por lo que se requerirá caracterizar los comportamientos anómalos dentro de la institu-

ción como un tema que tiene que ser reflexionado desde el sistema de relaciones participativas entre las autoridades y lo que dice la comunidad estudiantil acerca de su estado de salud, con la finalidad de transformar la realidad (Freire, 2005).

El valor de la antropología médica en este estudio exploratorio se debe a que considera el proceso salud-enfermedad-atención y prevención en un contexto sociocultural significativo que busca identificar las creencias que producen las personas sobre el problema que viven, pero también de las acciones para enfrentar verdaderamente el problema.

La antropología médica evalúa el significado atribuible a un padecimiento, y revela las causas por las cuales una persona interpreta su enfermedad. En ocasiones se vale de las demandas humanitarias a través de las emociones (Ekman y Cordaro, 2011), con miras científicas del campo de la atención primaria de la salud mediante la búsqueda de un problema de salud. Además, invita a reconocer los obstáculos e impedimentos que deben enfrentar las personas al momento de buscar ayuda médica y/o satisfacer los cuidados de su propia salud mental.

La exploración realizada hasta el momento da cuenta de que la pandemia por COVID-19 desencadenó una serie de padecimientos en la comunidad estudiantil, los cuales todavía no están resueltos, pero se empiezan a conocer. El miedo, el enojo y la tristeza son emociones comunes en la vida cotidiana. Llama la atención sobre la necesidad de desarrollar intervenciones enfocadas a la promoción de la salud mental, pero, cuando se agudizan y afectan las relaciones sociales, se requiere de una atención oportuna para evitar trastornos y enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y el aislamiento social.

Según los hallazgos, el estudiantado reconoce necesitar de atención psicológica, aunque no la pidan, lo que se vuelve una deuda pendiente por parte del Estado, y constituye una brecha en el tratamiento efectivo de las enfermedades mentales.

Una situación que no podemos dejar de lado es el consumo de alcohol y el uso de drogas sintéticas dentro de la universidad. Para ello, se requiere una intervención interinstitucional, ya que han ocurrido eventos que afectan la integridad de la comunidad estudiantil.

Otro elemento de discusión es el etiquetaje y la estigmatización asociada a los temas de salud mental y el uso de sustancias psicoactivas dentro del ambiente escolar. Esto necesita ser problematizado en el caso de la comunidad universitaria para ubicar los efectos dañinos que dichas situaciones conllevan, ya que las manifestaciones culturales no visibles constituyen una herramienta esencial para encontrar mecanismos de atención más exactos. No hay que olvidar que dentro de las juventudes hay una época de cambio y reestructuración que pone a prueba los límites establecidos para así ir encontrando su sitio en la sociedad, por lo que habrá de velar por el bienestar de la comunidad y promover la salud para formar jóvenes con la capacidad para pensar y decidir, sin miedo a levantar la voz para actuar con libertad en búsqueda de sus propios caminos (Carceller, 2014).

Conclusiones

El estudio que presentamos aboga por el bienestar estudiantil, y se piensa como continuidad, reconociendo que forma parte de un tipo de realidad recurrente en personas que viven y sufren un determinado problema. El centro de atención es guiado por la perspectiva de las personas que requieren atender sus necesidades sociales básicas

del cuidado a la salud mental y en todo caso se busca prevenir.

La prevención, es un recurso que se piensa por la búsqueda de la comprensión de las carencias de una verdadera medicina preventiva; aquella que investigue, oriente y actúe antes de la consumación de los daños; la cual debe anticiparse a los procesos de enfermedad y muerte evitables.

Por ello los resultados obtenidos permiten reconstruir el mundo con orientaciones ideológicas encaminadas a la conformación de una investigación que cuestiona las probables causas que deterioran la salud mental, a través de explicar los comportamientos sociopolíticos de la población estudiantil como parte de los sectores sociales subalternos que requieren apropiarse de su realidad.

Es de interés hacer notar que entre las personas universitarias que estuvieron involucradas en el estudio, existe la pérdida de habilidades sociales, lo que influye en el desarrollo de otras habilidades socioemocionales (y que permiten a las personas entender y regular sus emociones como sentir y mostrar empatía por los demás), toda vez que en el salón de clases no se hablan, e incluso se pelean por los espacios ocupados. También resalta la poca confianza que hay en algunos estudiantes hacia la atención psicológica profesional de la universidad; creemos que sería interesante determinar ¿por qué no es una opción en la atención primaria a su salud?, y ¿qué estrategias utilizan para atender las afectaciones emocionales?

De ahí que este acercamiento es la primera etapa de un trabajo más amplio que requiere tomar los hallazgos y crear una aproximación metodológica que considere técnicas y habilidades interdisciplinarias para poder acercarse al mundo de la vida de la comunidad universitaria que se encuentra

afectada todavía por la condición de vida que trae la pospandemia.

De ahí que se espera que los hallazgos generados contribuyan a desarrollar la segunda etapa de recolección de información para encontrar mecanismos de acción para protección y promoción de salud mental con apoyo psicosocial en el contexto de la pospandemia del coronavirus. Asimismo, se asegure la reproducción biológica y sociocultural de los grupos y microgrupos al focalizar escenarios de riesgo dentro de las instituciones de

educación lo que ayudará a visibilizar un modelo de vulnerabilidad basado en la resiliencia y en las maneras de actuar a favor de impedir trastornos del comportamiento y el consumo de sustancias.

Conocer el fenómeno de la salud mental es una tarea tan necesaria como obligatoria en antropología dado que la disciplina busca examinar las necesidades y prioridades que cursa el país. Finalmente, damos las gracias a toda la comunidad universitaria por ayudarnos a identificar una realidad preocupante.

Referencias bibliográficas

- AVILÉS MARTÍNEZ, J. (2021). “Pandemia y convivencia escolar: incertidumbres y retos”, *Revista Tópicos Educativos. Universidad Federal de Pernambuco*, vol. 27, Núm. 1: 1-22. <https://www.redalyc.org/journal/6727/672770961001/html/>. (consulta 20 de octubre de 2023).
- CARCELLER, N. (2014). “Jóvenes, drogas y desigualdades: las políticas terapéuticas coercitivas en Cataluña”. En: Romaní O. & Casadó L. (eds.). *Jóvenes, desigualdades y salud. Vulnerabilidad y políticas públicas*. Tarragona: URV, 343-368.
- CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC). (2023). ¿Qué es la reinfección por COVID-19?. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/reinfection.html>. (consulta 17 de septiembre de 2023)
- COVARRUBIAS, J. (3 de junio de 2020). “Policías matan a hombre por usar cubrebocas en el Jalisco de Alfaro”, *Polemón. Semanario mensual que sale todos los días a veces*. <https://polemon.mx/policias-matan-a-hombre-por-no-usar-cubrebocas-en-el-jalisco-de-alfaro/>. (consulta 25 de octubre de 2023).
- CUENCA ROBLES, N.; ROBLADILLO BRAVO, L.; MENESES LA RIVA, M. y SUYO VEGA, J. (2020). “Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos. Revisión sistemática”, *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, vol. 39, Núm. 6: 688-698. <https://www.redalyc.org/journal/559/55965387003/55965387003.pdf>. (consulta 13 de abril de 2023).
- DE SOUSA, B. (2016). “La incertidumbre, entre el miedo y la esperanza”. En: Trotta, N. & Gentil, P. (comp.) *América Latina: La democracia en la encrucijada*. Buenos Aires: CLACSO, 161-169.
- DOUGLAS, M. (1982). *In the Active Voice*. Londres: Routledge Kegan & Paul; Primera edición.
- EKMAN, P. (1971). “Constants across cultures in the face and emotion”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 17, Núm. 2: 124-129. http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/constants_across_cultures_in_the_face_and_emotion.pdf. (consulta 23 de abril de 2023).
- EKMAN, P. y CORDARO, D. (2011). “What is Meant by Calling Emotions Basic”, *Emotions review*, vol. 3, Núm. 4: 364-370. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1754073911410740?journalCode=emra>. (consulta 28 de abril de 2023).

- FABREGA, H. (1972). "Medical Anthropology". En: Siegel, Bernard J. (edit.) *Bienal Review of Anthropology (1971)*. California: Stanford University Press, 167-217.
- FLORES ARMEGA, C. y LÓPEZ SÁNCHEZ, O. (2023). "Tiempos y permanencias de la COVID-19. Acercamiento a las dimensiones socioemocionales desde la teoría antropológica en salud", *Antropología Experimental*, Núm. 23: 279-283.
- FREIRE, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- FREYERMUTH, G. y SESIA, P. (2006). "Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", *Desacatos*, Núm. 20: 9-28.
- GOBIERNO DE MÉXICO (2023). "Covid-19 México", CONAHCYT. <https://datos.covid-19.conacyt.mx> (consulta 11 de abril de 2024).
- GONZÁLEZ CASAS, D.; MERCADO GARCÍA, E. y CORCHADO CASTILLO, A. (2021). "Impacto emocional motivado por la Covid-19 en población millennial española", *Revista de Ciencias Sociales. Universidad del Zulia*, vol. XXVIII, Núm. 1: 51-62. <https://www.redalyc.org/journal/280/28069961005/html/>. (consulta 20 de abril de 2023)
- GONZÁLEZ DÍAZ, M. (2020). "Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el covid-19", *BBC News Mundo en México*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>. (consulta 25 de octubre de 2023).
- GUBA, E. y LINCOLN, Y. (1994). "Competing Paradigms in Qualitative Research". En: Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE, 105-117. <https://ethnographyworkshop.files.wordpress.com/2014/11/guba-lincoln-1994-competing-paradigms-in-qualitative-research-handbook-of-qualitative-research.pdf> . (consulta 20 de abril de 2023).
- HERSCH MARTÍNEZ, P. (2021). "La verdadera pandemia es la desigualdad, no la COVID-19", *CONAHCYT*. <https://conahcyt.mx/la-verdadera-pandemia-es-la-desigualdad-no-la-covid-19/>. (consulta 20 de octubre de 2023).
- HOCHSCHILD, A. (2009). "Introduction: An Emotions Lens on the World". En: Hopkins, Debra; Kleres, Jochen; Flam, Helena y Kuzmics, Helmut (eds.) *Theorizing Emotions. Sociological Explorations and Applications*. Frankfurt: Campus Verlag, 29-37.
- LIGI, G. (2005). "La inundación del Vajont. Representaciones periodísticas de un desastre italiano", *Desacatos*, Núm. 19: 71-84.
- LÓPEZ, M. y LÓPEZ, O. (2023). "Enfermó y toda la familia enfermamos, todos colapsamos. Cuidados en la enfermedad y los impactos en la salud de las madres cuidadoras", *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, Núm. 9:1-39. doi: <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v9i1.987>. (consulta 20 de octubre de 2023).
- LÓPEZ SÁNCHEZ, O.; CORTIJO PALACIOS, X.; SANDOVAL GUZMÁN, P.; GONZÁLEZ CARRADA, E. y ROBLES MENDOZA, A. (2023). "Procesos socioemocionales durante la pandemia por COVID 19 en estudiantes de posgrado", *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, vol. 17, Núm. 1: 1-14. <https://revistas.upc.edu.pe/index.php/docencia/article/view/1689/1564> (consulta 25 de octubre de 2023).
- LUHMANN, N. (1997). *Observaciones de la modernidad*. Barcelona: Paidós.
- LUTZ, C. (1988). *Unnatural Emotions. Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll. Their Challenge to Western Theory*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- LUTZ, C. y WHITE GEOFFREY, M. (1986). "The Anthropology of emotions", *Annual Review of Anthropology*, vol. 15: 405-436.
- MAYA, E.; ORTEGA M. y GALINDO J. (2020). "Monitoreo de emociones básicas autoreportadas relacionadas con el confinamiento por Covid-19 y el regreso a la vida cotidiana." *Revista Veritas*

- et scientia*. <https://revistas.upt.edu.pe/ojs/index.php/vestsc/article/view/397/336> (consulta el 29 de abril de 2023).
- MENÉNDEZ, E. (1992). “Reproducción social, mortalidad y antropología médica”. En: Eduardo L. Menéndez y Javier E. García de Alba (comps.) *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México. Colección: Jornadas Académicas*. Guadalajara-CDMX: Universidad de Guadalajara y CIESAS. México, 13-38.
- (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MORALES, S. (2021). “Salud mental en estudiantes universitarios”. Ponencia. Instituto Nacional de Psiquiatría. UNAM.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2023). *Información básica sobre la COVID-19*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>. (consulta el 25 de octubre de 2023).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2021). *Políticas de salud pública sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Manual para la planificación en el ámbito para la planificación en el ámbito de la salud*. Washington, D.C. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53947/9789275323502_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (consulta el 25 de octubre de 2023).
- (2023a), *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa*. <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>. (consulta el 25 de octubre de 2023).
- (2023b). *Salud mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>. (consulta el 30 de abril de 2023).
- OSORIO, C. y ROSAS, M. (2011). “La antropología médica en México: los caminos recorridos y las nuevas veredas de investigación”, *La antropología médica en México. Rivista della società italiana di antropologia medica*, Núm. 29-32: 29-58.
- RAJKUMAR RAVI, P. (2020). “COVID-19 and mental health: A review of the existing literature”, *Elsevier*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/>. (consulta el 25 de octubre de 2023).
- SALDÍVAR, G. y RAMÍREZ G. (2020). “Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México”, *Revista de la Facultad de Psicología*, Núm. 23: 11-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7838725>. (consulta 6 de enero de 2023).
- SÁNCHEZ LÓPEZ, G.; SANTILLANEZ ALLENDE, N. y GALEANO GASCA, N. (2020). “Reflexiones sobre salud mental en México frente a la crisis sociosanitaria de la COVID-19”. En: Stella Evangelidou y Angel Martínez Hernaez (eds). *Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. URV. España: Tarragona, 33-36
- SIDDEL, S. y DAVISON, A. (2020). “¿Qué sentido tiene la taxonomía del virus?”. *International Science Council*. <https://council.science/es/current/blog/whats-the-point-of-virus-taxonomy/>. (consulta el 25 de octubre de 2023).
- STOLKINER, A. y ARDILA, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría* (en prensa). https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf (consulta el 11 de abril de 2024).
- TAX, S. (1975). “Action Anthropology”, *Current Anthropology*, vol.16, Núm. 4: 514-517.
- TAYLOR, S. y BOGDAN, R. (1994). *Introducción a*

los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós.

UNAM global (2023). ¿Qué es la salud mental? En: Revista Global. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/que-es-la-salud-mental-2/ (consulta el 24 de febrero de 2024).

UNICEF (2020). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-jovenes#:~:text=UNI->

[CEF%202020%20Entre%20las%20y,en%20los%20últimos%20siete%20d%C3%ADas](#). (Consulta el 25 de febrero de 2024).

ZOLLA, C. (1992). “Antropología, práctica médica y enfermedad en el medio rural”. En: Eduardo L. Menéndez y Javier E. García de Alba (comps.). *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*. Colección: Jornadas Académicas. México: U de G y CIESAS, 39-52.

Estrategias de cuidado y apoyos sociales de la población envejecida del Valle de México. Formas de actuación y percepción en torno a la emergencia sanitaria por COVID-19

Luis Francisco Ortíz Hernández* • Zoraida Ronzón Hernández**
Andrés Méndez Palacios Macedo***

RESUMEN

A partir de la emergencia sanitaria desatada por COVID-19, las restricciones en el tránsito y el espacio público, involucraron, para toda la población, diversos retos para satisfacer sus necesidades básicas. Para las personas mayores en el Valle de México, los retos del confinamiento fueron excesivos, ya que la ausencia de una política de Estado para el cuidado, la falta de redes de cuidadores y las desigualdades en la distribución del acceso público a los servicios de salud, limitaron las posibilidades de solventar sus necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención, relacionadas principalmente con la alimentación, el cuidado de la salud, el apoyo emocional y las prácticas de ocio y recreación. Este escrito se propuso identificar, a través de una investigación cualitativa, con perspectiva fenomenológica, y la utilización de técnicas que privilegiaran la experiencia misma de las personas como las entrevistas abiertas y la observación, las diferentes redes a apoyos que la población de más de 60 años de edad ha tenido que generar a partir de la emergencia sanitaria para satisfacer sus necesidades básicas primarias, teniendo a los cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeron no solo a mantenerse alejados del espacio público, sino también para atender sus necesidades en salud, así como la re-construcción de redes sociales.

Palabras clave: Personas Mayores, proceso salud-enfermedad-atención, COVID-19, redes y apoyos sociales.

* Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico de contacto: francisco.hernandez@continental.com.mx

** Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico de contacto: zronzonh@uaemex.mx

*** Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Medicina. Correo electrónico de contacto: amepalma@gmail.com

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 23 de abril de 2024

Care strategies and social supports for the aging population of the Valley of Mexico. Forms of action and perception regarding the COVID-19 health emergency.

ABSTRACT

Since the health emergency unleashed by COVID-19, restrictions on traffic and public spaces involved, for the entire population, various challenges to satisfy their basic needs. For older people in the Valley of Mexico, the challenges of confinement were excessive, given the absence of a State policy for care, the lack of networks of caregivers and inequalities in the distribution of public access to health services, limited the possibilities of solving their needs in the health-illness-care process, mainly related to food, health care, emotional support and leisure and recreation practices. This paper aimed to identify, through qualitative research, with a phenomenological perspective, and the use of techniques that privilege the experience of people such as open interviews and observation, the different support networks that the population over 60 years of age has had to generate from the health emergency to satisfy their primary basic needs, taking care as the means to obtain resources and/or support for basic instrumental needs and that contributed not only to staying away from public spaces, but also to attend to their health needs, as well as the re-construction of social networks.

Keywords: Older People, health-illness-care process, COVID-19, social networks and supports.

Introducción

El crecimiento demográfico que vive el país se ve acentuado, sobre todo, en las grandes metrópolis de la nación y por lo tanto, las crisis que afectan a la población como la sanitaria más reciente, se concentra en el Valle de México, de ahí que este trabajo se desarrolla en esta zona del país, dado que entre el Estado de México y la Ciudad de México, durante los dos primeros años de la pandemia acumularon el 43% del total de casos confirmados a COVID-19¹. Por lo que tanto desde la perspectiva demográfica como de los estudios antropológicos, se necesita la observación de esta área geográfica como principal centro territorial de la emergencia sanitaria, con el obje-

tivo de registrar y analizar las diferentes formas de percibir esta nueva enfermedad y por consiguiente, de actuar ante ella. A este contexto, falta agregar que México se encuentra en un proceso de envejecimiento demográfico, para el 2020 había 15,142,976 personas de más de 60 años en el país, lo que representó el 12 por ciento de los 126,014,024 totales en el país (Ronzón, Jardón y Méndez, 2021), evidenciando la necesidad de realizar estudios en torno a este sector poblacional.

Este trabajo buscó analizar las diferentes redes de cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeran a mantenerse alejados del espacio público, identificando si las redes sociales con las que las personas mayores eran sólidas antes de la crisis sanitaria o si es a partir de una situación de emergencia que las personas mayores

¹ Dato obtenido de coronavirus.gob.mx/datos/ consulta 26 de abril de 2023.

consideraron necesaria la construcción de nuevas redes que les hicieran llegar materias primas para su alimentación y/o los medicamentos necesarios para atender sus patologías, además de que sus servicios fueran satisfechos.

En cuanto a la búsqueda de evidenciar si las estrategias de cuidado contribuyeron o no a la salud en su máxima expresión, es decir biopsicosocial (partiendo del concepto de salud de la OMS, entendiéndose como el bienestar social, mental y de salud), se analizó la manera en que las personas mayores y familiares, conciben el aislamiento social y la manera en que afectad la salud integral.

Así, el presente trabajo partió de las preguntas:

- ¿Cuáles son los principales cambios, que la población envejecida identifica dentro de la vida cotidiana ante la emergencia sanitaria?
- ¿Cómo las personas mayores han hecho para tener al alcance los recursos para la satisfacción de sus necesidades más básicas en la etapa de confinamiento?
- ¿Cuáles son las redes que tienen para cubrir dichas necesidades? ¿Han construido nuevas y de qué manera?

La conurbación de la Ciudad de México con 27 municipios del Estado de México (dependiendo del criterio de inclusión, hay instancias que hablan de hasta 50 municipios conurbados), resulta ser en este caso, el elemento trascendental para la crisis sanitaria en el país, y por consecuencia del agravamiento de la pandemia en las zonas metropolitanas, por lo que se mostró como el principal centro de desarrollo de la epidemia a nivel na-

cional, pues para el 2020 la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) contaba con una población total de 21 436 911 personas (Gobierno de México, 2024), lo que pone al sector envejecido en una situación de vulnerabilidad demográfica.

Ahora bien, en torno la distinción por lugar de residencia se encuentran dos variables indispensables para poder hablar de vejez: por un lado, la familia y por el otro a la seguridad social.

Para este trabajo se entiende por familia al conjunto de personas que se reconocen entre sí como miembros del mismo grupo, ya sea que compartan o no lazos consanguíneos y sin importar si comparten un espacio físico (hogar), y se entiende como grupo de coresidencia a las personas que cohabitan bajo un mismo techo (Ronzón, 2003).

En cuanto a la seguridad social, se parte de lo que Laurel sostiene sobre la integralidad del sistema que “debe proporcionar un conjunto de beneficios y servicios sociales lo suficientemente amplio como para garantizar condiciones de vida razonables y el desarrollo pleno de los seres humanos» (Laurel, 1997:52).

Estos dos elementos pueden hacer que la vejez sea o no considerada como una etapa estable en cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas elementales entre las cuales encontramos la alimentación, el vestido y la salud.

Así, desde los estudios sociales, es imprescindible estudiar al grupo etario de personas de 60 años y más, desde la perspectiva de la sociedad global en la que se encuentra integrado. La penetración de los medios de comunicación social en el ámbito personal y familiar, las nuevas funcio-

nes del espacio, de carácter de ocio, lúdico, recreativo, industrial, la movilidad de la población, la modificación de las relaciones interpersonales, el crecimiento de los intercambios comerciales y mercantiles y la posibilidad de acceso, a partir de la última década, a redes de información, está modificando las costumbres y expectativas de las personas mayores ante un contexto global de pandemia que incide en todas y cada una de las variables antes mencionadas.

Bajo la realidad arriba expuesta, la propuesta se encamina al estudio y análisis de las diferentes estrategias y acciones de la sociedad en general a la satisfacción de las necesidades básicas de cuidados de las personas mayores de 60 años de edad que contribuyen a la disminución del estado de vulnerabilidad en que se encuentran por el hecho de que el virus resultó tener una alta letalidad en este grupo poblacional, lo que recae directamente, en los recursos de los sistemas de salud mexicano, y así, en el resto de los grupos etarios lo cual fue evidente durante el primer año de la pandemia², pues la “vulnerabilidad demográfica se refiere a los riesgos, debilidades o desventajas que enfrentan comunidades, hogares y personas a raíz de la intervención de factores (tendencias, características, conductas) de origen demográfico” (Aranibar, 2001: 37), y esos riesgos llevan a la desprotección. Luego entonces, se parte de entender el cuidado como una acción social que busca la supervivencia social y orgánica de las personas “con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria” (Huenchuan, 2009:167), y

² Para el último trimestre del 2020 se confirmaba que la letalidad aumenta con la edad, de manera a partir de los 50 años, la letalidad superaba la cifra nacional (9%) y las más altas se registraron a partir de los 70 años: 41.5% 49.2 % y 48.1% en los hombres de 70- 79 años, 80-89 y 90 años y más, respectivamente (Muñoz y Moreno, 2020).

donde además, son tres las instituciones que intervienen en los cuidados: la familia, el Estado y la Comunidad (Huenchuan, 2009, citado en Ronzón et al; 2021: 218).

Ahora bien, resulta trascendental hacer hincapié que la letalidad del COVID-19 tiene mayor impacto en las personas mayores de 60 años de edad, y que esto no fue particularidad de nuestro país, pues en el comportamiento de la enfermedad “desde el comienzo de la pandemia, las personas con una edad avanzada se han identificado como un factor de riesgo importante para la gravedad de la enfermedad y tasas crecientes de mortalidad. Esto puede ser consecuencia de un peor estado de salud previo, una mayor prevalencia de comorbilidades preexistentes y un mayor grado de fragilidad” (SSA, 2023; p.86), pero en definitiva este grupo etario ha debido observarse de manera puntual, por lo que las acciones de cuidados y prevención deben ser prioridad en este sector de la población. Sin embargo, ante la emergencia sanitaria, el Estado no pudo ser garante de que la población cumpliera con las recomendaciones de confinamiento y aislamiento social, siendo la sociedad misma quien tendría que asumir la responsabilidad de ser vigilante del resguardo de la salud de las personas mayores para así, salvaguardar la vida y la salud de este grupo etario, evitando su contagio y de este modo, disminuir la curva epidémica que, si contrae el virus, tiene una alta posibilidad (más del 70%) de necesitar atención médica hospitalaria y de ese porcentaje, otro importante necesitará cuidados intensivos que implican ventilación pulmonar artificial, contribuyendo a la saturación de la atención hospitalaria que en ninguna parte del mundo fue suficiente, y por consiguiente, a la alza en la letalidad del virus en la población general. Así, este estudio pone atención en la manera en que los integrantes

de un grupo social-familiar atiende los cuidados (materiales e inmateriales) de las personas mayores, recayendo directamente en el bienestar de los otros grupos etarios.

De esta manera, la composición del hogar opera, entonces, como una variable que es específica, en algunos casos, lo que se ha conocido como el “vaciamiento”, que puede equivaler a que la persona envejecida tenga mayor autonomía y menor carga económica; en otros puede ser el paso previo a una excesiva soledad y dificultades de integración; y en otros, la antesala a la reconfiguración y construcción de nuevos arreglos familiares (Rosset et al, 2011).

En este sentido, y de acuerdo con Gomes (2001), resulta relevante vislumbrar que la disminución de la mortalidad, que trae consigo un aumento de hombres y mujeres que sobreviven hasta edades avanzadas, provoca la ampliación del tiempo potencial de convivencia familiar de padres, hijos, nietos, y otros parientes. Esto puede verse acompañado de la ampliación del propio espacio familiar a través del establecimiento de redes de intercambio, cooperación y reciprocidad entre distintas generaciones, ya sea viviendo bajo un mismo techo o por medio de arreglos residenciales interdependientes de naturaleza variada. Estos elementos fueron los que se buscaron observar en este trabajo, el cual parte de un acercamiento antropológico.

Así, desde la antropología médica, Menéndez (1992) estableció una tipología que incluye tres diferentes modelos de atención que tienen las personas para encargarse de su proceso salud-enfermedad-atención (s-e-a) y define a los modelos médicos como:

Aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales supone en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también de la participación de en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez:101).

El primer modelo de atención del que habla es el que denomina hegemónico, y se refiere al sistema de salud formal e institucional, tanto del Estado como privado que es el resultado por el avance científico y que sostiene una perspectiva biologicista de la enfermedad, caracterizado por:

Participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, ... tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza” normalización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico... (1992:102).

El segundo modelo médico es el que llama alternativo subordinado, donde se encuentran las prácticas conocidas como tradicionales y que son medicinales y que se legitiman a través de la racionalidad social, lo cual implica que el colectivo aprueba y recomienda a los miembros del grupo social

... no solo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, si no que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van construyendo como dominantes, pero que no solo

proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales (1992: 102).

El tercer modelo es de la autoatención, el cual consiste en que la persona se auto diagnostica a través de sus síntomas, esto puede ser a través de experiencias previas sin tomar en cuenta a un profesional de la salud que lo diagnostique “llevados a cabo por las propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no se actúa directamente un curador profesional. Esta auto atención supone desde acciones “consientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad” (1992:104).

Así, se construyeron las bases y el posicionamiento teórico conceptual que sustentan la visión de esta investigación.

Material y métodos

Este trabajo se posiciona dentro de los estudios fenomenológicos, pues, como sostienen Taylor y Bogdam (2000), la fenomenología no es propiamente un método sino una perspectiva de alcanzar el conocimiento. En las ciencias sociales la metodología indica la manera en la que se realizará la investigación, y es el problema mismo por investigar, el que nos lleva a elegir una u otra metodología, a partir de los intereses, objetivos y metas.

En la lógica anterior, se retoma para este trabajo lo que Max Weber (1968) denomina *verstehen*, esto es, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente, es entonces, que a partir de una visión antropológica, se observa a las personas

en toda su complejidad, entendiéndolas como entes bilógicos, psicológicos y culturales, tomando posturas y conceptos teóricos de la antropología médica específicamente, sin embargo, también se realizó una investigación cuantitativa de fuentes secundarias para tener un diagnóstico que permitiera dimensionar la problemática, quedando evidenciado que la concentración de casos de la COVID-19 en México estuvieron en la zona Metropolitana del Valle de México.

Los métodos elegidos para la realización de este trabajo fueron la etnografía y la teoría fundamentada (Taylor y Bogdam, 2000), partiendo de que algunas de las entrevistas tuvieron que ser a distancia, dado que la obtención de la información de primera mano fue durante el 2021 y el 2022, durante los primeros meses del 2021 se privilegió la seguridad de los informantes, y fue después de la vacunación masiva (que se dio por etapas en nuestro país) que se realizaron entrevistas cara a cara. En este caso se eligió estrategias que permiten localizar un grupo o escenario inicial que estudiar. En esta parte se incluyen la selección exhaustiva, selección por cuotas, selección por redes. (Rodríguez et al, 1999), de manera que se aplicaron cuestionarios que recuperaban información básica de las personas, para después seleccionar los posibles informantes y después hacer otros contactos a través de quienes ya habían participado en la investigación.

Entre las técnicas utilizadas, se encuentran la observación, observación participante (Taylor y Bogdam, 2000) con la intención de lograr la verificación empírica de los fenómenos, a través del registro de los hechos y el análisis objetivo. Asimismo, otras técnicas de recopilación de datos fueron las entrevistas abiertas y semidirigidas (Pujadas, 1992), de manera que él/la investigadora habla cara a cara con sus informantes, se hacen

preguntas y se toma nota de cualquier elemento relevante, para luego contrastarlo con la realidad y viceversa, es parte pues, del trabajo antropológico.

Como parte de la sistematización de la información, se construyeron narrativas autobiográficas, en donde la voz de ego (la persona que narra su propia experiencia), evidencia su subjetividad y sus valoraciones bajo una perspectiva particular acerca de temas indispensables en las entrevistas, con objetivos delimitados al hacer la investigación (Pujadas, 1992), que resultan útiles para conocer las personalidades individuales, los intereses y las habilidades de los miembros de una comunidad y, ese modo, hacer un retrato cultural más íntimo de la sociedad que se estudia.

Se lograron obtener 40 entrevistas en 5 Alcaldías la Ciudad de México y 12 municipios del estado de México. Así, por medio de las entrevistas, la búsqueda de respuestas se logra a partir de identificar las “fuerzas” que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos... son “materia significativa”. Son ideas, sentimientos y motivos internos (Douglas; 1970).

El criterio de inclusión básico fue que en el grupo familiar del o la persona entrevistada, hubiera al menos una persona mayor o que esta fuera una persona de más de 60 años, ya que la intención del trabajo era no solo conocer la experiencia de las personas mayores sino de los integrantes de la familia en cuestión, y se buscó, que en medida de lo posible, se tuviera una entrevista de un familiar o corresidente por cada persona mayor entrevistada, de manera que los testimonios recopilados para este trabajo se distribuyeron de la siguiente manera:

Resultados

Una pandemia siempre trae nuevas formas de pensar y de vivir, en este sentido, vivir la pandemia más grande de la historia del ser humano, pues “desde el inicio de la pandemia en el año 2020, hasta el 1 de julio de 2023 se han acumulado a nivel mundial 767,562,324 casos de COVID-19, que incluyen 6,947,976 defunciones” (SSA, 2023: 17) ha dejado diferentes experiencias a quienes la hemos vivido, los cambios fueron visibles casi de inmediato. Si bien había diferentes formas de entender la enfermedad de lo que llamaríamos

Tabla 1. Distribución de las personas entrevistadas por grupos de edad

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Entrevistados totales
20-39	4	5	9
40-59	4	5	9
60 y más	10	12	22
Total	18	22	40

Fuente: Elaboración propia con información del trabajo de campo 2021-22.

COVID-19, las políticas de Estado destinadas al confinamiento sanitario, hicieron que las calles cambiaran, las poblaciones, las comunidades e incluso los hogares; las dinámicas antes vueltas hábitos dieron paso a lo que podemos entender ahora, como cambios por sobrevivencia. Los centros comerciales se hallaban vacíos y los centros públicos cerrados a las personas.

