

III

Ciencias sociales de la salud

Roberto Castro Pérez • Miguel Ángel Rivera Herrera
COORDINADORES

Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana



Jorge Cadena-Roa
Miguel Armando López Leyva
COORDINADORES GENERALES

IX Congreso Nacional
de Ciencias Sociales
Las ciencias sociales y los retos
para la democracia mexicana





LAS CIENCIAS SOCIALES
Y LOS RETOS PARA LA DEMOCRACIA MEXICANA

Jorge Cadena-Roa
Miguel Armando López Leyva
Coordinadores generales

LAS CIENCIAS SOCIALES
Y LOS RETOS PARA LA DEMOCRACIA MEXICANA

III

Ciencias sociales de la salud

Roberto Castro Pérez
Miguel Ángel Rivera Herrera
Coordinadores



COORDINACIÓN GENERAL

Jorge Cadena-Roa (COMECESO)
Miguel Armando López Leyva (CH-UNAM)

COMITÉ CIENTÍFICO

Jorge Cadena-Roa (COMECESO)
Rosalba Casas Guerrero (IIS-UNAM)
Oscar F. Contreras Montellano (COLEF)
Carola García Calderón (FCPyS-UNAM)
Miguel Armando López Leyva (CH-UNAM)
Margarita Lumbreras Hernández (BUAP)
María Luisa Martínez Sánchez (UANL)
Cristina Puga Espinosa (CEPHCIS-UNAM)
Armando Sánchez Vargas (IIEc-UNAM)
Héctor Raúl Solís Gadea (UdG)
Esperanza Tuñón Pablos (ECOSUR)
Eduardo Vega López (FE-UNAM)

COMITÉ ORGANIZADOR

Jorge Cadena-Roa (COMECESO)
Miguel Armando López Leyva (CH-UNAM)
Oscar F. Contreras Montellano (COLEF)
Carola García Calderón (FCPyS-UNAM)
Mauricio Sánchez Menchero (CEIICH-UNAM)
Armando Sánchez Vargas (IIEc-UNAM)
Paulina Arredondo Fitz (IIS-UNAM)
Sandibel Martínez Hernández (COMECESO)

COORDINACIÓN TÉCNICA

Paulina Arredondo Fitz (IISUNAM)
Sandibel Martínez Hernández (COMECESO)

DIFUSIÓN

Laura Gutiérrez Hernández (COMECESO)
Adriana Razo Salinas (IIS-UNAM)
Francisco Ehécatl Cabrera (IIS-UNAM)
Víctor Alfonso Fonseca González (IIS-UNAM)
Octavio Olvera Hernández (IIS-UNAM)
Ana Karen Rivera León (IIS-UNAM)
Antonio Sierra García (IIS-UNAM)

SISTEMAS Y ASISTENCIA TÉCNICA

Roberto Holguín Carrillo (COMECESO)
Edgar Martínez Otamendi (COMECESO)

COORDINACIÓN DE TALLERES

Laura Gutiérrez Hernández (COMECESO)
Roberto Holguín Carrillo (COMECESO)
Sandibel Martínez Hernández (COMECESO)

EQUIPO DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN IIS-UNAM

Sofía Aké Farfán (IIS-UNAM)
Juan Javier Alcántara López (IIS-UNAM)
Francisco Daniel Álvarez Chávez (IIS-UNAM)
Julio César Cruz Estrada (IIS-UNAM)
Michelle Catherine García (IIS-UNAM)
María De La Luz Guzmán (IIS-UNAM)
Ernesto Pathros Ibarra García (IIS-UNAM)
Carlos Sánchez Perales (IIS-UNAM)

9ª FERIA DEL LIBRO EN CIENCIAS SOCIALES

Rosaura Avalos Pérez (IIS-UNAM)
Rubí Hernández Ríos (IIS-UNAM)
Jorge Alberto Mejía Ruiz (IIS-UNAM)

PRESENTACIONES DE LIBRO

Heladio Herrera Cárdenas (IIS-UNAM)

EXPOSICIÓN ROSTROS DE VERACRUZ

Emmanuel Galindo (IIS-UNAM)
Jesús Francisco García Pérez (IIS-UNAM)
Wilbert Antonio Mendoza (IIS-UNAM)
Jonathan Menjivar Pleítez (IIS-UNAM)
Oscar Quintana Ángeles (IIS-UNAM)
Cynthia Trigos Suzán (IIS-UNAM)
Ángel Villalba Roldán (IIS-UNAM)

APOYO OPERATIVO

Norma Angélica Velázquez (IIS-UNAM)
Julio Caballero Godoy (IIS-UNAM)
Ingrid Plata Sandoval (IIS-UNAM)
Fernando Cordero Hortube (IIS-UNAM)
Edgar Guzmán Prieto (IIS-UNAM)
Ofelia Vilchis León (IIS-UNAM)

DISEÑO EDITORIAL

Roberto Holguín Carrillo (COMECESO)
Sandibel Martínez Hernández (COMECESO)

DISEÑO GRÁFICO

Laura Gutiérrez Hernández (COMECOSO)
Alan Josué Luna Castañeda (IIS-UNAM)
Omar Reyes Solorzano (IIS-UNAM)

VOLUNTARIOS

Mercedes Ixchel Alonzo García
José Francisco Alvarado Juárez
Francisco Daniel Álvarez Chávez
Alan Fernando Álvarez Estrada
Eduardo Daniel Andrés Rivera
Miguel Ángel de Jesús Anguiano Torres
Aixa Galilea Antonio Nava
Fernanda Daniela Arenas Percastegui
Sergio Arias Alonso
Metzli Celic Arroyo Bonilla
Cintia Jocelyn Bravo Cárdenas
Inti Calderón Reyes
Alejandro Camacho Ake
Yoatzin Alitzel Camacho García Ruíz
Brenda Naomi Caracheo Pedraza
Valeria Carillo Sánchez
Marco Antonio Cayetano Aguilar
Javier Cervantes López
Olga Cruz Arellano
Alejandro De la Cruz Ávila
Daniel De la Torre González
Moisés De Valle Villegas
Ariane Del Águila Hernández
Yeni Esmeralda Del Carmen Martínez
Valeria Delgado Montero
Saraí Díaz Ascanio
Dennia Elizabeth Domínguez Rojas
María Rebeca Espinosa Martínez
Maribel Fernández López
Kristofer Franco Rojo
Jennifer Maribel Galicia Hernández
Diego André Galicia Ramírez
Esperanza Del Carmen Gallardo Rosas
Dalia García Chávez

Sofía Zirión Martínez (COMECOSO)

FORMACIÓN DE TEXTOS

Juan José Caballero Flores (COMECOSO)

DISEÑO DE PORTADA E INTERIORES

Omar Reyes Solorzano (IIS-UNAM)

VOLUNTARIOS

María Fernanda García Cruz
Pavel Alonso García Magdaleno
María Jimena García Maldonado
Guadalupe García Ramírez
Michelle Caterine García Velasco
Ángela Gayosso Pitol
Fátima González Sánchez
Danna Paola Guerrero Salazar
Rodrigo Hernández Cervantes
Miguel Ángel Hernández Lazo
Joan Alejandro Hernández Rojas
Iliana Hernández Ruiz
Samantha Daniela Hernández Santiago
Marisel Hinojosa Toro
Ania Delia Infante Fernández
Mariana Juárez Ángel
Carlos Yahir Lara Bautista
Sergio Adrián Leñero Hernández
Ian Alejandro Lepe Quiñones
Lucía Jimena López González
Ángeles Cecilia Lorenzo Ciriaco
Christian Fabian Lucano Uzquiano
Flor Yazmín Maldonado Cruz
Janet Martínez Aparicio
Dulce María Martínez González
Francisco Javier Martínez Rodríguez
Iván Alexis Martínez Sosa
Araceli Mejía Balderrama
Samara Mejía Carrillo
Víctor Hugo Monroy López
Sophia Michelle Moraga Lara
Sebastián Morales Cordero

VOLUNTARIOS

Francisco José Morales Larumbe
Patricio Axayacatl Morales López
Jorge David Ordaz Jiménez
José Julián Peralta López
Karla Jacqueline Perdomo Velázquez
Lizbeth Patricia Pérez Hernández
Pulido Martínez David
Alondra Monserrat Quintero Pérez
Xiuhtlamin Ramírez Cruz
Andrés Ramírez Nájera
María Guadalupe Raya Avalos
Ixchel Metzeyali Reyes Romero
Adriana Daniela Rivas López
Diego Emiliano Rivera Mejía
Sarah Patricia Robledo Sánchez
Gerardo Daniel Rodríguez Benavidez
Aranzazú Rodríguez Ortega
José de Jesús Rosas Guerrero
Giovanni Ruiz Sánchez
Beatriz Saldaña Nieves
Sara Anahí Salgado Molina
Andrea Daniela Sánchez Domínguez
Carla Paola Sánchez Martínez
Carlos Sánchez Perales
Jesús Isaac Sánchez Vizcaya
Atzin Simón Chávez
Mónica Yazmín Solís Suárez
Miguel Ángel Soto Torres
Mitzi Texcucano Cruz
Gerson Roberto Tiscareño Saucedo
Anabel Trejo Saucedo
Elizabeth Troncoso Ortiz
Luis Ángel Vargas Santos
Danna Paola Vega Chino
Ana Belem Vera Flores
Nadia Guadalupe Villa Cárdenas
Sandra Sabina Villanueva Sosa
Marisa Paulina Zavala López

COORDINADORES DE EJES

Acción colectiva, participación ciudadana y sociedad civil

Marco Aranda Andrade (IINSO-UANL)
Gustavo Urbina Cortes (COLMEX)

Ciencias de las organizaciones en la democracia

Clotilde Hernández Garnica (FCA-UNAM)
José Luis Velasco (IIS-UNAM)

Ciencias sociales de la salud

Roberto Castro Pérez (CRIM-UNAM)
Miguel Ángel Rivera Herrera (FCPyS-UNAM)

Religiones, espiritualidades, y democracia en el Estado mexicano

Fernando M. González González (IIS-UNAM)
Mariana Molina Fuentes (CEBJ, UNAM)

Estudios sobre las desigualdades

Melina Altamirano (COLMEX)
Alí Ruíz Coronel (IIS-UNAM)

Educación y aprendizaje: desigualdades, calidad, políticas

Alejando Canales Sánchez (IISUE-UNAM)
Lorenza Villa Lever (IIS-UNAM)

Desafíos de la ciudad contemporánea: memoria, disputas, futuros

Javier Delgado Campos (PUEC-UNAM)
Vicente Moctezuma Mendoza (IIS-UNAM)

Estudios sociales, económicos y políticos de la ciencia, tecnología e innovación

Marcela Amaro Rosales (IIS-UNAM)
Gabriela Dutrénit Bielous (UAM-X)

Feminismos, género y mujeres. Avances y retrocesos en las agendas hacia la igualdad

Karina Bárcenas Barajas (IIS-UNAM)
María Luisa Martínez Sánchez (UANL)

La democracia ante nuevos desafíos: polarización, declive y resiliencia

Karolina Monika Gilas (FCPyS-UNAM)
Alejandro Monsiváis Carrillo (COLEF)
Esperanza Palma Cabrera (UAM-A)

Las ciencias sociales en el siglo XXI

Rosalba Casas Guerrero (IIS-UNAM)
Oscar Contreras Montellano (COLEF)
Cristina Puga Espinosa (FCPyS-CEPHCIS-UNAM)

Los retos de los derechos humanos

Carlos Aguilar Astorga (UAM-L)
Luis Raúl González Pérez (PUDH-UNAM)