Esos fueron, quizás, los cambios más evidentes ante la necesidad de mantener distancia entre todas las personas para así, contener lo que se conocería posteriormente como la pandemia más agresiva antes conocida (pues fue global y se expandió a todo el mundo en tan solo tres meses), no solo por las graves consecuencias en quienes la padecían, sino por todas las problemáticas colaterales que causó, entre las que podemos mencionar el impacto en la salud mental ante la necesidad de no convivir con nadie fuera del hogar, los cambios en el aprendizaje de la educación formal ante el uso de una educación a distancia nunca antes practicada, y por supuesto, las profundas afectaciones económicas globales y carencia de productos, que terminó afectando directamente el bolsillo de las personas.

Y entonces...llegó la pandemia

Las dinámicas fueron cambiando conforme cambiaba la situación epidemiológica, la llegada de vacunas autorizadas y probadas hizo que las personas percibieran una especie de tranquilidad y esperanza, “ya la libramos”, decían algunas personas que acudían impetuosamente a aplicarse la vacuna, así para el 15 de marzo de 2021 cuando la vacunación nacional se ponía en marcha, se registraron 2 169 007 casos en el país, donde 585 348 se concentraban en la Ciudad de México y 225 871 en el estado de México, de manera que concentraban entre ambos 811 219 casos posi-

vos, lo que se traducía en el 37.4 por ciento del total nacional; pero para el 11 de octubre de 2022, en el país se registraron 6 982 307 casos, de los cuales 1 339 644 estaban en la Ciudad de México y 656 804 en el estado de México, si bien la vacuna no contuvo las transmisiones del virus y la enfermedad del mismo, pues los casos positivos sobrepasaron el 300% de los casos de marzo de 2022, el índice de vulnerabilidad en México ante el COVID-19, según cifras que la UNAM (2023) dio a conocer, había cambiado de manera muy evidente, donde la letalidad había sido de 11.7 para el 2021 y para el 2022 fue del 4.6, de manera que bajó alrededor de un 70 por ciento la letalidad³.

Entonces, las calles volvieron a llenarse de gente poco a poco, las actividades al aire libre fueron reiniciadas, las aulas tuvieron alumnado por etapas y la gente volvió a reunirse con todos aquellos que no habían visto, se volvieron a celebrar cumpleaños en fiestas y también se pudo ir a despedir a aquellos que no lograron sobrevivir.

Pero ¿qué pasó en lo hogares con personas mayores mientras el espacio público era vaciado? Este trabajo buscó analizar las diferentes redes de cuidados como el medio para asirse de recursos y/o apoyos para necesidades instrumentales básicas y que contribuyeran a mantenerse alejados del espacio público, identificando si las redes sociales con las que las personas mayores eran sólidas antes de la crisis sanitaria o si es a partir de una situación de emergencia que las personas mayores consideraron necesaria la construcción de nuevas redes que les hicieran llegar materias primas para su alimentación y/o los medicamentos necesarios para atender sus patologías, además de que sus servicios fueran satisfechos, así, ante la pregunta

³ Información obtenida en <https://covid19.ciga.unam.mx/> el día 12 de julio del 2023.

directa de ¿cómo conseguían los productos básicos para la vida diaria, don José Luis contestó:

Mi familia son los encargados de hacer el super y se encargan de traer lo que necesitamos mi esposa y yo, que si el cepillo de dientes, que si el jabón, nosotros no salimos, ellos lo traen, tengo la fortuna de que me quieren y me cuidan mucho (hombre, 71 años, Tlalnepantla, estado de México).

En este mismo sentido, otro de los entrevistados, don Emilio, dijo:

Pues salgo de mi casa, solamente una vez por semana, compro lo básico para comer y para mí, pero la verdad es que en ocasiones no tengo los suficientes ingresos para comprar mi medicamento y en ocasiones no me compro los que me mandan sino unos más baratos, pero así ha sido siempre, la verdad no es de ahora, mi hijo me ayudaba a veces antes, pero ahorita con tanta cosa, pues no ha podido (hombre, 62 años, alcaldía V. Carranza, Ciudad de México).

La situación familiar es una de las principales preocupaciones de la persona mayor, y esto es de esperarse, porque la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar; en este caso, la persona adulta mayor participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa (González y Sánchez, 2003), los dos testimonios anteriores son ejemplo de varias maneras en las que las personas expresaron la manera en que se vieron apoyados o no ante el confinamiento. De igual manera, Juan, de 23 años, nieto de hombre de 72 y mujer de 68, dijo lo siguiente:

Cuando empezó todo (refiriéndose al confinamiento) mis abuelitos vivían en su casa, pero cuando vimos que. La cosa iba para largo, mi mamá les dijo que se vinieran con nosotros a la casa, porque si no podíamos estar yendo a verlos, pues todo se complicaba, y aunque no querían al principio, sí se vinieron, yo creo que fue cuando se empezó a saber que la gente se estaba muriendo, y pues ya, desde entonces se quedaron en la casa (Naucalpan, Estado de México).

En cuanto a los cuidados para la salud, a la pregunta expresa de ¿Cuándo se enferma tu abuelita quién la cuida? Katy, contestó:

A mi abuelita la cuidamos todos, bueno, mi mamá y mis tías más, pero ella tuvo cinco hijos, entonces somos muchos, ahora que estuvo internada por covid en el IMSS, porque ella fue enfermera y tiene IMSS, pero todos estábamos pendientes, otro de sus hijos trabaja en PEMEX y quería llevársela al hospital de PEMEX, pero en el IMSS la atendieron muy bien, y no se necesitó, ella dice que estar en el hospital fue muy feo aunque la trataron bien, pero afortunadamente salió bien y se recuperó y está con nosotros (mujer, 21 años, nieta de Martha de 80 años, Ciudad de México).

Sin embargo, hubo otras respuestas, por ejemplo, a la pregunta de ¿Cuándo usted se enferma, quién lo cuida?, don Emilio contestó:

Pues yo aquí me cuido, me tomo tes para prevenir y que no me de (el covid) y me voy tomando las medicinas que me puedo comprar, porque, pues orita no he podido ir al médico y mi hijo, pues no me puede llevar por lo mismo de cómo está la cosa (hombre, 62 años, alcaldía V. Carranza, Ciudad de México).

Respecto a la manera en que la salud mental fue afectada o no, se les preguntó ¿Cómo vivió el confinamiento? A lo que se obtuvieron distintas respuestas como:

Vivo conectada al oxígeno (sufré de EPOC), no permito el contacto físico directo con nadie ni mis familiares, nadie puede entrar a mi cuarto sin antes asearse, me lavo las manos cada 30 minutos así no haya agarrado a nadie y no me toco la cara. Les tengo prohibido a mi familia visitarme, me abraza o me bese; sigo tratamiento con neumólogo y un familiar va por los medicamentos al hospital por mí, ya que me tienen prohibido visitar el hospital. No salgo a la calle. No me desespero porque he aceptado mis incapacidades por la situación mi vejez y el EPOC, así que no se me hizo pesada la cuarentena, estoy tranquila, no me siento deprimida, aislada ni ansiosa y mucho menos encerrada, tengo todo lo que necesito dentro de mi casa y son mi hija, mi yerno y mi nieto. Yo sola siempre he hecho oraciones a Dios en mi cama, procuro desayunar junto a quienes viven conmigo, hace mucho no voy a misa, nunca me ha gustado. Me apoya mucho mi hija y su familia, ellos son los que me apoyan en mi diario vivir, ayudándome en lo que ya no puedo hacer independientemente, cuento con mi familia para todas mis necesidades. Mi hija me prepara mi comida, me arregla mi ropa, me ayuda a bajar las escaleras. Siempre recibo el apoyo de todos a todo lo que necesite ayuda, fuera o dentro de la casa” (Doña Gloria, 80 años, Ciudad de México).

Así entonces, los ejemplos de testimonios presentados, dejan ver que las personas mayores y sus familias han usado de forma indistinta los tres modelos para hacer frente a la nueva enfermedad, y que la manera en que el grupo social fue respon-

diendo a la atención de la salud tuvo que ver con los recursos con los que contaban para ello. En ese sentido, se les preguntó también ¿quién aporta dinero en su casa? A lo que respondieron:

Yo trabajaba en el Aurrerá, empacando las cosas, pero pues con todo esto nos corrieron, y eso sí estuvo feo, porque se nos acabó, así nomás, y bueno, yo así tenía mi dinerito, no mucho, pero sí compraba cosas aquí (la casa de la hija) y ya todo fue para mi hija ella tuvo que comprarme mis medicinas y mis cosas, eso fue feo, pero pues hemos tenido que ahorrar mucho, nos quedamos en la casa y eso ha estado bien, pero sí difícil (Sr. Sánchez, hombre, 70 años; Ecatepec, estado de México).

Los fragmentos de las entrevistas muestran distintas medidas que tomaron las personas mayores para enfrentarse al confinamiento, pero también se preguntó sobre la manera en que fueron volviendo a hacer sus actividades normales, pues algunas personas tomaron acciones radicales:

Yo no salí en todo esto, de verdad, cumplí 11 meses sin salir de mi casa, y así estuve bien, no necesité salir a la calle, bueno, mi hijo y mi nieto me traían mis cosas y lo que se necesitaba, pero afortunadamente yo tengo mi dinerito de las rentas y no tuve que andar ni preocupándome ni padeciendo andar en la calle, yo salí de mi casa el día que tuve la cita para irme a vacunar, entonces sí, me arreglé y vino mi'jo por mí y me fui, y entonces sí, fue como empecé a salir otra vez, bueno, después de los quince días que decían que te hacía la vacuna, y poco a poco eh, no creas que salí y me fui a todas partes (doña Viky, mujer, 77 años, alcaldía Miguel Hidalgo).

Doña Luz contestó:

Yo ya voy a todas partes, ya regresé a atender mi puesto al tianguis y voy al centro (de la Ciudad de México) a comprar mi mercancía, porque no puedo, no puedo estar encerrada y no hacer nada, cuando me pusieron mis vacunas ya me sentía más segura, a lo mejor nada más una sola se hace la idea pero ya seguí con mi vida (mujer, 67 años, Ciudad Nezahualcoyotl, estado de México).

En cambio, la señora Diana dijo:

Yo me tuve que venir a vivir con mi hijo, la verdad no fue que yo quisiera, pues toda mi vida estaba allá (refiriéndose a la zona sur de la Ciudad de México), pero ¿qué hacía? Ya estaba yo sola y mi hijo me dijo que así él me iba a poder ver, y pus ni modo, aquí estoy, pero extraño muchas cosas, yo me iba a bailar a la Ciudadela, hasta allá me iba, y acá, pues que yo sepa no hay nada así, y pues no me pueden llevar, pero si yo oigo que me digan que sí hay un lugar, ¡pues sí voy a ir! (mujer, 81 años, Atizapán de Zaragoza, Estado de México).

El programa nacional de vacunación contra COVID-19, inició en México en febrero de 2021, y ante la innegable desventaja social y epidemiológica del grupo etario de personas mayores de 60 años, fue el primer grupo poblacional en vacunarse, ofreciendo así la posibilidad de reiniciar algunas de las actividades suspendidas casi un año, aunque hubo quienes cambiaron no solo sus rutinas sino sus vidas, como lo han constatado los testimonios.

Discusión

A partir de los testimonios procesados, se han podido identificar diferentes formas en que las familias contribuyeron o no a que las personas mayo-

res cubrieran sus necesidades básicas, y además, pudo observarse que los familiares más cercanos. Para precisar, los corresidentes, fueron quienes realizaron acciones en torno a la procuración del bienestar de ellas, por lo que se puede cuestionar si existió o no solidaridad social entre las distintas generaciones que conviven hoy en la sociedad del Valle de México a partir de la emergencia sanitaria, de ahí la necesidad de observar si las redes de las personas mayores son familiares, vecinales y/o comunitarias, con la intención de generar, ante casos de éxito, programas de generación de sentido de comunidad.

Así, los testimonios evidencian que la sociedad demanda la solución de sus problemas en dos rubros principalmente: los de salud y los económicos. Para este caso, en la emergencia sanitaria, los de salud fueron prioritarios, entendidos como aquellos que necesitan apoyos que les brindarán la oportunidad de atender, cubrir y curar sus enfermedades; y los económicos como aquellos que podrán utilizar, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar un ingreso que les brinde la oportunidad de alimentarse, tener un techo y vestirse. Estas necesidades, se ven claramente expresadas en la emergencia sanitaria que vivió el país ante la epidemia de COVID-19 durante los años 2020 y 2021 principalmente. Si bien el Estado está obligado a cubrir estas necesidades a través de la Seguridad Social, entendida como: “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica” (OIT, 1984), para la emergencia sanitaria y según las personas entrevistadas, resultó no solo insuficiente sino en algunos casos inexistente, pues si bien, por una parte el concepto nos refiere a cuestiones econó-

micas, sociales y medicas; por otra parte, el término se refiere a contingencias, es decir, a eventualidades que se presentan en el ritmo normal de la vida, en este sentido, la emergencia sanitaria en México y el mundo debió ser observada desde este marco conceptual, protegiendo a la sociedad de manera integral.

Ahora bien, el trabajo de campo junto con las entrevistas, han dejado ver que las redes sociales, ya sean públicas, familiares o privadas, tienen distintos objetivos que cumplir. Desde la tradición antropológica, el énfasis estuvo centrado en la importancia de las redes sociales en las estrategias de reproducción social de aquellos que se encontraban en situación desventajosa, como migrantes, sectores populares, jefatura femenina, desempleados, madres solteras, entre otros (Guzmán, 2003: 3). Esas redes sociales tienen como principal fin el apoyo social, de manera que cuando las personas mayores expresan la manera en que sus familiares les proveyeron de distintos elementos, se hace patente la red y el apoyo social, el cual puede entenderse como todas aquellas formas de ayuda que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su curso de vida. El apoyo “se brinda a aquel que lo necesita, que presenta condiciones de vida adversas o que requiere la atención por enfermedad, apoyo material afectivo o psicológico” (Montes de Oca, 1999: 293) y en la emergencia sanitaria, las personas mayores fueron las que presentaron más adversidades.

Montes de Oca (1999) afirma que los apoyos se han clasificado “como de tipo familiar o institucional” (p. 294), y que los familiares pueden considerarse como de tipo informal, y continúa diciendo que “se considera como apoyo familiar a aquel tipo de ayuda que se da por parte de los miembros de la familia, residan o no con el anciano.

La desventaja de este concepto radica en que no permite saber si el apoyo familiar que recibe el anciano es efectivamente de alguien que reside con él o de alguien que vive en otras unidades domésticas” (1999: 294), sin embargo, en este trabajo ha sido posible distinguir quienes brindan o no los apoyos a las personas mayores, a partir de la necesidad manifiesta en la emergencia sanitaria.

La persona mayor recibe apoyo de muchas índoles, como puede ser desde los aspectos emocionales (afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha), materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios), instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar), donde participan en primer lugar la parte más apegada que es el núcleo familiar, después se encuentran los amigos y vecinos y al final se encuentran todas aquellas personas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, al igual que las organizaciones gubernamentales. Sin embargo, ante la crisis sanitaria fue evidente que quienes no tuvieron redes sociofamiliares previamente construidas, no tuvieron la oportunidad de construir nuevas para apalar los efectos de la pandemia más severa que ha vivido la humanidad, de manera que este grupo de personas mayores, tuvo que depender de su autonomía y sus recursos para cuidarse, y en cambio, quienes tenían redes sociofamiliares sólidas previas a la emergencia sanitaria, recibieron el apoyo para sus cuidados, independientemente si vivían o no con su grupo familiar.

Entre los principales hallazgos, se encuentran:

- Hay una carencia de cuidados hacia las personas envejecidas en los contextos de alta letalidad del virus del estado de Méxi-

co, pues los testimonios de las personas mayores que vivían solos dejaron claro tuvieron que autocuidarse y exponerse al posible contagio.

- Existió una justificación por parte de las generaciones envejecidas hacia las productivas respecto a que no hay atención de su parte, pues dijeron entender que os hijos hicieron su vida propia, que tenían el trabajo, y cuidar a su familia, atender a los nietos, etc. Actividades que resultaban prioritarias antes de atender a las personas mayores.
- Las Personas mayores que tenían redes construidas antes de la pandemia consolidaron sus redes, de manera que su grupo familiar, de coresidencia o no, les hacían llegar los insumos necesarios para la supervivencia.
- Las Personas mayores que tenían redes débiles no se fortalecieron, según los testimonios no se construyeron nuevas redes.
- Las Personas mayores que no tenían redes de cuidados se vieron en la necesidad de cuidarse de manera independiente, es decir, por autocuidado.

Conclusiones

La manera en que el envejecimiento poblacional ha tenido injerencia en el bienestar global, marcado por el envejecimiento demográfico actual, y ha ocasionado profundos cambios y múltiples consecuencias en nuestras sociedades se muestra visible hoy ante la pandemia de COVID-19, desde formas de pensar, ser y hacer, nuevas interacciones sociales, familiares, de género e intergeneracionales; así como cambiantes percep-

nes, prácticas, cursos, ritmos, cuidados, estilos de vida, normas y expectativas sociales. En este sentido, es de especial interés hacer evidente cómo los efectos de la globalización se ven reflejados en el sector de la población envejecida y que lleva directamente a la estructura política, social, económica y cultural, en los comportamientos de sus habitantes, en sus creencias, sus formas de relación y de comunicación, en sus sistemas productivos y estilos de vida en la vejez, recayendo claramente en el estado de salud, desde el concepto biopsicosocial, que ha sido permeado ante las actuales circunstancias globales. Lo anterior, debe llevar a plantearnos, como sociedad, innumerables preguntas, las cuales deben hacerse desde la matriz sociocultural donde se acumulan y reelaboran los sistemas de conocimientos, desde donde los individuos orientan y co/construyen la realidad.

La situación mundial en la que se desarrolló la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 necesita la atención desde una visión multidisciplinaria. Así, desde las ciencias sociales, es necesario enfocar los temas de salud bajo una concepción cualitativa que se apoye de la cuantitativa para entender el fenómeno de una manera holística. La definición de salud de la OMS elaborada en 1946 dice que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS; 1998:10) y que además, la Observación General No 14 hecha en el 2000, define la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos (Vázquez; 2007:97), por lo que la manera en que la población mayor de 60 años se enfrentó a la emergencia sanitaria los vulneró en todas las dimensiones: física, social y mental, por lo que para muchas personas el bienestar no fue posible.

Ante esto, los cuidadores primarios y las familias han desarrollado una serie de prácticas para satisfacer sus necesidades, las cuales ameritan ser documentadas y analizadas bajo la mirada antropológica. Así, se identificaron las diferentes formas de organizarse y reestructurarse dentro de los grupos familiares para que las personas mayores de 60 años de edad tuvieran, de una u otra manera, satisfechas sus necesidades en el proceso s-e-a, en la que la *No movilidad* fue la principal estrategia para detener los contagios y contener así la pandemia, provocando cambios en la vida cotidiana y en la percepción de la libertad de movimiento que tenían antes de la “nueva realidad”, incidiendo en el cuerpo y en la mente de las personas. En cuanto a las acciones realizadas no solo por las perso-

nas mayores sino también por los integrantes del grupo familiar, fueron desde el hacer las compras y llevarlas a sus domicilios para evitar la exposición, hasta los cambios de residencia, incluso de municipio o entidad, cambiando las dinámicas cotidianas individuales y familiares.

Dos variables indispensables fueron evidentes en los testimonios para los cuidados de las personas mayores: por un lado, la familia y por el otro la seguridad social, estos elementos pueden hacer que la vejez sea o no considerada como una etapa estable en cuanto a la cobertura de sus necesidades básicas elementales, entre las cuales encontramos la alimentación, el vestido y la salud.

Referencias Bibliográficas

- ARANIBAR, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo, 21. CEPAL. Santiago de Chile.
- DOUGLAS, M. (1970) *Símbolos Naturales*. Alianza Editorial, Madrid.
- GOBIERNO DE MÉXICO (2024) *Metrópolis de México 2020*. Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.
- GOMES, C. (2001) *Procesos Sociales, población y familia: Alternativas teóricas y empíricas en las Investigaciones sobre vida doméstica*. México. Flacso.
- GONZÁLEZ, R. y SÁNCHEZ J., (2003). “Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores” en *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (1), pp. 43-58. México.
- GUZMÁN, J.M, S. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2003) Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. Santiago de Chile. 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- HUENCHUAN, S. (2009) *Envejecimiento y sistemas de cuidados*. Santiago de Chile: UN- CEPAL.
- LAUREL, A. C. (1997) *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa*, México, Ediciones ERA.
- MENÉNDEZ, E. (1992) “Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales”. En Campos, R. *La Antropología Médica en México*. IMUAM, pp. 97-115. tomo 1
- MONTES DE OCA, V. (1999) “Relaciones familiares y redes sociales” en CONAPO. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México DF. Cámara de Diputados, Senado de la República, pp.289-325.
- MUÑOZ, A.V y A. Moreno (2020) *Letalidad por COVID-19 en México en Boletín sobre COVID-19. Salud Pública y Epidemiología*. Vol. 1, n° 11, 3 de

- noviembre de 2020 Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM
- OIT (1984) *Introducción a la seguridad Social*. Ginebra. Oficina General del Trabajo citado en Roberto Ham Chamde (2000) Sistemas de pensiones y perspectivas de seguridad social. En Estudios Demográficos y Urbanos.
- OMS (1998) Promoción de la Salud Glosario. WHO. Ginebra, Suiza.
- PUJADAS, J. J. (1992) El método biográfico el uso de las historias de vida en ciencias sociales. España
- RODRÍGUEZ, J, G. FLORES, y E. GARCÍA (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones aljibe, Granada, España.
- RONZÓN, Z. (2003) “El anciano ante la falta de asistencia social y de salud” en F. Vázquez, Contando nuestros días, un estudio antropológico sobre la vejez, CIESAS. México.
- RONZÓN Z., A. MÉNDEZ Y A. E. JARDÓN (2021) “El derecho a los cuidados de las personas mayores, una necesidad del sistema de Salud en México” en CONAPO, La situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población. México. P.p. 211-227.
- ROSSEL C., CARDOZO S. y RODRÍGUEZ F. (2011). Vejez y vulnerabilidad en Uruguay: ¿Una cara inexplorada de la desigualdad? Observatory on Structures and Institutions of Inequality in Latin America. Working Paper Series #31. Center for Latin American Studies. University of Miami.
- SSA (SECRETARÍA DE SALUD) (2023) Informe Integral de COVID-19 EN MÉXICO Número 02-2023 1º de julio de 2023 Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México.
- TAYLOR, S. y R. BOGDAM (2000) Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. La búsqueda de significado. Paidós. España.
- UNAM (2023) Coordinación de la Investigación Científica. Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México. Disponible en <https://covid19.ciga.unam.mx/> .
- VÁZQUEZ, R. (2007) “La bioética en Contexto. El derecho a la salud como derecho social” en Aspectos Sociales de la Bioética. Memorias CNB3. Comisión Nacional de Bioética. México. Pp.70-84.
- WEBER, M. (1968) Conceptos Sociológicos fundamentales. Alianza

Experiencia de COVID-19 y Covid largo en un grupo de médicas y médicos especialistas

Anabella Barragán Solís* • Miguel Jiménez Olvera**

RESUMEN

Se presenta una descripción y análisis de la experiencia de COVID-19 en un grupo de médicos y médicas especialistas, 21 participantes, 14 mujeres y 7 hombres, quienes ejercieron su profesión durante la pandemia y que actualmente cursan la Alta Especialidad de Algología avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México, en un hospital público de tercer nivel. Se aplicó un cuestionario mixto con preguntas cuantitativas y cualitativas para explorar las representaciones experiencias y prácticas de atención a la infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2 y las secuelas físicas y emocionales de *long Covid* o Covid largo, los síntomas y prácticas de atención; lo que permitió observar la magnitud de afectaciones por COVID-19 y Covid largo en el grupo de estudio y la complementariedad de diversos sistemas médicos: la autoatención, el modelo médico hegemónico y las medicinas complementarias, que se realiza a través de la agencia de los actores sociales y demuestra la necesidad de establecer políticas públicas acorde con la realidad de este diálogo de saberes.

PALABRAS CLAVE: Pandemia de COVID-19, médicos, Covid largo, trabajadores de la salud, medicinas complementarias.

Experience of COVID-19 and long Covid in a group of specialist doctors

ABSTRACT

A description and analysis of the experience of COVID-19 and long Covid is presented in a group of specialist doctors, 21 participants, 14 women and 7 men, who practiced their profession during the pandemic and who are currently studying the High Specialty of Algology endorsed by the University Autonomous National of Mexico, in a tertiary public hospital. A mixed questionnaire with quantitative and qualitative questions was applied to explore the representations, experiences and practices of care for acute respiratory infection by SARS-CoV-2 and the physical and emotional sequelae of long Covid, symptoms and care practices; which allowed us to observe the magnitude of effects due to COVID-19 and long Covid in the study group and the complementarity of various medical systems: self-care,

* Escuela Nacional de Antropología e Historia – INAH. Correo electrónico de contacto: anabsolis@hotmail.com

** Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico de contacto: migueljiol@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 19 de abril de 2024.

hegemonic medical model and complementary medicines, which is carried out through the agency of social actors and demonstrates the need to establish public policies in accordance with the reality of this dialogue of knowledge.

Keywords: COVID-19 pandemic, doctors, long Covid, health workers, complementary medicines.

Introducción

En este trabajo queremos dar cuenta de las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la corporeidad de un grupo de médicos especialistas en tanto actores centrales del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990). Partimos de explorar la corporeidad por ser el cuerpo el lugar donde se materializa la realidad objetiva y subjetivada de la experiencia, en este caso las vivencias en el entorno laboral y social en el contexto de la pandemia, y al ser la experiencia una construcción procesual singular y a la vez colectiva, hace posible observar los significados, las prácticas, las normas y su resignificación en un momento de ruptura de la cotidianidad, que implicó la pandemia aunada al posible padecimiento de COVID-19. En ese contexto el interés es conocer las experiencias de los médicos y médicas en tanto curadores biomédicos y como sujetos percibientes y sintientes (Dorra, 2003). Esta experiencia es posible recuperarla a través del análisis de las representaciones sociales en las respuestas proporcionadas a través de la aplicación de un instrumento metodológico mixto. Hay que señalar que aquí entendemos las representaciones sociales en las respuestas que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas (Jodelet, 2008), estas representaciones son los ejes que condicionan el actuar de los sujetos, a partir de las cuales

explicarán sus experiencias y prácticas desde sus diversos contextos culturales.

Esta investigación se desarrolla con los marcos explicativos de la antropología médica, subdisciplina de la antropología social encargada del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (s-e-a-p) (Menéndez, 2020) y muerte, de las poblaciones humanas en contextos socioculturales acotados que ha integrado entre sus campos de estudio la multiplicidad de la experiencia vivida de la enfermedad (*disease*) y el padecer (*Illness*) (Fabrega, 1972). Enfermedad entendida como el conjunto de signos y síntomas ocasionados por la alteración del organismo a partir de los cuales se establecen parámetros de objetividad para determinar, tipificar y construir diagnósticos desde un conocimiento teórico técnico; y el padecer como aquellas experiencias de vida de las personas afectadas por un trastorno, quienes desde su subjetividad explican, valoran y determinan las acciones a seguir para afrontar las vicisitudes del quiebre de la cotidianidad de su vida ocasionada por la enfermedad, y que involucra la intersubjetividad con su red social de relación.

La antropología médica aborda también el estudio de los diversos contextos, estrategias de atención y los curadores como elementos estructurales de los sistemas etnomédicos que incluyen el biomédico, en las diferentes culturas en las que actúan

(Genest, 1980). Eduardo Menéndez (1983; 2020) propone en la antropología un instrumento metodológico basado en rasgos estructurales de valor heurístico, los modelos médicos, específicamente tres diferentes modelos de atención, en los cuales se engloban las prácticas curativas o de prevención de los grupos sociales, el Modelo Médico Hegemónico, que corresponde al sistema biomédico, cuyos elementos estructurales son: una concepción biologicista y evolucionista-positivista de la enfermedad, es un modelo médico ahistórico, individualista, sustentado en su eficacia pragmática, con una participación subordinada de los usuarios o consumidores, de quien se excluye su saber, tiene una legitimación jurídica y académica. El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS): en él se incluyen las prácticas médicas no occidentales como la acupuntura, la medicina ayurvédica, la medicina tradicional, la herbolaria china, la homeopatía, etc. y un conjunto de prácticas alternativas derivadas de la biomedicina. El MMAS estructuralmente tiene una concepción globalizadora de los padecimientos, supone la eficacia simbólica y la sociabilidad, es ahistórica y tiende a lo pragmático y también tiene una relación asimétrica con los consumidores. El Modelo Médico de Autoatención: es estructural a todas las poblaciones y supone el primer nivel real de atención, se trata del diagnóstico y atención llevados a cabo por los propios afectados o su grupo de relación, las acciones que se establecen tienen la finalidad de la cura, y se deciden sin que medie un curador profesional, tiene funciones curativas, socioeconómicas y básicamente una eficacia pragmática, tiende a concebir la enfermedad como mercancía, a sintetizar y apropiarse de las prácticas médicas de diversos orígenes y horizontes culturales, y también tiende a asumir la subordinación respecto a otros modelos (Menéndez, 1983; 1990). El amplio espectro que abarca la an-

tropología médica contribuye a que la antropología coadyuve a la resolución de las problemáticas de salud al proporcionar elementos de reflexión y resultados que permitan tomar decisiones en las esferas correspondientes para constituir políticas públicas en beneficio de los grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad y mejorar así su calidad de vida (Daltabuit y Mejía, 2000).

Entre los campos de investigación de la antropología médica está el de la experiencia de la enfermedad en instituciones biomédicas, incluyendo el contexto hospitalario, sea para investigar determinados padecimientos en distintos grupos sociales, la construcción de los saberes del personal de salud, la relación médico-paciente, o la salud de los trabajadores de la salud, entre otros temas. Es por ello que consideramos pertinente investigar la experiencia vivida de un grupo de médicos y médicas especialistas en el contexto de sus actividades laborales y las repercusiones en la esfera física y emocional, así como reconocer los elementos de identidad profesional y laboral (Arganis, 2003).

Reconocemos que el hospital altamente tecnificado se ha convertido a partir de la segunda mitad del siglo XX, en el elemento central de los servicios de atención médica (Lara, 1999:421), y la problemática que nos ocupa se relaciona íntimamente con el espacio en el que se desempeña el grupo laboral de nuestro interés, porque durante la pandemia de COVID-19 la interacción con los usuarios se realizó de manera fundamental en los hospitales, éstos son parte integrante de la organización médica social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. “El hospital es también un centro

de formación de personal médico sanitario y de investigación biosocial”, como se demuestra en el grupo de médicos y médicas de este estudio.

Debemos subrayar que se reconoce que las situaciones laborales repercuten en la salud de los trabajadores de la salud, los turnos de trabajo resultan agobiantes, sean en instituciones de salud públicas o privadas, lo que repercute en sus tiempos de descanso, interacción social, familiar y de pareja, así como en su alimentación, todo ello se refleja obligadamente en su cuerpo (Barragán, Ramírez y Barragán, 1998). Lara (1999) declara que “La salud implica un problema social, una necesidad y un derecho común a toda la humanidad; hacer realidad ese derecho no sólo compete al estado y a las autoridades sanitarias, sino a toda la comunidad intelectual” (1999: xix).

Por otra parte, reconocemos que las emociones son estructurales de la corporeidad humana son procesos sociales con significación cultural e histórica, se pueden considerar como el punto de interacción entre lo individual y lo social, que en suma constituye la cultura afectiva (López, 2017; Le Breton, 1999). Así es como en el cuerpo de los sujetos en tanto actores sociales se instauran las vicisitudes del padecer, y donde se encarnan las contradicciones y los valores culturales.

Siguiendo estas ideas, queremos indagar sobre la experiencia de un grupo de médicos y médicas durante la pandemia de COVID-19 y las posibles secuelas de haber padecido la enfermedad. Para ello, la exposición de este trabajo se estructura en diversos apartados: en la pandemia de COVID-19, se describen algunos elementos contextuales que ubican la problemática para entretener su comportamiento con el entorno del grupo de estudio; en material y método se explica la construcción de la

información y la forma de análisis; luego se arriba a los resultados y discusión de la parte nodal de esta participación: la enfermedad de COVID-19, en la que se exponen algunos datos cuantitativos, para luego mostrar las representaciones de la causalidad y las prácticas de atención de la covid en la particularidad del grupo explorado, la aparición de las vacunas, y el padecer Covid largo. En la exposición se entretienen, a modo de triangulación, las respuestas del grupo de estudio con algunos resultados paralelos de investigaciones recientes con lo que se permite el diálogo y los encuentros especulares o diferencias. En las conclusiones se reflexiona sobre los hallazgos que se encaminan a sensibilizar a los equipos sanitarios y a los tomadores de decisiones para reconocer la importancia cardinal de las repercusiones en la salud de uno de los grupos nodales del sistema nacional de salud, protagonista indiscutible en este evento pandémico histórico, los médicos y médicas.

La pandemia de COVID-19

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), un síndrome respiratorio agudo severo que se originó en China, donde se notificaron un grupo de casos de neumonía de origen desconocido el 31 de diciembre de 2019 a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y cuyo agente fue identificado el 7 de enero de 2020, denominado Coronavirus 2 del síndrome Respiratorio agudo Grave (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) que genera la enfermedad infecciosa COVID-19 (en este trabajo usamos covid y COVID-19 como sinónimos), con una alarmante propagación y alta gravedad (Kánter, 2020). El primer caso en México se registró el 27 de febrero de ese año, se trataba de un hombre de 35 años que había estado en Italia. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19

como una pandemia. Fue el 18 de marzo que se anunció por los medios de comunicación el primer fallecimiento en México por esa enfermedad, se trataba de un varón de 41 años con diabetes infectado por SARS-CoV-2, según los noticieros se había infectado al asistir a un concierto de rock en el Palacio de los Deportes en la Ciudad de México 15 días antes de su deceso. A partir del 20 de marzo se suspendieron las clases en las escuelas (Maguey, 2023). “El 24 de marzo de 2020, el periódico británico *The Guardian* informó que 1700 millones de personas, cerca de un quinto de la población mundial, estaba encerrada en sus casas” (Lins, 2021:108). Con respecto a la atención de la emergencia sanitaria, “se vaticinó en la radio pública de Estados Unidos que la eficacia en la atención variaría de país a país, de acuerdo con la robustez de su sistema de salud pública” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). En México, diversas voces habían señalado la crisis del sistema nacional de salud, la precariedad de la infraestructura en prácticamente toda la república, así como la insuficiencia de personal de salud en general, en un contexto de fuertes desigualdades socioeconómicas (Menéndez, 2020), panorama al que se sumó lo que un funcionario de la Secretaría de Salud declaró categóricamente: “En México, la pandemia llegó a un país enfermo [...] dados los altos índices de diabetes, hipertensión y obesidad, que han resultado ser factores de riesgo considerables”, y declaró que: “El personal de salud ha estado expuesto al riesgo de contagio desde antes de que se tomaran medidas de contención como la reconversión hospitalaria” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). El relato vivencial de una enfermera permite observar el ambiente que se vivía en esos momentos en México: “Hubo días que en 24 horas fallecieron más de 30 personas, motivo por el cual se tuvo que contratar un tráiler-congelador para el resguardo de los cuerpos a un costado del

estacionamiento; algunos compañeros ni siquiera quisieron verlo [...] hubo rumores de que “olía feo, a cuerpos en descomposición”, nada que se comprobara, más bien era el miedo que se respiraba” (Carmona, 2020:538).

“El desconocimiento de la enfermedad, la falta de protocolos oportunos y claros, así como la dificultad para el diagnóstico, ocasionaron contagios comunitarios en el interior de algunos hospitales” (Rojas, Estrada y Warn, 2021:199). Esta situación también se reflejó en los reportes de lo que sucedía alrededor del mundo: en el mes de septiembre de 2020 al menos siete mil trabajadores de la salud habían muerto víctimas del contagio del virus SARS-CoV-2, y México había aportado el 18.9% de los fallecimientos (1320 personas), lo que significaba que al menos uno de cada cinco trabajadores del sector salud habían fallecido en México (Rojas, Estrada y Warn, 2021), este hecho conmocionó al gremio.

Algunos datos publicados por distintos medios de prensa señalaron el porcentaje del personal de salud contagiado del total de casos de covid, en mayo de 2020, en Brasil del total de casos, el 24.5% correspondió al personal de salud; en Bahamas, 23.7%; en Costa Rica 20.4%; en Paraguay 16.7%; en México 15%; en Ecuador (12.7%), en Uruguay (12%), en Cuba (5%), en Bolivia (6.4%), en Argentina (6%), en Chile (5.6%); en Estados Unidos (2.9%) y en Perú (2.9%) (Pérez y Douvoba, 2020). Datos más recientes, indicaron que, hasta diciembre de 2023, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), los cinco países con mayor número de muertes por COVID-19 fueron: Estados Unidos (1,144, 877); Brasil (702, 116); India (533,316) y México (334, 938). Seguidos de Reino Unido (con 232,112), Perú (221,564), Italia, Alemania,

Francia, Indonesia, tuvieron entre 190 a 161 mil defunciones (WHO, 2023). Esta misma fuente señaló que el número de casos de COVID-19 confirmados en México fue de 7,702,582, recordemos que México tenía 126,014,024 habitantes en 2020 (INEGI, 2020). Al 1 de julio de 2023 la tasa de incidencia por cada mil habitantes era de 2.7, y una tasa de mortalidad de 0.01 (Informe Integral de COVID-19 en México, 2023). Debido a la disminución sostenida de muertes por COVID-19, disminución de las hospitalizaciones y de ingresos a las unidades de cuidados intensivos, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró el 8 de mayo de 2023 que la COVID-19 ya no constituía una emergencia de salud pública internacional, por lo que se manejaría junto con otras enfermedades infecciosas (OPS/OMS, 2023).

Sin embargo, las cifras del párrafo anterior, mueven a la reflexión y a la necesidad de indagar las condiciones actuales de las personas que padecieron y enfermaron de COVID-19; de manera particular aquí nos enfocamos a los médicos y médicas en tanto trabajadores de la salud. Ya que se ha reconocido que el *long Covid* o Covid largo se trata de una serie de síntomas que padecen al menos 15% de las personas que se contagiaron con el virus SARS-CoV-2, quienes presentan cansancio, dolores de cabeza, fatiga crónica, niebla mental, dolores articulares, tos persistente, dificultad para hablar y fiebre, entre otros síntomas (Chávez, 2023). A partir de este contexto las preguntas de investigación para esta exploración son: ¿Cuál fue la experiencia de la pandemia de COVID-19 en un grupo de médicos y médicas durante su ejercicio profesional en la pandemia? y ¿Cuál es la experiencia actual de Covid largo en el grupo de estudio?

Material y método

Desde la propuesta metodológica de Zemelman (1997) en este trabajo es necesaria la construcción de un enfoque mixto, es decir cuantitativo y cualitativo, el primero a través de un contexto externo conformado por la magnitud de la problemática de interés, a partir de datos demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, como ya se han señalado en párrafos anteriores, y el contexto interno (cualitativo) que se remite a la conformación de la experiencia de sujetos específicos en su cotidianidad. Siguiendo estas premisas aquí exploramos las repercusiones en la salud y la afectividad de los profesionales que participaron en la atención de los enfermos con COVID-19, durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2. Con el fin de conocer su experiencia con la enfermedad en su propia persona y las posibles secuelas o Covid largo. Una exploración que pretende coadyuvar al conocimiento de esta enfermedad emergente y su relación con los trabajadores de la salud, en este caso un grupo de médicos y médicas.

En el mes de septiembre de 2023 se llevaron a cabo los acuerdos con las autoridades de un servicio de clínica del dolor en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, para iniciar una investigación de largo aliento denominada “La salud de los trabajadores de la salud y los protagonistas de la algología en México”; se decidió iniciar por el primer punto e indagar sobre COVID-19, debido a las inquietudes de algunos miembros del grupo médico acerca de las repercusiones en la salud del gremio que atiende en ese servicio. En el mes de octubre de 2023 se conformó un grupo de estudio de 21 médicos y médicas especialistas (14 mujeres y 7 hombres) que constituyen el total de estudiantes que se forman en el curso con duración de un año denominado de Alta Especialidad de Algología, quienes coadyuvan en

la atención a los usuarios del servicio. Fue durante una sesión académica que se aplicó un instrumento de 80 reactivos, que contiene preguntas cuantitativas cerradas y cualitativas abiertas, el cual se contestó por cada uno de los participantes de puño y letra. La aplicación se realizó previo consentimiento bajo información. Con fines de confidencialidad se omitió el nombre de los participantes, el del hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo, así como las instituciones de adscripción de los y las médicas a quienes se aplicó el instrumento.

El cuestionario consta de cinco secciones, la primera contiene preguntas acotadas a caracterizar al grupo de estudio desde elementos sociodemográficos, y así se nombra esa sección. En la segunda se incluyen preguntas acerca de la trayectoria al trabajo y el perfil profesional, aquí como en la anterior, la mayoría son reactivos de opción múltiple, la tercera sección se dedica a la dimensión educativa, la cuarta especifica preguntas sobre la trayectoria laboral, la vida cotidiana, la imagen del riesgo en el trabajo y la experiencia de las repercusiones de la actividad laboral en la salud, para ello se usan preguntas abiertas, que tienen la intención de recuperar las representaciones del devenir de la experiencia corporal en el entorno de trabajo, y “dar cuenta de ese cuerpo-persona [...] que siente miedo, frustración, se cansa, un homo complexus en el que se intersecta el profesional, el padre, madre, hermana, esposo, esposa, pero por sobre todas, a quien tiene la vocación de servicio del cuidado de los demás” (Angeles y Castro, 2022:79). La quinta sección: Experiencias durante la pandemia de COVID-19; consta de preguntas abiertas que indagan sobre el contagio, las representaciones de la causalidad, las prácticas de atención y se interroga sobre el Covid largo.

En este trabajo se privilegia el análisis de las dos últimas secciones, debido a la amplitud de temas que se exploraron con el instrumento. Cabe señalar que tanto Zemelman (1997), como Angeles y Castro (2022), coinciden en la importancia de establecer diálogos metodológicos entre lo cuantitativo y lo cualitativo, por un lado, el contexto cuantitativo que tiende a la objetividad y por el otro la construcción de la memoria narrativa que obligadamente involucra a la corporeidad, trae al escenario la experiencia corporal significada, una “forma de recordar con el cuerpo” (Angeles y Castro, 2022:77).

Se construyó una base de datos en Excel y se calcularon medidas de tendencia central, aunque al tratarse de un grupo de estudio pequeño, en la exposición de los resultados se privilegiaron los datos totales y se comparan los resultados al interior del mismo grupo, cuando se consideró pertinente se usaron porcentajes y promedios. Las preguntas abiertas se transcribieron integralmente para luego aplicar la codificación siguiendo el eje de las preguntas de investigación, se buscó la centralidad narrativa para detectar las categorías y se seleccionaron las narrativas para integrarse al texto.

Resultados y discusión

El grupo de estudio está constituido por 21 médicos y médicas (14 mujeres y 7 hombres), 15 son especialistas anesthesiólogos (nueve mujeres y seis hombres); tres mujeres y un hombre son especialistas en pediatría, una mujer es especialista en rehabilitación y otra en medicina familiar. Acerca de la edad, resultó que el rango entre las mujeres fue de 28 a 38 años, con un promedio de 32 años. Y el grupo de varones tiene entre 28 a 32 años, con promedio de 29.8. La mayoría, 17 participantes son mexicanos por nacimiento, y cuatro

son extranjeros, tres de Colombia y uno de Ecuador. Actualmente, la mayoría (18), residen en la Ciudad de México, y dos viven en el Estado de México y uno en Veracruz. La mayoría son solteros (as), 14, cinco viven en unión libre y dos son casados. Dos de las mujeres una casada y otra en unión libre, tienen dos o un hijo, respectivamente, el resto (19) dijo no tener hijos. Con respecto a la madre y padre de los participantes, en 12 de ellos y ellas al menos uno de sus progenitores es profesionista universitario, los padres de cinco participantes tienen carrera técnica o bachillerato, y nivel de secundaria en dos casos de ambos padres, y en dos parejas de progenitores las madres tienen estudios de nivel primaria y los padres de secundaria. Los cónyuges o parejas de las y los siete participantes unidos, son profesionistas (tres de ellos con estudios de posgrado). Estos datos coinciden con el análisis sociodemográfico de Ojeda (1989), en el que se observó la tendencia de que en la formación de pareja las mujeres se unen con hombres de un nivel socioeconómico y escolar semejante o superior al suyo, y los hombres tienden a unirse con mujeres de su mismo estatus socioeconómico o menor que el de ellos.

De 20 integrantes del estudio que contestaron a la pregunta sobre el tipo de universidad en la que se formaron, 13 de ellos y ellas estudiaron la licenciatura y la especialidad previa a la actual Alta Especialidad en universidades públicas, dos son egresados de una universidad pública donde desarrollaron la licenciatura y la especialidad en una institución educativa privada. Y cinco tanto la carrera de medicina y la especialidad la cursaron en universidades privadas. Otro dato socioeconómico del grupo de estudio es que 50% de las mujeres (siete de 14) poseen automóvil, y cinco de los siete hombres (71%) dijeron tener automóvil.

Al indagar sobre la edad de inicio de su ejercicio profesional como médicos y médicas, resultó que ellos empezaron a ejercer la medicina entre los 22 a 25 años de edad, y ellas entre los 22 a 32 años. La mayoría, 19 del grupo, dijo ser católico, un médico es cristiano y una médica declaró que no tiene religión.

Estos datos indican lo que se ha reportado en otras investigaciones al respecto de la educación superior de las mujeres, en las que se ha observado un aumento de mujeres en las matrículas universitarias en el mundo, así mismo las edades suelen ser mayores en ellas, debido a múltiples factores como la maternidad, los acuerdos de pareja y las funciones familiares, entre otras (Ramírez, 2020). En la Universidad Nacional Autónoma de México 24% de los estudiantes extranjeros, estudian ciencias médicas y de la salud (UNAM, 2016), de allí la presencia de Ecuador y Colombia en el grupo de estudio. Los datos socioeconómicos muestran que los profesionales estudiados aquí pertenecen a estratos sociales con ingresos medios, por otra parte, se observa la pluralidad de las creencias religiosas, que ya en este pequeño grupo deja ver el mundo católico como hegemónico, el protestante con menor presencia y la emergencia del fenómeno del ateísmo (Masferrer, 2004).

La enfermedad de COVID-19

A las preguntas sobre si han padecido COVID-19, y si esta enfermedad fue diagnosticada, 17 de las y los 21 participantes es decir ocho de cada diez, dijeron que si se enfermaron de covid: 12 mujeres y cinco hombres, todos fueron diagnosticados a través de las pruebas de laboratorio correspondientes. Dos mujeres y dos hombres dijeron que no se enfermaron de covid. Resulta interesante que 10 de las y los participantes dijeron que hubo

muertes entre sus compañeros de trabajo causadas por covid durante la pandemia, las cuales ocurrieron principalmente en el 2020 y fueron varones la mayoría, lo que coincide con el contexto descrito en párrafos anteriores.

Es importante señalar que en la conformación del grupo de estudio hay 2.4 mujeres por cada hombre; ello permite notar que en los resultados se muestra que por cada hombre infectado por SARS-CoV-2, se presentan 2.4 mujeres, es decir hay una correspondencia paritaria en la magnitud de hombres y mujeres infectados por el virus de la pandemia. De los 17 médicos y médicas que dijeron haber padecido COVID-19, siete de ellas y ellos se infectaron dos veces, otros siete sólo se infectaron una vez, dos de estos especialistas padecieron esta enfermedad tres veces y un solo caso tuvo cuatro veces COVID-19.

¿Cuáles son las representaciones de las causas de la infección y las prácticas de atención para la COVID-19?

En una publicación en torno al ambiente pandémico se afirma que “toda crisis, pese a su alto costo social, económico, cultural y psicológico, supone también un reto que alienta a la adaptación creativa y a la generación de iniciativas y proyectos” (García, 2021:120), esta idea se puede aplicar al observar los resultados de la exploración de las trayectorias de atención, entendidas como las decisiones y acciones que se establecen en el proceso s-e-a-p y que corresponden a los diferentes modelos médicos según la propuesta de Menéndez (1983). En el grupo de estudio la creatividad y la generación de decisiones para buscar la cura tiende a sintetizar diversos sistemas médicos. Estas trayectorias se exploraron someramente ya que el instrumento que se aplicó no

permite la profundidad necesaria, sin embargo, se hallan elementos que dan la pauta para corroborar el diálogo de saberes en las representaciones y las experiencias que se narran a continuación.

Desde las palabras de las y los participantes las representaciones de las posibles causas de la infección, se atribuyen principalmente al ambiente de trabajo, estos fueron sus argumentos: al “ser médicos, en el hospital es donde hay mayor afluente [de enfermos] y es más probable enfermarse”. Asimismo, se señala que se infectaron por “haber estado en contacto con pacientes con COVID” debido a “la cantidad de pacientes que intubamos al día”. También afirman que “por descuido”, y especificaron también que fue por “descuido en la colocación del equipo de protección personal, por necesidad urgente de atención al paciente”. Debemos recordar que hubo la necesidad de aprender en un tiempo extraordinariamente corto no sólo el uso de los equipos de protección personal sino muchas otras acciones de atención, dadas las necesidades de la gran demanda, como declaró en la investigación de Hasselkus (2023) un médico general de 28 años de edad que atendía pacientes con COVID-19 en un hospital en ese tiempo: “La verdad es que, así como evolucionó la pandemia, los especialistas nos fueron permitiendo que, como médicos generales, pudiéramos poner catéteres, líneas arteriales, intubar, o incluso manejar el ventilador” (Hasselkus, 2023:99). Otro testimonio publicado por una médica internista anestesióloga e intensivista, es revelador: “como jefa de terapia me he sentido rebasada porque rompimos un récord de años de ella cantidad de personas intubadas que habíamos logrado sostener [...] se contrató a mucha gente por la contingencia, creo que al personal no lo rebaso, pero sí lo agotó” (Hernández, 2020: s/n).

Continuando con las respuestas del grupo de estudio: otros argumentos sobre la causalidad del contagio fueron: por no tomar “las medidas sanitarias adecuadas”, o “por falta de medidas de protección”, al haber “un aumento de casos y porque fue muy contagioso el virus”; o porque se contagiaron con colegas que estando “infectados, así acudían a laborar”. Estas explicaciones se acotan al contexto laboral. Para subrayar este dato traemos el testimonio publicado por la directora de un Hospital Regional; “todos teníamos miedo. Algunos compañeros colapsaban con episodios depresivos al sentir que ya no podían. Era un sentimiento colectivo de impotencia, sobre todo cuando algunos también enfermaron [...] pero fue inevitable [...] sin embargo nunca se fueron de la batalla (Goti, 2021: s/n). Aunque en las respuestas del grupo de estudio también se anotó que la causa de la infección fue por encontrarse en situaciones de “aglomeración”. Estas respuestas coinciden con lo señalado en los párrafos anteriores donde se describe el comportamiento de la pandemia, es decir la profusión de casos, la falta de insumos para la atención y de equipos de protección personal, el desconocimiento de la enfermedad y la falta de protocolos de intervención, fueron condicionantes para que los equipos de trabajadores de la salud fueran afectados en una magnitud alarmante.

Aquí podemos vincular el párrafo anterior con las emociones externadas por un grupo de enfermeras que participaron en el cuidado de los enfermos de COVID-19 en la Unidad Temporal COVID-19 Citibanamex, en la Ciudad de México, durante la pandemia, en sus testimonios reiteraban que el mayor miedo de infectarse ocurría mientras hacían las maniobras para intubar a los enfermos, y que aún era mayor el temor debido a su impericia en el manejo de las secreciones de los pacientes

(Barragán, 2022). En el caso de los médicos de esa misma unidad, y en coincidencia con las enfermeras, el miedo a contagiarse era menor al temor de contagiar a sus familiares, ello provocó la implementación de diversas estrategias de distanciamiento de su núcleo familiar, pero entre el grupo de médicos también “asumieron el contagio como algo esperado, y como un fenómeno con características profilácticas para generar anticuerpos y eventualmente poder visitar a familiares y amigos con una mayor protección” (Hasselkus, 2023:132).

Las prácticas de atención ante los síntomas respiratorios, dolores musculares y de articulaciones, diarrea, cansancio, dificultad para respirar, etc. fueron principalmente el aislamiento, reposo en casa, y el consumo de medicamentos para contrarrestar los síntomas, principalmente analgésicos para disminuir o eliminar el dolor. Dos de los participantes estuvieron hospitalizados (un hombre y una mujer), algunos se apegaron al tratamiento indicado por un médico y otros se automedicaron. Varios de ellos señalan que tuvieron “cuidados en casa”, lo que habla de la autoatención como un Modelo de Atención fundamental (Menéndez, 2020) y eficaz en estos casos.

Siguiendo las propuestas de la antropología médica donde se señala la importancia de la interrelación de los sistemas médicos en la experiencia concreta de los sujetos sociales, vemos que según lo señalado en el párrafo anterior, la automedicación (que se ubica en el Modelo de Autoatención) es una estrategia autogestiva, así como los “cuidados en casa”; asimismo se encuentra el uso de herbolaria, ya que un caso de una mujer indicó que usó jengibre para tratar la enfermedad de COVID-19; ésta planta se encontró entre las más usadas durante la pandemia en la Ciudad

de México y otras latitudes (Barragán, 2022), es una planta de origen asiático se considera fuente importante de vitamina C, se usa como condimento y como planta medicinal, para problemas digestivos, respiratorios y de la circulación (Salazar, 2003). Y a pesar de que solo una persona de las que padecieron COVID-19 dijo haber usado plantas medicinales, aquellos que mencionaron “cuidados en casa” no especificaron el uso de té u otras estrategias; sin embargo se reconoce por los estudiosos de la medicina casera o doméstica, como parte del Modelo Médico de Autoatención, que las prácticas de cuidados en el hogar incluyen diversas estrategias de atención de orígenes múltiples, desde no hacer nada, para que pase la enfermedad (Menéndez, 1990), el uso de plantas medicinales, elementos farmacéuticos, masajes, productos naturistas, alimentos específicos, etc. Ello indica que en el ámbito doméstico se “producen fenómenos de articulación, síntesis y transformación donde los conceptos y medicamentos de la biomedicina se utilizan por los grupos sociales integrándolos dentro de su cosmovisión” (Arganis, 2016:365).

Las vacunas

La esperanzadora aparición de las vacunas en diciembre de 2020 fue bien recibida por todos los participantes de este estudio, 100% de ellos recibieron la vacuna como parte del personal de salud en activo en sus respectivos lugares de trabajo, y hasta el momento de la aplicación del cuestionario, el 10 de octubre de 2023: un total de 10 participantes habían recibido tres dosis de la vacuna, nueve de ellos y ellas tienen cuatro, uno de los varones dijo que ya recibió cinco vacunas, y otro, si ha recibido la vacuna pero no aclaró cuántas veces.

Padecer Covid largo

El término Covid largo es un concepto abarcador que permite englobar una gran cantidad de elementos de la experiencia clínica con pacientes en los que persisten síntomas y signos relacionados con la COVID-19, pero que persisten por diversos rangos de tiempo, implica trastornos de diferentes órganos e incluso llega a ser sistémica, como ya se señaló someramente en los primeros apartados de este trabajo, Según Perego y colaboradores (2020), Covid largo es un término que surgió en un grupo de apoyo de personas que padecían secuelas de la COVID-19, y es pensado a semejanza de los transportistas de larga distancia, ya que se ha encontrado que entre 10 y 87% de las personas presentan síntomas persistentes o no logran recuperarse totalmente después de la infección por SARS-CoV-2. Otros autores definen síntomas específicos con los que continuaban los pacientes: dolor de garganta, tos, expectoración y dolor torácico hasta seis meses después del inicio de los síntomas (Rosales y Castillo, 2022), el concepto de Covid largo se usó por la Organización Mundial de la Salud desde 2020, su principal componente sintomático es la fatiga continua, al parecer puede incluir síntomas correspondientes a daño viral, daño a la respuesta inmune, infecciones bacterianas oportunista, puede haber respuestas inflamatorias y daño neurológicos, problemas de salud mental como ansiedad o síntomas postraumáticos, éstos últimos se pensó que se originaban por la experiencia de haber estado hospitalizados, sin embargo, se presentan también en personas que no fueron hospitalizadas, o que tuvieron síntomas de covid pero que no fueron diagnosticadas o que las pruebas de PCR resultaron negativas, es en suma un trastorno enigmático difícil de diagnosticar, y es capaz de precipitar nuevas enfermedades (Perego, et al., 2020). Estos datos

hacen evidente que la COVID-19 no sólo es una enfermedad respiratoria, sino multisistémica (Perego, et al., 2020), ya que incluye manifestaciones cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, miocarditis, entre otras), trombóticas, neurológicas (cefalea, anosmia, insomnio, amnesia temporal y déficit de concentración) y dificultades de movilidad (Rosales y Castillo, 2022). Todos estos elementos demuestran la importancia de explorar este padecimiento en los equipos médicos. A continuación, los resultados en el grupo que nos ocupa.

De los 17 médicos y médicas que contestaron haber tenido la infección y haber sido diagnosticados, cuatro de ellas (23.5%) actualmente presentan una serie de sensaciones, síntomas y percepciones que refieren como consecuencia de la COVID-19, y que podrían ser catalogados como *long Covid*, o Covid largo.

¿Cuáles son las representaciones de la causalidad del contagio de SARS-CoV2 en este grupo? Estas cuatro personas señalaron que creen que se contagiaron por el descuido en el uso del equipo de protección personal durante la atención a pacientes, por el número de intubaciones que tuvieron que realizar al día, por el contagio de compañeros de trabajo y una de ellas subrayó que por “no generar anticuerpos”, estas respuestas subrayan que la infección se originó, según su representación, en el trabajo, y por otra parte, se generó, según lo explican, en un cuerpo debilitado vulnerable a la infección. Los síntomas que padecen actualmente y que anotaron como consecuencias de haber padecido COVID-19, así como las estrategias para su atención son: una médica tiene “dificultad para mantener la atención”, en la respuesta sobre la atención a ese trastorno anotó que practica “yoga, *mind fitness* [estimulación cognitiva a través del ejercicio físico y mental] y respiración”, y en la

respuesta a las repercusiones emocionales, en este caso la médica acotó que tiene “mayor sentimiento de gratitud”. Estas respuestas resultan significativas ya que en un grupo de enfermería que padeció la COVID-19, el haber estado hospitalizadas y haber tenido la experiencia de solidaridad y cuidados de sus pares y los médicos y demás personal sanitario, les provocó sentimientos de empatía y gratitud hacia ellas y ellos y hacia las entidades divinas según sus creencias religiosas, y a la vida misma, de la misma manera que señalaron muchos de los pacientes recuperados en los nosocomios donde esas mismas enfermeras trabajaron (Barragán, 2022). Estas emociones también fueron compartidas por los médicos de la investigación de Hasselkus (2023), quienes al momento de estar internados por la enfermedad se sintieron seguros, protegidos y agradecidos con sus pares y el equipo del hospital.

Por otra parte la respuesta, en este caso, deja ver la interrelación de las medicinas complementarias o alternativas y la autoatención, D’Angelo (2021) considera siguiendo la propuesta de los modelos médicos de Menéndez, que el yoga es una forma de autocuidado y éste se halla dentro de lo que se denomina Modelo de Autoatención, ya que son acciones que promocionan la salud pero no sólo con fines personales sino también sociales, ya que su práctica “corresponde a una ética social corporeizada”, cuyos efectos positivos pretenden trascender a los individuos (D’Angelo, 2021:40).

Otra de las médicas dijo padecer “broncoespasmos”, síntomas que atiende por medio de “ejercicios respiratorios” y ocasionalmente usa “Salbutamol” (fármaco relajante de los músculos lisos de las vías respiratorias). La tercera mujer y el único varón de este grupo, anotaron que no tienen repercusiones físicas.

Específicamente sobre las repercusiones emocionales de la COVID-19; dos mujeres y un hombre señalaron que, si tienen consecuencias emocionales, actualmente padecen ansiedad. A la interrogante acerca de las estrategias de atención a estos malestares, resultó que para sobrellevar la ansiedad una mujer dijo que practica “ejercicio”, otra acude a “psicoterapia” y la otra no contestó a la pregunta. El médico practica “meditación”. Es importante agregar que una mujer que dijo que no padeció COVID-19 porque no tuvo síntomas ni fue diagnosticada, anotó en su respuesta a la pregunta correspondiente, que tiene secuelas de COVID-19: padece “trastorno mixto: ansioso-depresivo” y actualmente se atiende con un psiquiatra.

Conclusiones

Los resultados reflejan la magnitud e importancia de las consecuencias en la salud física y emocional de la pandemia de covid en el grupo de estudio, y no sólo en la afectación física y emocional de haber padecido la infección, sino que a pesar de no haber manifestado la infección, el ambiente pandémico afectó a este grupo laboral, así como a la población en general, repercusiones que no se han valorado suficientemente y tampoco han sido atendidas adecuadamente (Robles, Martínez y López, 2022). Por otra parte, a pesar de que a la pregunta sobre si los informantes que padecieron COVID-19, recurrieron a alguna medicina alternativas, sólo una mujer dijo que sí, y lo que usó fue la planta llamada jengibre, ésta se suma a las estrategias biomédicas y de autoatención de los propios afectados, como fue a través del aislamiento, y los “cuidados en casa”, que como señalamos generalmente incluyen estrategias donde se sintetizan y se usan de manera complementaria saberes de diversos modelos médicos. Cuatro personas del grupo de estudio dijeron que después de

padecer COVID-19 se han visto afectadas hasta la fecha por malestares físicos y emocionales que podrían coincidir con lo que los autores revisados denominan *long Covid*, Covid largo o covid prolongado. Este grupo afrontó estos malestares con diversas estrategias pertenecientes a distintos modelos de atención, y particularmente llamó la atención las prácticas encaminadas a la atención de las emociones: ansiedad, dificultades de atención y depresión, con prácticas que corresponden a otros sistemas médicos no biomédicos, como yoga, ejercicios de meditación, respiración y herbolaria, entre otras, que se combinan con fármacos, atención psiquiátrica y psicoterapia, lo que refleja la complejidad de las respuestas sociales en las trayectorias de atención. Que si bien a partir del instrumento que se aplicó no se observa la profundidad suficiente, las respuestas si muestran la integración de diversos modelos médicos en la realidad de la experiencia vivida, y con ello la presencia nodal de la autoatención que visibiliza la agencia de los conjuntos sociales, quienes en su experiencia sintetizan los saberes médicos con los que dan respuesta a sus males.

Pretendemos que estos resultados llamen la atención a las instituciones encargadas de prestar los servicios para la salud a la población en general y a los trabajadores de la salud en particular, para que reconozcan la afectación física y emocional provocada por la pandemia de COVID-19, y establezcan estrategias de seguimiento con reconocimiento y análisis específicos a las personas en general y a los trabajadores del sector salud en particular, que fueron afectados por la infección ya que como señalan Perego y colaboradores (2020), es necesario reconocer de manera temprana el Covid largo debido a la importancia de sus repercusiones en la salud física y emocional, además de las posibles consecuencias económi-

cas, sociales y de manera fundamental las implicaciones al sistema de salud, dada la magnitud de la población que pudiera estar afectada. Por otra parte, la atención de las emociones, en particular, es una deuda que cada vez se observa con mayor claridad y exige respuestas al sistema de salud pública. Un ejemplo de ello es esta exploración a un

grupo que ha resultado especialmente vulnerado, y que a la “vuelta a la normalidad” se ha quedado a la zaga de atender su propia salud y bienestar, a pesar del papel central que jugó en la contención de ese mal que afectó al mundo entero, secuelas que seguramente merman su calidad de vida y su participación laboral y social.