Los retos de la ciudadanía laboral y el desarrollo económico

Alfredo Hualde Alfaro (COLEF)
Sara Ochoa León (FE-UNAM)

Migraciones, refugio y políticas migratorias

Martha Judith Sánchez Gómez (IIS-UNAM)
Eduardo Torre Cantalapiedra (COLEF)

Dinámica demográfica, desigualdades y medio ambiente

Ana Escoto Castillo (FCPyS-UNAM)
Sandra Murillo López (IIS-UNAM)

Horizontes del análisis, evaluación e incidencia de las políticas públicas en México y su democracia

Maximiliano García Guzmán (FCPyS-UNAM)
Berenice Patricia Ramírez López (IIEc-UNAM)
Gabriel Badillo González (IIEc-UNAM)

Energía y transiciones socio-ecológicas

Sofía Ávila Calero (IIS-UNAM)
Marcela Torres Wong (FLACSO-México)

Tecnologías digitales, cultura, sociedad y política

Rodrigo Perera Ramos (FCPyS-UNAM)
Raúl Trejo Delarbre (IIS-UNAM)

Transparencia, ética e integridad

María Marván Laborde (IIJ-UNAM)
Jacqueline Peschard Mariscal (SUT-UNAM)

Violencias, ilegalidades e inseguridad

Jairo Antonio López (UAZ)
Silvia Inclán Oseguera (IIS-UNAM)

La formación teórica y metodológica del profesional,
el docente y el investigador de las ciencias sociales

Laura Beatriz Montes de Oca Barrera (IIS-UNAM)

Lorena Umaña Reyes (FCPyS-UNAM)

AGRADECEMOS a todos los que contribuyeron a que el IX Congreso Nacional de Ciencias Sociales (IXCNCS), *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana*, fuera un éxito:

Mtra. Yvon Angulo Reyes, directora interina del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS), y a su equipo de trabajo por haber hospedado el Congreso y facilitado su desarrollo;

Dr. Miguel Armando López Leyva, actual Coordinador de Humanidades quien siendo director del IIS solicitó la sede del IXCNCS y llevó a cabo los preparativos para el mismo;

Dr. Mauricio Sánchez Menchero, director del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades que proporciona la sede del COMECSO;

Dra. Carola García Calderón, directora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales;

Dra. Mónica González Contró, directora del Instituto de Investigaciones Jurídicas;

Dr. Armando Sánchez Vargas, director del Instituto de Investigaciones Económicas;

Dr. Juan Antonio Cruz Parceró, director del Instituto de Investigaciones Filosóficas;

Dr. David García Pérez, director del Instituto de Investigaciones Filológicas;

Mtro. Eduardo Vega López, director de la Facultad de Economía;

Dr. Melchor Sánchez Mendiola, Coordinador de la Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia (CUAIEED);

Mtro. Ricardo Arroyo Mendoza, director de Tecnologías de la Información, CUAIEED;

A los miembros del Comité científico del Congreso;

A los Coordinadores de los ejes temáticos del Congreso.

Agradecemos también a los alumnos de licenciatura y posgrado que dieron su apoyo en la semana del Congreso.



Los trabajos incluidos en *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana*, coordinado por Jorge Cadena-Roa y Miguel Armando López Leyva, caen bajo la licencia de Creative Commons Atribución-Sin Derivar 4.0 Internacional (CC BY-ND 4.0). El contenido de dichos trabajos puede ser copiado y redistribuido en cualquier medio o formato, siempre y cuando se den los créditos correspondientes y no tenga fines comerciales.

El contenido, textos, cuadros e imágenes, de los trabajos publicados aquí es responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan las opiniones de los coordinadores ni de las instituciones académicas a las que se encuentran adscritos.

Obra en www.comecso.com

Cómo citar:

Castro Pérez, Roberto y Miguel Ángel Rivera Herrera, coords. 2025. *Ciencias sociales de la salud*. Vol. III de *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana*. Cadena-Roa, Jorge y Miguel Armando López Leyva, coords. México: COMECESO.

Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana

COORDINADORES GENERALES

Jorge Cadena-Roa
Miguel Armando López Leyva

VOLUMEN III

Ciencias sociales de la salud

COORDINADORES

Roberto Castro Pérez
Miguel Ángel Rivera Herrera

ISBN Colección: 978-607-8664-55-9
ISBN Volumen III: 978-607-8664-63-4

Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, AC.
www.comecso.com

Instituto de Investigaciones Sociales
www.iis.unam.mx

Ciudad de México, 2025

Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana consta de veinte volúmenes, correspondientes a los ejes temáticos desarrollados en el IX Congreso Nacional de Ciencias Sociales, que se ponen a disposición del público en formato de documento portátil (.pdf). En esta edición del Congreso los eventos especiales (tales como las Conferencias Magistrales, Mesas Magistrales y Presentaciones de libro) fueron grabados y también se encuentran disponibles en formato digital. Junto con los volúmenes, pueden encontrarse en la siguiente dirección: <https://www.comecso.com/congreso-ix/volumenes>.

Índice

Presentación 17

Jorge Cadena-Roa

Mensaje de bienvenida 25

Miguel Armando López Leyva

Introducción 31

Roberto Castro Pérez y Miguel Ángel Rivera Herrera

Perspectivas sociales sobre salud mental

Procesos de democratización de la salud mental en las universidades en México 35

María Teresa González Herrera

Identidades locas en México: lógicas y esquemas de enunciación desde el activismo en primera persona 55

Héctor Zapata Aburto

Hacia un Equilibrio Digital: Explorando la Relación entre Tecnología, Salud Mental y Apoyo del Trabajo Social 81

Santos Rosa Irene Tong Núñez, Román Rojo Urrea e Irán Abelino Núñez Valenzuela

Más allá del pensamiento sistémico: el paradigma participativo. Una visión para el abordaje de las violencias 101

Lidia Karina Macias-Esparza y Esteban Laso Ortiz

Políticas de salud, sustentabilidad e inclusión

Los avatares de la inclusión. Las políticas públicas de salud y los mecanismos sociales de la exclusión..... 121

Adriana Murguía Lores

Salud y desarrollo sustentable: hacia la construcción conceptual de la salud sustentable 139

Blanca Medina Viezca, Esteban Picazzo Palencia, Esthela Gutiérrez Garza y Lilia Mendoza Longoria

Estudios sociales en torno a la pandemia de COVID-19

Sobrepeso y Obesidad en Escolares. Las prevalencias después de la pandemia de COVID-19.. 161

Blanca Itzel Solano Hernández

Gestión Pública aplicada a la Inteligencia para la Seguridad Nacional: Eficiencia gubernamental y pandemia por COVID-19 en la OCDE 175

Luis Gustavo Arteaga Suárez

Estructuras sociales, instituciones de salud y la experiencia subjetiva de los padecimientos

Factores resilientes en mujeres con cáncer de mama en remisión: Institucionalizadas y no Institucionalizadas 205

Ma. Irene Silva Silva

Enfermedades Crónicas en México: El Trabajo Social como Factor Clave en la Atención 223

Santos Rosa Irene Tong Núñez, Román Rojo Urrea y Irán Abelino Núñez Valenzuela

La experiencia subjetiva de las maestras y los maestros en la pandemia. Reflexión, formación y transformación..... 249

Néstor Hernández Benítez

Presentación

Jorge Cadena-Roa
Secretario Ejecutivo
COMECOSO

Esta publicación reúne los trabajos seleccionados por los coordinadores de los ejes temáticos del IX Congreso Nacional de Ciencias Sociales (IXCNCS), *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana*, que tuvo lugar en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, del 8 al 12 de abril de 2024, gracias a la generosa hospitalidad de sus directivos, su equipo de trabajo, su comunidad académica y la de varias entidades de la UNAM que alojaron algunas actividades del Congreso.

El COMECOSO agrupa a todas las ciencias sociales: las ciencias de las organizaciones, la antropología, las ciencias jurídicas, la ciencia política, la comunicación, la demografía, la economía, la geografía, la historia, la psicología social, las relaciones internacionales y la sociología y también de áreas interdisciplinarias como estudios regionales, desarrollo intercultural, educación, metodología de las ciencias sociales, salud pública, trabajo social, migraciones y movilidades, riesgos y desastres, sustentabilidad y medio ambiente, urbanismo y otras más. Todas ellas cuentan con capacidades científicas instaladas muy considerables para definir y estudiar problemas complejos, elaborar diagnósticos, identificar causas y consecuencias, generar conocimientos nuevos, proponer soluciones y evaluar los resultados de intervenciones previas. Nuestro congreso bienal es el más interdisciplinario e interinstitucional de las ciencias sociales mexicanas.

En vísperas de las elecciones generales a celebrarse el 2 de junio del 2024, el Comité científico del Congreso decidió que su tema central fuera la democracia y la formación del nuevo gobierno que tendría que atender diversas problemáticas de enorme importancia. El VIII CNCS estuvo centrado a los desafíos que presentaba la pospandemia y el futuro inmediato. Ahora la atención estaría centrada en los retos para la democracia. En tres de las cuatro elecciones presidenciales anteriores (2000, 2006, 2012 y 2018) la ciudadanía había votado por despedir del ejecutivo federal al partido gobernante. En el 2000 terminó la prolongada hegemonía del PRI con el triunfo del PAN que refrendó en el 2006. Sin embargo, 2012 el PRI recuperó la Presidencia de

la República y en 2018, Morena, el partido más joven, desplazaba al PRI iniciando una nueva época en el país. ¿En 2024 volvería a ganar las elecciones? ¿Cuáles serían las tareas pendientes para el siguiente gobierno? ¿Cuáles sus prioridades y estrategias?

Desde marzo del 2020 el país sufrió el flagelo de la pandemia del COVID-19 que provocó la pérdida de cientos de miles de vidas humanas con todo lo que ello implica para sus familias, sus seres queridos, sus comunidades, para el país. Para comprender lo que sucedía, sus consecuencias previsibles y para hacer recomendaciones de política pública, organizamos el ciclo de conferencias *Las Ciencias sociales y el coronavirus* del 12 de mayo al 30 de junio de ese año (<https://www.comecso.com/coronavirus>), cuyas versiones revisadas fueron publicadas en un libro colectivo con el mismo título (https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2022/01/CSyCoronavirus_220121.pdf). Ese desastre corrió paralelo al mayor desajuste económico mundial en cien años. A lo anterior se sumó el creciente deterioro de la seguridad pública, retrocesos respecto a logros alcanzados durante décadas de construcción de la democracia en México, violaciones a los derechos humanos derivados de la creciente presencia del ejército en asuntos de seguridad pública y un debilitamiento del Estado constitucional de derecho. La lista de amenazas y retrocesos podría alargarse, pero solo agrego que, ahora que más se necesita del conocimiento científico, el presupuesto destinado a la ciencia, la tecnología y la innovación disminuyó y que el diseño de políticas públicas basadas en evidencias fue desplazado por decisiones unilaterales, cuando no unipersonales. Este breve e incompleto balance de la situación es suficiente para darnos cuenta de que el país enfrenta enormes desafíos en el futuro inmediato. Así estamos, no sirve de nada ocultarlo, minimizarlo, hacer como si no pasara nada.