Referencias bibliográficas

- ANGELES, O. y CASTRO, CK. (2022). abordajes teórico metodológicos: (con) formación multidisciplinaria en una Unidad Temporal COVID-19. En: Rosas, R; De Melo, R; Barragán, A; Castro, A. Angeles, O. y Rivera, N. (Coord.). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas Multidisciplinarias*. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 69-83.
- ARGANIS, E. (2003). Antropología Médica. Antecedentes y perspectivas de un campo en expansión. En: Badillo J. (Coord.). *Contextos actuales de la antropología*. México: MC Editores, 85-96.
- ARGANIS, E. (2016). Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico. En: Campos R. (Coord.). *Antropología médica e interculturalidad*, México, McGraw Hill, 365-372.
- BARRAGÁN, A. (2022). Representaciones, experiencias y prácticas del equipo de Enfermería. En: Rosas, R; De Melo, R; Barragán, A; Castro, A. Angeles, O. y Rivera, N. (Coord.). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas Multidisciplinarias*. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 125-150.
- BARRAGÁN, A; RAMÍREZ, O. y BARRAGÁN, A. (1998), “La anestesiología: Especialidad de Alto Riesgo. Un análisis antropológico”. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 61, Núm. 1:31-36.
- CARMONA, B. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en tiempos de COVID-19: vivencia integral en un hospital de tercer nivel de atención. En: Zárate, R. Ostiguin, R. Castro, AR. Valencia, F. (Comp.). *Enfermería y COVID-19: la voz de sus protagonistas*. México, Universidad Nacional autónoma de México, 536-540.
- CHÁVEZ, P. (2023). “El long covid sigue siendo un misterio”. *Gaceta UNAM*. Núm.5365:7.
- DALTAUIT, M. y MEJÍA, J. (2000). Presentación. En: Daltabuit, M; Mejía, J. y Álvarez, R. (Coord.). *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigación Multidisciplinaria, Instituto Nacional Indigenista, 11-16.
- D’ANGELO, A. (2021). “Prácticas yoga, mucho yoga: autoatención de aficciones durante la crisis por COVID-19”. *Revista de Ciencias Sociales y de la Salud*. Vol. 1, Núm. 2. <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/article/view/23/11> y <https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/issue/view/2> (Consulta 19 de abril de 2024).
- DORRA, R. (2003). “Para una semiótica del llanto”. En: *Primer coloquio sobre el sentido y la significación*. Conferencia. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. (Ms).
- FABREGA, H. (1972). “Medical anthropology”. En Bernard J. Siegel (Ed.) *Biennial Review of anthropology 1971*. Stanford California: Stanford University Press, 167-217.

- GARCÍA, C. (2021). La peste. Percepción de antropólogo confinado. En: Vera, J. (Comp.). *A través de la ventana. Reflexiones sobre la pandemia*. México. Historiadores de las Ciencias y las Humanidades A.C., 105-120.
- GENEST, S. (1980). “Introducción a la etnomedicina”, *Medicina, Tradicional*. Vol. II, Núm. 8:9-27.
- GOTI, L. (2021). Testimonio. En Martínez, M. (Ed.). *PANDEMIA. Una mirada al frente. Ciudad de México 2020*. México, Offset Santiago, s/n.
- HASSELKUS, G A. (2023). *De estudiantes de medicina a covidólogos. La experiencia de jóvenes médicos generales durante la pandemia por COVID-19 en la CDMX, el caso de la Unidad Temporal Centro Citibanamex (UTC-19)*. Tesis de doctorado en Antropología. México, Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social.
- HERNÁNDEZ, C. (2020). Testimonio. En Martínez, M. (Ed.). *PANDEMIA. Una mirada al frente. Ciudad de México 2020*. México, Offset Santiago, s/n.
- INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO. (2023). Número 02-2023, 1º de julio de 2023. Secretaría de Salud, Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud. México. Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/08/Info-02-23-Int_COVID-19.pdf (Consulta 18 de abril de 2024).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2020). <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P> (Consulta 18 de abril de 2024).
- JODELET, J (2008). “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales”, *Cultura y representaciones sociales*. Año 3, Núm. 5:32-63.
- KÁNTER, C. (2020). “Muertes por Covid-19 en México”. *Mirada Legislativa*. Núm. 190. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. Ciudad de México. http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4927/ML_190.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Consulta 8 de mayo de 2023).
- LARA, R. (1999). *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- LE BRETON, D. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LINS, R. (2021). ““Descotidianizar” el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones”. *Desacatos*, Núm. 65:106-123.
- LÓPEZ, O. (2017). De la evolución del cuerpo y las emociones a la valoración de las emociones como sustrato cultural. En González, L. y Barragán, A. (Coords.). *Antropología Física. Disciplina bio-psico-social*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 299-321.
- MAGUEY, H. (2023). “La pandemia deja varios aprendizajes a la sociedad”. *Gaceta UNAM*. Núm. 5,365:3.
- MASFERRER, E. (2004). *¿Es del César o es de Dios?* México: Plaza y Valdés.
- MENÉNDEZ, E (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, E (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, E. (2020). Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities. En: Jennie, G; Gibbon, S; Sesia, P. y Berrio, L. (Eds.). *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and Latin America*. London, Press, xix-xxv.
- OJEDA, N. (1989). *El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) (2023). La COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y persistente. <https://www.paho.org/es/noticias/8-5-2023-covid-19-es-ahora-problema-salud-establecido-persistente> (Consultado 19 de abril de 2024).
- PEREGO, E; CALLARD, F; STRAS, L; MELVILLE-JÓHANNESSON, B; POPE, R; ALWAN, N. (2020). “Why the patients-made term “long covid” is needed”. Wellcome Open Research 2020. <http://wellcomeopenresearch.org/articles/5-224/v1> (Consulta 27 de febrero de 2024).
- PÉREZ, R. y DOUVOBA, S. 2020. Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/> (Consulta 20 de marzo de 2023).
- RAMÍREZ, O. (2020). *Perfil de salud de los estudiantes de licenciatura de antropología en México 2010-11*. Tesis de Doctorado en Antropología Física. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- ROBLES, A. MARTÍNEZ, V. y LÓPEZ, O. (2022). Estudio exploratorio sobre emociones y violencia durante el confinamiento social por COVID-19 en estudiantes universitarios. *Trabajo Social Universidad Nacional Autónoma de México* (27-28), 37–49. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/82203> (Consulta 20 de septiembre de 2023).
- ROJAS, G; ESTRADA, M. y WARN, L. (2021). “No hay nada seguro”. Personal de salud frente al virus desconocido y la atención en la pandemia en México”. *Desacatos*, Núm. 65:190-201.
- ROSALES, C. y CASTILLO, E. (2022). “Secuelas pos-COVID-19 a largo plazo. Un estudio de revisión”. *Medisur* [Revista en internet]. 2022. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v20n4/1727-897X-ms-20-04-733.pdf> . (Consulta 27 de febrero de 2024).
- SALAZAR, G. (2003). Catálogo de la colección del Jardín Etnobotánico y cuadro de usos. En: Parrilla, L. (Coord.). *Jardín etnobotánico, Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria. Cuernavaca, Morelos*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 61-286.
- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM), (2016). Estudiantes extranjeros en México. <http://clinicadeviajero.unam.mx/?p=5152>. (Consulta 31 de octubre de 2023).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2023). Nuevo coronavirus 2019. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/coronavirus-disease-answers?query=Datos+de+mortalidad+por+covid+a+diciembre+de+2023&referrerPageUrl=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Femergencias%2Fdiseases%2Fnovel-coronavirus-2019%2Fcoronavirus-disease-answers&search-offset=20&verticalUrl=casesByCountry> (Consulta 18 de abril de 2024).
- ZEMELMAN, H. (1997). *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. México: El Colegio de México.

La experiencia del diagnóstico positivo al VIH. Cambios, transformaciones y avatares. Un estudio de corte cualitativo

Bernardo Adrián Robles Aguirre* • Lilia Mestas Hernández**

RESUMEN

El VIH se construye y significa a partir de experiencias individuales, así como de las vivencias propias y colectivas, la forma en cómo se acepta, rechaza, sufre, goza o altera la vida, se refleja en todas las esferas sociales y en las historias personales de cada persona que la padece, así como en su grupo de convivencia cotidiano. Por ello, el VIH se asocia a sentimientos, emociones y sensaciones que se configuran a partir de la información, el conocimiento, las ideas, nociones y conceptos que se tienen sobre el virus. En el presente estudio, centraremos nuestro interés en conocer cómo se construye la experiencia del diagnóstico en un grupo de siete personas, describiendo el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH y, así, identificar qué valor le atribuyen y cómo se vive. A partir de esto, se observó que factores como la discriminación, el miedo, la estigmatización y el rechazo, siguen siendo elementos fundamentales que obstaculizan el proceso de aceptación e incorporación del VIH en la vida cotidiana.

PALABRAS CLAVE: VIH-SIDA, corporalidad, vida cotidiana, significación.

The experience of a positive HIV diagnosis. Changes, transformations and avatars. A qualitative study.

ABSTRACT

HIV is constructed and signified by individual experiences, as well as by one's own and collective experiences; the way in which one accepts, rejects, suffers, enjoys or alters life, is reflected in all social spheres and in the personal histories of each person who suffers from it, as well as in his or her daily group of coexistence. Therefore, HIV is associated with feelings, emotions and sensations that are configured from the information, knowledge, ideas, notions and concepts that are held about the virus. In the present study, we will focus our interest on knowing how the diagnosis experience is constructed in

* (Becas por México) Posgrado en Ciencias Antropológicas – Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Correo electrónico de contacto: brwrpiec@gmail.com

** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza – Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: lilia.mestas@zaragoza.unam.mx

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2024.

a group of seven people, describing the recognition and confrontation with the HIV diagnosis and thus, identifying what value they attribute to it and how it is lived. From this, it was observed that factors such as discrimination, fear, stigmatization and rejection continue to be fundamental elements that hinder the process of acceptance and incorporation of HIV into daily life.

Keywords: HIV-AIDS, corporeality, daily life, significance

Introducción

El VIH/SIDA emergió en los años ochenta del siglo XX dentro de una generación que luchaba por liberarse de prejuicios, discriminaciones y sentencias morales, donde la homofobia, el racismo y el clasismo, lo volvía, más que en una amenaza a la salud, en una sentencia, dando oportunidad al dedo acusador de señalar a “culpables” (Watney, 1995)¹; cabe recordar que se le llegó a llamar “la enfermedad de las 3 H”: homosexuales, hemofílicos y haitianos, antes de reconocer que es una condición de una sola H: humanos.

Datos recientes (ONUSIDA, 2023), reconocen que hay poco más de dos millones de personas que viven con VIH cada año, y aunque cada vez son menos frecuentes las muertes relacionadas con el SIDA, las proyecciones internacionales consideran que aún falta tiempo para que pueda ponerse fin a la epidemia, prevista para el 2030².

Por otra parte, los sectores de la población que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública,

se han convertido en los grupos con mayor posibilidad de estar en situación de vulnerabilidad para contraer el virus, así, más del 90 por ciento de las personas que viven con VIH se encuentran en países en vías de desarrollo, donde la falta de recursos se presentan aunados a factores como la reclusión social (Flores – Sarazúa *et al.*, 2006), la discriminación (Núñez, 2011), la violencia (Muñoz – Martínez, 2014), la migración (Zapata – Garibay *et al.*, 2014), el retraso histórico y la baja cobertura de servicios médicos (Granados – Cosme, 2015), esto ha propiciado pensar al VIH como una “enfermedad de la pobreza” (Herrera y Campero, 2002).

En la escala regional, los sectores de la población en donde las condiciones materiales de vida son precarias y el acceso a los servicios de atención médica, restringido, se han convertido en aquellos en donde existe una mayor vulnerabilidad para contraer el virus. A su vez, se ha demostrado que la precariedad laboral y la falta de educación formal, condicionan particularmente la frecuencia con la que se presenta VIH (Granados – Cosme, 2014).

Actualmente, las representaciones sociales acerca del VIH-SIDA están caracterizadas por los estereotipos, los prejuicios y el estigma, y han contribuido a que en los últimos años muchas personas no se reconozcan como una población en

¹ A este respecto Watney (1995), reconocía que el espectáculo del SIDA ofrecía una purga ritual en la que se podía contemplar el castigo que recibían los portadores del mal, mientras la unidad familiar nacional, el lugar de “lo social”, se restauraba y purificaba.

² Uno de los objetivos fundamentales para alcanzar este resultado fue lograr que, para el cierre de 2021, el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que la reciben, tengan supresión viral, a esta iniciativa se denomina 90-90-90 (ONUSIDA, 2023).

situación de riesgo de contraer la enfermedad, ya que la baja percepción de vulnerabilidad, la alta exposición a prácticas sexuales de alto riesgo y la falta de información fiable sobre la enfermedad, se han convertido en los principales factores para la adquisición del VIH en los adolescentes y los jóvenes de todo el mundo (Hoyos – Hernández *et al.*, 2019).

Así, VIH modifica y reconstruye la vida y los espacios de convivencia cotidiana, afectando tanto a la persona que lo padece, como a la sociedad en su conjunto (Briongos *et al.*, 2007), puesto que se adhiere en el día a día de cada sujeto, reinterpretándose a partir de la forma en cómo se identifica, tanto en lo interno como en lo externo; molda, resignifica y redefine las relaciones sociales y la trayectoria individual, cuestionando permanentemente el devenir, la incertidumbre, la zozobra y la ansiedad que se experimenta diariamente.

En el presente estudio, centraremos nuestro interés en conocer cómo se construye la experiencia del diagnóstico en un grupo de siete personas, describiendo el reconocimiento y enfrentamiento con el diagnóstico de VIH y, así, identificar qué valor le atribuyen y cómo se vive. A continuación, nos referiremos a cómo se estructuró el grupo de estudio, cuáles fueron los criterios de inclusión y cómo identificaron y experimentaron el saberse diagnosticados con VIH.

Metodología, grupo de estudio y criterios de inclusión

Se realizó un estudio de corte cualitativo (Hamui, 2011; Robles, 2011 y Taylor y Bogdan, 1996), aplicando entrevistas semiestructuradas a un grupo de siete personas que viven con VIH (véase Cuadro 1). Se hizo una definición de informantes clave, considerando como tales a varones

residentes de la CDMX o la zona conurbada del Estado de México, que refirieran haber contraído el VIH por prácticas sexuales de alto riesgo³, sin importar su identidad de género, orientación o preferencia sexual.⁴

Se consideró también que hubieran sido diagnosticados con al menos dos años previos a la investigación, esto, para reconocer cómo fueron experimentando los cambios y los modos de percibir, afrontar y reconocer el VIH en sus vidas. También, se tomó en cuenta que estuvieran bajo el esquema de Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA)⁵, que mostraran un patrón de seguimiento médico constante; consistente en asistir mensualmente a las citas médicas (cuando menos en los últimos seis meses), que mantuvieran su monitoreo de carga viral, así como otros datos de laboratorio en indetectable y que participaran en protocolos de atención dentro del centro de salud especializado. Lo anterior debido a que, como especifican algunos autores (Delgadillo, 2007 y Flores *et al.*, 2008), estar informado sobre un diagnóstico positivo permite construir estrategias de atención y cuidado más permanentes y sólidas para con ellos mismos. Sumado

3 Las prácticas sexuales se han considerado “sin riesgo (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo; de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso; o con riesgo (coito sin empleo de condón)” (Martínez *et al.*, 2001: 36).

4 En todos los casos se contó con el apoyo del médico especialista que labora como responsable del departamento de especialidades de un Hospital de tercer nivel de la CDMX, éste, fungió no sólo como intermediario entre el investigador y los pacientes, sino que, además, autorizó la revisión de los expedientes médicos de cada uno de los entrevistados para su triangulación y análisis. En este sentido, debo enfatizar que el cotejo realizado se llevó a cabo con el conocimiento previo de los pacientes, por lo que todos firmaron un consentimiento bajo información previa.

5 Esto se considera relevante puesto que estas terapias han modificado favorablemente el pronóstico de desarrollo del VIH, en tanto que permiten controlar la multiplicación viral a niveles no detectables por los métodos actualmente disponibles y reconstruir el aparato inmunitario de las personas diagnosticadas. La consecuente disminución de la aparición de enfermedades oportunistas, y con ello de la mortalidad asociada al VIH, esto, transforma el carácter de la enfermedad convirtiéndola en crónica y controlable (Margulies *et al.*, 2006).

Cuadro 1. Características generales del grupo de estudio

Nombre	Año de nacimiento	Lugar de residencia	Nivel de escolaridad	Ocupación	Grupo social con el que habita después del diagnóstico
Manuel	1979	Ciudad de México, Zona Centro	Secundaria	Guardia de seguridad en banco	Vive con un hermano, está en pláticas para regresar a vivir con su esposa
Ricardo	1954	Ciudad de México, Zona Centro	Carrera trunca de Ingeniería Civil	En proceso de jubilación del IMSS	Actualmente vive solo
Fernando	1984	Ciudad de México, Zona Sur	Contaduría y trabajo social	Contador	Comparte departamento con una amiga y la hija de ésta
Samuel	1957	Ciudad de México, Zona Centro	Preparatoria	Lavado de alfombras	Vive solo y de vez en cuando con uno de sus hermanos
Lauro	1955	Estado de México	Cirujano dentista	Jubilado, repartidor de comida casera	Actualmente vive con su pareja
René	1981	Ciudad de México, Zona Centro	Derecho	Abogado	Actualmente vive solo
Antonio	1973	Ciudad de México, Zona Sur	Preparatoria	Cajero de banco	Vive con un hermano

Fuente: Elaboración propia (2021 - 2022) con base en entrevistas semiestructuradas.

a esto, estar consciente de la enfermedad puede proporcionar un sentido de responsabilidad, autocuidado y autoprotección, lo cual es relevante para la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales. Por último, se consideró que contaran con seguridad social, trabajo estable y con condiciones socioeconómicas estables.

Las condiciones anteriormente descritas, permitieron encontrar sujetos en una situación de relativa tranquilidad, de mayor adaptación al diagnóstico y al tratamiento, de forma tal que se fa-

voreciera una recuperación reflexiva de su experiencia frente al diagnóstico y su relación con las actividades cotidianas.⁶

Las entrevistas se realizaron después de uno o dos encuentros con los informantes claves para

⁶ Cuando hablamos de experiencia nos referimos a todos los acontecimientos individuales que provocan impulsos y sentimientos dentro de nosotros, esto, se vive cotidianamente dentro de la convivencia general y adquiere seguridad y precisión conforme pasa el tiempo. Por tanto, “todo lo que nos domina como costumbre, uso y tradición, se funda dentro de nuestra experiencia vital” (Dilthey, 1998:42) ésta, se presenta como un construcción singular y particular (Mauss, 1936) pero, a la vez, general y colectiva (Barragán, 2007).

establecer un mejor contexto y reproducir la experiencia. Éstas se efectuaron en lugares donde el participante definió sentirse más cómodo. A cada uno se le informó el propósito del estudio, las estrategias, alcances y limitaciones y se hizo especial énfasis en la importancia de su colaboración y en el anonimato y discreción de sus identidades. Una vez hecho esto, se entregó un documento describiendo con precisión todos estos puntos⁷.

Cada uno eligió un seudónimo (que es el que aparece a lo largo de la investigación) y se les pidió explícitamente su autorización para que las entrevistas fueran audiograbadas. Todos los informantes fueron reclutados en la unidad de atención médica en donde llevaban el seguimiento de su diagnóstico. Posteriormente, se transcribió y analizó a partir de las construcciones sociales de Schutz (1995) y Berger y Luckmann (1999), para abordar la forma en cómo reconstruyen la vida cotidiana, por otro lado, se reflexionó a partir de los estudios del cuerpo (Barragán, 2007; Bernard 1994, Butler, 2002, Dolto, 1986, Duch y Mèlich, 2005, Guzmán, 2008 y Robles, 2016) ya que éste forma parte fundamental de la identidad de los sujetos masculinos y femeninos (López, 2013), es una estructura simbólica que el sujeto construye según su contexto social y cultural, determinado por su historia personal (Le Breton, 1991).

Se identificaron categorías discursivas significativas, según el énfasis observado en los informantes y se interpretaron a la luz de un marco teórico que

⁷ En este sentido, nos apoyamos en las propuestas y criterios de Oliva et al. (2001), referente al contenido de la información que se les proporciona a los participantes del estudio, así, se dio a conocer la configuración y características de la investigación, describiendo los objetivos y metodología a desarrollar, indicando los riesgos, molestias y beneficios de su colaboración y precisando la completa libertad de decisión para acceder a participar, por lo que se resaltó que este estudio era independiente y externo a las asesorías, seguimiento y atención que realizaban con la médico especialista, por lo que no debían sentir algún tipo de obligación, responsabilidad o compromiso.

se constituyó en *la mirada* con que fueron leídas y las frases que nos interesaron destacar fueron marcadas en negritas. El discurso, se analizó y se corroboró su solidez testimonial al referirla a la particularidad de cada caso. Por último, se seleccionaron los fragmentos que dieran cuenta de una reconstrucción de la experiencia del diagnóstico al VIH al momento actual, esto con la finalidad de distinguir posibles fases de reconocimiento, aceptación, negación o rechazo.

Los informantes

Para identificar la experiencia del diagnóstico, fue necesario penetrar en las historias personales, acercarse al momento donde ellos intuían podía ser la ocasión donde se presentó el virus en su cuerpo, y aunque en un principio algunos fueron parcos y dubitativos, conforme íbamos avanzando en las entrevistas, poco a poco fueron mostrando mayor confianza y pudimos obtener mayores datos.

Como podemos observar en el cuadro 2, **Ricardo** y **Lauro**, reconocen que la transmisión pudo haberles ocurrido en la década de los ochenta, mientras que para **Fernando**, **Samuel** y **René** sucedió durante los años 2000, por último, **Manuel** y **Antonio** no recuerdan en qué año pudieron haber contraído el virus.

Todos los entrevistados tienen claro cuándo fue el momento de la transmisión, saben cuándo fueron al médico para conocer su situación serológica, ya que todos los demás identifican que se enteraron de su diagnóstico debido a infecciones, enfermedades, lesiones y dolores que comenzaron a

sentir a lo largo del tiempo.⁸

Por último, podemos observar que reconocer la transmisión y después saber el diagnóstico, no es garantía de iniciar con la TARAA, ya que si bien **Manuel, Fernando, Samuel, René y Antonio**, una vez conociendo su diagnóstico iniciaron con la toma de medicamentos, mientras que **Ricardo y Lauro** dejaron pasar entre cuatro y nueve años para iniciar el tratamiento (véase cuadro 2).

Las trayectorias individuales

Manuel

No tiene claro cómo es que adquirió el virus. Narra que llegó al Seguro Social y después de unos estudios médicos le dieron el diagnóstico positivo al VIH, en este sentido, identifica que el virus puede contraerse por prácticas sexuales, transfusión sanguínea o por el contacto con drogas inyectables.

...Pues mira. Yo no sé en qué momento me infecté. Este... cuando fui al Seguro fue cuando me sentía mal, de ahí ya fue cuando me hicieron los estudios, me lo detectaron... de hecho me comentaron si yo era homosexual; por lógica no lo soy... no sé realmente en qué momento habrá sido. Nunca he tenido una transfusión

8 Algunos criterios para identificar el virus en el cuerpo son “tos persistente más de un mes en ausencia de tuberculosis pulmonar y los siguientes hallazgos al realizar el examen físico: dermatitis prurítica generalizada, herpes zoster, candidiasis orofaríngea, herpes simple crónico ulcerativo o agresivo y linfadenopatía generalizada. La presencia de sarcoma de Kaposi o criptococosis se considera evidencia suficiente para establecer el diagnóstico” (Díaz y Lubián, 1998:158), las principales características físicas que se presentan entre los seropositivos son: pérdida del tejido adiposo, en la boca; candidiasis, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi. En la piel: sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica. En el fondo de ojo: retinitis por Citomegalovirus y exudados blanquecinos algodonosos (Castillo, 2004). En este sentido, algunos autores consideran que el mayor número de infecciones cutáneas se deben a la disminución en el número de células de Langerhans, LTCD4, células NK, macrófagos y monocitos (Navarrete – Dechent et al., 2015).

sanguínea, nunca me he inyectado este.... Drogas...(Manuel, 2021).

Asimismo, considera que para contraer el virus se debe ser una persona “disipada y con muchas parejas sexuales”, por tanto, reconoce que la forma que tenía “de cuidarse”, era no metiéndose con cualquier mujer para tener prácticas sexuales, pues dice que conocía a todas las mujeres con las que mantenía relaciones.

...Yo... para empezar yo no supe cómo fue que acepté la enfermedad. En ningún momento me pasó por acá que yo la tuviera... Yo no soy muy mujeriego antes de conocer a mi esposa, por lógica sí tienes a tus parejas... pero yo no he sido mucho de tener... parejas. Yo siempre me he tratado de cuidar; a lo mejor no usando preservativos, porque nunca los usé... me trataba de cuidar en el aspecto de no meterme con cualquier persona que conociera. Ya ves que tú vas a la discoteca y te gusta una mujer; un hombre y pum, te metes con él aunque no lo conozcas... No, eso no lo hago. Digamos yo me desarrollo en el ambiente nocturno como te lo vuelvo a repetir; sí conocí personas; salí con ellas...(Manuel, 2021).

El diagnóstico positivo se lo dieron en 2012, año en el que lo tuvieron que hospitalizar, hace referencia que llegó al médico debido a un dolor abdominal (estomacal),⁹ le toman una muestra sanguínea y después de los análisis, le comentan que debe quedarse para verificar los estudios preliminares, por lo que es internado para su reconocimiento y valoración.

9 Cosme et al. (2005) reconocen que los linfomas más frecuentes en los pacientes seropositivos son los linfomas inmunoblástico de células B (alto grado), que se localizan principalmente en la médula ósea, el tracto digestivo e hígado y el síntoma predominante es el dolor abdominal.

Cuadro 2. Experiencias sobre el diagnóstico positivo al VIH

Nombre	Posible año de transmisión	Año de diagnóstico	Razón por la que acude a realizarse el estudio	Año en el que comienza con el TARAA
Manuel	Desconoce	2012	Dolor abdominal	2012
Ricardo	1985	1987	Intuye que tiene el virus, había tenido diarreas muy fuertes dos años antes	1996
Fernando	Entre 2005 y 2007	2009	Infección en el estómago, hepatitis tipo B	2009
Samuel	Entre 2000 y 2010	2010	Histoplasmosis ocular	2010
Lauro	1981	1988	Diarreas, dolores abdominales, sarcoma de Kaposi	1992
René	Entre 2000 y 2005	2010	Otitis externa maligna	2010
Antonio	Desconoce	2006	Dolores, escalofríos	2006

Fuente: Elaboración propia (2021 - 2022) con base en las entrevistas semiestructuradas.

En el momento del diagnóstico los médicos le hacen referencia a que podía haber estado asintomático por varios años, situación por la cual no se había manifestado el virus.

...Sí, te activa. O sea, andas hiperactivo, movido o sea como que no sabes ni qué hacer no. Entonces... cuando fui a hacerme los estudios la... tanto el doctor como la doctora que me dieron los resultados... posiblemente- ellos me comentaron que yo tenía el... el virus, pero no se me había desarrollado porque yo me alimentaba bien; me había sabido cuidar. Entonces como dicen, a lo mejor lo tenía muy pequeño entonces cuando me descuidé fue cuando se – cuando

se botó. Y estee... fue cuando se desarrolló al 100 por ciento y fue cuando me provocó todos los síntomas que yo tuve...Sí de hecho fue lo que me comentaron los doctores- mi esposa a lo mejor no lo entendió bien en aquel tiempo; porque te vuelvo a repetir yo con ella no he tenido así muchas relaciones sexuales... (Manuel, 2021).

Aunque el diagnóstico lo “destrozó por dentro” trató de tomarlo con calma, sin embargo, narra que su esposa al principio no le creyó, pues le hizo referencia a que posiblemente había tenido prácticas sexuales con uno de sus amigos o que la había engañado con algunas amigas y fue has-

ta que platicaron con el médico especialista que, reconociendo la naturaleza del virus, sintió su apoyo y comprensión.

...Entonces este... (suspira) pues ella... cuando me dieron los resultados, yo lo tomé con calma. O sea, sí me destrozó por dentro... me sentí mal, pero... a la mejor no lo demostré; pero lo tomé con calma. Este... pues ella también lo tomó con calma y afortunadamente me ha apoyado. Y fue “ESO” lo que me comentaron los doctores, que a lo mejor eso se desarrolla hasta con 15 años atrás y mi esposa no lo- o sea no lo- no me lo creyó; que a lo mejor me lo había pegado un amigo; o sea mi amigo con el que salía no, que a lo mejor había tenido relaciones con él y cosas así. Por lo mismo de que como ella- pensó que tuve relaciones con él o con algún... ella pensó que a lo mejor le puse el cuerno con alguna chava. Y este... pero ella estuvo presente cuando los doctores le dijeron que el virus se desarrolla hace 10, 15 años, pero no es detectable... (Manuel, 2021).

Ricardo

Durante la década de los ochenta ya tenía conocimiento sobre las formas en cómo se transmitía el VIH, los peligros de la transmisión y las maneras de protegerse, sin embargo, reconoce que, aunque tenía claro y sabía todo esto, nunca tomó las precauciones necesarias y reconoce que estaba en riesgo de contraer el virus.

*...Bueno... eeh... fue en 1987... eeh... yo sabía que andaba en riesgo. Ya en medios de comunicación, televisión, radio, **en las mismas discotecas gay se escuchaba ya que el SIDA, que el VIH, que usa condón, que cosas de esas... y hacíamos caso omiso. Pero yo en al-***

guna ocasión tomando conciencia pues ando en riesgo y necesito saber si ya está infectado pues atenderme, y si no pues a cuidarme también, que no me vaya a contagiar. En eso fue... en eso consistió el hecho de que me enteré de lo que tenía... (Ricardo, 2022).

En este contexto, refiere que entre 1985 y 1987 tuvo varios episodios de diarreas agudas y constantes,¹⁰ situación que lo hizo sospechar de una posible infección, no obstante, reconoce que necesitó dos años para poder hacerse la prueba sanguínea, pues tenía miedo de que le dieran el diagnóstico positivo.

...Bueno... eehh... si hubo algún foco rojo. Este... meses atrás había tenido diarreas, que me habían durado más de 15 días pero que en su momento me preocuparon, porque era uno de los síntomas que mencionaron...pero luego pasaron y lo olvidé o bueno, quise olvidarlo... en el '87. Yo calculo que estoy infectado unos dos años antes, 85, por ahí así... porque dos o tres ocasiones tuve diarreas de estas y no se me quitaban, hasta hasta... duraban más de lo normal y sí me llamaba la atención. También en eso tuve... tuveee, tomé valor y la decisión para irme a hacer el estudio...tenía que haber ido antes, pero sabía lo que me iban a decir y pues la verdad, mejor no saberlo... (Ricardo, 2022).

Una vez que se decide, acude al servicio médico del banco en donde trabajaba y ahí le solicitan que se realice los exámenes sanguíneos. Fue a un laboratorio al sur de la ciudad donde se realizó los estudios, sin embargo, los resultados no se lo

¹⁰ Uno de los mayores problemas de salud entre los pacientes diagnosticados con vih es la infección parasitaria intestinal, la enfermedad gastrointestinal, con síntomas como diarrea, deshidratación, disfagia, dolor abdominal, ictericia, pérdida de peso y sangrado gastrointestinal puede ser el resultado de infecciones oportunistas (Flórez et al., 2003).

entregan a él, sino que los mandan directamente con el médico que se los solicitó.

*...Fue en un laboratorio, el único que lo hacía... ahí no hubo ningún problema. Fui me hice mis estudios, ninguna pregunta, nada y... **me dieron mi resultado- bueno el resultado no me lo dieron a mí, se lo mandaron al doctor.** Y cuando fui con el doctor ya lo tenía él ahí... (Ricardo, 2022).*

En el momento del diagnóstico, el médico que lo atendía, no supo cómo apoyarlo y después de la consulta, le comentó que lo canalizaría con algún especialista, sin embargo, mandó los exámenes clínicos a los jefes de Ricardo.

... y eso fue lo que me dijo: “sabe qué, pues no sé qué hacer... déjeme- le voy a dar una cita para x días para ver qué es lo que voy a hacer, a dónde lo canalizo, a donde lo mando” ... pero te comento que ya no hubo necesidad porque el muy malvado fue de chismoso a las oficinas generales, de ahí me mandaron llamar, ya te comenté lo que me plantearon... pero afortunadamente me mandaron con el doctor A... él era un doctor joven, que... le inquietó, tuvo inquietud del VIH y empezó a estudiar eso... (Ricardo, 2022).

Sin embargo, durante la consulta el médico le comentó que tendría poco tiempo de vida y aunque reconoce que estaba preparado para la noticia, saberse seropositivo le afectó fuertemente, pues considera que el médico no tuvo tacto para darle la información, ya que fue duro y displicente al darle el diagnóstico.

...Eeee... una vez... teniendo el resultado ya me lo dio y pues yo no me daba más de 15 días de

*vida en ese momento (termina la oración con una risa nerviosa, incrédulo) ... **se me vino el mundo encima, a pesar de que iba preparado...y por cierto muy mal médico porque me dio el resultado este... pues muy fríamente, como diciendo sabes qué ¡Ah pues sí salió positivo! y no me acuerdo qué me dijo exactamente, pero sí me hizo sentir muy mal. Aparte del problema del... de enterarme, la forma en que me lo dijo... (Ricardo, 2022).***

Por otra parte, aunque albergaba la posibilidad de que fuera una falsa alarma, el día del diagnóstico acudió solo a la cita médica pues no quería que nadie más se enterara de su situación serológica, a partir de ese momento decidió ponerle metas a las actividades que deseaba realizar, comenzando por llegar a su cumpleaños (15 días después del diagnóstico), luego a navidad y así sucesivamente.

Para 1988 y una vez que pasó algunas fechas que se había puesto como límite de vida, decidió no pensar más en el VIH y retomó sus actividades cotidianas, considerando que, si tenía que morir, lo haría sin estar pensado en la enfermedad.

*...se me olvidó, la verdad... **una de las cosas que yo... consideré como una.... Digamos una protección, una barrera, una defensa, para no caer en depresiones o eso, fue hacer de cuenta que no pasaba nada... .. y siguió mi vida normal; ya una vez que pasaron cuatro, cinco meses, ya en enero empecé a pensar no pues qué... pues mi vida normal, como siempre; de agosto a diciembre me la pasé todo deprimido, todo lloroso, todo amolado y en enero dije no pues qué estoy haciendo, si me voy a morir, me voy a morir a gusto, tranquilo y contento... (Ricardo, 2022).***

Así, retomó sus salidas nocturnas a bares y an-tros, tratando de llevar su vida sin mayores sobresaltos, de forma tal que continuó teniendo prácticas sexuales de alto riesgo, sin importarle la situación serológica de las parejas con las que tenía encuentros sexuales, pues consideraba que, si ellos deseaban tener prácticas sexuales relaja-das y sin uso de condón, era porque estaba en la misma situación que él y no veía el caso de pro-tegerse, pues desconocía que pudiera haber co-in-fecciones. Este tipo de prácticas las sostuvo por muchos años.

...y empecé a salir otra vez con mis amigos; no había muerto ninguno de mis amigos todavía... todavía teníamos muchos amigos. Y este... hice mi vida normal; cuando tenía relaciones se-xuales... digamos que... estúpidamente, quizá, mi protección hacia la persona con la que me acostaba era preguntarle: ¿Quieres que use-mos condón? Sí o no... pues que sí ¡Ah perfecto se cuida!, pues que no ah me vale... no pues está igual que yo. Por qué, porque las gentes que yo conocía eran del núcleo de una disco-teca. O sea, toodos sabíamos exactamente lo que pasaba... entonces yo consideraba bueno mientras no me salga de aquí para contagiar fuera, pues no pasaba nada... el contagio es entre nosotros... y si llega alguna gente nueva que no conoce el ambiente que me diga no pues yo sí uso condón, pues órale adelante... por mí no hay problema, y así ¡fueron muchos años... años!... (Ricardo, 2022).

Para 1996, comenzó con problemas de salud, primero, sintió que se descarapelaba de las ore-jas¹¹ y después continuó con un dolor agudo de

11 Las enfermedades de la piel (principalmente dermatosis infecciosas, inflamatorias y neoplásicas) son muy frecuentes durante el curso de la in-fección por vih, pues se presenta en más del 90 por ciento de los casos; a menudo constituyen la primera manifestación de la enfermedad y repre-

oídos,¹² situación que lo llevó al dermatólogo y ahí le anunciaron nuevamente su diagnóstico, a partir de ese momento comenzó con la TARAA.¹³

...Te digo, en el 96 que estuve a punto de morir, así me dijeron... tenía un problema en los oídos, ya se estaban descarnando y fui con- no me acuer-do si fue con el dermatólogo y me dijo: “pues es que ya no puedo hacer nada por ti, así vas a estar hasta el día que te mueras” ... ¡Así me lo dijo! Y dije no pues sabe qué que no me voy a morir. Y entonces- ya me desvié un poquito- Yo sabía a través de mi médico que me tocó que ahorita te iba a platicar, el doctor A, el que me... que me asignaron del banco, este él ya sabía que ha-bía medicamento en Estados Unidos, y entonces como pude lo conseguí... (Ricardo, 2022).

Fernando

En 2009, regresó de unas vacaciones y tuvo un fuerte dolor abdominal que lo hizo ingresar al hospital, después de los análisis médicos le diag-nosticaron primero hepatitis tipo B¹⁴ y posterior-mente VIH.

senta un marcador de progresión de la misma (Salazar – Nieves, 2012).

12 Las dos patologías otológicas más comunes en el individuo con vih son la otitis media aguda y la otitis media crónica. En adultos, la disfunción de las trompas de Eustaquio puede ser consecuencia de la hiperplasia linfoide nasofaríngea, sinusitis, neoplasias nasofaríngeas o fenómenos alérgicos (Guerrero y Guirón, 2003).

13 La TARAA ha cambiado la historia natural de la infección por el VIH. En la actualidad, existen más de 20 medicamentos los cuales han sido aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Uni-dos de Norteamérica, la terapia consiste en la combinación de tres drogas que inhiben puntos específicos del ciclo vital del virus y así reducir la morbimortalidad (González – Hernández *et al.*, 2014). En México el acce-so universal a la TARAA se inició en 2001, fue un proceso paulatino, sin embargo, a la fecha no se han establecido estrategias para el acceso al di-agnóstico temprano, por lo que muchos pacientes aún son diagnosticados cuando la enfermedad es avanzada y se presenta con eventos definitivos de SIDA (Martín – Onraet *et al.*, 2015).

14 Los virus de hepatitis B y C (VHB y VHC) y el *Treponema pallidum* causan infecciones que comparten mecanismos de transmisión con el vih y tienen la potencialidad de cambiar el curso de esta enfermedad (Pérez *et al.*, 2009).

...Claro, mira. Yo me enteré por medio de, bueno yo tenía un proceso en aquél entonces de trabajo de mucho estrés, entonces salí a vacacionar y regresando de vacaciones empecé a tener un dolor abdominal... Esto fue muy rápido, entonces ese mismo día yo salí al hospital, al médico, eh pensando que era alguna fuerte infección en el estómago. Y me dijeron que tenía este... me pusieron una inyección para calmar el dolor abdominal y primeramente salió un diagnóstico de Hepatitis. Y ese Hepatitis, pues en lo que hacían la serología y todo eso, pues resultó que... al cabo de un par de semanas que era Hepatitis B. Pero la Hepatitis, lejos de este... de que la evolución fuera positiva, era negativa, iba en aumento esa Hepatitis, entonces empezaron a... tener sospechas y fue cuando me hicieron otros estudios y fue donde salió el ELISA salió positivo... (Fernando, 2021).¹⁵

Sin embargo, comenta que desde hacía varios años atrás sabía que debía realizarse la prueba de VIH, pues sostenía prácticas sexuales de alto riesgo y reconoce que no había estado dispuesto hasta que, obligado por el dolor estomacal que lo atenazaba, tuvo que ir a consulta.

....Lo que pasa es de que.... yo siempre estuve muy cerrado a toda esa, a toda la situación

¹⁵ Se considera diagnóstico positivo al VIH, cuando se han encontrado anticuerpos en la muestra de sangre y existen dos pruebas para poder diagnosticar este virus, la primera de ellas denominada ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay*) “Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente”, el cual consiste en mostrar dentro de la sangre, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH. Ésta se utiliza no sólo para detectar la presencia del VIH en personas, sino también para analizar los paquetes de sangre y sus derivados que se manejan en los bancos de sangre y no establece un diagnóstico de SIDA ni es un pronóstico de avance del virus. ELISA es de bajo costo, pero a su vez de baja confiabilidad y sólo en caso de resultar positiva debe hacerse una segunda prueba denominada de inmunotransferencia o *Western blot* (Wb). Este estudio confirma la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH, es más confiable que la ELISA, pero es más difícil y costosa. Para todos estos estudios es pertinente interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio (Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA, 2000).

de... enfermedades de transmisión sexual... no quería yo saber nada y la verdad yo no quería saber nada y yo estaba enfocado más en otras cosas que en las cuestiones de mi salud, entonces nooooo... nooo me detuve a ver nada acerca de mi salud, ni a hacerme estudios ni nada, sabía que tenía que hacerlos...hasta que meee... obligado a, tuve que ir por un dolor de estómago que resultó Hepatitis; entonces... de tan inflamado que tenía el hígado... (Fernando, 2021).

En este contexto, fue en el departamento de gastroenterología donde le dieron el diagnóstico positivo y aunque el médico no fue rudo al darle la noticia, considera que intentó ser directo y comprensivo. De ahí lo canalizaron al área de infectología.

...Sí. Me lo dijooo, me lo dijo el gastroenterólogo (pasa saliva de golpe), el gastroenterólogo me dijo porque él era el que estaba viendo la parte de la Hepatitis, y él fue el que me dio la noticia. Eeee no me la dio brusca, pero tampocooooo en una postura muuuuy, muuuuy... liviana; me lo dijo, firmé, pero con cierta comprensión, a forma de que yo lo tomara de buennnn... lo mejor posible. Entonces me lo dijo y fue cuando me canalizó aaaa... al área de Infectología que es donde la Dra. L me ha dado seguimiento hasta la actualidad... (Fernando, 2021).

Cuando se le preguntó sobre el año de la posible transmisión, él refiere que lo más probable es que fuera con la pareja con la que estuvo de 2005 a 2007, pues no era frecuente el uso de condón en sus prácticas sexuales.

...Sí, claro. Mmmmm... hace unos años... yo era una persona... esteeee... muy entregada. Mmmm era una persona mmmm... pues real-

mente- bueno creo que eso no ha cambiado, soy una persona que confía en la gente, que confía en la bondad de las personas. Sé que a lo mejor hay gente que es muy- que está muy corrompida o podrida por dentro, pero sé que hay algo bueno en cada persona y... desafortunadamente ehh... yo tuve... mmmm... yo me- me relacioné con esta persona y no tuveeee... no tuve la precaución de pedirle condón en las relaciones posteriores, porque pues realmente yo me visualizaba con esta persona para algo mássss estable, más allá. Haciendo un cálculo de eso, de todo- puedo decir que fue esta persona la que me infectó... (Fernando, 2021).

Sin embargo, más adelante en la entrevista detalló que durante algunos años tuvo muchos encuentros sexuales, por lo que ha decidido “no buscar culpables” y aceptar su responsabilidad al no haber usado condón en sus prácticas sexuales.

*... Tal vez no, pero- te digo hace algunos años fui también una persona muy promiscua, entonces... Mira la verdad es que **mi vida ahorita está enfocada hacia adelante. No mirar hacia atrás, porque yo creo que mirar hacia atrás es simplemente hacerme daño o tratar de buscar un culpable, no.** Porque yo lo veo ahora, de que, si me la paso buscando culpables o si me la paso guardando rencor y resentimiento, sin aceptar que yo también he tenido que ver en diversas situaciones que he tenido en mi vida, no evoluciono y mi visión es siempre ver- no voy para adelante, mi visión es siempre ir para adelante. Por ejemplo, te puedo decir que, si esta persona fue la que me infectó, sí, no tuve la capacidad de pedir condón, no tuve la precaución de pedir condón y pues bueno... pueesssss ni modo. Lo mismo te decía de la relación esta duradera, llegó un momento que tampoco nos*

pedimos condón, y nunca nos checamos, nunca nos hicimos un examen... eeehhh... confiamos en lo que decíamos el uno al otro, pero nunca tuvimos la precaución de decir “cómo andas, en qué andas”. No, somos pareja y tuvimos relaciones sin condón. Cogemos sin condón, nada más... (Fernando, 2021).

Samuel

Se enteró de su diagnóstico cuando acude al médico debido a una histoplasmosis ocular que le comenzó a afectar la vista del ojo derecho.¹⁶ Ahí, el médico, después de una serie de cuestionamientos, le sugiere hacerse la prueba de VIH.

... yo fui... porque empecé a... perder la vista de un ojo, del ojo derecho. Yo fui a mi clínica de... a mi hospital de zona y ahí no tenían la especialidad; me mandaron a otro. Ahí, me empiezan a hacer estudios... y llega el momento en el que pierdo la vista por completo en el ojo derecho... y le digo al Dr. estee... Dr. G., no me acuerdo cómo se llama, me pasa esto y esto y esto, soy gay y pues... así soy... y me dice ¿Te has hecho algún día la prueba? Le dije – no – y dice ¿Te gustaría hacértela? Y le digo - cree que sea necesario - y me dice, pues creo que sí. Y yo le dije está bien... (Samuel, 2022).

De esta manera el médico le solicitó que se hiciera una prueba de ELISA, una vez que sale positiva le piden corroborar esta información con la con-

¹⁶ La histoplasmosis es ocasionada por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*, que involucra al tejido linfático, pulmones, hígado, bazo, glándulas suprarrenales, riñones y piel. Sus principales formas clínicas son: histoplasmosis pulmonar aguda primaria, pulmonar crónica y la diseminada progresiva, que tiene sus subvariantes como son la aguda, subaguda y crónica. Otras formas de presentación son: histoplasmosis, histoplasmosis ocular y granulomatosis y fibrosis mediastínicas (Pérez – Molina *et al.*, 2007). La infección se produce por inhalación de esporas hacia los pulmones, y la afectación oftálmica se debe a la diseminación hematogena a la coroides (Pérez de Arcelus *et al.*, 2008).

firmatoria (*Western Blot*),¹⁷ en este contexto, en las dos ocasiones que lo atendió el especialista le sugirió que fuera acompañado de un familiar, sin embargo, consideró que no debía incluir a nadie más en sus problemas. Una vez con el diagnóstico positivo, lo refieren al departamento de infectología de un hospital de tercer nivel, y cuando se le preguntó en qué momento pudo haber contraído el virus, refirió que pudo haber sido en cualquier momento entre 2000 y 2010, pues no frecuentaba el uso de condón en sus prácticas sexuales.

...como te lo comenté hace unas semanas, tuve años de mucho desmadre y pudo haber sido ahí, pero también pudo haber sido con mi pareja, en fin, no sé y no quiero averiguar... una vez si pensé que pudo haber sido con un chico que conocí en mis años de desenfreno, pero ¡Pa'saber!, no usaba condón, o sea, si usé, pero sólo cuando me lo pedían, así que ahí está el error, o bueno, yo sabía a qué me estaba exponiendo... (Samuel, 2022).

Lauro

En 1988 comenzó a presentar una serie de síntomas que, si bien al principio no hizo caso, en un periodo de dos semanas se fueron complicando cada vez más.

...fue en el 88, había tenido varias alarmas que no había hecho caso, tenía unos dolores muy fuertes de estómago y diarreas continuas por cerca de dos semanas, pero no le tomé importancia, pero fue hasta que me apareció el sarcoma que tuve que ir al médico, porque ya no aguantaba el dolor.... (Lauro, 2021).

¹⁷ Un paciente puede tener ELISA – VIH positivo con *Western blot* negativo, en este caso el paciente no tiene infección por VIH (Pizzo, 2015).

Así, tuvo que ir a una revisión médica cuando empezó a sentir una serie de manchas en la piel¹⁸ que le causaban dolor, una vez que le realizan los estudios, se entera que era sarcoma de Kaposi¹⁹ e intuyó que debía ser VIH, pues había escuchado de ello, es entonces que el médico le da el diagnóstico y decide tomar la noticia con calma y reconoce que para ese momento lo más importante era salir adelante con el sarcoma.

...pues el médico me dijo, ¿Sabes qué es el sarcoma de Kaposi? Y pues ya había oído hablar de él, siempre relacionado con el SIDA y pues, si me espanté, pero el médico me dijo: “no te preocupes, será cuestión de asegurarnos, porque siempre hay falsos positivos, lo importante aquí, es que conozcas cómo estás” y pues, me hizo la prueba y salió positiva... hasta eso, fui positivo como se dice... el doctor fue bueno conmigo, al menos no fue como muchos que he escuchado, tal vez porque sabía que yo trabajaba ahí... y pues me enfoqué primero en salir del sarcoma y eso me funcionó... (Lauro, 2021).

En este sentido narra que había intuido, desde hacía algunos años atrás, que estaba infectado por el virus, ya que había tenido algunos de estos síntomas anteriormente, pero había decidido no hacer caso.

...pues una siempre sabe ¿No?, no te puedo decir de cuando, digo tengo una idea, pero tal

¹⁸ Las manifestaciones cutáneas de la infección por vih pueden dividirse en no infecciosas (inflamatorias, asociadas o no a la TARAA o neoplásicas) y en infecciosas (excluyendo en estas últimas las causadas por la infección del vih en sí) (Navarrete – Dechent *et al.*, 2015).

¹⁹ El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia maligna compleja de origen mesenquimal, asociada con el Herpes Virus Humano tipo 8 (VHHV8), que normalmente coincide con una alteración inmunológica (Jiménez *et al.*, 2015) y se presenta en cuatro formas epidemiológicas; clásica, endémico africano, postrasplante y asociado al vih, en estos últimos pacientes la forma de presentación es mucho más severa, agresiva y fulminante a nivel cutáneo y visceral (Polanco *et al.*, 2015).

vez luego te la digo, pero la cosa es que todos sabemos con quién nos metemos, entonces ahí fue cuando decidí, pues aceptar que estaba con esto, no fue fácil, porque la verdad es que estaba muy temeroso de saber, por eso nunca me había hecho la prueba, pero, tampoco me quería morir en ese momento... lo que pasa es que varios años atrás ya había estado con esos dolores, pero luego se me quitaban, siempre que tenía los dolores pensaba que era VIH, pero... después de un tiempo no sientes nada y pues se te olvida, la verdad es que no quería saber... (Lauro, 2021).

Sin embargo, una vez que dejó de presentar dolores y comenzó a restablecerse, dejó por un periodo de cuatro años los medicamentos hasta que conoció a su actual pareja; para ese momento consideró que era importante reanudar con el tratamiento pues quería mantenerse estable para poder cuidar a su pareja en caso de que fuera necesario.

...lo que pasa es que como te decía yo quería salir del sarcoma, esa era la primera parte importante, no quería nada más, así estuve con medicamentos como seis meses y pues salí, la verdad es que sí me apliqué... tuve la oportunidad de tomar todo lo que me decían porque cuando me lo propongo soy disciplinado... la cosa es que, ya que salí de esto, la verdad es que otra vez, como que no quería afrontar mi realidad y pues sí dejé de tomar medicamento por un rato, o sea, no era constante.... Pues como en el 92, ahí sí puse atención, más por mi pareja, no porque me dijera algo, para nada, es más como por compromiso conmigo, para no fallarle, para no tener que estar solo y también, pues para que esté con alguien que lo pueda cuidar si se pone mal, ¿No crees?, eso era lo importante... (Lauro, 2021).

Considera que lo más probable es que se haya infectado de VIH el año que fue con su madre de vacaciones a los Estados Unidos (1981), ya que en ese entonces tuvo varios encuentros sexuales.

...siempre me lo he preguntado, fijate que yo creo que en el 1981... pues porque fue cuando llevé a mi mamá a los Estados Unidos, ahí nos quedamos unos días y pues yo sí salí a todas partes, ahí la noche está más viva que la mañana (risa) y pues yo creo que ahí fue... porque ya después el médico me dijo que podía haber estado alojado por varios años y pues haciendo cuentas, yo creo que fue ahí... eso sí, no sabría decirte con quién, porque, pues la verdad, sí me desenfrené... (Lauro, 2021).

René

Cuando se le preguntó cuándo pudo haber contraído el VIH, se mostró dubitativo al respecto, sin embargo, intuye que debe haber ocurrido durante los primeros cinco años de la década del 2000, cuando se encontraba sin una pareja estable, pues frecuentaba a sexoservidoras y reconoció que el uso de condón no estuvo presente en todos sus encuentros.

... pues, así como cuándo, no lo sé, no te podría dar un momento, aunque ya pensándolo bien, pues uno siempre sabe, ¿No? y pues la verdad es que yo creo que fue antes de F., más o menos... lo que pasa es que pues sí iba mucho con chavas y pues yo creo que fue ahí, no te creas, lo he pensado mucho, mucho, de cuándo pudo haber sido y pues siempre llego a esa conclusión, porque, además, pues no es que siempre haya sido cuidadoso y a veces a ellas pues también se les olvida... (René, 2021).

En 2010, estando de vacaciones en Oaxaca, comenzó a tener los primeros síntomas del virus, los cuales iniciaron con mareos, cansancios extremos y unas molestias de estómago, y aunque a los dos días dejó de sentir estas dolencias, un fuerte dolor en el oído izquierdo lo obligó a ir a hacerse unos chequeos médicos.

...pues mira, estaba de vacaciones, estaba en Oaxaca en casa de mis padres y un día, bueno desde que había llegado había estado con unos dolores fuertes de estómago, me dolía entre la base y uno de los costados del abdomen, yo creía que era una especie de gastritis y no le puse mucha atención... pero luego, además tenía mareos y mucha fatiga, como si hubiera corrido una hora sin parar, pero todo eso no lo atendí a tiempo, pensé que era por el trabajo y el viaje... lo que pasa es que ya como a los dos días de estar ahí, ¡tómala!, me comenzó un dolor en la oreja, bueno en el oído izquierdo, que no me dejaba hacer nada, entonces sí me preocupé y me lancé a una clínica para que me revisaran qué tenía... (René, 2021).

Una vez que llega a la clínica y lo valoran, le comentan que su padecimiento era extraño y le solicitan que vaya con un especialista, pues le diagnostican una otitis muy singular (OEM)²⁰ que sólo se presenta en personas adultas y diabéticas,²¹ por lo que acude a un otorrinolaringólogo.

... la cosa es que no dieron y no daban, me decían que tenía una infección interna y que era

20 La Otitis Externa Maligna (OEM) es considerada una infección invasiva del conducto auditivo externo, infrecuente y sumamente agresiva, que llega, en ocasiones, a comprometer la base del cráneo. Se presenta habitualmente en inmunocomprometidos, incluidos aquellos con infección por VIH (Chiappe *et al.*, 2016).

21 La OEM suele afectar comúnmente a pacientes de edad avanzada, diabéticos e inmunocomprometidos. En el caso de la diabetes mellitus se mantiene como la condición asociada más importante y está presente hasta en un 65 por ciento de los casos (Zamora, 2015).

muy rara, pues sólo sabían de este tipo de casos en ancianos y en diabéticos y me decían, pues estás muy chavo para tener diabetes y que si mi familia tenía diabetes y pues total, que el médico me dijo que mejor y para no errarle, que mejor fuera con un especialista... ya tenía un dolor insoportable... que si iba con un ornitólogo (quiso decir otorrino), que ahí sí me podían decir qué tenía y, pues yo no conocía ninguno y ya ahí me canalizaron con un otorrinolaringólogo... (René, 2021).

Cuando asiste con el especialista, éste le toma muestras sanguíneas y le pide que vaya al día siguiente para comenzar con el tratamiento, sin embargo, asegura que el médico ya sabía que tenía el virus del VIH, pues una vez que le realiza los exámenes médicos, le hizo una serie de preguntas que al principio le parecieron extrañas, pero al final de la consulta le pidió que no faltara al día siguiente y que de preferencia no asistiera solo, pues necesitaría el apoyo de un familiar o un amigo.

...pues ya llegué como pude, estaba saliendo un líquido asqueroso y pues me dolía mucho, y pues yo creo que el médico ya sabía de qué se trataba, o sea, al principio como que le extrañó mi caso, pero después como que lo vi más tranquilo y si aquellos otros me decían que si era diabético, con éste comenzó con preguntas sobre mis preferencias sexuales, que si me gustaban los hombres y pues sí le dije, pues qué pasó doctor y se disculpó, pero me sonó raro que hiciera esas preguntas, pero pues ya al final si me dijo: “sabes, no quiero que faltes mañana, es importante que vengas con alguien”, no me dijo por qué, pero si me hizo énfasis en eso... (René, 2021).

Al día siguiente fue con un amigo y ahí se enteró que tenía una OEM, la cual se había manifestado por el virus del VIH, y aunque considera que el médico tuvo tacto para darle la noticia, él hubiera preferido ir sólo, pues se sintió muy incómodo de que su amigo se enterara del diagnóstico. A partir de ese momento comenzó con la TARAA.

...ya al día siguiente fui con mi amigo... la verdad es que eso es lo único que lamento, la verdad es que no quería que él se enterara, digo, es mi amigo y lo aprecio mucho, pero la verdad es que mejor que no se hubiera enterado, pero en fin...también el doctor me había dicho que no fuera solo... siempre me trató muy bien, me dijo: “mira, tienes una otitis malévola (quiso decir maligna), y esa se puede tratar con esto” y me dio unos medicamentos, y que tenía que ir con él otras tantas veces y me dijo: “pero sí quiero que te las tomes, que es muy importante” y pues claro que lo iba a tomar, ¡Imagínate! Y ahí me dijo: “además quiero que sepas que tienes otro bicho” ... cuando me dijo del VIH, pues la verdad es que no lo asimilé mucho, porque tenía lo del oído... ya después pues sí me pegó, pero al principio, pues estaba más enfocado en la otitis... aunque siempre fue muy claro... me dijo que no me iba a morir, pero que debía de ir a terapia a unos cursos de apoyo y que el medicamento y pues mira, aquí me tienes... ya estoy mucho mejor... (René, 2021).

Antonio

Se enteró de su diagnóstico positivo en 2006, cuando, después de un maratón donde había participado, comenzó con un dolor de garganta, escalofríos y dolores musculares que le duraron varios días y aunque fue con varios médicos generales, seguía sintiéndose mal y sin disminución de los síntomas.

...Me empezó a dar como... así como temperatura, me empezó a doler la garganta. Era un domingo; me acuerdo bien porque fue un 16 de septiembre. Un 16 de septiembre fue en la tarde cuando me empezó a dar molestias y todo. Un día antes había participado en una carrera y me sentí cansado; y después me fui de parranda...Pueees yo creo, más o menos. Sí, 2006, 2007. Y entonces en la tarde empecé a sentir dolor de garganta, un poco de escalofrío, pero me seguí todos esos días y este.... pero como que cada día me empecé a sentir más mal y los medicamentos que me tomaba no me hacían nada. A la semana fui como con tres doctores de medicina general, me dolía mucho esta parte (marca el antebrazo), y la ingle, y creo que esta parte, no recuerdo bien... (René, 2021).

Sin embargo, a la semana de esto, uno de los médicos generales que atienden en la red de bancos donde trabaja fue a la sucursal donde él labora y tuvo la oportunidad de pedirle consejo sobre su malestar, ante esta situación, el médico le solicitó que se realizara unos estudios sanguíneos y después lo canalizó con un oncólogo, ahí le dan el diagnóstico positivo.

...por fortuna o para mi suerte, fue un doctor de medicina general que fue al trabajo a... así como a campaña y yo le dije lo que sentía, cómo me sentía, y me mandó a hacer unos estudios, me mandó unos este... unas vitaminas inyectadas que no recuerdo el nombre, porque no me daba hambre, y me dolía mucho la espalda y eso... Para esto ya habían pasado unos 8 días del 15- del 16 de septiembre y este... bueno ya fui con ese doctor y me puse las inyecciones que me mandó, y me hice los exámenes que me mandó. Y estee... cuando vio los exámenes me dijo que no estaba muy normal, que estaban ba-

jas las defensas y me mandó con otro especialista. Este especialista era algo de Oncología y él me mandó otros exámenes y prácticamente después de como dos exámenes más me dijo que pues queeee... que mi diagnóstico era que estaba infectado (pasa saliva) y este... (René, 2021).

Una vez que llega al oncólogo, le comentan que tiene Dermatitis seborreica²² y que debían hacerle algunos estudios de sangre para ver cuál era el origen de esta enfermedad.

...En la parte de las axilas me dolía, tenía, así como unas bolitas y unas escamas, muy raro, me dijo: “necesito que vayas con este Oncólogo, otro doctor, te va a hacer una cirugía y te va a extraer esta molestia que tienes para examinarlo” ... “Una vez que te haga el estudio, pasas conmigo para ver si no es algún tumor”, algo así. Pero la forma en que a mí me dijo el doctor me bajó totalmente; o sea salí totalmente mal (suspira breve); pues bueno, se me vino a la mente muchas cosas: mi familia, qué voy a hacer, me voy a morir... o sea se me vino todo, todo abajo... (René, 2021).

En este contexto, desde su punto de vista, el médico no tuvo tacto para darle el diagnóstico, pues fue demasiado directo. Sin embargo, una vez que confirma su estado serológico, lo canaliza al departamento de infectología.

²² La Dermatitis seborreica es una enfermedad común de la piel, se caracteriza por afectar zonas ricas en glándulas sebáceas como piel cabelluda, cara y la región retroauricular, preesternal, axilar e inguinal. Su aspecto macroscópico consiste de eritema, escama amarillenta untuosa y ocasionalmente furfurácea (Castillo, 2014). Y aunque se presenta entre el dos y cuatro por ciento de la población general, en pacientes inmunodepresivos su presencia alcanza el 85 por ciento de los casos (Navarrete – Dechent *et al.*, 2015).

...Bueno pues el doctor- yo quiero pensar por looo... por la cantidad de trabajo que se ve que tenía y aparte es una persona de edad avanzada, esteee... pues lo noté así como muuuyyy... muuuy agresiva su forma de ser (sonríe tímidamente y con cierto temor), que en la forma en que me decía las cosas, me bajó. O sea, yo me sentía mal y me dijo: “sabes qué, creo que tienes VIH y te tengo que mandar a hacer otros estudios para confirmar” ... Más o menos así. Ya fui a hacerme los exámenes y cuando regreso a confirmar esos exámenes me dijo: “sí efectivamente estás infectado y necesito mandarte con un especialista para que te tratamiento, porque yo aquí no puedo hacer más”... (René, 2021).

Una vez que llega con la médica especialista el trato fue completamente distinto, pues desde el primer momento pudo entablar una buena comunicación y le comentaron que no debía de preocuparse, que, si mantenían una buena alimentación, ejercicio moderado y una ingesta correcta de los medicamentos, podría estar con una carga viral estable.

...Sí. Nada más que por el trabajo yo puedo- yo tengo acceso a ese servicio, y después este... él me mandó con el especialista igual de la red y bueno, busqué en el directorio qué especialista había y nada más había una doctora. Ya ella fue la que me terminó de diagnosticar, de ver, me mandó otros estudios... pero desde la primera vez que yo acudí con ella, realmente fue el trato totalmente diferente...Este... sí...La doctora... el trato fue totalmente diferente; ella me mandó otros estudios... que tenía que confirmar los estudios porque, aunque traía resultados, necesitaba confirmar los estudios. Me dijo: “si realmente tienes la infección, no te preocupes

te vamos a atender, la red de tu trabajo se va a encargar de apoyarte y te vas a levantar; nada más hay que ver cómo están tus defensas, y te vas a levantar de esto” y me recordó que todo estaba en mí, una buena alimentación, ejercicio y tomar medicamentos, con eso podía vivir muchos años y mira ¡Aquí estoy!... (René, 2021).

Actualmente mantiene una buena relación con la médica especialista que lo atiende y cada vez que tiene dudas sobre algún síntoma o alguna reacción de los medicamentos que toma, le solicita su asesoría ya sea por teléfono o por correo electrónico. En este sentido, afirma que sólo con ella tiene la apertura para hablar de su situación serológica.

Conclusiones

Al principio de la investigación, todos los entrevistados se mostraron reservados y recelosos respecto a comentar cuándo fue el momento en que pudieron infectarse, sin embargo, poco a poco fueron develando la información y sólo dos casos (Manuel y Antonio), reconocieron desconocer el momento exacto de este suceso, sin embargo, todos tuvieron formas distintas de explicar y referir su diagnóstico positivo a VIH. De acuerdo con las propuestas de Fitzpatrick (1990), en la mayoría de los casos, las creencias de los informantes acerca de este mal no eran necesariamente coincidentes con las interpretaciones del discurso médico y en ocasiones diferían por completo, ya que cada uno de ellos se enfrenta de manera diferencial sus preocupaciones cotidianas.

En todos los casos se silencia el término VIH y se utilizan otros términos algunos ambiguos y otros menos “ofensivos”. Así, para referirse al VIH, se usaban frases como “tener eso”, “este problema” o “el virus”, de forma que podemos considerar

que, aunque todos ellos se identifican como seropositivos, asumen la estigmatización de los conceptos VIH y SIDA y se niegan a usarlos.