Para el IXCNCS fuimos muy afortunados de contar con la participación de 25 destacados conferencistas que trataron los siguientes temas: Manuel Alcántara, *La democracia fatigada en el marco de sociedades virtuales cansadas*; Gerardo Munck, *Las ciencias sociales y la democracia: dos miradas*; Claudio Lomnitz y Alejandro Portes, *Reflexiones sobre las ciencias sociales en México y Latinoamérica en el marco de la celebración por el 85° Aniversario de la Revista Mexicana de Sociología.*; Carlos Fidel, Flavio Gaitán e Iliana Yaschine, *Desigualdad y pobreza en México y América Latina en el marco de los retos para la democracia*; Isabel Osorio Caballero, Seyka Sandoval y Sara Ochoa, *Retos y oportunidades de la economía mexicana de cara al futuro*; Carlos Silva, Salvador Maldonado y José Luis Velasco, *Inseguridad y violencia*; Irene Pisanty,

Mildred Castro y Eduardo Vega, *La crisis del agua en México: desafíos hidrológicos, hidráulicos y de política pública*; Araceli Pérez, Emanuela Borzacchiello y Libertad Argüello, *Desplazamiento forzado interno y violencias en México*; María Marván, Rosa María Mirón y Javier Aparicio, *Resiliencia de la democracia*; Liz Hamui Sutton, Marina Kriscautzky y Jackeline Bucio, *Inteligencia artificial en la docencia, la investigación y la difusión*.

La convocatoria al IXCNCS comprendió 21 Ejes temáticos para los que recibimos 1,202 ponencias. Los 44 coordinadores de eje aceptaron 802 de ellas que fueron presentadas en 216 mesas de trabajo. Se programaron 22 mesas magistrales, con la participación de 70 especialistas. Se realizó una feria del libro de las ciencias sociales en la que participaron 25 casas editoriales y se presentaron 15 libros. Las conferencias, mesas magistrales y presentaciones de libros fueron transmitidas en vivo y se pueden consultar en nuestro canal de YouTube (<https://www.youtube.com/comecso>). Como en congresos anteriores, se impartieron talleres sobre temas como análisis del discurso, cartografías participativas, movimientos estudiantiles, análisis de las imágenes, análisis espacial de datos sociopolíticos, entre otros.

Durante mi gestión como Secretario Ejecutivo del COMECSO procuramos ampliar la cobertura temática de los congresos nacionales de ciencias sociales, enfatizar su vocación interdisciplinaria, multiplicar las oportunidades de contacto entre practicantes de diversas disciplinas, atraer la atención sobre algunos de los problemas más apremiantes que enfrenta el país, incentivar la formulación de propuestas de intervención de los sectores social, gubernamental, legislativo, privado y académico para atenderlos, atraer la atención sobre las capacidades instaladas en las ciencias sociales y su potencial para apoyar actividades de intervención. Por ello, en el IXCNCS se incluyeron ejes temáticos dedicados a:

- *ciencias de las organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil* porque es evidente que las organizaciones son la vía más efectiva para canalizar esfuerzos colectivos orientados a solucionar problemas y producir efectos deseables. Tenemos que impulsar el estudio de las organizaciones a fin de potenciar la eficacia, eficiencia, relevancia y legitimidad de la acción colectiva;
- *las ciencias jurídicas* porque las leyes son la forma de regular las relaciones sociales en condiciones democráticas y de economía de mercado, de acotar las decisiones

discrecionales y arbitrarias de diferentes actores, de procurar que las relaciones entre las partes se mantengan dentro de marcos previsibles y regulados;

- *la democracia ante nuevos desafíos: polarización, declive y resiliencia* porque en diferentes partes del mundo, aun en países con democracias consolidadas, los sistemas democráticos han sufrido deterioros y regresiones que es necesario reconocer, entender, contener y revertir y con esos conocimientos contribuir a la conservación de la democracia, a su ampliación, profundización y a que prevalezca sobre las amenazas autoritarias;
- *opinión, pública, comunicación y encuestas* para entender la dialéctica de los discursos polarizantes, sus intenciones, la necesidad de distinguir entre información verdadera y falsa, que nos permita comprender cómo se moldea el sentido común y se producen el consenso y el disenso, para discernir la importancia de la deliberación en la toma de decisiones públicas y de la rendición de cuentas como responsabilidad democrática;
- *sustentabilidad, recursos naturales y energías limpias* porque sabemos de las amenazas que enfrenta la humanidad por el deterioro ambiental, el calentamiento global, la creciente escasez de agua potable, la zoonosis y otras amenazas que deben atenderse de inmediato;
- *tecnologías de la información y la comunicación, redes digitales y sociedad* porque la pandemia aceleró el uso de diferentes tecnologías en el hogar, en la escuela, en el trabajo y está por conocerse su impacto en la sociedad, particularmente por el uso de inteligencia artificial en diferentes actividades;
- *vulnerabilidades, riesgos y desastres* porque la pandemia debe ser analizada como un desastre mayúsculo y porque resulta evidente que hay un margen muy considerable para mejorar lo que hemos hecho en materia de prevención, atención y recuperación;
- *Sistemas agroalimentarios* porque la producción, distribución y consumo de alimentos para una población creciente es de importancia vital, lo mismo que la atención a los problemas de salud asociados con el consumo de algunos alimentos y bebidas, como la obesidad, la diabetes y la hipertensión, enfermedades crónico-degenerativas que en México han alcanzado niveles alarmantes.

Otros ejes temáticos del IXCNCS estuvieron dedicados a temas que se habían tratado con anterioridad en nuestros congresos y que generan importantes intercambios de ideas y propuestas, como ciencia, tecnología e innovación, cultura, religiones y representaciones colectivas, problemas

económicos y de política pública, desigualdades, vulnerabilidades e interseccionalidad, población y desarrollo, educación, estudios de género, mercados de trabajo, relaciones internacionales, migraciones, la vida en las ciudades, sociedad civil, protestas y movimientos sociales, salud pública, violencias, ilegalidades y crimen, padecimientos mentales, problemas teóricos y metodológicos de las ciencias sociales, entre otros.

En palabras de Clausewitz, sostenemos firmemente que *el conocimiento se debe transformar en capacidades genuinas*. La clave para conseguirlo se encuentra en estrechar los lazos y la colaboración entre pensadores (*thinkers*), particularmente quienes se dedican al estudio sistemático de causas y consecuencias, e implementadores (*doers*), es decir, políticos, funcionarios públicos, diseñadores e implementadores de política pública. El IXCNCS mostró las capacidades científicas instaladas con las que cuenta el país para comprender los procesos económicos, sociales, políticos, culturales, ambientales; para proponer formas de intervención basadas en evidencias que enfrenten los graves problemas que nos amenazan, que también nos ayuden a prevenir, preparar, responder y recuperarnos de los desastres que inevitablemente ocurrirán en el futuro. Con este Congreso refrendamos nuestra disposición a poner el conocimiento generado por las Ciencias Sociales al servicio del país.

Desde la Secretaría Ejecutiva del COMECSO hemos procurado impulsar el desarrollo de ciencia básica, pero también de ciencia post-académica, es decir, no dirigida solamente a especialistas y a nuestros pares, sino a actores no académicos, sociales, gubernamentales, legislativos, del sector privado, que se traduzca en resultados y productos que pueden elevar la calidad de vida de la población, mejorar el funcionamiento de las instituciones, mejorar la efectividad de los sistemas de procuración e impartición de justicia, enfrentar los desafíos del cambio climático, atender las problemáticas que enfrentan los migrantes, la falta de empleo, superar las limitaciones fiscales y la austeridad gubernamental que en la práctica se traduce en la destrucción de capacidades estatales y en una severa limitación de la acción pública estatal. No tenemos duda de que las ciencias sociales pueden contribuir a la comprensión, atención y solución de los graves problemas que enfrentamos como colectividad. Tenemos propuestas viables para enfrentar los más diversos problemas de la convivencia social en paz, justicia y democracia. Lo que nos motiva es una firme voluntad de comprender de manera sistemática y basada en evidencias fenómenos de la vida en sociedad. No nos mueve una lógica de poder, sostenemos que la ciencia

debe permanecer ajena a las contiendas políticas y los discursos ideológicos. Queremos sí, un mejor país, y nuestra manera de contribuir a ello es proporcionado una base científica para el diseño y evaluación de las políticas públicas.

Agradezco, en nombre del COMECSO a todos los que hicieron posible que el IXCNCS fuera un éxito, a los conferencistas, ponentes, moderadores y comentaristas y al público que de manera presencial o remota siguió sus actividades. Particularmente estamos muy agradecidos con el director del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, Dr. Miguel Armando López Leyva, quien asumió con entusiasmo el reto de ser el anfitrión de este Congreso que se desarrolló bajo la mirada atenta de la directora interina del mismo instituto, Dra. Ivon Angulo.

Aprovecho para agradecer a quienes apoyaron las actividades de esta Secretaría Ejecutiva durante el periodo 2016-2024. En primer lugar, al Comité Directivo y a la Asamblea General del COMECSO por su confianza y apoyo. Agradezco muy especialmente a la Dra. Guadalupe Valencia García quien siendo directora del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH) de la UNAM, acogió sin reservas la sede del COMECSO. El Dr. Mauricio Sánchez Menchero, director actual del CEIICH mantuvo el apoyo irrestricto a las actividades del Consejo. También quiero dejar constancia de nuestro reconocimiento a las entidades de la UNAM que durante ese periodo apoyaron las actividades cotidianas del Consejo: Dra. Guadalupe Valencia, Coordinadora de Humanidades; Dr. Miguel Armando López Leyva, Coordinador de Humanidades; Dra. Angélica Cuéllar y Dra. Carola García Calderón, directoras de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; Dr. Tomás Rubio Pérez, director de la Facultad de Contaduría y Administración; Mtro. Eduardo Vega, director de la Facultad Economía; Dra. Mónica González Contró, directora del Instituto de Investigaciones Jurídicas; Dr. David García Pérez, director del Instituto de Investigaciones Filológicas; Dra. Marcela Amaro Rosales, directora del Instituto de Investigaciones Sociales; Dr. Melchor Sánchez Mendiola, Coordinador de la Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia (CUAIEED) y al Mtro. Ricardo Arroyo Mendoza, Director de Tecnologías de la Información de la CUAIEED.

La publicación de estos volúmenes no busca solo dejar constancia de lo realizado, sino de que tenga la mayor difusión posible, que estos trabajos lleguen a públicos cada vez más amplios y se vea la importancia de las Ciencias Sociales para la comprensión de los problemas nacionales y su capacidad de generar propuestas de atención y solución a ellos. De esa manera esperamos

contribuir a que se haga cada vez más y mejor investigación, de que se presenten más y mejores propuestas de intervención para la solución de problemas, que se conozcan las capacidades instaladas con las que cuenta el país en ciencias sociales, que se sepa de qué manera pueden contribuir a la comprensión y solución de los grandes problemas nacionales.