A lo largo de las entrevistas, se indagó sobre las prácticas sexuales de preferencia, gustos, temores, frustraciones y miedos; esto, permitió analizar las formas en cómo han construido su sexualidad, el conocimiento sobre los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, así como la frecuencia en el uso de métodos y barreras mecánicas para evitar embarazos e infecciones, asimismo, se obtuvo información sobre los métodos de protección y cuidado que conocen y realizan cotidianamente.

En este sentido, resulta interesante encontrar que para todos los entrevistados el uso de barreras mecánicas es conocido como un método eficaz de protección contra enfermedades e infecciones, pero en el relato, su empleo aparece de forma opcional y para casi todos estuvo ausente durante sus primeras prácticas sexuales, asimismo, se observó, como en el estudio de Caballero *et al.* (2016), que independientemente al tipo de práctica o preferencia sexual, hay una disminución de parejas sexuales una vez que conocen su seropositividad. Sin embargo, aunque identifican el diagnóstico y saben las implicaciones, aceptan que no siempre utilizan condón durante sus prácticas sexuales, por tanto, es importante enfatizar que la indetectabilidad provoca que las personas que viven con VIH no identifican que pueden transmitir el virus.

Por otra parte y en concordancia nuevamente con Caballero *et al.*, (2016), se reconoce que el grupo de hombres homosexuales son los que tuvieron en promedio el mayor número de parejas sexuales, tanto antes como después del diagnóstico sin em-

bargo, no se podría como lo especificó uno de los casos, hablar de “promiscuidad”²³, puesto que esta es “una cuestión de calidad, no de cantidad, una sola relación sexual permite la infección si no se toman medidas para evitarlo. Y, al contrario, es posible tener cientos de relaciones sexuales sin infectarse (siempre y cuando se tomen las medidas adecuadas)” (Guasch, 1993: 85). Si bien, este estudio se realizó con un grupo de personas que cuentan con seguridad social, trabajo estable y con condiciones socioeconómicas estables, sería necesario contrastarlo en grupos con otro tipo de circunstancias.

Asimismo, se observa que varios de los casos aceptaron llevar a cabo prácticas sexuales de alto riesgo antes y después del diagnóstico positivo, esto hace énfasis en las actividades o conductas de riesgo relacionadas con la posibilidad de contraer o transmitir el VIH, por lo tanto nos adherimos a la propuesta de Piña (2004: 23) cuando menciona que: “las actividades o conductas de riesgo consiste en tener relaciones sexuales con múltiples parejas —se trate de parejas estables u ocasionales— y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración”.

Por otra parte, fue importante reconocer el papel que desempeña el personal médico en todo este proceso, ya que al ser la primera instancia donde se da el diagnóstico, es fundamental la forma en cómo da la información, en este orden de ideas, reconozco como especifican Herrera *et al.* (2008: 253) que “el trato en los servicios varía, dependiendo de la antigüedad del personal médico (em-

peora donde hay mucha rotación de personal), de su capacitación en VIH y trato a los pacientes, de la antigüedad del paciente en el servicio, si éste se muestra exigente o es sumiso, y de su condición étnica, de clase, género u orientación sexual”, ya que como anuncian Kleinman y Benson (2004: 25), “las personas que sufren deben ser realistas, pero los médicos deben sentirse fortalecidos, personalmente comprometidos en la relación que mantienen con sus pacientes. Los enfermos y sus médicos deben ligarse a los sentidos morales de la enfermedad en el marco de la relación que les une”

Cabe enfatizar que en su mayoría el estigma cobra sentido ya que se esfuerza por disimular, ocultar o reprimir las preferencias sexuales (Granados – Cosme, 2014 y 2015), traducéndose como una “obligación de mentir a los demás, incluso a los más próximos -a la familia, a los padres-, produce una “tensión intolerable” que no puede por menos de tener efectos profundos sobre la personalidad individual, sobre la subjetividad” (Eribon, 2001:140). “Por consiguiente, decir es hacer. Pero entonces es posible “ser” homosexual, con tal de no decirlo y, por tanto, no dejar que se suponga que se tiene la intención de practicar actos homosexuales” (Eribon, 2001:78), pues el solo hecho de ser “desacreditable” (y de saber que lo es, y de temer que lo “desacrediten”) actúa, en efecto, sobre el consciente y el inconsciente de los individuos como una fuerza de subyugación y de dominación interiorizada, redoblada por la angustia de ser descubiertos y por la autocensura necesaria para no serlo” (Eribon, 2001:97).

Por último, identificamos como señala Malagón (1999) y Dillon (2016), las dificultades que deben atravesar con el servicio médico, esta multiplicidad de factores pueden alterar la forma de tratar, recibir, atender y dar seguimiento a los pacientes seropositivos, pues como vimos en uno de casos

23 En este sentido, Guasch (1993: 117) especifica el término es inválido, puesto que “es una construcción cultural indefinida. No se sabe a partir de qué número de relaciones sexuales la persona puede ser definida como promiscua. En cualquier caso, respecto al SIDA, la noción de promiscuidad es inoperante para prevenirlo, puesto que con una sola relación sexual de riesgo la infección es posible”.

(Ricardo), la noticia causó conmoción, miedo y desasosiego, razón por la cual dejó por completo de asistir al médico por un periodo de 10 años, asimismo, algunos otros reconocieron (René y Antonio) a los médicos como las primeras figuras

causantes de la estigmatización y el rechazo, estas acciones como lo especifica Kang *et al.* (2005), limitan la posibilidad de crear estrategias de seguimiento en los tratamientos implementados por los profesionales en los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- BARRAGÁN S, A. (2007). El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión, en: *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 693-710, México.
- BERGER, P. Y LUCKMANN, T. (1999) *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires
- BERNARD, M. (1994) *El cuerpo*, Paidós, Barcelona
- BRIONGOS F., LAISA S.; BACHILLER L., P.; EIROS-BOUZA, J. M. Y PALACIOS M. T. (2007). Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH en: *Anales de medicina interna*, vol. 24, núm. 8, Arán Ediciones, España, pp. 399-403.
- BUTLER J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, Barcelona.
- CABALLERO, S., N. P, ESTRADA, E. R, CHIESA, M. C. I, TERÁN, G. R, Y ROSAS, A. R., (2016). Patrón de conductas sexuales antes y después del diagnóstico de VIH en población mexicana, en: *Psicología y Salud*; 26(2), 283-293.
- CASTILLO, J. A. (2004) Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *Medisan*, 8(4), 49-63pp.
- COSME, A., PARDO, E., FELIPO, F., & IRIBARRÉN, J. A. (2005) Dolor abdominal en paciente con infección por VIH. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), pp.196-210.
- CHIAPPE, A., ASTOCONDOR, L., CHÁVEZ, G., GARCÍA, Y., & MONTALVO, R. (2016) Otitis externa maligna con ectima gangrenoso en un paciente con infección por VIH. *Infectio*, 20(1), 38-41.
- DELGADILLO M., R. (2007). Análisis Procesual del Impacto del VIH/SIDA y su Representación en Personas Seropositivas en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, pp. 30-37.
- DÍAZ T, H. M. Y LUBIÁN C, A. L. (1998) Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Rev cubana med*, vol.37, n.3, pp. 157-165.
- DILLON M. (2016) *Vivir con virus: relatos de la vida cotidiana*, La Granada/EDULP, Argentina.
- DILTHEY, W. (1998) “Vida y visión del mundo” en: *Teoría de las concepciones del mundo*, CONACULTA, México, pp.40 – 59.
- DOLTO, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Barcelona
- DUCH, L. Y MÈLICH, J.C. (2005). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida Cotidiana 2/1*. Madrid: Trota.
- ERIBON, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama (Colección Argumentos).
- FITZPATRICK, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- FLORES P., F.; ALMANZA A., M. Y GÓMEZ S. L., A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social en: *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 2, pp.6-13.
- FLORES-SARAZÚA, E, BORDA-MÁS, M Y PÉREZ-SAN G, M.Á. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de ex-

- clusión social en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España, pp. 285-300.
- FLÓREZ, A. C., GARCÍA, D. A., MONCADA, L., & BELTRÁN M. (2003) Prevalencia de microsporidios y otros parásitos intestinales en pacientes con infección por VIH, Bogotá. *Biomédica*, 23(3), 274-82.
- GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, L. A., LLAMAS-COVARRUBIAS, M. A., GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, E. A., CAMPOS-LOZA, A. E., ARCE-ROSAS, J. I., MERCADO-NUÑEZ, E., ... & ANDRADE-VILLANUEVA, J. F. (2014) Nuevas terapias antirretrovirales en la infección por VIH. *Revista Médica*, MD, 5(3), 143-150.
- GUERRERO S. F. Y GIRÓN G. J. (2003) Otitis y sinusitis en la infección por el VIH, en: *La infección por VIH. Guía práctica*, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, España.
- GUZMÁN V, A. (2008) *Revelación del cuerpo. La elocuencia del gesto*, tesis doctoral en Ciencias Antropológicas, UAM, México.
- GRANADOS – COSME, J.A. (2014). Normalización y normatividad de la homosexualidad: Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina en *Salud Problema*, año 8, núm16, pp. 88 -102.
- GRANADOS – COSME, J.A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos en *Salud Problema*, año 9, núm. 17, pp. 66 -78.
- Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH / SIDA en consulta externa y hospitales* (2000). CONASIDA, IMSS, ISSSTE, INI, DIF, SSA.
- GUASCH, O., (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*; No. 64, pp. 105-121
- HAMUI S, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social en *Cuicuilco*, vol. 18, núm. 52, pp. 51-70.
- HERRERA, C. y CAMPERO, L., (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. en: *Salud Pública de México*; 44(6):554–564.
- HERRERA, C., CAMPERO, L., CABALLERO, M., Y KENDALL, T. (2008). Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Revista de Salud Pública*, 42(2), pp249-255
- HOYOS-HERNÁNDEZ, P., SANABRIA MAZOA, J. P., ORCASITA PINEDA, L. T., VALENZUELA GALLEGO, A. L., GONZÁLEZ CEBALLOS, M., & OSORIO MUÑOZ, T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saúde Soc. São Paulo*, 28(2), 227-238.
- JIMÉNEZ, K., MARTÍNEZ, J. D., HERNÁNDEZ, G., GARZÓN, M. A., HORMAZA, N., LIZARAZO, J. I. & GÓMEZ ZULETA, M. (2015) Three varieties of Kaposi's sarcoma with gastrointestinal involvement. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 30(3), 342-346.
- KANG E, RAPKIN BD, REMIEN RH, MELLINS CA, OH A. (2005). Multiple dimensions of HIV stigma and psychological distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS & Behavior*; 9, (2):145–154.
- KLEINMAN, A., y BENSON, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26.
- LE BRETON, D. (1991) “Cuerpo y Antropología, sobre la eficacia simbólica”, en: *Diógenes*, num.153, UNAM, México, pp 87 – 98.
- LÓPEZ S, O. (2013) Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos, en: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol 16, num 4. pp.1303-1312.
- MALAGÓN, R. (1999). La boca como representación en: *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Viveros,

- M, G. Garay (Coord.), Universidad Nacional de Colombia, pp.95-108.
- MARGULIES, S, BARBER, N, Y RECODER, M.L. (2006). VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento enfoques y perspectivas, en: *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), pp.281-300.
- MAUSS, M. (1936) *Técnicas y movimientos corporales, sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.
- MARTÍN-ONRAET, A., PIÑEIRUA-MENÉNDEZ, A., PERALES-MARTÍNEZ, D., ORTEGA-PÉREZ, R., BARRERA-GARCÍA, A., SIERRA-MADERO, J., & VOLKOW-FERNÁNDEZ, P. (2015) Mortalidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH: a diez años del acceso universal a TARAA en México. *Salud Pública de México*, 57, s163-s170.
- MARTÍNEZ, R. F. A.; VILLASEÑOR F, M. Y CELIS DE LA ROSA, A. (2001). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares en: *Revista Médica del IMSS*, vol. 40, núm, 1, Ciudad de México, pp. 35-41.
- MUÑOZ-MARTÍNEZ, R. (2014). Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en Los Altos de Chiapas en: *Liminar*, vol. 12, núm. 2, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, México, pp. 46-66.
- NAVARRETE-DECHENT, C., ORTEGA, R., FICH, F., & CONCHA, M. (2015) Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*, 32, 57-71.
- NÚÑEZ N, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología en: *Desacatos*, núm. 35 (enero-abril), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, pp.13-28.
- OLIVA L, J.E; CELIA B. S.; CARBALLO M. R, Y FERNÁNDEZ-BRITTO R. J.E. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos, en: *Rev Cubana Invest Bioméd*, vol.20, n.2, pp. 150-158.
- ONUSIDA (2023). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> Consultado el 3 de octubre 2023.
- PÉREZ DE ARCELUS, M.; SALINAS, A. Y GARCIA L, A. (2008). Retinal manifestations of infectious diseases. *Anales Sis San Navarra*, vol.31, suppl.3, pp. 57-68.
- PÉREZ, C., CERÓN, I., FUENTES, G., ZAÑARTU, C., BALCELLS, M., ELVIRA, M., ... & ACUÑA, G (2009). Coinfecciones por virus hepatitis B, virus hepatitis C, *Treponema pallidum* y *Toxoplasma gondii* en la cohorte de pacientes VIH positivos en control. *Revista médica de Chile*, 137(5), 641-648.
- PÉREZ – MOLINA, A. D, GALA GONZÁLEZ, A. RODRÍGUEZ BARRERAS M. A., CAPÓ DE PAZ V., COLLAZO CABALLERO S. Y FERNÁNDEZ ANDREU C. (2007) Histoplasmosis con manifestaciones cutáneas en pacientes VIH/SIDA. *Rev Cubana Med Trop*, v. 59, n. 2, pp.67-85.
- PIÑA L, J. A., (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología*, vol. 20, no 1, p. 23-32.
- PIZZO, P. A. (2015) Resúmenes de artículos de la literatura pediátrica, Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humano en lactantes, niños y adolescentes. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 42(2). 188 – 193pp.
- POLANCO, J. R. L., FELIZ, T. R., & YEE, Á. F. (2015). Sarcoma de Kaposi en paciente con SIDA. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(2), pp.34 -45.

- ROBLES, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico en: *Cuicuilco*, vol. 18, núm. 52, INAH, México, pp. 39-49.
- ROBLES, B. (2016) *La construcción social del VIH. Un estudio antropológico*, tesis para obtener el grado de doctor en Antropología Física ENAH, México.
- SALAZAR-NIEVAS, M. (2012) Infección por VIH y manifestaciones dermatológicas. *Actualidad Médica*, 97(786): 59-67.
- SCHUTZ A. (1995) *La construcción significativa del mundo social*, Paidós, Barcelona
- TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1996). *La entrevista en profundidad en Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, México, Paidós.
- WATNEY, S. (1995) “El espectáculo del SIDA.” En: *Construyendo sidentidades: estudios desde el corazón de una pandemia*. Editado por Ricardo Llamas, pp.33 – 54, España, Siglo XXI.
- ZAMORA, R. B. (2015). Otitis externa maligna. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(614), 149-152.
- ZAPATA-GARIBAY, R., GONZÁLEZ-FAGOAGA, J. E. Y RANGEL-GÓMEZ, M.G. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes en: *Papeles de población*, vol. 20, núm. 79, pp. 39-71.

Condición psiquiátrica en reclusión: estigma y discriminación. Un estudio de caso en la CDMX

Carla Ailed Almazán Rojas*

RESUMEN

El estigma y la discriminación son atribuciones que desacreditan y generan un trato distinto y perjudicial a ciertos grupos de personas con determinadas características, entornos que los ponen en situación de vulnerabilidad y riesgo, tal como la condición psiquiátrica. El fenómeno de los trastornos mentales por su multidimensionalidad y multifactorialidad requiere de un abordaje interdisciplinario para poder explicarlo, comprenderlo y atenderlo. En este trabajo se presenta la experiencia del estigma y la discriminación a partir de las narrativas de una persona considerada inimputable y en situación de cárcel; donde tanto su cuerpo como su situación psiquiátrica atraviesa el proceso de salud-enfermedad-atención. Trayectoria en el que el cuerpo es mediador y víctima de la interacción con su entorno, cuyo desenlace nos hace reflexionar sobre el cuerpo como el espacio social del estigma y la discriminación. Asimismo, se aborda las repercusiones del rechazo dentro de las interacciones sociales, incluyendo a las instituciones como a los campos profesionalizantes, reflexionando sobre la manera en la que permea en los cuerpos estigmatizados.

PALABRAS CLAVE: Condición psiquiátrica, cuerpo, privación de la libertad, estigma

Psychiatric condition in prison: stigma and discrimination. A case study in Mexico City.

ABSTRACT

Stigma and discrimination are attributions that discredit and generate different and harmful treatment of certain groups of people with certain characteristics, environments that put them in situations of vulnerability and risk, such as psychiatric conditions. The mental disorders is a phenomenon multidimensionality and multifactoriality, that's way requires an interdisciplinary approach to explain, understand and attend. This paper presents the experience of stigma and discrimination based on the narratives of a men

* Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico de contacto: almazan.ro@gmail.com
Agradezco a la Dra. Brenda Ortega Morales por sus aportaciones y reflexiones que permitieron enriquecer esta investigación.

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 22 de abril de 2024

considered with mental illness in prison, where both his body and his psychiatric situation go through the health-illness-care process. Trajectory in which the body is a mediator and victim of the interaction with its environment, the outcome of which makes us think over the body as the social space of stigma and discrimination. The repercussions of rejection within social interactions are addressed, including institutions and professional fields, reflecting on the way in which it permeates stigmatized bodies.

Keywords: Psychiatric condition, body, imprisoned, stigma

Introducción

Considerando los comportamientos y actitudes “fuera de lo normal”, a lo largo de la historia humana, se ha considerado a las personas en condición psiquiátrica como locas, extrañas y **anómalas**. Todo aquello que aparta de un *nosotros* a los *otros*, todo lo que está fuera de la norma y que no logramos explicarnos, usualmente genera una distancia social que lleva a la exclusión y marginalización provenientes del estigma y la discriminación perpetuada por la misma cultura a la que pertenecemos.

A saber, el estigma es un proceso que se construye en las interacciones dentro de las relaciones sociales y culturales. De acuerdo con Goffman (2012), a una persona extraña, por el hecho de serlo, se le adjudica un atributo que lo vuelve diferente a los demás, de modo que lo dejamos de ver como una persona total y común, reduciéndolo así en un ser menospreciado; “un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él (menospreciado) produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio” (Goffman, 2012:14). Por consiguiente, el estigma es compañero de la discriminación, en tanto a tal desacreditación y al trato desfavorable.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la discriminación es “un fenóme-

no social que vulnera la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas” (CNDH, 2018:5). En ese sentido, muchas personas y grupos viven tal discriminación como parte de dicho fenómeno social en el que se vulnera tanto su dignidad como sus derechos, ya sea “por motivos de edad, sexo, raza u origen étnico, estado de salud, discapacidad o vulnerabilidad a la mala salud, orientación sexual o identidad de género, nacionalidad, situación migratoria o de asilo, o antecedentes penales” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017:s.p.). Es así como la discriminación se evidencia cuando existe un trato menos favorable para *algunos*, en comparación con *los otros*, y esto casi siempre tiene una génesis en su apariencia, su origen, sus creencias y sus actitudes. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), dichos tratos desfavorables hacia las personas pueden suscitarse a través de: “comentarios, gestos u otros comportamientos que lo hagan sentir ofendido, amenazado o insultado, o que lo impulse a evitar lugares o actividades para evitar dichos comportamientos” (ONU, 2019:4).

Por tanto, el proceso social del estigma, en el cual se devalúa a una persona o grupo al asignarle cierto atributo en relación con sus características, se vuelve un acto discriminador y deshumanizador, que además de provocar alejarse de lugares o actividades, indudablemente genera un daño en

el desarrollo físico, social, psicológico e incluso espiritual del estigmatizado. Dichos atributos desacreditadores se basan en creencias, actitudes y conductas. Un ejemplo del efecto generado por dicha desacreditación, lo podemos ver en particular con personas con afecciones de salud mental¹, a quienes se les cree que por su condición psiquiátrica son incapaces; que no pueden ser autónomos, que no entienden; y por tanto, se les atribuye ineptitud e incapacidad, discriminándolos juzgándolos y segregándolos, a esto último le llamaremos a partir de este momento estigma y discriminación en salud mental, en donde el primero casi siempre deriva en el segundo. Dichos atributos generados por tales creencias y actitudes desacreditadoras, que a su vez generan rechazo, son muy frecuentes en personas que tienen algún problema de salud mental, a lo que le llamaremos estigma y discriminación en salud mental, uno generador del otro.

Hablando sobre el estigma, resulta relevante señalar que suele ser clasificado en tres grandes rubros: 1) las deformidades físicas; 2) los defectos de carácter; 3) por raza, nación o religión (Goffman, 2012:16). Aunque en uno de ellos se resalta la apariencia física o las abominaciones corporales, el cuerpo no es el único espacio en donde se posiciona la característica física expuesta generadora del atributo desacreditador, sino a su vez también es portador y vehículo de dicho atributo independientemente de la categoría del estigma; ya sea físico, psicológico o social. Dicho de otro modo, en el cuerpo se vive la experiencia del atributo desacreditador y vulnerador, denominado estigma, como señala Barragán (2007:706) al decir que el cuerpo es, finalmente, sujeto y objeto de

la experiencia, ya que **éste** es el centro de nuestras percepciones, el generador de nuestro pensamiento, el principio de nuestra acción y el beneficiario y víctima de nuestras pasiones (López-Austin, 1989:8). Un cuerpo que está en interacción con otros cuerpos, por tanto, también se considera “un sistema complejo condicionado y condicionante, espacio donde confluye lo físico, lo estético, lo cultural, lo espiritual, nuestra historia personal y social; donde se materializa la realidad objetiva y subjetiva; es el espacio de la resignificación de las identidades” (Barragán, 2014:30). Estas últimas pueden ser deterioradas por el descrédito amplio del atributo estigmatizador, que se alojará en el cuerpo en tanto sujeto y objeto de la experiencia del estigma y la discriminación.

En esta misma línea, se puede deducir en lo que respecta al estudio del cuerpo confluyen diversas disciplinas, ya sea desde las ciencias médicas y de la salud; cómo puede ser la psicología desde el área clínica y de la salud o desde el campo de los procesos psicosociales y culturales de la misma psicología; la sociología y la antropología. Para poder explicar y comprender el proceso salud-enfermedad en relación al fenómeno social del estigma y la discriminación se requiere de una mirada multi, inter e incluso transdisciplinar. En particular este trabajo se adscribe desde las propuestas de la Antropología médica, disciplina que dentro de sus diversas vertientes “estudia la cultura de la salud-enfermedad-atención y muerte; cuyas problemáticas son inherentes al cuerpo en el que se materializan los saberes y prácticas sociales” (Barragán, 2007:694). Es así que, en el presente trabajo se da cuenta de la experiencia del estigma y la discriminación a partir de las narrativas de una persona en situación de cárcel, donde el cuerpo y su implicación psiquiátrica atraviesan el proceso de salud-enfermedad-atención, trayectoria en el que el cuerpo es mediador y víctima de la in-

¹ Entendiéndose por afección o trastorno mental una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

teracción con su ambiente, donde veremos como producto de esa interacción, un cuerpo castigado y violentado, mediador y víctima del entorno, lo que trae con sígo la estigmatización, discriminación y vulneración de derechos².

Reclusión, salud mental y otros grupos en condición de vulnerabilidad

Hablar de salud mental en reclusión implica dos dimensiones, por una parte, podemos encontrar personas quienes previa reclusión cuentan con una trayectoria de atención psiquiátrica, por otro lado, están quienes a partir de la reclusión se ven afectados por las propias características del entorno carcelario y efectos del encierro, proceso que se conoce como prisionalización o en palabras de los mismos informantes “el carcelazo”. Este proceso no es exclusivo de las personas sin trayectoria de enfermedad previa, en ambos casos puede haber tal manifestación del efecto cognitivo, afectivo y conductual causado por la reclusión.

De acuerdo con el Pronunciamiento de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en México dentro del Sistema Penitenciario hay 4,476 personas con trastornos mentales, de las cuales sólo 1,054 son inimputables (Sheinbaum, 2018). Es decir que antes de ingresar, estos **últimos** ya contaban con antecedentes psiquiátricos y por ello el juez determinó su inimputabilidad. La cual es definida por el **Código Penal** como “la incapacidad de comprender el carácter ilícito en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado” (Código Penal Federal, 1931; reforma 2021).

² Este trabajo forma parte del proyecto de investigación realizada con el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) y el proyecto UNAM/DGAPA-PAPIIT “Enseñanza, epistemología, cognición y representaciones encarnadas” <<IN 401222>>, en el cual participo.

Al respecto de las personas inimputables en la Ciudad de México, en la aproximación epidemiológica sociocultural³ de la inimputabilidad propuesta por Almazán (2022), se puede observar la diversidad de diagnósticos psiquiátricos de la población inimputable, dentro de los que se destacan los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, paranoia y asociados a consumo de sustancias, además de retraso mental. Dentro de la categoría de inimputable con los diagnósticos previamente mencionados existen personas que pertenecen a otros grupos en situación de vulnerabilidad como lo son adultos mayores, indígenas, comunidad LGBTQ+, extranjeros, personas con alguna discapacidad y personas con VIH (Almazán, 2022). De la población total de personas inimputables, el 4% corresponde a adultos mayores; el 7.2% son analfabetas; el 1.2% pertenecen a un grupo indígena al igual que de nacionalidad extranjera; el 5.4%, presentan alguna discapacidad, y el 1.8% han sido diagnosticados con VIH positivo (op cit). Independiente al sistema carcelario, de acuerdo a la OMS (2007) es usual que las características previamente mencionadas sean objeto de formas entrecruzadas o mixtas de discriminación tales como los adultos mayores por motivo de edad, indígenas o extranjeros por motivo de raza u origen étnico, personas con discapacidad o VIH por motivos de salud. Los anteriores se entrelazan con el diagnóstico psiquiátrico, propiciando **aún más la tendencia discriminatoria** en salud mental derivado de tales formas combinadas o entrecruzadas de discriminación, aumentando el potencial de la condición de vulnerabilidad.

³ Herramienta conceptual y aplicada, basada en diversos medios descriptivos y analíticos, elegidos en función de la naturaleza de los problemas sanitarios (Hersch, 2013), la cual se origina de la articulación entre la Antropología médica y la Epidemiología en la que se consideran: aspectos sociales, culturales, económico-políticos, biológicos y ecológicos; aproximaciones estadísticas y cualitativas (Menéndez, 2008).

Material y método

En el presente escrito se recupera a través de las narrativas, la experiencia de la discriminación vida vinculada a la condición psiquiátrica como atributo desacreditador, que forman parte del trabajo de campo realizado en el 2022 del proyecto de investigación titulado “el padecer de la condición psiquiátrica de un grupo de personas inimputables”. Mismo que se realizó en el marco del Programa de Posgrado en Ciencias Antropológicas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. En dicho trabajo de campo, se realizaron diez entrevistas en profundidad para dar cuenta de la experiencia y trayectoria de la condición psiquiátrica y delictiva. De estas, se seleccionó una entrevista para desarrollar de forma más amplia en este texto y enfatizar en la dimensión de la estigmatización.

De acuerdo con Viedma, del Val y Callejo (2018), los procesos de selección de los informantes en contextos carcelarios deben de ser definidos por perfiles concretos y se debe explicar al participante el proceso de su selección. Al respecto de los criterios de inclusión, el único requisito para la selección de los participantes de la investigación mayor de la cual deriva este escrito fue que la persona estuviera privada de la libertad y contara con un diagnóstico psiquiátrico, definiendo, así como perfil del informante la condición de inimputabilidad. A los diez participantes, además de lo anterior, al invitarlos a participar se les comentó los objetivos de la investigación y los temas a tratar en la entrevista, enfatizando que en cualquier momento se podía suspender la entrevista en caso de que así lo decidieran.

En particular este caso se seleccionó ya que en la narrativa se presentan elementos claros para analizar y reflexionar en torno al doble estigma, la

discriminación y las repercusiones en la vida de Camilo, el caso aquí expuesto. El cual nos permite ubicar en el proceso salud-enfermedad-atención-prevención-muerte al cuerpo inimputable: un cuerpo castigado, mediador y víctima de la interacción con su entorno, en el que la implicación psiquiátrica y delictiva está **íntimamente** vinculada con el descredito del estigma y la discriminación experimentada por este grupo de personas inimputables, bajo la multiplicidad de condiciones que los posicionan en mayor vulnerabilidad; desigualdades que no dan lugar a un buen vivir. Por tanto, el interés particular del presente trabajo es describir la experiencia del estigma como parte de la trayectoria de la enfermedad de una persona en condición psiquiátrica.

Para llevar a cabo esta investigación y analizar los datos obtenidos se hizo uso de diversas estrategias, técnicas y herramientas. Se aplicó un enfoque cualitativo para la recolección y análisis de datos. Con un diseño narrativo, el cual se caracteriza por la recolección de datos sobre las historias de vida y experiencias determinadas, siendo unidad de análisis las personas y su entorno (Salgado, 2007), en este caso la experiencia de estigma y discriminación. Estas fueron recolectadas a través de las técnicas de campo de predominio etnográfico, tales como la observación y la elaboración de entrevistas en profundidad, para contribuir en la comprensión del estigma y la discriminación de la condición psiquiátrica en reclusión. La primera **técnica**, es decir la observación, es definida como una herramienta que permite acercarnos y explicar la realidad de múltiples formas, desde varias perspectivas y con varios enfoques, esto con el cometido de entender los fenómenos y comprender la intencionalidad de los hechos (Robles, 2011). La segunda, utilizada por los científicos sociales para conseguir y construir conocimientos al respecto de la vida social. Siguiendo a

Tylor y Bodgan (1994), se utilizará la expresión entrevistas en profundidad para referirnos a “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de su vida, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras” (p. 101). Es así que, tanto la observación como las entrevistas en profundidad, fueron técnicas fundamentales en la presente investigación, para las cuales se hizo uso de instrumentos tales como un diario de campo y una guía de entrevista, así como de fichas para la codificación de la información.

Es importante destacar que “el relato etnográfico requiere del entrecruzamiento de información de diversas fuentes, de un marco conceptual antropológico y de otras disciplinas dado que las necesidades actuales de especialización e innovación obligan a las ciencias sociales a generar campos interdisciplinarios y multidisciplinarios, y desde ahí interpretar la información” (Barragán, 2015:124). Por tanto, en este trabajo se realiza una combinación conceptual proveniente de diversas disciplinas tales como la psicología, sociología y antropología, en la que el eje principal son la antropología médica y antropología del cuerpo.

La entrevista se transcribió, codificó y fue analizada en categorías, retomando para el presente texto, únicamente las categorías referentes a los temas de estigma y discriminación. Siguiendo a Guba (1978), para este trabajo se presentaron episodios en forma de porciones de vida, documentado de manera textual respetando el discurso en su lenguaje natural para representar lo más fielmente posible cómo vive, qué sabe, cómo lo conoce, creencias, percepciones y modos de ver y entender la vida. En este caso, se reportó de ma-

nera textual recortes presentados de la entrevista respetando el discurso y lenguaje natural en el que se representa la experiencia del estigma y la discriminación del informante.

Bajo el marco ético del trabajo carcelario propuesto por Alarcón (2023), declaro que la presente investigación no tiene ninguna finalidad de lucro o de explotación, ya que no se pretende en lo absoluto el exhibicionismo de la experiencia delictiva, psiquiátrica o de vida como espectáculo, ni ganar prestigio público a costa de la vida de las personas entrevistadas. Adicional a lo anterior, siguiendo los principios éticos de toda investigación, al primer contacto se le explicó a la persona entrevistada en qué consistía la investigación y los temas a abordar en la entrevista. Una vez que aceptó participar, la entrevista fue grabada de forma digital con previa autorización del informante con el uso de una grabadora de voz, teniendo presente en todo el proceso la confidencialidad y la privacidad. Si bien, dentro del penal es difícil tener privacidad, se buscó un espacio en el que nadie escuchara, lejos de las personas privadas de la libertad y del personal penitenciario, aunque a la distancia vigilaban. La entrevista se realizó en una palapa que forma parte de un pequeño jardín ubicado en la zona de visita. Importante resaltar que, aun cuando el informante pidió que se pusiera su verdadero nombre, por cuestiones de protección de los bienes éticos se hizo uso de un seudónimo, misma razón por la que se omite el nombre de la institución. Cabe destacar que la investigación fue supervisada por el comité tutorial que acompañó todo el proceso del trabajo de grado. Además, el proyecto de grado fue presentado a las autoridades del centro penitenciario y avalado por el responsable de la institución previo a su aplicación.

Camilo

Goffman (2012) destaca la importancia de considerar lo que siente el individuo con relación al estigma y a su manejo, presentando especial atención en la información brindada por la persona estigmatizada. Es por ello por lo que a continuación se presentan fragmentos de la narrativa que forma parte del trabajo de campo realizado en el 2022, en el que se estudió el padecer de la condición psiquiátrica del grupo señalado. Fragmentos que se seleccionaron para dar cuenta de la experiencia del estigma y la discriminación, en el que el cuerpo con su doble dimensión (social e individual) es vehículo de dicha experiencia, donde se incluyen significaciones que a partir del cuerpo atribuimos al mundo (Moreno, 2010).

En abril del 2022, como parte del trabajo de campo se aplicaron entrevistas en profundidad a un grupo de hombres privados de la libertad en un centro penitenciario de reinserción psicosocial. Uno de los casos, fue el de Camilo, hombre de 58 años de edad al momento de la entrevista. Estudió Comunicación Social en una universidad de la Ciudad de México. Laboraba por cuenta propia en su negocio en el que fabricaba, distribuía e importaba anuncios luminosos y marcadores deportivos llamados *Sports Worlds*. En sus tiempos libres gustaba de ir al teatro o a escuchar música clásica. Después de un año de noviazgo, contrajo matrimonio en 1987, y dos años después tuvo a su primer y único hijo. Los fines de semana acostumbraba a salir en familia, normalmente al teatro infantil y a comer en algún restaurante. Su esposa era gerente de publicidad en una empresa farmacéutica. Tras nueve años de casados, ella comenzó una relación con un compañero del trabajo, razón por la cual empezó a estar mal la relación y se divorciaron. Ella lo demandó por divorcio ne-

cesario debido a que Camilo en un inicio no quiso llegar a un acuerdo. Acto seguido, ella se fue del departamento en el que vivían, ya que era de la propiedad del entrevistado. Tiempo después él la buscó para el divorcio voluntario, pero para este momento ella ya estaba asesorada por un abogado y vivía con su actual pareja. Con respecto a su hijo, nunca lo volvió a ver. Esto debido a que un día los familiares de su exesposa se lo llevaron sin previo aviso y sin su consentimiento.

C: Mi hijo tenía como ocho o siete años... un día fui por mi hijo al colegio, lo llevé a mi departamento... le dije espérame aquí, voy a la tienda, lo dejé ahí este en el departamento, salí y cuando venía yo de regreso, uno de los vecinos me interceptó y me dijo que habían unas personas ahí sacando a mi hijo... entonces se lo llevaron así nada más... porque se les dio la gana, porque mi ex esposa se quejó de que había ido yo por mi hijo al colegio... Llegué a mi departamento, ¡pues se lo llevaron y hazme favor, cómo se lo llevan si yo que estoy pintado... pues yo soy el papá! ¿o qué no? entonces era la arbitrariedad que hacían.

A: *¿Por qué razón le dijeron que se lo estaban llevando?*

C: ¡Pues porque se les da la gana!.. inclusive cuando iba por él a buscarlo... a mi hijo, se me aventaban los dos hermanos y el papá a golpes...estaban acostumbrados hacer esas cosas.

A: *¿Y por qué razón hacían eso?*

C: Pues porque les daba coraje... les decía que ¡no se metieran en mi vida privada!, que ¡no tenían por qué estar así escondiéndome a mi hijo!, que ¡ella se fuera con el que quisiera, pero a mi

hijo pus yo tenía derecho y él tenía también derecho de verme!, entonces les daba coraje.

A: ¿Y él no lo ha buscado?

C: No pus ya ahorita ya no pus... inclusive este... antes de mi divorcio, como te digo, ya este, ya... ella ya vivía con él, pero ella nunca me dijo dónde vivía con él entonces yo tuve que ir a casa de sus papás para preguntar el teléfono para que me dijeran dónde vivía este... porque yo estaba desesperado buscando a mi hijo... (8 de abril 2022).

En búsqueda de mi hijo y la pérdida de libertad

Después de muchos intentos, Camilo logró acordar con su expareja el poder ver a su hijo, pagaba la pensión alimenticia, pero aun así había muchas limitaciones. Un día que pasó por él al colegio la situación se volvió caótica, lo cual lo despojó de su hijo para siempre.

C: ese día que yo me llevé a mi hijo al departamento que tuve que ir por él al colegio, pues como te digo fueron este día y sacaron a mi hijo, nada más porque sí... ya habíamos acordado que tengo derecho a verlo diario y llevarlo diario y a regresarlo y pagar la pensión alimenticia y que se quedara en el departamento cada 15 días.

Se lo llevaron entonces yo después hablé por teléfono para decirles que qué les pasaba no, pero me colgaban, ya no me contestaban... ni en la casa de mis suegros ni en su casa, donde vivía ella con esta persona ... entonces fui primero a la casa de mis suegros un domingo entre 9:30 y 10 de la mañana..., salió el suegro y empezamos a discutir porque le dije que no se metieran en mi problema, y luego... salió el... el cuñado

furioso se lanzó sobre de mí y empezamos a reñir... él llevaba una pistola y... en el forcejeo me abalancé sobre de él y se disparó y se murió... Entonces cuando vi eso, este, pues me vi en la necesidad de irme, porque si me quedaba a lo mejor me iba peor porque estaba el otro hermano ahí.

A: ¿Y esa es la razón por la que está aquí?

C: Ajá... y los vecinos, y los vecinos ahí estaban y pues yo fui solo realmente para solucionar ese problema, nada más para decirles que, que no este... que no se metieran en mi vida privada y pues que estaban furiosos todavía a pesar de que sacaron a mi hijo de mi departamento y pues claro, yo también estaba enojado, pus como que habían sacado a mi hijo así... entonces yo fui ahí ... a reclamarles a ellos primero pero ya no pude ir a este, a la casa de mi ex esposa que vivía más arriba porque pues pasaron esos... ese este... ese hecho...

Entonces este, me echaron la culpa a mí, él compró la pistola cuando nosotros todavía vivíamos ahí en casa de sus, de sus papás de mi exesposa, todos sabíamos que él la había comprado, era una 22 chiquita... no era una pistola grande ni nada, era una pistolita...

¡con un disparo se murió!, ¡en la cabeza le dió para acabarla de amolar!... sí o sea pues es que a lo mejor si le hubiera dado en otro lugar, ¡pero también me hubiera podido dar a mí!... y luego el... el otro hermano mintió diciendo que vio todos los hechos y no es cierto.... los hechos ocurrieron como a un metro del zaguán de la entrada de la casa, sobre la avenida, y él dijo que vio todo sobre la ventana, por la ventana y no es cierto. No, no se ve, ahí menos, porque

estábamos cerca del zaguán y estaba la avenida... entonces este... pues... pues mintió ahí en el juzgado y a él le creyeron más, ya no me dejaron hablar a mí y él dijo que yo llegue con la pistola y que lo mate a sangre fría y que el cuñado así este, con miedo los brazos para protegerse y que yo le disparé. Si, estaba el suegro o sea cómo voy a matar, o sea si yo iba para matar entonces ¿por qué no maté al suegro si salió primero? a ver, ¿no?

Al irme, vi una patrulla, yo fui a decirles y ahí fue cuando me agarraron... a ver súbase que no sé qué... porque les dije oiga pasó esto y esto... pues tampoco, digo en lo que ven las cosas y todo eso ahí me subieron. Vi en la tele que los entrevistaron, ahí llorando todos, diciendo su versión falsa, ¡pero no dijeron que sacaron a mi hijo de mi departamento sin mi autorización, sólo lo que les conviene! (8 de abril 2022).

Peregrinando entre la Suprema Corte y la Secretaría de Salud

Al inicio de la entrevista nos sentamos en unas palapas de concreto que estaban en el jardín del penal, pero Camilo me pidió avanzada la entrevista que nos metiéramos, es un espacio parecido a un salón de eventos, con un techo muy alto, y de una dimensión aproximada de 30 x 30 m², él eligió el lugar en donde pusimos una mesa y dos sillas, desde ahí se alcanzaba a ver la salida. Estaba esperando a que salieran dos personas que ingresaron al penal con un chaleco azul con el logo de Derechos Humanos. En el momento en que salieron Camilo se paró y con paso apresurado los alcanzó y se quedó unos minutos a platicar con ellos. Al preguntarle al respecto, me comentó que

con su puño y letra hizo una declaración con lujo de detalle de los hechos que me acababa de narrar y lo mandó a la Suprema Corte y a Derechos Humanos, ya que ningún abogado de oficio lo quiere atender. Al respecto del documento comento:

C: Lo hice para la Suprema Corte, como lo mío es una medida de seguridad⁴, los de la Suprema Corte me contestaron que ellos no eran la instancia para resolver la situación, sino que era la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Estoy esperando a que me contesten de la Secretaría de Salud, debido a la pandemia no me han contestado. Lo metí a la Suprema Corte en el... 2019. Me dieron respuesta en el... año pasado, en noviembre. Me vinieron a decir de la Suprema Corte de que ya ellos ... ya mandaron los papeles allá a la Secretaría de Salud. ellos ya recibieron los documentos, pero por la pandemia se ha retrasado (8 de abril 2022).

El beneficio de la “libertad” condicional

A Camilo le dictaron 35 años de medida de seguridad por el homicidio del que se le acusa, de los cuales han transcurrido 25 años. En el 2009 le otorgaron la libertad condicional, esto únicamente se otorga a aquellos que han demostrado buena conducta y que asisten a actividades educativas, recreativas y culturales. Camilo dentro del penal tiene una comisión en la que lava las charolas del rancho⁵ y recibe un salario por ello, además de que asiste a diversos talleres, como el de pintura u otros que ocasionalmente se imparten por insti-

4 La medida de seguridad se puede definir como la sanción impuesta por el juez penal a personas que se les acusa de un delito consideradas como inimputables como medida de prevención, como en este caso, se les priva de la libertad debido a su “peligrosidad”; a diferencia de las personas imputables quienes no cuentan con un diagnóstico psiquiátrico a estos se les impone una sentencia como medida de culpabilidad.

5 Palabra que se usa dentro del lenguaje carcelario para referirse a la comida.

tuciones externas como la Universidad Iberoamericana o la Facultad de Psicología de la UNAM.

C: Yo fui externado en el 2009, luego pues me regresaron porque me llevaba mal con mi hermano y con mi papá y este... tuve problemas con ellos precisamente por este problema, se agarraron de ahí, me presionaban y querían que yo les diera dinero, que si no, no me acompañaban ahí a donde yo firmaba.... y si no vas a firmar te regresan.

A: *¿Cuánto tiempo estuvo con beneficio?*

C: 7 meses nada más. Entonces cuando salí, ni pude ver a mis examigos, imagínate, tenían miedo de verme porque creían que yo les iba a hacer algo. Imagínate, no no no, nadie quería verme, pues sabían que yo estuve aquí. Los busqué por teléfono. Mi papá me dijo, ay ¿Por qué no vas a ver a tus amigos? No pues no es muy buena idea la que me dices, la verdad no los quería yo ver tampoco, sólo me iban a juzgar. Total, hice la prueba con tres, y no, uno de plano me dijo... que haces aquí afuera si estabas en ese lugar para locos, no pues ya con eso me dijo todo, entonces dije, bueno, pues te viste mala onda porque nunca me quisiste ir a ver que no sé qué y... bueno pues a ver cuándo nos vemos para comer en tal lado, pues ahí te hablo y ahí se acabó, pues con lo que me dijo ya me di cuenta que para nada. ¿no? Luego le hablé a otro y pues fue lo mismo, me daba vueltas y vueltas. Después de muchas ya no insistí por tanto rechazo.

Busque a otro, a él sí en persona como estaba medio acostumbrado a tener situaciones penales por cuestiones de su negocio, pues con él tenía una amistad diferente. Él no me rechazó, e

incluso me apoyó, sin pedírselo me prestó dinero para empezar a moverme. Con eso me compré ropa, imagínate, después de 12 años pude comprarme ropa pues no tenía yo. Con su ayuda pude sacar mi credencial de correos, me pedían fotos y mi acta de nacimiento, pero no pude sacar la del IFE, no me dio tiempo de arreglar lo del banco, tenía 40 mil pesos. Ni pude abrir otra cuenta para guardar el dinero que cobré aquí. Mi papá y mi hermano me quitaban todo lo que tenía, solo me querían para que les diera dinero.

C: No me podía ir a mi departamento porque tenía que arreglar mis papeles, ver lo de los muebles, darle mantenimiento, pagar todo eso, el predial y todos los gastos. Mientras yo estuve dentro, ni mi hermano ni mi papá me ayudaron con eso. Mi idea era recuperarme económicamente para poder poner en regla todo e irme a mi departamento. Mientras tanto vivía con mi papá y mi hermano, pero tenía muchos problemas porque solo me pedían dinero, me presionaban para darles y me negaba a darles, pues aún no lograba estabilizarme.

C: Siempre los movía el dinero, mientras yo tenía me venían a visitar, venía mi papá, uno que otro amigo, tenía una novia con quien empecé a salir después de mi divorcio. Ella estuvo viniendo aquí, unos dos o tres meses, se cansó y ya me dijo que no iba a venir (8 de abril 2022).

Los diagnósticos son equivocados

Explorando la trayectoria general de enfermedad, Camilo fue un niño sano, recuerda simples gripes y en una ocasión le dio paperas. Tuvo una fractura en uno de sus brazos cuando tenía 8 años. Sobre esta, narra que tanto su mamá como su papá trabajaban, por lo tanto, quienes lo llevaban a él y a

su hermano al parque eran los del personal que tenían de “servidumbre”. En una de esas salidas, estaba jugando en el pasamanos y al no alcanzar a agarrarse se resbaló y el peso de su cuerpo calló sobre su brazo. También relató que a los 16 años le operaron la nariz, tenía desviado el tabique por otro accidente mientras jugaba en el colegio. Al preguntarle si actualmente padecía alguna enfermedad contestó:

C: Pues no, ahorita ya ninguna, afortunadamente, te digo que los diagnósticos son equivocados.

Estuve en un hospital psiquiátrico internado, pero eso fue porque un amigo que estaba casado también, y yo, llevamos a nuestras esposas de paseo, ellas estaban en la habitación y él y yo en la madrugada ahí tomando, este al lado de la alberca y me invitó este a probar cocaína, yo no sabía que él ya le hacía eso, pero como estábamos tomando y yo no sabía los efectos que provocaba, pues yo era ignorante de eso porque pues yo no soy vicioso. Entonces este, pues le acepté ahí que me invitara y yo creo que me dio tanto que este, o probé demasiado que este... al día siguiente me puse muy mal. Empecé a sentirme perseguido y esas cosas de los efectos, pero no sabía que eso provocaba, no sabía por qué sentía eso.

A: ¿Perseguido por quién?

C: Pues así, has de cuenta que te ve la gente y se te queda viendo y crees que te van a hacer algo y esas sensaciones... pero yo no sabía ese efecto... esos que te provocaba eso, después de haber ingerido esas cosas, entonces así me sentía, inclusive como estábamos en Cuernavaca, yo me regresé en el coche. Yo tenía un ...tiem-

po compartido nos íbamos a quedar toda una semana mi esposa, mi hijo y yo, y mi amigo se iba a quedar nada más el fin de semana... yo le dije a mi esposa, bueno pues ahorita vengo voy a entregar el carro que habíamos rentado y me regreso con el otro... pues cual, ya no me regrese, ya ni pude, me quedé aquí en la ciudad y este... llegué con mi suegros y todavía me sentía mal y todo el rollo, ah entregué el coche, bueno y ahí en el estacionamiento cuando hice el cambio de coche fue cuando también me empecé a sentir peor.

A: *Cuénteme ¿qué sentía?*

C: Pues así, que te persiguen y que te quieren hacer algo. Pues te digo, es una sensación sensorial que te descompone por haber ingerido eso y cómo yo creo que como yo no había comido, a lo mejor por eso me afectó más, porque te digo, estábamos tomando en la madrugada del domingo, bueno desde el sábado ¿no? pero no mucho, pero hasta el domingo, bueno en la madrugada del domingo fue cuando probé esa cosa y pues ya así este... ese mismo domingo me regresé para acá... todavía cuando vine manejando todavía no sentía esa sensación.

C: esa sensación la sentí cuando ya caí... este entregué el coche de renta y de repente me empecé a sentir mal y así fue que en el estacionamiento empecé a sentir esa sensación...

A: ¿Y eso fue con la coca? ¿después lo volvió a sentir?

C: No porque ya este... porque nada más te digo esa vez que consumí ya no volví a probar de esa cosa.

A: ¿Pero después sin haberlo consumido no sentía esa sensación?

C: No, ya no. Estuve internado en el hospital al que me tuvieron que llevar de urgencia el lunes...

A: ¿Quién lo llevó al hospital o cómo fue?

C: Ah porque yo trabajaba también en otra empresa, que me contrató, me hice distribuidor de ellos, entonces yo tenía mi negocio y aparte trabajaba con ellos... cómo le caí bien al dueño porque vendía bastante, entonces a mí me puso como director comercial. Aproveché que vine a dejar el coche para pasar rápido a la empresa, llegué al... a la empresa ya muy mal y se dio cuenta la contadora... ¿qué tienes te sientes mal que no sé qué? pues me vio mal y le habló a mi papá... me internaron por esas sensaciones de que la gente me quería hacer daño.

C: Eso es lo que sientes cuando tomas esas cosas y luego este, fumas, empecé a oír voces... yo lo que creí, que hasta me estaban haciendo una broma.

A: ¿Qué le decían las voces en esta broma?

C: No pues te dicen escuchas voces raras o sea como es hasta después me enteré, pero muchos años después me enteré qué los efectos eran así, de que... como consumiendo esas cosas oyes voces este... pues que te hablan personas, pero son irreales. Son cosas interiores como oyes las voces pues crees que te están haciendo una broma. oyes voces así que te hablan, que te dicen, hola ¿cómo estás? pero no te hablan sí me entiendes, pues es como si tú y yo estamos platicando... pero para esto te provoca un poco de

confusión eh, o sea no creas que nada más oye es eso, sino que te confundes de repente, por lo mismo, como que te afecta a, eh... la cosa sensorial o algo así que es lo que me di cuenta después.

A: *con esta confusión que me platica ¿cómo se dio cuenta que era interior y no de afuera?*

C: *No, al principio no... al principio no me di cuenta. me di cuenta cuando me internaron en el hospital me empezaron a, así de urgencia a medicar y este... y yo así con eso como que ya me estabilizó y ya no oí nada de eso y ya me di cuenta qué me pasó eso (8 de abril 2022).*

Posterior a esa primera experiencia con la cocaína, Camilo nunca más volvió a escuchar las voces ni sentir que lo perseguían. Estuvo 2 meses más recibiendo atención psiquiátrica particular de forma ambulatoria por recomendación de los médicos que lo atendieron mientras estuvo internado.

C: Me empezó a dar un montón de medicamento, no podía ni comer ni nada. pues ya le rogué de que me lo quitara porque pues ya no podía ni comer ni nada, sentía horrible, no puedes moverte bien ni nada. Me sentía aletargado, no reaccionaba, todas las palmas de las manos y los pies adormecidos, me temblaban las extremidades, entonces este no podía ni comer, pues ya le dije quítemelo porque no puedo hacer nada... ya me lo quitó y ya me estabilicé y todo y ya, dejé de tomar. Este, estuve yendo con él... pues como 2 meses, pero cuando luego luego que le dije que me lo quitara ya me empecé a sentir bien y todo... duré un poco de más tiempo y ya después, me sentí bien y ya lo dejé de ir a ver. Seguí con mis negocios y seguía con mi ritmo de trabajo y este, te digo, no te digo que me

anunciaba en la Sección Amarilla, pues seguía ahí... ya luego luego que me sentí bien pues a trabajar otra vez. Eso fue en el 92 y después de eso fijate, que curioso, fue el 25 de mayo del 92, y el 25 de mayo del 97 fue cuando me pasó el problema por el que estoy aquí.

A: ¿Y ese problema por el que está aquí lo relacionan con eso?

C: Pues sí aquí, porque este como inclusive... el abogado metió los papeles del hospital, pues el juez pues se dio cuenta de que había tenido un problema sí entonces yo creo que también eso ayudó, pero no mucho porque me dieron 35 años.

A: ¿Y aquí le han dado, bueno desde que entró acá le han dado medicamento?

C: Sí, pero ya ahorita ya no. yo caí aquí, fue cuando otra vez me empezaron a dosificar, pero por el mal diagnóstico que me dan y es una lucha ahí también, pero bueno. Les dije que ya no me lo dieran y ya. Ya tiene mucho, pero lo que pasa es que ya como cambiaron las leyes y todo, pues ya así le pude hacer, entonces pero antes si casi casi te obligaban a dártelo y no, pus, aunque se sientan bien algunos pues no (8 de abril 2022).

“Esa idea se queda”: el silencio del diagnóstico

Al preguntarle a Camilo el diagnóstico psiquiátrico por el cual está en ese penitenciario contestó “Pues sí, pero yo no te lo quiero decir”, no quise insistir, pero sí le pregunté por qué no me quería decir y contestó “es un falso diagnóstico”, agregando:

C: No, pero mira, escúchame... yo ya fui externado en el 2009... allá fuera no me lo tomé (el medicamento) entonces dime ¿qué delito cometí? pues ninguno... ¿con esos cuarenta mil pesos podría haber comprado una bazuca o algo así no? Pero pues no ¿para qué? yo ya empecé a hacer mi vida normal... a lo que me refiero es eso, o sea ok, todos dicen que estás chiflis y este, por tu chiflatura o porque estás enfermo no vayas a cometer un delito ¿no?

A: *Yo nunca he creído eso.*

C: No, pero hay gente que sí, mis amigos no me contestaban, porque tienen ese temor entonces, como saben del delito, las personas que me conocen pus... ya mejor no me acerco ¿no? no vaya a pasar lo mismo o algo así... esa idea se queda entonces este... pues ya allá afuera pus mientras no me conocieran pues más padre porque has de cuenta te conozco a ti, oye te invito a comer y ya no sabes ni qué onda conmigo, ni modo que te cuente ¿no? ya si te cuento a lo mejor si te echas a correr ¿no? pero mientras tanto no ahí platicas conmigo, es más hasta vamos a... no sé a... tener relaciones sexuales en un hotel y lo haces y ahí nos vemos y dame tu teléfono y ya nunca te enteraste... pero los que sí me conocían nunca quisieron verme por lo mismo porque supieron de los hechos y todo, entonces este, pus decidí estar solo, pero pues si platicaba con la gente normal allá afuera, como si nada porque no me conocían y me subí al metrobús, no conocía el metrobús y ahí me fui turistando por el metrobús... Yo estuve aquí los primeros 12 años que fue cuando se construyó el metrobús y el segundo piso del Periférico... entonces me paseaba y todo y pues cuál miedo de la gente porque como no te saben tu delito ni saben nada... Todo tranquilo ¿no? miedo

los que te conocen ¿no? porque dicen ay no es que cometió tal cosa. A los que les hablé pues sí empezaron con sus titubeos y cosas así ¿no? pero... y ya estuve afuera y no me compré ninguna pistola verdad, no me tomé, no me tomé ni el medicamento ni nada, o sea estuve así normal (8 de abril 2022).

Le expliqué con mayor detalle el objetivo de mi trabajo de investigación que ya le había comentado, le platicué que es el padecer, el abanico entre enfermar y padecer, más allá de la mirada biomédica, y qué lo que yo buscaba era justamente conocer y entender cómo se vive la experiencia del padecer de la condición psiquiátrica, la afectación personal y social, su experiencia en la interacción con otros independiente o más allá del diagnóstico.

C: Mira, no es que lo mío, mi caso, como no es una enfermedad genética, ¿sí? te digo yo me enfermé por una sustancia, eso es lo que te provoca, entonces tienes la opción de ponerte bien otra vez... entonces este, pues eso es lo que me pasó a mí, pero si los demás, pues sí mi papá y sobre todo mi papá por aferrado también decía, ay no, tienes que tomarte tal cosa, oh... o mi hermano también por ignorancia, tienes que seguir con tu tratamiento. pero pues bueno, yo... yo lo discutía con ellos y si discutía un poco con ellos ¿no? pero pues ahí está la ignorancia de las demás personas de que como otros les dicen a ellos, ay no pus ten cuidado, no vaya a hacer esto, y sí, o sea sí pasó.

Mi papá me dijo, es que el doctor fulanito, un amigo de él que era médico general, que esto que el otro... mi papá haciéndole caso a aquel, y así, digo no le hagas caso, bueno pus no tiene caso discutir con esas taradeces ¿no? se aferran

no a un diagnóstico mal hecho y no es así, si fuera así pues ya hubiera matado a no sé cuántos aquí ¿no? o estaría custodiado contigo como en la película de “El silencio de los inocentes” ¿no? con una máscara acá ¿no?... pero te digo, o sea como las personas se rigen por comentarios de otros, en este caso mi papá y mi hermano, se aferraban. Ellos se regían, pues por lo regular hay muchas gentes que se rigen por lo que dice un doctor u otro...

Cuándo les convenía entonces no estaba malito ¿no? a ver, ahí mi hermano, ay necesito dinero, ah pues trabaja y nada hacía. No pues estoy enfermo estoy loco ¿no? ahorita si no estoy loco verdad, ah verdad... pidiéndome dinero es que si estoy cuerdo ¿no? ahí está. el problema ¿no?, era bueno para exigirme dinero, yo los hacía rabiar, sacaba el dinero y les decía “no te voy a dar nada”. Los hacía rabiar porque pues a mí también me hacían sentir así, rabiar... Mi hermano me agredía, buscando provocarme, como que él quería que yo le hiciera algo, una vez me puso el cuchillo ahí en el sillón... este idiota cree que, que porque como me pasó este problema lo voy a acuchillar ahorita o qué, total ahí le dejé su cuchillo y me salí a la calle y me fui al Vips a tomarme un cafecito... sí, pero se ponía así en ese plan, grosero ¿no? y como sabía que yo iba a firmar, por eso me presionaba. Como buscando un pretexto para que perdiera el beneficio y para que le diera el dinero que él quería, ¿sí? no obligarme pues no te acompaño y te acuso hasta que me des dinero me calmo ¿no? y si lo hacía, te digo que ya no me acompaño y mi papá después tampoco quiso... cuando yo salí, mi hermano supuestamente fue el aval, o sea el responsable de mi tratamiento, él me tenía que acompañar a firmar y dar el testimonio y bla bla bla... pero pus no, en mi caso pus no fue así, yo

tuve que pagar todo... él nomás iba ahí a pararse, ay sí cómo no, como el aval no, yo era el responsable de todo, yo pagaba, yo lo llevaba, el sólo buscaba mi dinero. Aquí yo tengo una comisión, lavo charolas, pagan poquito, pero pues imagínate, estuve 12 años, entonces salgo y me dan un cheque... voy a cobrar un cheque de diecisiete mil pesos... mi hermano me acompaña, porque como yo no tenía credencial... se lo tuve que endosar para que él lo cobrara, ahí empezó a molestar para que yo le diera dinero... más los cuarenta mil pesos que te digo... Después de que regresé ya nadie vino, mi papá solo en 2016 vino a darme el pésame por que murió mi hermano [el cual falleció de cirrosis], después murió mi papá (8 de abril 2022).

Camilo abrió su chamarra, la cual lucía muy abrigadora, no obstante que el día de la entrevista era un día muy caluroso. Era una chamarra limpia, muy desgastada por el uso, el forro se veía agujerado y repleto de cosas, ya que el forro lo usaba como una bolsa de la chamarra. Sacó de ahí una armónica. Me platicó que la última vez que fue su papá se la llevó, era una armónica de madera con la pintura desgastada – “la compré cuando tenía 9 años con mis ahorros, la compré en Perisur, en Casa Berman, nadie me enseñó a tocarla, aprendí solo, tengo esa facilidad”. Camilo también tiene la facilidad de dibujar y pintar, ha concursado en competencias penitenciarias con sus obras, hace dibujos de su autoría y replicas como “el grito”, de Munch, las cuales vende. Se puso a tocar con ella el Himno de la alegría, dijo “lo saqué escuchando, de oído como dicen”. Entre fragmentos de Las mañanitas, la Marsella, la introducción de “El pianista”, “Camelia la texana”, “la Adelita”, entre otras, continuó la entrevista. Cuando tocó la quinta sinfonía, resaltó que Beethoven la com-

puso cuando ya estaba sordo y mencionó que no sabría qué hacer si él se quedara sin el único oído que tiene, pues Camilo nació sin una oreja.

Hablamos de otros temas, como su interés por estudiar leyes, me enseñó su certificado de estudios de la licenciatura, el único documento oficial que aún conserva, una hoja amarillenta con infinidad de dobleces. Me platicó de las actividades que hace dentro del penal, me mostró algunos dibujos que sacó de una bolsa de manta color beige, además de unos monederos que hizo en el taller de corte y confección. Hablamos de sus expectativas al cumplir su medida de seguridad y obtener su libertad, comentó que desea trabajar, con sus ahorros retomará lo de su negocio poco a poco. Le encantaría ir a la Sala Nezahualcóyotl, ir al teatro, a ver ballet, escuchar música, actividades que mencionó lo hacían feliz. La entrevista de ese día terminó porque los custodios me comentaron que Camilo tenía que regresar al pase de lista. Además de esas entrevistas, lo seguí viendo en otras actividades como talleres o por los pasillos en algunas de mis visitas al penal, mostrándose muy amable, siempre solo, evitando interactuar con los demás, pero en todo momento participando activamente en actividades. Con un trato cordial siempre cuando me ve se acerca a saludarme y enseñarme sus nuevos dibujos.

Camilo considera que ahí hay muchos malos diagnósticos, “hay quienes no tienen nada, pero si le dicen que tienen algo”, pero comenta que eso ya no es problema de él, ya que a él lo único que le interesa es solucionar lo suyo. Cuando volví a ver a Camilo me comentó que no le han dado respuesta de la Secretaría de Salud, aun cuando fue el Tribunal Superior de Justicia quien turnó el caso a dicha instancia.

Estigma y discriminación en la trayectoria psiquiátrica

Mediante los relatos anteriores, podemos ver como Camilo lucha ante instancias gubernamentales para ejercer sus derechos, principalmente quiere mostrar que es una persona que actualmente no padece un trastorno mental. Considera que el brote psicótico que lo llevó a internamiento fue causado por aquella única vez que consumió cocaína, ya que o fue la única ocasión que escuchó voces y fue el único momento que sintió que las personas a su alrededor le querían hacer daño, comentó que nunca más le volvió a suceder. Se considera una persona sana, que no consume sustancias y sin malos hábitos. Dentro de su experiencia, vemos cómo el diagnóstico psiquiátrico, independientemente de su validez o no, ha sido ese atributo desacreditador repleto de atributos indeseables por la etiqueta del propio diagnóstico.

Goffman (2012:24), señala que “tanto las mentes como los cuerpos sanos pueden sufrir de invalidez”, es así como vemos que el cuerpo es ese vehículo del estigma, como dice Le Bretón (1990), el cuerpo adquiere un carácter revelador, mediante el cuerpo existe la lucha por la supervivencia que se renueva cada día (Le Bretón, 1990). Con lo anterior podemos decir que el cuerpo, además de ser el vehículo de la experiencia misma, es el conjunto de significaciones que a partir de él atribuimos al mundo (Moreno-Altamirano, 2015:150), el cuerpo es también víctima de las significaciones, poseedor de las atribuciones sociales, positivas o negativas, como lo es el caso del estigma.

Se ha dicho que el estigma “es un atributo profundamente desacreditador” (Goffman (2012:15), mismo que se da y prevalece dentro de las interacciones sociales, es así que el rechazo y la

discriminación, se genera en los intentos de contacto del discriminado que porta el estigma. En el caso expuesto aquí el estigma puede leerse en clave interpersonal, pero también institucional, no del centro penitenciario, sino del órgano máximo del Poder Judicial, instancia que tiene como misión custodiar los derechos y garantías de la supremacía de la constitución, la cual, conforme al relato del entrevistado, determinó que por tratarse de “una persona inimputable” no era la instancia para resolver la situación, turnando el caso a la Secretaría de Salud. En esta última instancia vemos un trato injusto y discriminatorio por una etiqueta jurídica con implicaciones de salud mental, que se incrusta y proviene de los procedimientos administrativos y políticos de un sistema de justicia.