En el 2016, la Asamblea General del COMECSO me eligió para el cargo de secretario ejecutivo de la asociación. Mi periodo concluía en el 2020, pero debido a las restricciones impuestas por la pandemia el Comité Directivo me solicitó que continuara en el cargo hasta que la sucesión pudiera darse en condiciones adecuadas. La Asamblea General ratificó esa decisión. Esta será la última presentación de los resultados del Congreso que escriba como Secretario Ejecutivo del Consejo. Quiero por eso dedicar unas líneas para resumir lo que hicimos en los últimos ocho años:

1. Organizamos cuatro congresos nacionales de ciencias sociales, incluido el IXCNCS. Uno de ellos, el de 2020, durante la pandemia, fue en línea. En esos cuatro congresos se impartieron 24 conferencias magistrales, se presentaron 94 mesas magistrales y se expusieron 2,855 ponencias;
2. Cada año, desde el 2018, convocamos a la semana nacional de las ciencias sociales. En las seis primeras semanas nacionales que organizamos participaron 598 coordinadoras y coordinadores, se registraron 1,385 actividades académicas en las que participaron 6,071 personas en todo el país. Este número no incluye al público que estuvo presente ni a quienes vieron posteriormente las actividades que quedaron registradas.
3. Convocamos a la formación de siete grupos de trabajo en los que, hasta el momento de escribir esta presentación, participan más de 200 especialistas de más de un centenar de entidades académicas del país y del extranjero. Los temas sobre los que trabajan esos grupos de trabajo son: *Desplazamiento forzado interno y violencias en México; Desastres; El humor, la risa y las jerarquías; Atención psicológica para estudiantes universitarios y del bachillerato en México; Senderos metodológicos para la investigación social contemporánea; Gobernanza; Retos y posibilidades para la teoría social en el siglo XXI.*
4. Avanzamos en la internacionalización del COMECSO: reactivamos nuestra afiliación a la International Science Council (ISC) y a propuesta nuestra, la coordinadora del Grupo de Trabajo sobre Desastres del Consejo fue nombrada miembro del comité científico del

Programa de Investigación en Riesgos de Desastre (IRDR) de la ISC y la Organización de las Naciones Unidas. Asimismo, fuimos reconocidos por la International Sociological Association (ISA) como representantes de los sociólogos mexicanos.

5. En materia de difusión, nuestro portal (<https://www.comecso.com/>) pasó de 144,433 vistas en 2017 a 1,512,305 en 2023. Hemos subido 241 videos a nuestro canal de YouTube y el número de suscriptores al canal pasó de 27 en 2017 a 2,320 en el 2023. Desde 2017, enviamos un boletín semanal a unos 6,975 suscriptores. El número de seguidores del COMECSO en Facebook se triplicó y el de X (antes Twitter) casi se cuadruplicó.

Prácticamente todas estas actividades han sido realizadas por un pequeño equipo de trabajo que me ha acompañado durante estos años y sin el cual no habríamos alcanzado las metas que nos propusimos: Sandibel Martínez, Secretaria técnica; Roberto Holguín, Coordinador de innovación tecnológica; Laura Gutiérrez, Coordinadora de difusión y comunicación; Anabel Meave, Asistente ejecutiva; Edgar Martínez, Becario de innovación tecnológica. Nuestro reconocimiento a los 104 alumnos de licenciatura y posgrado que apoyaron las actividades del IXCNCS. En la formación de los textos publicados aquí colaboraron Juan José Caballero y Sofía Zirión. Omar Reyes diseñó la portada.

Mis mejores deseos para el Dr. Ricardo López Santillán, investigador del Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales (CEPHCIS) de la UNAM quien, a propuesta de la directora del Centro, Dra. Carolina Depetris, resultó electo por la Asamblea General del COMECSO, para el honroso cargo de Secretario Ejecutivo durante el periodo 2024-2028.

Mensaje de bienvenida

Las Ciencias Sociales y los retos para la democracia mexicana

Miguel Armando López Leyva

Coordinador de Humanidades de la UNAM

“Las palabras tienen su valor en función de quién, cómo y cuándo las pronuncia, y en un contexto determinado todo puede tener sentido”, escribe el escritor húngaro Sándor Márai (2009: 34) en su novela *Los rebeldes*. Quienes somos científicos sociales, podemos apreciar el espíritu de esta frase, así fuese escrita para la ficción, un mundo en el que “lo imposible es posible”, donde “las leyes del cálculo de probabilidades pueden ser infringidas”, donde “puede aparecer un hombre más poderoso que el azar”, para citar a otro escritor, este rumano, Mircea Cărtărescu (2010).

Nuestro mundo, el que estudiamos en su diversidad de fenómenos y procesos, en el que convivimos y discutimos, no es de ficción, aunque a veces haya paralelismos inquietantes que nos hagan dudar del suelo que pisamos. Sucesos que podríamos considerar impensables en otro tiempo, transcurren con naturalidad hoy y nos acostumbramos a ellos; ideas que podríamos asumir razonablemente como inadmisibles, por excluyentes e intolerantes, rigen el destino de varios países en la actualidad y amenazan con regir a otros en el futuro; personajes con pretensiones autoritarias, con concepciones simplistas de la vida política, establecen los parámetros de la escena pública y consiguen apoyos sustantivos para sus causas. Es este un escenario de no ficción que bien daría pie a la imaginación fértil de un buen escritor.

Son estos, si acaso, algunos rasgos generales de la incertidumbre política de los tiempos recientes, que se suma a aquella que ya la ciencia social había advertido de nuestros entornos. Muchos han sido los diagnósticos sobre cómo y por qué se ha llegado a esta situación problemática. Cristina Lafont (2021), por ejemplo, ha sugerido el “significado intuitivo” de lo que llama el “déficit democrático” en el mundo: la decreciente “capacidad de los ciudadanos de participar en procedimientos de toma de decisiones que influyan efectivamente en el proceso político, de manera que éste vuelva a ser receptivo a sus intereses, opiniones y objetivos políticos”.

La conexión “responsiva” entre ciudadanos y gobernantes es la clave en esta interpretación, como ya lo habían advertido previamente, de distintas maneras y en distintos tiempos, otros autores, como Peter Mair (2015) al referirse al “proceso de vaciado” de las democracias

occidentales, y G. Bingham Powell (2004), cuando expresaba su preocupación acerca de las “subversiones” a la “cadena de la responsividad”. Dicha conexión (o desconexión más bien) es la que, desde esta perspectiva, parece generar la incertidumbre de la que hablo aquí, la del régimen político, entendido como reglas e instituciones, dimensión que se relaciona con otras no menores que se interrelacionan, como la representación y la rendición de cuentas.

Como puede apreciarse, me refiero a la democracia, y a una de las interpretaciones acerca de lo que provoca su actual condición crítica. Los riesgos que enfrenta no son menores y no debemos desestimarlos. No estamos frente a un proceso de estabilidad duradera ni en un momento de clara perdurabilidad, como se esperaba a finales del siglo pasado cuando llegó a su fin la tercera ola de las democratizaciones; estamos en una coyuntura delicada en la que se han puesto en duda los cimientos institucionales y conceptuales de la democracia por quienes se han visto beneficiados por ella.

Eso es lo que hace particularmente diferente esta nueva “ola de autocratización”, como se le ha llamado: los “agentes del cambio”, si se les puede llamar así, no son ahora militares o grupos armados en rebeldía, son líderes civiles, con altas tasas de popularidad, que aprovechan las condiciones de competencia que negociaron previamente para acceder al poder y, entonces, transgredir las reglas democráticas. El poder se personaliza, deja de ser institucional para encarnarse en un líder que define lo que es bueno y lo que es malo. El poder, siempre el poder, del que dijera el escritor nicaragüense Sergio Ramírez (2017), “es ya una locura en sí mismo”.

Esa ola ocurre en la mayor parte del mundo, por lo que nos reportan los informes más relevantes e influyentes de la materia, como nos lo recuerda el profesor Manuel Alcántara en su conferencia inaugural de este *IX Congreso Nacional de Ciencias Sociales: 2022 y 2023* han sido los peores años de las últimas décadas. Por cierto, en dicha conferencia, planteó la noción de “democracia fatigada” para referirse a los procesos conducentes al declive democrático y la necesidad de tener en cuenta tres cuestiones relevantes: la política centrada en líderes excesivamente individualistas, el desdibujamiento del eje “tradicional” de izquierda – derecha, y el efecto disruptor del presidencialismo, particularmente en América Latina.

Es relevante decir que esa situación crítica ha mermado el clima de trabajo para la comunidad académica. El *Índice de Libertad Académica de 2023*, entre cuyos indicadores se encuentran la libertad de investigación y de cátedra, y la autonomía institucional de las

universidades, dos de los basamentos de nuestra identidad como científicos sociales, establece que, de 179 países evaluados, en 22 de ellos, en donde la libertad académica ha caído, concentran más del 50% de la población mundial; en América Latina, el deterioro es particularmente visible en Uruguay, Nicaragua, El Salvador y Brasil. La libertad académica solo ha mejorado en cinco países (0.7% de la población mundial) y se ha estancado en la mayoría de ellos (152) en un nivel muy bajo. A nivel regional, hay algunas que se han visto afectadas más que otras: Asia y el Pacífico, América Latina y El Caribe, Medio Oriente y África del Norte. Un panorama preocupante, sin duda.

Porque el contexto importa y porque es el que nos corresponde afrontar y analizar con realismo, pero con optimismo cauteloso, resulta relevante que la Universidad Nacional Autónoma de México acoja una vez más el *Congreso Nacional de Ciencias Sociales* en su novena edición, una de las actividades más importantes del Consejo Mexicano de Ciencias Sociales (Comecsos). Lo es por el protagonismo que universidades como la nuestra tienen, en el sentido de su papel fundamental en la sociedad, lo que se observa no solo en la generación y transmisión del conocimiento, sus tareas básicas, sino en la “decisiva contribución” en la “definición de los grandes horizontes científicos y éticos de la humanidad”, como lo ha escrito Felipe Portocarrero Suárez (2017). Las universidades cumplen, además, con funciones que van más allá del presente inmediato, siguiendo con este autor: estimular a preguntarse metódicamente sobre cualquier asunto humano desde una perspectiva crítica, fomentar debates racionales e incitar a cuestionar los supuestos de todo razonamiento. En suma, incentivar nuestra imaginación y articular nuestra capacidad reflexiva. Nada mejor define el rol que juega nuestra Universidad Nacional, por lo cual este es el espacio propicio para dar cabida a distintas visiones sobre lo que ocurre con nuestra democracia, y comprender los variados procesos por los que ha transitado y experimenta en estos días.

En ese sentido, es doblemente relevante que el Congreso tenga lugar en 2024, año electoral, en el que nuestra democracia tendría que refrendarse mediante el mecanismo básico con el que se forman, expresan, agregan y distribuyen las preferencias ciudadanas: el voto. No es fortuito que el tema que nos congrega en esta ocasión sea: “Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana”, pues para el régimen es una prueba de resiliencia: de la correlación de fuerzas que deriva de estos comicios y el proyecto de nación propuesto para conducir del país, dependerá su

rumbo en los siguientes años. No es menor que del Congreso sea sede el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de nuestra Universidad, entidad en la que conviven las ciencias sociales y las humanidades, que fue creada para dar cabida al conocimiento pleno de “lo social”, y en el que la democracia ha sido tema recurrente de las investigaciones de los y las colegas. Bastaría citar *La democracia en México*, de Pablo González Casanova, para ubicar la raigambre que el tema tiene en la producción académica del IIS. Me congratulo de que sea así y que podamos aportar un escenario abierto al diálogo y a la discusión, a deliberaciones y posturas críticas que nos permitan entender mejor este presente pleno de desafíos. El éxito que tuvo el Congreso, visto desde la participación que concitó y el impacto que generó en nuestras comunidades, nos permite ser optimistas sobre la vitalidad de las ciencias sociales y las humanidades.

Referencias

- Cărtărescu, Mircea (2010), “El ruletista” en *Nostalgia*, Madrid, Impedimenta (versión ePub).
Índice de Libertad Académica de 2023, Consultado el 25 de marzo de 2024 en:
<https://academic-freedom-index.net/>
- Mair, Peter (2015), *Gobernando el vacío. La banalización de la democracia occidental*, Madrid, Alianza.
- Márai, Sándor (2009), *Los rebeldes*, Barcelona, Salamandra.
- Lafont, Cristina (2021), *Democracia sin atajos. Una concepción participativa de la democracia deliberativa*, Madrid, Trotta (versión ePub).
- Portocarrero Suárez, Felipe (2017), “Prefacio” en *La idea de universidad reexaminada y otros ensayos*, Lima, Universidad del Pacífico (versión ePub).
- Powell, G. B. (2004) ‘The Chain of Responsiveness’. *Journal of Democracy*. Vol. 15 (No. 4), pp. 91-105.
- Ramírez, Sergio (2017), “Introducción. La necesidad de contar” en *Antología personal. 50 años de cuentos*, México, Océano Hotel de las Letras (versión ePub).

Introducción

Ciencias sociales de la salud

Roberto Castro Pérez (CRIM-UNAM)

Miguel Ángel Rivera Herrera (FCPyS-UNAM)

Coordinadores

Los trabajos presentados en el Eje temático 3 se enfocan en los determinantes socioculturales del proceso de salud-enfermedad-atención, tanto en su vertiente estructural; desigualdades de clase, género, étnicas, regionales o generacionales, políticas y servicios de salud, etc., como subjetiva; estudios sobre la experiencia subjetiva de los padecimientos, de las identidades relacionadas con la salud-enfermedad, y en la articulación de ambas.

Asimismo, tienen cabida estudios socioculturales que contribuyen a comprender no únicamente las dimensiones biológicas, históricas, ambientales y económicas que generan o previenen la salud-enfermedad; sino también aquellos que indaguen sobre los elementos estructurales de las organizaciones sociales en materia de salud que tienen por finalidad analizar o incidir en el trabajo de los tomadores de decisiones o de prestadores de servicios de salud.

De esta forma, los textos aquí reunidos versan sobre las condiciones que explican el que determinados países tuvieran una gestión más eficiente de la pandemia por COVID-19, llevando a la reflexión sobre las presiones inéditas que este virus impuso al sistema de salud, mismas para las que los gobiernos de los estados nacionales no se encontraban preparados; ello tuvo repercusiones en los sistemas, personas usuarias de sus servicios y diversos trabajadores que debieron continuar con sus labores a pesar de la incertidumbre generada por su causa.

De igual manera, algunas ponencias profundizan sobre la progresiva institucionalización del cuidado de la salud mental, abordándola desde los desafíos que implica y los factores que la conforman; llevando a los y las autoras a indagar sobre la naturalización de los servicios de salud mental en ámbitos educativos; las factores de adaptación ante el cáncer que han desarrollado mujeres en remisión, que padecen o han padecido cáncer de mama; o la manera en que activistas del movimiento en primera persona en México constituyen lugares de enunciación a partir de hacer uso de categorías político-identitarias.

Relacionado a ello, se reflexiona sobre el tercer orden en terapia sistémica y el “Marco de poder, amenaza y significado” en psicopatología, coadyuvando a entender el sufrimiento y la patología psicológica como resultado de la violencia o la injusticia, contextualizándolos en los sistemas sociales, económicos, culturales y naturales de los que forman parte.

Por último, se considera el sobrepeso y la obesidad en escolares, mismos que incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, problemática que conviene estudiar debido al incremento proyectado en el gasto total en salud generado por ambas comorbilidades; aportando la investigación, junto con las anteriormente descritas, a fundamentar la importancia de aquella que busca contribuir a construir conceptualmente la “salud sustentable” como una interrelación e interdependencia entre la vida humana y el entorno en el que vivimos, pasando de una visión antropocéntrica a un enfoque eco céntrico de la salud y el desarrollo sustentable.

Así, los textos a continuación presentados brindan una perspectiva multidisciplinaria que contribuye a abordar y comprender las ciencias sociales de la salud desde la complejidad que encarnan; dejando en claro que, para su investigación, es necesario cambiar cosmovisiones separatistas entre lo meramente biológico y social, llevando a conclusiones enriquecedoras para ambas perspectivas en miras de la más completa comprensión del individuo y su entorno.

Perspectivas sociales sobre salud mental

Procesos de democratización de la salud mental en las universidades en México

Processes of mental health's democratization in universities in Mexico

*María Teresa González Herrera**

Resumen: En las últimas tres décadas hemos asistido a la progresiva institucionalización del cuidado de la salud mental de jóvenes en clínicas y centros dentro de universidades en México.

Respecto al bienestar psicosocial, el personal que brinda servicios en las universidades se enfrentan a la pluralidad, es decir, la diversidad de maneras en que los estudiantes por sus culturas de origen, conceptualizan, el cuidado de sí y de sus entornos.

La relación que se establezca con sus ideología originaria en sus comunidades produce diversos efectos que, si son contrarios, podemos describirlos incluso como procesos de disonancia cognoscitiva respecto a la genealogía del malestar, la solicitud de apoyo, el correlato, el tratamiento, es decir, que puede trastocar ideas naturalizadas por sus entornos de procedencia.

Estas dinámicas permiten desnaturalizar ideas arraigadas sobre las relaciones interpersonales, resolución de conflictos, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas y los procedimientos adecuados para abordarlos. El cuidado de la salud mental desde las universidades no busca desplazar, las creencias de origen si no ampliar la mirada acerca de lo que les acontece a los jóvenes, identificar nuevas formas de conceptualizarlo.

Quienes laboran en los espacios de prevención e intervención en universidades enfrentan frecuentemente franca tensión para la atención, participan como mediadores y gestores de entornos, ideologías, dinámicas, inercias a favor del bienestar psicosocial en contextos de donde abunda la pluralidad de voces, que opinan sobre la manera de prevenir y cuidar. Incluso hay voces al margen de la ciencia, y que puede poner en peligro a quienes requieren de atención psicológica. Consideramos que estos fenómenos son entonces expresión de los retos a los que se enfrentan incipientes procesos de democratización de la salud mental institucionalizada en las universidades.

Abstract: In the last three decades we have witnessed the progressive institutionalization of mental health care for young people in clinics and centers within universities in Mexico.

Regarding psychosocial well-being, the personnel who provide services in universities face plurality, that is, the diversity of ways in which students, due to their cultures of origin, conceptualize caring for themselves and their environments.

* Doctora en Estudios Latinoamericanos por la UNAM, Posdoctorado en Estudios Organizacionales, UAM-I, Maestría en Psicología Social, BUAP, Línea de investigación: Institucionalización de la Salud Mental en Entornos Educativos. Coordinadora con la Dra. Carolina Santillán del Grupo de Trabajo ‘Atención Psicológica para estudiantes universitarios y del bachillerato en México, COMECOSO.’ mayte0888@gmail.com, mariateresa.gonzalez@upaep.mx.

The relationship established with their original ideology in their communities produces various effects that, if they are contrary, we can even describe them as processes of cognitive dissonance with respect to the genealogy of the discomfort, the request for support, the correlate, the treatment, that is, that can disrupt ideas naturalized by their environments of origin.

These dynamics allow the denaturation of deep-rooted ideas about interpersonal relationships, conflict resolution, consumption of alcohol or psychoactive substances and the appropriate procedures to address them. Mental health care from universities does not seek to displace original beliefs but rather to broaden the view of what happens to young people, identifying new ways of conceptualizing it.

Those who work in prevention and intervention spaces in universities frequently face frank tension for attention, they participate as mediators and managers of environments, ideologies, dynamics, inertia in favor of psychosocial well-being in contexts where the plurality of voices abounds, who give their opinion on the way to prevent and care. There are even voices outside of science, which can endanger those who require psychological attention. We consider that these phenomena are then an expression of the challenges faced by incipient processes of democratization of institutionalized mental health in universities.

Palabras clave: universidades; democratización; pluralidad; salud mental.

En las últimas tres décadas hemos asistido a la progresiva institucionalización del cuidado de la salud mental para jóvenes universitarios en clínicas, programas y centros en entornos educativos; en específico nos dedicamos al estudio de estos fenómenos en Instituciones de Educación Superior en México. La acelerada naturalización de los servicios de salud mental en estos ámbitos educativos ha venido acompañada de desafíos que implica prevenir y atender una dimensión que antaño solía estar reservada para el entorno privado de cada estudiante, a saber, su estado emocional, los factores protectores y sus posibles conductas de riesgo.

El rol que las universidades comenzaron a ocupar a finales del siglo XX en el ámbito de la distribución de servicios de salud mental en el país, desde nuestra perspectiva, han modificado estructuras, interacciones y subjetividades en estas instituciones. Empleamos la metodología configuracionista (De la Garza, 2018) para realizar el análisis de cómo estos servicios han permitido abrir camino para procesos de democratización del acceso a la salud mental tanto al interior como al exterior de estos entornos educativos.

Este es el supuesto que sustenta y acompaña este escrito, las universidades han trabajado en la reducción de brechas estructurales, así que la pregunta a guisa de eje articulador de este escrito es ¿Por qué hablar de procesos de democratización de salud mental en entornos educativos?

“En el lenguaje de Tocqueville ‘democracia’ significa, por un lado, como forma de gobierno donde todos participan en la cosa pública” (Bobbio, 2006, p. 63) La respuesta emerge de las comunidades en las instituciones de educación superior, los centros de salud mental han promovido la participación activa, el establecimiento de nuevos canales de diálogo, la identificación de su capacidad de agencia, el empoderamiento de las comunidades hacia el cuidado de sí, así como de la sociedad.

Al abordarlo desde los procesos de democratización, trabajamos aquí con dos ejes, a saber, asegurar la igualdad de oportunidades del acceso a los servicios de salud mental y con la capacidad de participación social en las decisiones institucionales acerca del cuidado del bienestar psicosocial.

Y por otro lado el cuestionamiento, ¿Cuáles son los efectos hacia fuera de las instituciones de educación superior respecto a estos procesos de democratización?

Estos procesos de democratización también se evidencian hacia afuera de las instituciones educativas, si las concebimos como sistemas adaptativos complejos. Sullivan, T. (2011) en la coordinación de áreas al interior y exterior de estos sistemas, han llevado al cuestionamiento de las condiciones que derivaron en la crisis de representatividad de distintos grupos y colectivos antaño invisibilizados, en la recuperación de asuntos y problemáticas no sólo individuales sino incluso institucionales y estatales, en la crítica a la gobernanza y la participación para la definición las prioridades, por mencionar algunas expresiones de estos procesos que cambiaron las hojas de ruta de estos espacios académicos.

Pero ¿Qué más implica la democracia en los servicios de salud? y ¿Cuáles eran las expresiones de esta necesaria democratización? Esos son algunos de los cuestionamientos que impulsaron este proyecto iniciado en 2019 para recuperar la experiencia de los Centros de Salud Mental en universidades.

Para comenzar, en este trabajo presentamos el panorama de las Instituciones Educativas de nivel Superior en México, datos de su presencia en el país, de las poblaciones a las que atraen, de las problemáticas estructurales en materia de salud mental presentes en estos entornos y los efectos de la coyuntura de lo que algunos autores como Bourgeault, Maier, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S (2020) han denominado una curva de pandemia de salud mental.

Posteriormente presentamos cómo las universidades a través de estos centros y clínicas

universitarias han institucionalizado los servicios de salud mental reduciendo las brechas en la promoción de este derecho universal que es el acceso al bienestar psicosocial; cuáles han sido las expresiones de procesos de democratización fundamentalmente porque cuestionan las estructuras que dan forma u orden organizacional, social y permiten nuevas formas de diálogo y por lo tanto de horizontes posibles.

El panorama de las instituciones de educación superior en México

En México existen 3,071 instituciones de educación superior según las cifras del Sistema de Información Cultural (SIC, 2022). Y de acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior el número de universidades adscritas a este organismo son 216. (ANUIES, 2023). Existen diferentes tipos de Instituciones de Educación Superior que abarca nuestro trabajo, a saber:

Tabla 1.
Instituciones de Educación Superior en México.