Por otra parte, vemos el rechazo y la discriminación en la que se inhumanizó a la persona estigmatizada, en la que se construye en palabras de Goffman (2012) una ideología para explicar su inferioridad y con ello dar cuenta del peligro que representa. Tal como se aprecia en el caso de Camilo, quien refirió el rechazo de sus amigos por el temor del delito por el que se le acusó, pero sobre todo en conjugación con el diagnóstico asociado al deterioro de su salud mental. De hecho, destacó que, por este rechazo, al estar en libertad condicional, ocultó tanto el delito inculpado como su diagnóstico psiquiátrico a cuanta persona nueva conocía ya que creía que, si les comentaba lo anterior, ya no querrían conocerlo ni estar con él, o cómo lo dijo el mismo Camilo “se echarían a correr”, lo que coincide con las repercusiones de la discriminación, en las que se evita actividades o personas para evitar tratos desfavorables. De esta forma, quienes lo conocieron antes del ingreso al penal, al enterarse de su situación actual, no quisieron volver a interactuar con él, y en caso de ha-

cerlo, fue acosta de un costo emocional (muchos juicios) o financiero (violencia económica), por lo que decidió aislarse de ellos y platicar únicamente con gente que no lo conocía, con quien no logró intimar más allá del encuentro del momento.

Asimismo, resulta necesario hacer hincapié en que la desacreditación social a su vez, parece provenir desde los campos profesionalizantes, ya que como autoridad científica se etiqueta con el rótulo de “enfermo mental”, etiqueta que en ocasiones causa más conflictos personales y sociales, obstaculizando el bienestar de la persona diagnosticada, acentuando y atribuyendo características no veraces, como podría ser un aparente e incomprensible grado de peligrosidad a las personas que se les señala con algún trastorno. Cabe señalar, que lamentablemente los diagnósticos desde la medicina, la psiquiatría y la psicología no gozan de fuero contra cualquier margen de error, por lo que pueden incidir en un error de tipo falso-positivo, es decir, concluir por válido algo que quizás fue circunstancial. A manera de ilustrar lo anterior, me gustaría traer a discusión el experimento del psicólogo Rosenhan (1973). Brevemente, Rosenhan realizó un estudio en el voluntariamente se internó (de manera encubierta) junto con un grupo de colaboradores en varios hospitales psiquiátricos, con la única indicación de decir en la entrevista médica de ingreso que oían voces, sin ser esto cierto. Después de varias pruebas médicas, psiquiátricas y psicológicas, fueron diagnosticados como enfermos mentales, específicamente con esquizofrenia, por lo que lograron ser internados. Ya internados, se comportaron de forma normal, y pese a que seguían teniendo valoraciones por parte de los profesionales de la salud, los únicos que los identificaron como “impostores” fueron los mismos enfermos mentales que convivían con ellos, diciéndoles “tú no me engañas, tú no

estás enfermo”. Con su estudio, Rosenhan y colaboradores dieron cuenta de la subjetividad con la que se diagnóstica a las personas con un Trastorno Esquizofrénico. De hecho, al publicar los resultados de su experimento, diversos hospitales psiquiátricos lo retaron a volverlo a hacer y que ellos detectarían a los simuladores encubiertos. Rosenhan aceptó, pasaron los meses señalados y los nosocomios dieron una larga lista de aquellas personas que detectaron y que, supuestamente los especialistas, formaban parte del equipo de trabajo de Rosenhan, pero la realidad fue que dijo haber aceptado el reto, más nunca mandó a nadie.

Consideraciones finales

A manera de reflexión final, este breve trabajo, además de aportar a la visualización de los cuerpos en contexto de encierro, permite vislumbrar la repercusión del estigma y la discriminación de un individuo privado de la libertad en relación con su entorno; derivado o en conjunto con un diagnóstico asociado a una enfermedad en salud mental a partir de la experiencia de su condición psiquiátrica. En donde se entretujan los entramados teórico-metodológicos de la antropología médica y la antropología del cuerpo, en vínculo con las categorías de estigma y discriminación. Considerando el cuerpo, en este caso de un hombre en reclusión, como el espacio social en el que se construye y manifiesta e incorpora el estigma. El cual se encarna en un cuerpo castigado, violentado y vulnerado en la interacción con su entorno, lo que invita a la reflexión acerca de temas que generalmente damos por sentado sin cuestionarlos como: la salud mental, el diagnóstico psiquiátrico y la vulneración de derechos humanos de personas privadas de la libertad en general, y en este caso “inimputables”. Por otro lado, los hallazgos aquí mostrados permiten reconstruir las historias de

vida de personas que históricamente han habitado en “pabellones de agitados o peligrosos” dentro de manicomios o en los “pabellones de locos” en penitenciarías, donde la pobreza, la delincuencia y la salud son condiciones determinadas estructuralmente.

Finalmente, a continuación, se declaran las limitaciones identificadas hasta ahora en el presente estudio. Es importante señalar que como en todas las entrevistas, los hallazgos pueden estar mediados por la línea base de la interacción respecto a la posición de poder entre los participantes y la investigadora. Por otro lado, una de las limita-

ciones de este estudio fue que por su naturaleza no permite mejorar realmente las condiciones de vida, o facilitar el proceso de reinserción de este grupo social altamente violentado. Sin embargo, brinda elementos sustanciales para abonar a la visibilización, reflexión y a una mayor comprensión de los cuerpos castigados, vulnerados y estigmatizados como víctimas de la interacción con su entorno. Con ello pensar en la necesidad de generar mayores aportes desde una metodología investigación-acción, que permitan fomentar un buen vivir de las personas inimputables, independientemente de la condición de encierro y de la validez o no del diagnóstico.

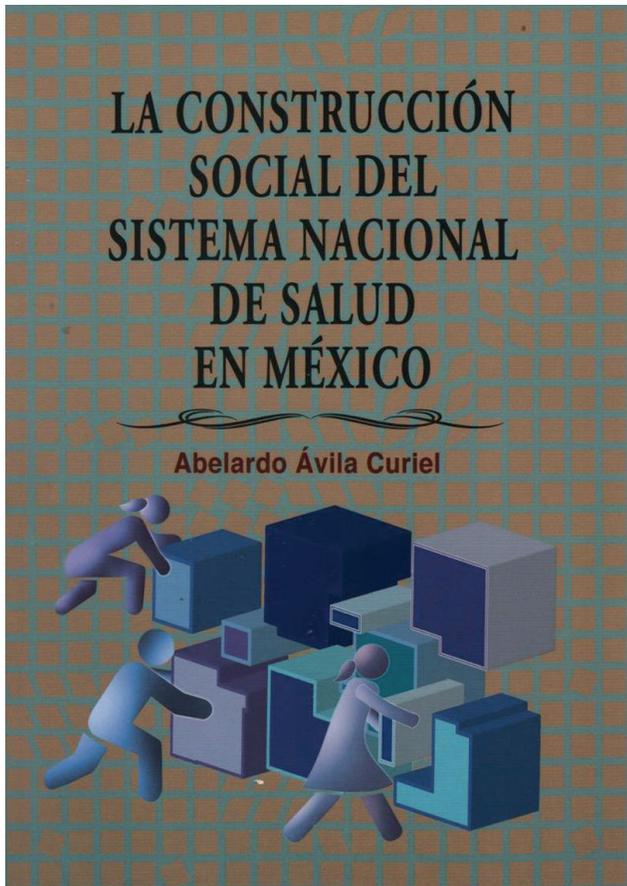
Referencias bibliográficas

- ALARCÓN, C. (2023). “Consideraciones éticas para las interacciones carcelarias desde la libertad”. *Nexos*, 29 de junio.
- ALMAZÁN, C. (2022). “Locura” en cana: el padecer de la condición psiquiátrica de un grupo de personas inimputables dentro de un centro de reclusión. Tesis para optar por el grado de Maestra en Ciencias Antropológicas. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- BARRAGÁN, A. (2007). “El cuerpo vivido: entre la explicación y la comprensión”. En: Civera y Herrera (edits.) *Estudio de Antropología Biológica*. México: AMAB, 695-710.
- BARRAGÁN, A. (2015). “Detrás del dolor, amores que matan”. En: Robles, A., Sáenz y Torres (edits.) *Estudios de Antropología Biológica*. México: AMAB, 119-139.
- CÓDIGO PENAL FEDERAL (1931) Reforma 1 de junio 2021. México, Cámara de diputados.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (2018). *El derecho a la no discriminación*. México: CNDH.
- GOFFMAN, E. (2012). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GUBA, E. (1978). *Toward a methodology of Naturalistic Inquiry in Education Evaluation*. Los Ángeles: UCLA.
- HERSCH, P. (2013). “Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria”. *Salud pública de México*, vol. 55, Núm. 5: 512-518.
- LE BRETON, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- LÓPEZ-AUSTIN, A. (1989). *Cuerpo humano e ideológicas concepciones de los antiguos nahuas*. Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- MENÉNDEZ, E. (2008). “Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades”. *Región y sociedad*, vol. Núm. 2:5-50.
- MORENO-ALTAMIRANO, L. (2010) Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. *Gaceta médica de México*, vol. 146. Núm. 2:150-156. <https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/>

- n2/64_vol_146_n2.pdf
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). Indicadores de los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/SDG_Indicator_16b1_10_3_1_Metadata_SP.pdf (consulta 20 de abril de 2023).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022) Trastornos mentales. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (consulta 20 de abril de 2023).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017). Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención a la salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings> (consulta 20 de abril de 2023).
- ROBLES, B. (2011). “El trabajo de campo: algunas reflexiones en torno a qué hacer y cómo hacerlo”. *La complejidad de la antropología física*, vol. 2:251-264.
- ROSENHAN, D. (1973) “On Being Sane in Insane Places”. *Science*, 179: 250-258.
- SALGADO, A. (2007) Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT PERÚ*, (13) 71-78.
- SHEINBAUM, D. (2018). Mitos y realidades sobre la inimputabilidad. *Documenta*.
- TYLOR, S. J. Y BODGAN R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Ediciones Paidós.
- VIEDMA, A., DEL VAL, C. Y CALLEJO J. (2018). “Investigar en cárceles. Apuntes para futuros científicos sociales”. *EMPIRA*, (42), 165-195.

Comentarios al libro: La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México

Olivia López Arellano*



Abelardo Ávila CURIEL, A. [2023]
La construcción social del sistema nacional de salud en México.
Editorial Itaca.

* Actual Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México y profesora-investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: oli@correo.xoc.uam.mx

El libro *La construcción social del Sistema Nacional de Salud en México* es un texto largo (363 pag.), integrado por un primer apartado introductorio y cinco capítulos, cada uno de ellos con un gran despliegue de información. Se trata de un libro especializado y denso, con muchas referencias a momentos históricos y simultáneamente su lectura es amena y captura el interés del lector desde las primeras páginas introductorias.

En cada capítulo, el autor va articulando la conformación de las instituciones que integran el sistema nacional de salud (SNS), con el contexto socio-político, ilustrado por distintos momentos del desarrollo histórico del país y con la perspectiva de las “voces especializadas” que definen sus características y alientan el sentido de sus modelos de atención y prioridades. A lo largo de todos los capítulos se reconstruyen tres ámbitos fundamentales del campo sanitario que se entrelazan para configurar el sistema nacional de salud que hoy tenemos: la salubridad, la asistencia y la práctica médica.

Desde la introducción, el autor parte de reconocer que el sistema de salud mexicano tiene una gran deuda con la población en términos de su amplitud, cobertura y calidad de la atención. A partir de este reconocimiento de un SNS deficitario, organiza su reflexión a través de una periodización, que va desde la Colonia, con su política sanitaria de beneficencia pública, control de epidemias y la configuración temprana de una oligarquía médica, para posteriormente realizar un análisis detallado de grandes periodos históricos, en donde ubica las tres grandes reformas sanitarias, hasta llegar a los momentos actuales e iniciales de los cambios propuestos por la autodenominada Cuarta Transformación.

En el primer capítulo titulado *Antecedentes históricos del sistema de salud mexicano* (pp. 31-75) se identifican los primeros momentos de institucionalización del sistema de salud en la época colonial, con el desarrollo de un sanitarismo para disminuir riesgos y daños en la población, como función de la autoridad local que impone las normas y regulaciones de higiene y salubridad general de España, a través de cédulas reales y ordenanzas. Destaca que su aplicación se limita a los asentamientos habitados por españoles, excluyendo las regiones de poblamiento indígena. El Protomedicato de la Nueva España creado en 1628 se aboca a la regulación del ejercicio de la medicina y junto con la inquisición, persigue la práctica de la curandería no autorizada, pero tiene poca participación en las acciones de salubridad general, en las que participan sobre todo las autoridades virreinales y eclesiásticas, estas últimas especialmente concentradas en la administración de hospitales, asilos, hospicios y lazaretos, con una visión caritativa y asistencial, que con las reformas borbónicas, pierden terreno frente a las autoridades locales. Más tarde, con las Leyes de Reforma la asistencia es asumida como beneficencia pública y regulada por el gobierno central.

El autor señala que la inestabilidad política y la guerra de independencia limitan la institucionalización de la salud pública y no generan ninguna transformación de los organismos heredados de la colonia. Es hasta 1825, cuando el Ayuntamiento del Departamento de México emite un bando de policía y buen gobierno con medidas sanitarias detalladas y acciones preventivas; en 1831 se suprime el Protomedicato y es sustituido por la Facultad Médica del Distrito Federal que reivindica el modelo de la medicina europea y gesta la élite médica mexicana, con una impronta imperial. La Facultad Médica posteriormente es remplazada

por un organismo denominado Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México que tendría su mayor desarrollo durante el porfiriato.

Posterior al periodo revolucionario, la muerte y la destrucción por la guerra, las habrunas y epidemias, obligan a reestructurar al Consejo Superior de Salubridad, que cambia a Consejo de Salubridad General, obtiene mayor jerarquía al depender directamente del presidente de la república y se reconoce como autoridad sanitaria nacional. En este periodo, también se amplían las instituciones de beneficencia pública, atención caritativa, asistencia alimentaria y se identifica la organización de servicios hospitalarios y la formación de médicos salubristas como actividades centrales de la política social del Estado.

Este periodo muestra la confluencia de la salubridad, la asistencia y la práctica médica, con predominio de la visión de la élite médica, nucleada en la Academia de Medicina que en pocos años ocupa los puestos directivos de hospitales, del Departamento de Salubridad, la Secretaría de Asistencia, la Academia médica de la Universidad Nacional y la Escuela de Salubridad.

Las reformas cardenistas sentaron las bases para la estabilidad política y económica del país y desarrollaron infraestructura e instituciones educativas y de salud. El autor refiere que “De la visión individualista y elitista de la medicina decimonónica era preciso pasar a un modelo que conjuntara los avances científicos de la medicina moderna con el higienismo y las demandas sociales a las que debía dar respuesta el Estado Mexicano” (pp. 73). La participación social, los servicios médicos ejidales, y el servicio médico social, fueron claves para la conformación de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. El pri-

mer plan sexenal del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), sentó las bases para consolidar los servicios médicos como eje del sistema nacional de salud, aumentó el presupuesto, impulsó la higiene industrial, el combate a las epidemias y la formación de personal médico para atender a las comunidades rurales.

Este enfoque de medicina social, educación, prevención y personal formado para atender a las comunidades rurales fue abandonado en el siguiente periodo de gobierno, imponiendo la medicina curativa individual, reorientando la política sanitaria hacia las prioridades de atención de núcleos urbanos y la construcción de grandes hospitales.

En el segundo capítulo, titulado *Secretaría de Salubridad y Asistencia (1943-1982)* (pp. 77-94) se analiza en forma crítica la llamada Primera Reforma Sanitaria que articula funciones de autoridad sanitaria, beneficencia pública y servicios médicos. Identifica como punto de inflexión para el incipiente sistema de salud, el abandono del pacto social previo con obreros y campesinos, que a partir de la acelerada industrialización urbana, configura un nuevo pacto político con los industriales y con la burocracia sindical, atendiendo las necesidades empresariales y la reproducción de la fuerza laboral urbana.

En este apartado se muestra el origen de la estructuración dual de la institucionalidad moderna en salud, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ambos en 1943.

El segundo plan sexenal (1940-1946) prioriza el crecimiento industrial y la atención a trabajadores de ramas estratégicas, con la institucionalización de la seguridad social a través de la creación del

IMSS, frente a la salubridad general y la asistencia pública, fusionando ambas actividades en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La inversión pública se orienta a la industrialización urbana y se reduce el financiamiento de los servicios rurales estatales y municipales, que son coordinados desde la federación.

La creación de dos instituciones para atender a segmentos de la población diferenciados por su inserción laboral, produjo dos características del sistema de salud mexicano: la administración centralizada y poblaciones objetivo segmentadas con acceso diferencial a servicios de atención médica. La creación de otras instituciones de seguridad social para grupos específicos (trabajadores del estado y fuerzas armadas), contribuye a profundizar esta segmentación.

A pesar de la expansión de las instituciones de salud, asistencia y seguridad social, las necesidades de atención de la población no son resueltas con suficiencia y el déficit se incrementa en las zonas rurales.

Para atender la pobreza rural y ampliar servicios, en la década de los setenta se impulsan programas de inversiones públicas para el desarrollo rural, en 1977 se crea la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados y en 1980 el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) para reactivar la producción agrícola y pesquera y fortalecer la economía campesina.

El modelo de atención curativa y hospitalaria resulta crecientemente costoso e inequitativo y muestra sus límites para atender a la población. Este cuestionamiento se presenta en muchos lugares y como respuesta, los países miembros de

la Organización Mundial de la Salud emiten en 1978 la declaración de Alma Ata sobre atención primaria a la salud (APS), como nueva estrategia sanitaria para resolver deficiencias e inequidades de los servicios sanitarios. En México, se crean distintos programas que retoman esta iniciativa, entre ellos el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR) y el Programa de Extensión de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano de la SSA.

El autor señala que en la conferencia de Alma Ata se expresan dos modelos de atención a la salud, uno que hace énfasis en la modificación de condiciones sociales, económicas, nutricionales, educativas, laborales y en la participación y acción comunitaria y otro, que impulsa la extensión de cobertura a través de servicios médicos básicos, resignificando la propuesta de APS integral por atención primaria selectiva.

Al final de la década de los setenta, las instituciones se han consolidado administrativamente, la SSA como autoridad sanitaria y prestadora de servicios de asistencia y de salud a la población sin seguridad social laboral y las instituciones de seguridad social con servicios de salud que cubren en ese momento al 40% de la población. Sin embargo, también presentan problemas “derivados del centralismo y la segmentación de los servicios con los consecuentes traslapes, duplicidades, obstrucciones, vacíos operativos y pasivos sociales al aislar la atención a la salud de la acción sobre sus determinantes y el énfasis curativo con un modelo médico oneroso...” (pag. 91), en el marco del agotamiento del modelo de desarrollo, déficit de captación fiscal y crisis económica nacional, pospuesta momentáneamente por el descubrimiento de yacimientos de petróleo y la petrolización de la economía mexicana.

Para contender con los problemas del SNS, en 1981, se crea la Coordinación de los Servicios de Salud Pública de la Presidencia de la República con el propósito de integrar en forma eficiente los servicios sanitarios y procurar la atención a toda la población. Esta coordinación presidida por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo propuso la creación de un Sistema Nacional de Salud con la integración orgánica y funcional de los servicios de salud. Su propuesta programática presentada en diciembre de 1981, sentó las bases de la segunda reforma sanitaria.

El capítulo 3, denominado *Secretaría de Salud (1983-2003). Segunda Reforma Sanitaria* (pp. 95-143) ubica los cambios en la dinámica de las instituciones en el marco de los procesos de ajuste y cambio estructural e implantación del modelo neoliberal en México. En particular el autor hace referencia a tres procesos: la reforma administrativa y la descentralización de la vida nacional, la implantación del neoliberalismo como modelo hegemónico mundial y la crisis económica de 1982.

El cambio estructural se basó en el pensamiento neoliberal y se impuso a los estados nacionales a través de directrices económicas que flexibilizaban las relaciones laborales, privatizaban los activos estatales, liberalizaban el comercio y desregulaban la economía, sometiendo la acción de gobierno a la lógica del mercado. La crisis de la deuda en 1982, colocó al país en moratoria de pagos y los préstamos de los organismos internacionales para sortear la crisis, subordinaron al gobierno de México a estas directrices neoliberales.

En salud, el Plan Nacional de Desarrollo plasma las exigencias de los organismos internacionales para la reforma administrativa, la desconcentra-

ción y la descentralización. Se reforma el artículo 4° Constitucional para incluir la protección de la salud, se modifica la Ley General de Salud, se separa el ámbito de la asistencia de la SSA, quedando como Secretaría de Salud y se descentralizan los servicios de salud que atienden a población sin seguridad social, para conformar los servicios de salud estatales, en un proceso tortuoso plagado de conflictos políticos, financieros y administrativos, que impiden concluir en todas las entidades federativas, la descentralización de los servicios de salud planteada en el sexenio 1982-88. Esta descentralización se pausa durante el sexenio 1988-1994 y la atención a la salud para población sin seguridad social laboral se expande a través servicios básicos del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) en alianza con el Programa IMSS-Coplamar que cambia de nombre a IMSS-Solidaridad.

En el periodo 1994-2000, se retoma el proceso descentralizador y se propone la extensión de cobertura a través de un paquete básico de salud, definido y financiado por el Banco Mundial (BM). El Programa de Reforma del Sector Salud retoma las líneas estratégicas del documento de *Invertir en Salud* publicado por el BM en 1993 y del Informe de Economía y Salud elaborado por la Fundación Mexicana para la Salud (Fun-salud) y publicado en 1994. Esta reforma dejó al IMSS-Solidaridad intocado, pues mantuvo su estructura y funcionamiento en las 17 entidades en donde operaba desde 1988, sin integrarse a los servicios estatales de salud (SESA).

En este periodo de franco ascenso neoliberal, la asistencia alimentaria se transforma y abre paso a las transferencias monetarias focalizadas y condicionadas (TMFC), como parte esencial del modelo de política social neoliberal en donde también

se articulan acciones educativas y de atención médica a través del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). Este programa de TMFC posteriormente se convirtió en Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y a pesar de que sus efectos benéficos no se acreditaron o fueron marginales, un discurso persistente reivindicaba un alto impacto positivo y la disminución de la pobreza en las familias beneficiarias. “Lamentablemente este discurso triunfalista fue apoyado insistentemente en numerosas publicaciones y foros por instituciones académicas que recibían generosos apoyos económicos para la realización de estas evaluaciones” (p.143).

Este periodo también se caracteriza por la Reforma a la Ley del Seguro Social, que crea cuentas de ahorro individual, privatizando el sistema solidario de pensiones que había desarrollado el IMSS.

El capítulo 4 denominado *La Tercera Reforma Sanitaria (2003 al 2018)* (pp. 145-285) reconstruye la configuración del sistema de protección social en salud en el marco de la alternancia política y lo reconoce como la consolidación del modelo privatizador de los servicios de salud.

El autor concluye que las dos décadas de reformas en salud iniciadas en 1983, significaron un fallido intento de ordenar la dispersión de servicios y afrontar las nuevas demandas de atención nacionales. Este proceso desgastó la propuesta de un sistema único de salud y consolidó la visión neoliberal de protección social de la salud, alentada por el BM y las élites médicas locales, para articular el sistema a partir de la lógica de mercado, separando funciones y creando una entidad financiera capaz de comprar servicios a proveedores privados y a los organismos públicos descentralizados.

Desde el gobierno se impulsó un doble discurso que “... a la vez abogaba por servicios integrales y democráticos y la rectoría del Estado en la estructuración, control operativo, evaluación de los servicios, definición del marco jurídico, normatividad, reglas de operación y desarrollo de la calidad de atención a través de la Secretaría de Salud y proponía la creación de un sistema financiero de protección social, el Seguro Popular, como contratista de servicios específicos para sus derechohabientes” (pp. 170).

Las tensiones entre los distintos actores para reformar la Ley General de Salud, implementar la protección financiera en salud y extender de cobertura mediante la afiliación voluntaria al Seguro Popular, impuso límites a la participación de servicios privados y priorizó la proveeduría de los SESA.

La implantación del neoliberalismo como modelo hegemónico y las reformas en salud con paquetes básicos, privatizaciones y el Seguro Popular no resolvieron los problemas de subfinanciamiento de los servicios públicos, gasto de bolsillo, y heterogénea calidad de la atención que afectaba sobre todo a la población pobre. El autor retoma el informe de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 2005 sobre el sistema de salud mexicano, para ilustrar los problemas que enfrentaba el sistema de salud mexicano aún con las reformas precedentes, entre los que desacan: un nivel de gasto público en salud extraordinariamente bajo en comparación con los estándares de la OCDE, el elevado gasto de bolsillo, la escasa inversión en infraestructura, insumos y servicios, además de identificar dificultades de coordinación de políticas en los servicios descentralizados y altos costos administrativos de la conducción del sistema. Paradójicamente la OCDE no recomienda la construcción de un sis-

tema universal de salud para enfrentar todas las debilidades documentadas e insiste en reformar el sistema de pensiones, fomentar el régimen de Protección Social en Salud, invertir en acciones costo-efectivas, establecer la separación entre compradores y prestadores de servicios e introducir incentivos al desempeño. Es decir, a pesar del diagnóstico, las recomendaciones omiten considerar el enfoque de derechos y su lógica se mantiene en el paradigma neoliberal.

La profundización de la fragmentación institucional y la continuidad del seguro popular en salud, en el marco de tensiones entre el discurso de los derechos humanos y el derecho a la salud, transformado en los hechos por las visiones minimalistas en protección financiera a través de paquetes básicos, mantienen los problemas del sistema público de salud y enfrentan mayores dificultades para contender con los graves y complejos problemas de salud de la población mexicana, ya para ese momento con un enorme peso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la epidemia de obesidad y necesidades de atención derivadas del envejecimiento poblacional.

En el último tramo de este periodo (2012-2018) el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) mantiene el propósito de universalizar los servicios de salud a través del aseguramiento voluntario. Propuesta impulsada por Funsalud desde 2010 y cuya directora ejecutiva asume la conducción de la Secretaría de Salud en 2012.

En la dimensión de asistencia social, se mantiene el sentido de los apoyos de los programas de TMFC, el Programa de Desarrollo Social (PDS) transforma el Programa Desarrollo Humano Oportunidades en el Programa de Inclusión Social Prospera e impulsa la Cruzada Nacional contra el Hambre con resultados muy limitados según eva-

luaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), mostrando su ineficiencia, además de que sus principales funcionarios se vieron envueltos en escándalos de corrupción.

Los resultados de esta tercera reforma sanitaria son magros en garantizar el acceso y la calidad de los servicios. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) entre 2006 y 2019, el uso de servicios privados se incrementó de 37.6 a 42.3 %, con 35% de los usuarios derechohabientes de la seguridad social y 43% afiliados al seguro popular. Los informes de la OCDE también muestran deficientes resultados en tamizaje de cáncer, mortalidad por infarto del miocardio y hospitalización por diabetes.

Este tercer capítulo cierra con un análisis de los principales daños a la salud de la población, destacando la deuda con la primera infancia y con el parto humanizado, la crisis del sistema alimentario mexicano que alienta la epidemia de obesidad y ECNT y la necesidad de un sistema nacional de cuidados.

En el capítulo 5 denominado *La Cuarta Transformación* (pp. 287-356) el autor analiza la crisis terminal del modelo neoliberal. La deuda sanitaria con la que concluye el largo periodo de neoliberalismo en salud, en términos de la fragmentación e insuficiencia de las instituciones y de los daños a la salud. Recupera los momentos clave en las definiciones para el nuevo curso de desarrollo nacional y cambio de ruta de la configuración del sistema de salud que retoma la APS renovada, para avanzar desde una perspectiva de derechos y de políticas sociales de bienestar en la universalidad y la gratuidad al usar los servicios, a través de la recentralización de atención médica de los SESA.

Muestra la situación crítica en que el nuevo gobierno recibe el sistema público de salud, con más de 250 obras inconclusas, estructuras burocráticas costosas, falta de transparencia en el uso de los recursos, reducida capacidad resolutive del primer nivel de atención, déficit de personal médico y paramédico y contratación precaria del personal de salud.

El autor también analiza el período de la pandemia de Covid-19, contrastando las acciones concretas del Gobierno de México y la lectura sesgada, plagada de infodemia y medias verdades que construye la narrativa dominante, impulsada por los intelectuales orgánicos de la medicina y la salud pública neoliberal, impulsores de las reformas sanitarias previas, que tuvieron a su cargo el sistema de salud mexicano sin resolver sus problemas de configuración histórica y con pésimos resultados en salud y nutrición, de los que no hacen cargo.

Para cerrar, el autor señala la necesidad de avanzar en un sistema de salud que vaya más allá de la atención médica, que coloque la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud en el centro de la política económica y del modelo de desarrollo y bienestar, para incidir en las condiciones de salud, alimentación, vivienda, saneamiento, educación, medio ambiente.

Propone un sistema de salud basado en los Derechos económicos, sociales y culturales y ambientales (DESCA) y centrado en la persona, la familia, la comunidad. Una ruta integral de acceso pleno a los derechos fundamentales, desde la gestación hasta el final de la vida, que construya ciudadanía y gobernanza para la realización plena de los DESCAs.

Destaco algunas consideraciones relevantes de la obra:

1. El eje de análisis que guía todo el trabajo es que el sistema nacional de salud sólo puede ser comprendido objetivamente si se ubica en el contexto de la dinámica propia del desarrollo nacional, como resultante de las fuerzas sociales que conciben, reivindicán y materializan proyectos de nación.
2. La periodización para ubicar los cimientos primigenios del sistema, las tres reformas sanitarias y este momento denominado de Cuarta Transformación, se construye con el entrelazamiento de las dimensiones de salubridad, asistencia social y práctica médica, lo que permite al autor dar seguimiento a lo largo del tiempo histórico y mostrar como se entretienen estas dimensiones, predominan en distintos momentos y son relevantes para configurar a las instituciones, fortalecerlas, minimizarlas o incluso desaparecerlas.
3. El seguimiento histórico que permite entender la conformación de la oligarquía médica que trasciende etapas, se moderniza, desarrolla instituciones, se enquistan en gobiernos y organizaciones y sobre todo, construye narrativas revestidas siempre de cientificidad, que validan decisiones, celebra logros inexistentes o minúsculos y que en la etapa de la Cuarta Transformación, se convierte en un grupo de detractores de la ruta elegida para construir un sistema de salud con perspectiva de garantía del Derecho a la Salud en sentido amplio: con servicios de salud de calidad, universales, gratuitos, integrales, de base pública y con despliegue de acciones intersectoriales que inciden sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar.

A lo largo de todo el libro se expresa la postura del autor. Una mirada crítica, experta y propositiva, comprometida con los derechos humanos, con los DESCAs y con la garantía del Derecho a la Salud en sentido amplio.

Esta obra contribuye a entender el campo sanitario, como un espacio complejo de disputas sociopolíticas, económicas y técnicas y aporta desde una perspectiva social a la comprensión de porqué el sistema nacional de salud se conforma de cierta manera y no de otra, porqué privilegia la mirada biomédica supuestamente científica y objetiva y porqué algunos fracasos de programas e instituciones se difunden como logros y algunos avances se demeritan.

Así mismo, coloca la perspectiva del Estado como sujeto obligado para reconocer y garantizar derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Propone además un conjunto de temas necesarios de la agenda pública que deben ser abordados por la Cuarta Transformación, entre otros, coloca la reforma fiscal progresiva y el incremento del gasto público en salud. Así como, la necesidad de

romper la estructura sectorial del gobierno, avanzar hacia gabinetes integrales, profundizar el proceso de desmercantilización y el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Señala la urgencia de crear el Sistema nacional de cuidados y alentar procesos que favorezcan el empoderamiento de la población para que participe en forma activa en el cuidado de su salud, en la definición de necesidades de atención y en el rumbo de las políticas sanitarias.

Este libro es un instrumento valioso para una tarea que nos convoca a todos, limitar el enorme daño a la salud que produce un sistema sanitario insuficiente, precario, desigual e inequitativo, con limitada capacidad resolutive y construir poder popular en salud con la gente, en el territorio y con formas organizativas innovadoras e intervenciones de doble vía para modificar/atender el día a día e ir transformando los servicios, sin paralizarlos y configurar un sistema de salud de base pública, con servicios unificados e integrale, con inteligencia sanitaria que permita la evaluación de impactos en salud y la medición de resultados en torno al cumplimiento de los DESCAs.