Universidades Públicas Federales y Estatales
Institutos Tecnológicos Federales y Estatales
Universidades Politécnicas
Universidades Privadas
Universidades Públicas Estatales con Apoyo Solidario
Universidades Interculturales
Centros Públicos de Investigación
Escuelas Normales Públicas

Fuente: Elaboración propia con datos de la SEP (2015)

En el país son claramente identificables tres *clusters* o conglomerados educativos, llamados así porque concentran el mayor número de instituciones que ofrecen servicios de educación superior en el país. Encabezando el conglomerado educativo en primer lugar se encuentra la Ciudad de México con 334 instituciones, en orden descendente, el Estado de México con 243 y en tercer lugar, el estado de Puebla con 228 instituciones de educación superior. (SIC, 2022)

Las implicaciones de constituirse como *clusters* educativos a nivel nacional se relacionan de forma compleja, es decir, más allá de causas y consecuencias, con distintas dimensiones, desde los aspectos económicos y actividades productivas y la toma de decisiones políticas, pero nos concentramos aquí en los que tienen que ver con la composición de la población, el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la salud.

Estructuras y coyunturas que denotaban la necesidad de la democratización de la salud mental. Sería reduccionista considerar que el establecimiento de los servicios de salud mental en las Instituciones de Educación superior responde solamente al incremento de la demanda o a las evidentes afectaciones que dejó la pandemia, sin considerar que responden a aspectos estructurales más complejos y de larga data relacionados con el acceso a la educación, los flujos migratorios, la globalización, la desigualdad en el reparto del ingreso y el acceso a los servicios de salud.

En el caso específico de la salud mental, dichas funciones del Estado están contenidas en la ‘Ley General de Salud’ emitida en 1984 (Última reforma publicada DOF 03-01-2024) La legislación descrita constituye un ejemplo de estructura que han enmarcado relaciones estatales - institucionales, con sus presencias y sus ausencias delinearon y, por momentos, definieron también las interacciones entre las comunidades académicas y estudiantiles alrededor de la salud mental.

De acuerdo a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal la población que tiene acceso a los servicios de salud mental en México en cifras representa una proporción de “44 profesionales de esta área por cada 100 mil habitantes”. Secretaría de Salud (2020)

La inclusión de los servicios de salud mental en las universidades, la ampliación de funciones en materia de promoción, prevención e intervención también pueden explicarse por estas dinámicas estatales, las carencias en materia de responsividad hacia la salud mental hacia la población mexicana, que nos disponemos a explicar.

La ‘responsividad’ se presenta cuando un gobierno es capaz de captar demandas de sus ciudadanos (entendidos tanto como mayorías como grupos no mayoritarios) y de ofrecer respuestas que abonen a la atención concreta de esas demandas de manera favorable, en el marco de un horizonte temporal de corto plazo. (Ramos, G. A. C. , 2021, marzo 25).

Otra expresión de la necesaria democratización como problemática estructural, es la escasa

participación de determinados grupos cuyo bienestar psicosocial y salud mental no solía priorizarse en las agendas de las instituciones. El trabajo reflexivo de Miguel Armando López Leyva (2019) respecto a la democracia a través del término *responsiveness*, cuya traducción del inglés se acerca al de representatividad o responsividad es central para hablar de sistemas con gestión democrática. Vale la pena recordar que en este escrito recuperamos la acepción de ‘democratización de la salud mental’ en términos de poseer acceso a estos servicios.

Así, la capacidad de respuesta se basa en todo un engranaje institucional que permite transformar las necesidades y los intereses en acciones concretas. La responsividad implica, entonces, tener procedimientos sistemáticos para consultar a la opinión pública y a los intereses relevantes. (López Leyva, 2019, p. 19-20)

Y añadiremos, con la capacidad de responder a ellos, a esto se le denomina ‘calidad democrática’, la capacidad de satisfacer las demandas legítimas, en este caso, de salud mental. Y si las universidades asumieron su participación en la distribución de estos servicios de salud mental es porque estructural y coyunturalmente esta necesidad estaba lejos de ser resuelta por los mecanismos e instituciones estatales.

En la misma línea, las cifras presentadas del acceso a este tipo de servicios para la población adulta en México sugieren importantes ausencias en materia de prevención y atención en desórdenes frecuentes como la depresión y ansiedad. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 “captó que 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado” p. 2

Otra de estas preocupantes temáticas han sido ampliamente documentadas por diversos investigadores que han realizado distintas formas de tamizaje respecto a estas problemáticas en el país, es el caso de la ideación y conducta suicida. En México el INEGI (2024) contabilizó 8,239 defunciones registradas en el transcurso del año 2022 por esta causa. Las problemáticas que se atienden en las universidades guían nuestro análisis de aquellas necesidades en las que el Estado había demostrado escaso nivel de responsividad.

Otro ejemplo son las cifras respecto a problemáticas que se ha vuelto común prevenir y atender en los centros de salud mental universitaria se refiere al consumo de alcohol en adolescentes

y adultos. De acuerdo a la información recuperada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022 (ENSANUT), por Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., & López-Olmedo, N. (2023).

En la población adolescente se encontró que las prevalencias de consumo de alcohol actual, excesivo en los últimos 12 meses y excesivo en los últimos 30 días, fueron de 20.6, 13.9 y 5.2%, respectivamente; las prevalencias fueron ligeramente mayores en hombres que en mujeres, aunque las diferencias no fueron significativas. En la población adulta, la prevalencia de consumo actual de alcohol fue 55.5%, mientras que las prevalencias de consumo excesivo en los últimos 12 meses y 30 días fueron de 40.4 y 19.1%, respectivamente. (p. S79)

Así que el rol que cumplen los espacios de prevención y atención en las universidades han permitido acercar a las personas a importantes servicios que pueden salvar vidas, así como desnaturalizar problemáticas psicosociales, como el exceso en el consumo de alcohol, asuntos que incluso ha sido naturalizados o invisibilizados en algunos contextos y culturas.

El consumo de drogas ilegales de acuerdo a los datos recuperados por la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017” realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). Donde se presentan datos que representan una N 16,437,033 de hombres, y 17,588,359 de mujeres mexicanas deseamos enfatizar en los porcentajes de consumo de drogas.

Tabla 2.
Necesidades de atención de la población por el consumo de drogas
en la población de 18 a 34 años.

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Dependencia	2.0	0.3
Uso sin dependencia	20.8	7.3

Exposición a drogas sin consumo	29.5	14.3
No consumo	47.7	78.1

Fuente: Extracto de la tabla presentada en el reporte (INPRF, 2017, p. 162)

La tabla presentada es otra muestra de las problemáticas que atienden estos centros y cuyos beneficios se extienden más allá de la vida escolar.

La institucionalización de la salud mental en las universidades

A continuación, realizamos un breve recorrido del proceso genealógico a través de algunos de los elementos que le dieron forma a los centros de salud mental en instituciones de educación superior en México. No pretendemos agotar los factores que permiten explicar la emergencia de los servicios, si no que mencionamos los más destacados:

- *La creciente demanda de servicios de salud mental:* esto entre las comunidades que asistían a los espacios académicos tanto estudiantes, como docentes y personal administrativo, comenzaron a requerir apoyo en temas de intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos; tanto por aspectos estructurales en el país como la violencia, o el hostigamiento en aulas de algunas universidades. Los “estudiantes de la instituciones iniciaron protestas para demandar atención a la salud mental de los alumnos, y cero tolerancia a la violencia pedagógica y al hostigamiento escolar” (UAM, 2019) así como fenómenos coyunturales como los confinamientos por la pandemia.
- *Instituciones y extituciones en entornos educativos:* El concepto de ‘extitución’ se debe a Tirado Serrano y Maureira Velásquez (2016), hace referencia a cuando las universidades superan las barreras físicas del campus; así que durante la coyuntura de la pandemia muchas instituciones de educación superior incluso ofertaron servicios educativos y de salud mental virtualizados para las comunidades universitarias y para el público general, eso amplió su alcance e incidencia y le dio forma a estos servicios.
- *Los ambientes y los entornos de los campus* (físicos, naturales) que permitían o imposibilitaban el acceso a los servicios públicos y privados de salud mental. En el trabajo

de campo que hemos realizado, a través de las entrevistas semi-estructuradas, recuperamos testimonios de responsables de centros de salud mental universitaria quienes identifican el vital papel que tienen estos espacios (universitarios) en la salud mental comunitaria ante las carencias de los espacios públicos y privados por ejemplo de psicoterapia y psiquiatría. En algunos contextos los servicios de salud mental de las instituciones educativas, incluso suplen los servicios públicos por su accesibilidad y los servicios privados por sus costos; como comenta una doctora psiquiatra responsable de un centro de salud mental universitaria entrevistada por nosotros “*Les sale más económico [y fácil] ir conmigo a consulta.*” en este caso específico, ante el estrés de la violencia urbana relacionada con el narcotráfico en el norte del país y las distancias que las personas deben recorrer para tener acceso a servicios de salud mental. (Entrevista núm. 10)

- *Estructuras organizacionales receptivas al bienestar psicosocial* (con objetivos, metas, misión y visión) existen instituciones que desde los elementos que le dieron estructura fundacional, comprenden modelos formativos donde el bienestar psicosocial hacen parte del modelo formativo integrador. Así que para estas instituciones fue muy natural la apertura de áreas y programas, incluso desde hace más de tres décadas, para ofrecer servicios de salud mental.
- *Tutorías como respuesta al rezago escolar* (reportes nacionales e internacionales) otro elemento que le ha dado forma a la integración de la salud mental en las instituciones educativas de nivel superior se trata de la apertura de programas de tutoría solicitado por ANUIES. Esta asociación en la misma línea que organismos internacionales (ONU, OCDE) realizaron procesos de seguimiento de las trayectorias escolares, y diversos estudios evidenciaron los factores que se correlacionan con el rezago y la deserción escolar en México. Las problemáticas enunciadas estaba claras “Bajos niveles de desempeño, Repetición, Rezago y Fracaso estudiantil, Deserción y Abandono, Baja eficiencia terminal” (CRES, 2008, citado en ANUIES, 2011) Un momento álgido fue el año 2000, ANUIES tras la publicación del documento “La Educación Superior en el Siglo XXI. Líneas estratégicas de desarrollo” (ANUIES; 2003, p.5) en el que se mencionan 14 programas entre los que se encuentra “Desarrollo integral de los alumnos”. El texto “Programas Institucionales de Tutoría” establece la recomendación a las instituciones de ofrecer estos servicios de tutoría.

En varias instituciones de educación superior, el programa de tutorías representa un antecedente directo de la incorporación de los servicios de salud mental universitaria como veremos más adelante.

La OCDE (2010, p,4) también hace énfasis en que “La mejora en la calidad educativa es una prioridad política y social en México, especialmente en años recientes, debido a las altas tasas de pobreza, la fuerte desigualdad y el aumento de la criminalidad.” Es decir que incluso desde un punto de vista pragmático, las mejoras en la educación convienen a la sociedad en general, incluso permite componer el tan deteriorado tejido social en diversos niveles.

Como muestra de la erosión en el tejido social y de la proliferación de las injusticias sociales según Joan Tronto (2023) presenta tres indicadores claros de cómo acontecen estas vejaciones, a) La preservación de la riqueza como principal móvil de las sociedades capitalistas, b) el Estado protector que acapara esferas pero que no cubre necesidades vitales, y finalmente c) las instituciones como aparatos de irresponsabilidad, donde no acontecen las condiciones ni interacciones necesarias para el cuidado. Respecto a este último indicador, las universidades se han posicionado claramente asumiendo tareas de cuidado que habían desbordado los servicios de atención pública.

Con la integración de la salud mental en las instituciones de educación superior, incluso se han modificado las actividades del sector terciario que abarcan los servicios de salud mental en las instituciones académicas.

Tabla 3.

Actividades del sector terciario presentes en las universidades.

Servicios profesionales, científicos y técnicos
Servicios educativos
Servicios de salud y de asistencia social

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (2021)

Nos disponemos a analizar los efectos de la integración de los servicios de salud mental a las dinámicas de los servicios académicos. Es evidente que existen varios cambios en las estructuras, interacciones e incluso subjetividades; es decir, los cambios son para dar cuenta de ello emplearemos la metodología configuracionista del sociólogo mexicano Enrique de la Garza (2018).

Tabla 4.

Presenta un ejemplo analítico de las implicaciones de la emergencia de centros de salud mental en las universidades.

	Estructuras	Praxis - Interacciones	Subjetividades
¿Qué comprende esta dimensión?	Instituciones y organizaciones Normas, legislación y costumbres.	Roles sociales, comportamientos, cambios en la interacción en las clases	Pensamientos Emociones y afectos Actitudes
Datos recopilados en el trabajo de campo	Cambios en las estructuras institucionales, en los mapas curriculares, en los organigramas, creación de nuevas áreas	Hábitos de expectativa sobre atención psicológica en las aulas (por ejemplo: intervención en crisis)	Tranquilidad por sentirse cuidado, experimentar mayor capacidad de agencia

Fuente: Elaboración propia con datos del trabajo de campo con la metodología configuracionista (De la Garza, 2018)

Respecto a la tabla anterior, es importante mencionar que para explicar estos fenómenos complejos, se puede iniciar por cualquiera de las tres dimensiones, a saber, Estructuras, Praxis - Interacciones o Subjetividades, y que constituyen como puertas de ingreso al estudio y dentro es posible tejer el análisis e identificar las relaciones entre las tres dimensiones.

Ingresamos aquí por el más estable o sólido, son los elementos que se resisten al cambio en las instituciones pues cristalizan interacciones a través de reglamentos, normativas establecidas. Los servicios del cuidado de la salud mental ofrecidos por las universidades, han modificado incluso *elementos estructurales* como los estatutos que establecen los comportamientos deseables o esperados, incluso si ese comportamiento es de ayuda y atención a la dimensión emocional. Otro ejemplo de cambio en la estructura es identificar la forma como se insertaron nuevas áreas que se

adscriben a la configuración del sistema, organigramas, mapas curriculares que requirieron nuevas contrataciones, perfiles profesionales, etc.

Relativo a la *Praxis - Interacciones* se refieren a que los cambios en las estructuras y subjetividades ahora han establecido interacciones y narrativas para la conformación de ‘hábitos de expectativas’ respecto al cuidado de la salud mental en contextos académicos. Las instituciones educativas de nivel superior se han convertido, en su mayoría, en ‘espacios seguros’ donde la expresión del malestar emocional y la prevención de asuntos relacionados con conductas de riesgo ha dejado de ser un tabú.

Respecto a las *subjetividades* presentes en estos fenómenos, se ha generalizado y naturalizado la idea de que las personas que asisten a una institución de educación superior, pueden sentirse más tranquilas respecto a que hay profesionales que coordinan programas para prevenir, educar y atender asuntos de salud mental. Las subjetividades también se han modificado en materia de actitudes hacia los programas y la capacidad de agencia que experimentan las comunidades de estudiantes ya que son ellas que a partir de sus necesidades marcan el rumbo de las temáticas sobre bienestar psicosocial que se ofrecen en estos espacios. Se constituyen como sujetos pensantes de su situación en una coyuntura y eso no es algo menor. (Zemelman Merino, H. y León E., 1997). Por ejemplo, la emergencia de protocolos sobre acoso y violencia de género a raíz de las denuncias públicas realizadas por la comunidad estudiantil.

Es por ello que existe protocolo de atención a violencia de género en la UNAM, como en el CIDE, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Autónoma de Yucatán, el ITESO, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, la Universidad Autónoma de Nuevo León, entre otras, y son de reciente creación. (UAM, 2019)

La educación constituye uno de los vehículos para la movilidad social, de mejoramiento de la calidad de vida, cuando se trata de movilidad laboral existen indicadores muy claros respecto a la movilidad laboral, como el ingreso, el estatus ocupacional, como lo comenta Fiorella Mancini (2023). Sin embargo, para el acceso a la salud mental no existen antecedentes que permitan establecer algo similar a escalas o indicadores respecto a la movilidad, al acercamiento y la democratización de los servicios de salud mental en la población mexicana.

El acceso a los servicios de salud mental en nuestro país tiende a evaluarse en términos de

variables dicotómicas (por ejemplo; sí / no) o estadísticas de casos atendidos, que quedan al interior de las instituciones, pero se suelen obviar varios elementos que delinear la complejidad del acceso y solicitud de los servicios, por ejemplo la consolidación de *habitus*, en el sentido bourdiano del capital cultural (Bourdieu, 2012) que adquieren los jóvenes que después de asistir y concluir sus estudios en una universidad presentan particularidades en la relación con su salud mental.

Procesos de democratización de la salud mental en Instituciones de Educación Superior

Al recuperar el aparato crítico que supone profundizar en los procesos de ‘democratización’ de la salud mental, lo hacemos considerando las implicaciones en términos de participación social, diálogo y gobernanza aspectos que han sido analizados por François Graña (2005) que se cuestiona sobre lo que implica “Democratizar la democracia” boletín desarrollado para la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Para este autor quien recupera a Jean-Jacques Rousseau la democracia siempre ha estado en crisis, pero es a partir de dinámicas internacionales como la globalización que deviene en una:

Crisis y cuestionamiento de los canales tradicionales de representación democrática y de decisión sobre asuntos de interés colectivo. Son estos contextos de globalización, retiro del Estado social, descaecimiento de la representación política y efervescencia de la sociedad civil, que brindan toda su significación a la actual tematización del diálogo social. (Graña, 2005, p. 126)

Este autor establece ejes que nos permiten realizar esta reflexión acerca del estado de los procesos democráticos al interior de las instituciones educativas de nivel superior respecto al bienestar psicosocial.

El primero es la gobernanza y la descentralización de las decisiones se refiere fundamentalmente a una crisis de representatividad, de quién marca las directrices y el rumbo así como quiénes participan en la agenda que define el rumbo en este caso de las instituciones educativas. Debido a que el tema es mucho más complejo que lo que la extensión de este escrito nos permite analizar, nos concentramos en la temática del bienestar y salud mental.

Al respecto diversos acontecimientos en las instituciones de educación superior en los últimos tres años permiten ejemplificar las discusiones sobre la gobernanza y la forma en que el

cuidado del bienestar psicosocial y la salud mental se han instalado en las hojas de ruta.

“*La triple crisis de representatividad, participación y legitimidad de los modelos democráticos vigentes y sus actores políticos*” (Graña, 2005, p. 128) El cuestionamiento provino del debate sobre la participación de las comunidades estudiantiles en las decisiones, de la representatividad de grupos y colectivos minoritarios en las reflexiones de la coyuntura (los efectos de problemáticas estructurales del país como la inseguridad, la violencia de género o coyunturales como la crisis de salud pública que produjo la pandemia) si estas necesidades psicosociales eran contempladas en la elaboración y ejercicio de reglamentos así como de políticas institucionales. Algunas de las temáticas centrales que habían quedado fuera de estas agendas emergieron a manera de marchas públicas, desplegados en redes sociales, bloqueos a campus por mencionar algunos ejemplos.

Pero es innegable que la contribución de los centros de salud mental en las instituciones de salud mental es fundamental para la apertura de espacios y discusiones que permiten la construcción de sujetos pensantes y agentes de cambio que deciden sobre su bienestar psicosocial.

Implicaciones y desafíos de los procesos de democratización en salud mental universitaria.

Hemos realizado un recorrido genealógico de la institucionalización de la salud mental universitaria y las expresiones de lo que consideramos la apertura para procesos de democratización de la salud mental, con efectos tanto dentro como fuera de las universidades. Para terminar establecemos aquí las implicaciones de la interculturalidad en el cuidado de la salud mental y el bienestar psicosocial en las universidades.

Dada la pluralidad de ideologías de las poblaciones que se encuentran en las universidades cuando se trabaja por la promoción y el cuidado del bienestar psicosocial se encuentra ante un desafío. El personal que brinda servicios en salud mental, se confronta con la diversidad de maneras en que los estudiantes por sus culturas de origen, conceptualizan, el cuidado de sí y de sus entornos.

Recuperando una las implicaciones de los procesos de democratización, queremos hacer referencia a las palabras de Norberto Bobbio (2006, p. 62): “la tiranía de la mayoría; el peligro que la democracia corre como realización progresiva del ideal igualitario es la nivelación que termina en el despotismo.” La relación que se establezca con sus ideologías originarias en sus comunidades produce diversos efectos que, si son contrarios, podemos describirlos incluso como procesos de

disonancia cognoscitiva, no se busca homogeneizar sentires, impresiones tras diagnósticos psicológicos o psiquiátricos. La diversidad emerge respecto a las explicaciones sobre la genealogía del malestar psicológico culturalmente contextualizado, la comprensión del rechazo o la frecuente solicitud de apoyo, el correlato institucional, las narrativas que se están formulando en torno al tratamiento, es decir, que puede trastocar ideas naturalizadas por sus entornos de procedencia, pero hay que abrir el diálogo.

Estas dinámicas permiten desnaturalizar ideas arraigadas sobre las relaciones interpersonales, resolución de conflictos, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas y los procedimientos adecuados para abordarlos. El cuidado de la salud mental desde las universidades no busca desplazar, las creencias de origen si no ampliar la mirada acerca de lo que les acontece a los jóvenes, identificar nuevas formas de dialogar, conceptualizar y resolverlo.

Quienes laboran en los espacios de prevención e intervención en universidades enfrentan frecuentemente franca tensión para la atención, participan como mediadores, puentes y gestores de entornos, ideologías, dinámicas, inercias a favor del bienestar psicosocial en contextos de donde abunda la pluralidad de voces, que opinan sobre la manera de prevenir y cuidar.

Incluso en algunos contextos hay voces al margen de la ciencia, y que puede poner en peligro a quienes requieren de atención psicológica. Consideramos que estos fenómenos son entonces expresión de los retos a los que se enfrentan incipientes procesos de democratización de la salud mental institucionalizada en las instituciones educativas de nivel superior en México. El desafío se complejiza cuando los usuarios tienen un historial de intervenciones desde procedimientos al margen de la científicidad, es decir, de lo que se denomina terapias pseudocientíficas, es el caso de intervenciones pseudo psicológicas muy difundidas en México.

Durante los confinamientos por la pandemia esto resultó especialmente desafiante para estos equipos interdisciplinarios, pues a través de la mediación tecnológica lograron tener presencia en espacios bien alejados físicamente de las aulas y de las clínicas universitarias.

Reflexiones finales: Es saludable establecer límites

A lo largo de este trabajo presentamos elementos para comprender la emergencia y consolidación de los centros de salud mental universitaria, y cómo dichos servicios y espacios, tanto dentro como hacia afuera representan varias expresiones de procesos de democratización de la salud mental.

Existe un acuerdo generalizado en las instituciones de educación superior respecto a que era oportuno asumir estos servicios en espacios educativos, sin embargo, existen también integrantes al interior de las comunidades universitarias cuyas participaciones se caracterizan por el constante cuestionamiento respecto si las universidades deberían encargarse de estas labores de atención a la salud mental. Las dudas quedan dirimidas ante las impactantes cifras del acceso a la salud mental y los padecimientos en la población mexicana en el grupo etario de 18 a 25 años.

Después de identificar que la emergencia de los centros de salud mental universitaria se deben a presencias y ausencias estructurales y a coyunturas identificables como de los confinamientos por la pandemia. ¿Hasta dónde deben atender la salud mental las universidades? No existe una respuesta única para la heterogeneidad de instituciones y sus contextos, pues el rol que estos centros de atención a la salud mental ocupan en cada comunidad es particular y complejo.

Nos disponemos a establecer algunas de las guías para la discusión de ¿Hasta dónde deben participar las universidades en brindar servicios de salud mental? actividades que han asumido en las últimas tres décadas aproximadamente.

Primero, la denominación de los servicios permite establecer el límite, si las universidades van a ofrecer un panorama amplio de servicios desde el triaje, la orientación, la aplicación de pruebas psicométricas, el tamizaje, la intervención, o la derivación, sí será atención psicológica y psiquiátrica, es también una manera de determinar su alcance. El número de sesiones dependiendo del padecimiento y acorde con el enfoque de intervención también permite establecer estos límites.

Algunos centros de salud mental universitaria establecen el alcance de sus servicios al trabajar para lograr la ‘autogestión de sí y de su salud’ (Entrevista número 3) y la promoción del autocuidado para evitar la dependencia a programas, es decir, y esa es la directriz para identificar el alcance de su trabajo.

Y la última guía para la discusión del alcance de los servicios es determinar cuáles de éstos emergieron como respuesta a coyunturas específicas pero que se desea concluir y no brindar más dicho servicio, es el caso de líneas telefónicas de emergencia durante la pandemia, que algunas universidades decidieron cerrar posterior al momento álgido.

Esperamos que este texto incentive nuevas investigaciones cuya unidad de análisis se concentre, como lo hemos hecho, en los centros de salud mental universitaria, como espacios sociales y organizacionales; en lo que éstos hacen, quiénes son los profesionales que brindan los

servicios, con cuáles enfoques teóricos, si tienen protocolos diseñados *ex profeso* para contextos educativos, modelos de intervención para las temáticas más frecuentes, para cuáles poblaciones, desde cuándo atienden, y en lo sucesivo, los límites que deseen establecer las universidades en la atención de la salud mental. Y por otro lado, también se requiere profundizar en los factores del trabajo no clásico (De la Garza Toledo, E. y Hernandez, M. 2020) y del trabajo emocional (Hochschild, A. 2012) de quién ofrece los servicios de salud mental en ámbitos educativos.

Referencias

- Adicciones, C. N. contra las. (s/f). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE). gob.mx. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de <http://www.gob.mx/salud%7Cconadic/documentos/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-en-estudiantes-2014-encode>
- Análisis de clases y movilidad intrageneracional estudios sobre desigualdad social. Fiorella Mancini—YouTube.* (2023). Recuperado el 9 de marzo de 2024, de <https://www.youtube.com/watch?v=4Jp7WSLcJXA&t=7s>
- Anuarios Estadísticos de Educación Superior—ANUIES. (2023). Recuperado el 26 de junio de 2023, de <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Bobbio, N. (2006). Liberalismo y democracia. México: Breviarios, Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (2012). La distinción. México: Taurus.
- Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S y otros. (2020). The covid-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health* [Internet]. [acceso 28 de marzo 2024];18(1):83. DOI: 10.1186/s12960-020-00529-0
- De la Garza Toledo, E. (2018). La metodología configuracionista para la investigación social. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Gedisa.
- De la Garza Toledo, E. y Hernández, Marcela. (2020). Configuraciones productivas y circulatorias en los servicios y trabajo no clásico. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Gedisa.
- Directorio de IES afiliadas—ANUIES. (2023). Recuperado el 26 de junio de 2023, de <http://www.anuies.mx/anuies/estructura-organica/consejo-de-universidades-publicas-e-instituciones-afines-cupia/directorio-de-ies-afiliadas>
- Graña, F. (2005). *¿Democratizar la democracia?* Boletín cinterfor, Número 156.
- Hochschild, A. (2012). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling: Vol. Updated, with a new preface.* USA: University of California Press.
- INEGI. (2021). Encuesta Nacional De Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021, Comunicado De Prensa Núm. 772/21, 14 De Diciembre De 2021,

- https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIA_RE_2021.pdf
- INEGI. (2012). Productividad total de los factores. (2021). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/ptf/>
- INEGI. (2024). Mortalidad. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México, Secretaría de Salud, 2017 [citado marzo 6, 2024]. Disponible en: https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Labastida Martín del Campo, J., López Leyva, M. A. y Castaños, F. (2008). La democracia en perspectiva: Consideraciones teóricas y análisis de casos. México : UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- López Leyva, M. (2019). Calidad de la democracia en México: la participación política (2000-2014). México: UNAM.
- Pública, S. de E. (2015). Las Instituciones de Educación Superior en México. gov.mx. Recuperado el 26 de junio de 2023, de <http://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/las-instituciones-de-educacion-superior-en-mexico?state=published>
- SIC, Sistema de Información Cultural, https://sic.cultura.gob.mx/lista.php?table=universidad&disciplina&estado_id
- Sullivan, T. (2011, septiembre 1). Embracing Complexity. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2011/09/embracing-complexity>
- Gómez Díaz, C. (2018). De la Democracia participativa al Gobierno Abierto: hacia una delimitación conceptual. Revista Política, Globalidad y Ciudadanía, 14-30. Recuperado de <http://revpoliticas.uanl.mx/index.php/RPGyC/article/view/86>
- Ley General de Salud*. (Última reforma publicada DOF 03-01-2024). Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios.
- Cazés Menache, D. (2009). Sociológica, año 23, número 68, septiembre-diciembre de 2008, pp. 41-61. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v23n68/v23n68a3.pdf>

- OCDE (2010). Acuerdo de cooperación México-OCDE para mejorar la calidad de la educación de las escuelas mexicanas Mejorar las escuelas: Estrategias para la acción en México. (Recuperado el 7 de julio 2023) <https://www.oecd.org/education/school/46216786.pdf>
- OECD. (2019). Educación superior en México: Resultados y relevancia para el mercado laboral. OECD. <https://doi.org/10.1787/a93ed2b7-es>
- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., & López-Olmedo, N. (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 65, s75–s83. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Ramos, G. A. C. (2021, marzo 25). Responsividad – Prontuario de la democracia. <https://prontuario-democracia.sociales.unam.mx/responsividad/>
- Salud, S. de. (2020). 123. Profesionales de la psicología participan en la reestructuración del sistema de salud mental en el país. *gob.mx*. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <http://www.gob.mx/salud/prensa/123-profesionales-de-la-psicologia-participan-en-la-reestructuracion-del-sistema-de-salud-mental-en-el-pais>
- Tirado, F. y Domènech i Argemí, M. (Eds.) (2006). *Lo social y lo virtual. Nuevas formas de control y transformación social*. Barcelona: Editorial UOC .
- UAM, (2019). ¿Cómo atienden las universidades la salud mental de los alumnos? Noticias. Recuperado el 29 de marzo de 2024, de <https://www.cua.uam.mx/news/miscelanea/como-atienden-las-universidades-la-salud-mental-de-los-alumnos>
- Zemelman Merino, H. y León E. (1997). *Subjetividad: umbrales del pensamiento social*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM, Anthropos.

Identidades locas en México: lógicas y esquemas de enunciación desde el activismo en primera persona

Mad identities in Mexico: logics and enunciation schemes from first-person activism

*Héctor Zapata Aburto**

Resumen: Se aborda la manera en cómo activistas que forman parte del movimiento en primera persona en México, constituyen lugares de enunciación a partir de hacer uso de categorías político-identitarias como: discapacidad psicosocial, locura, neurodiversidad y aquella que parte de considerarse supervivientes de la psiquiatría. El objetivo será analizar los esquemas de sentido y las dinámicas enunciativas que involucran dichas categorías, teniendo como telón de fondo, por un lado, el sentido y la historia que hay detrás de la emergencia de éstas, y por otro, el discurso de cuatro activistas de la Ciudad de México, el cual fue obtenido a través de la realización de entrevistas a profundidad.

Abstract: The way in which activists who are part of the first-person movement in Mexico, constitute places of enunciation by making use of political-identity categories such as: psychosocial disability, madness, neurodiversity and that which starts from considering themselves survivors of psychiatry is addressed. . The objective will be to analyze the meaning schemes and the enunciative dynamics that these categories involve, having as a backdrop, on the one hand, the meaning and history behind their emergence, and on the other, the speech of four activists. from Mexico City, which was obtained through in-depth interviews.

Palabras clave: activismo en primera persona; identidad; locura; enunciación.

Introducción

La ponencia que a continuación se presenta, aborda la manera en cómo activistas que forman parte del movimiento en primera persona en México, constituyen lugares de enunciación a partir de hacer uso de categorías político-identitarias propias de este movimiento, como lo son: discapacidad

* Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Sus líneas de investigación están relacionadas con la producción de subjetividad y construcción de sentido dentro de fenómenos socioculturales contemporáneos. Actualmente, se encuentra realizando una estancia posdoctoral en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Este trabajo forma parte del proyecto PAPIIT-IN302724 *Los avatares de la inclusión. Análisis de las políticas públicas de salud del sexenio 2018-2024* que se desarrolla en el Centro de Estudios Sociológicos con apoyo de la Dirección de Asuntos del Personal Académico de la UNAM. Correo: arrerges@gmail.com

psicosocial, locura (desde una perspectiva resemantizadora), neurodiversidad y aquella que parte de considerarse supervivientes de la psiquiatría. El objetivo será analizar los esquemas de sentido y las dinámicas enunciativas que involucran dichas categorías, teniendo como telón de fondo, por un lado, el sentido y la historia que hay detrás de la emergencia de éstas, y por otro, el discurso de cuatro activistas de la Ciudad de México, el cual fue obtenido a través de la realización de entrevistas a profundidad.

La contribución de esta ponencia radica en examinar un tipo de un movimiento reciente y complejo que, al estar ligado al activismo de usuarios y exusuarios de instituciones y servicios de salud mental, ayuda a pensar, en un marco más amplio, la manera en cómo actualmente se está viviendo, politizando y transformando el campo de la salud mental en nuestro país. Por otro lado, se aborda un activismo que, al menos en México, ha sido escasamente pensado. Es así que este trabajo se divide en tres partes. En la primera, se elabora un breve recorrido histórico del surgimiento de categorías político-identitarias asociadas al movimiento en primera persona. En la segunda parte, se propone una lectura analítico-interpretativa que retoma a autores que, tanto desde la filosofía política, así como desde los estudios culturales, han intentado pensar cuestiones ligadas al reconocimiento y los usos políticos de la identidad. Finalmente, en la tercera parte, se aborda y analiza el discurso de los activistas en primera persona entrevistados.

Cuatro identidades locas: supervivientes de la psiquiatría, locos, neurodiversidad y personas con discapacidad psicosocial

Algo primordial que me gustaría señalar antes de entrar de lleno al tema principal de esta ponencia, es que en el caso de las categorías político-identitarias que forman parte del MPP, como se confirmará más adelante a través del discurso de los activistas entrevistados, funcionan más a la manera de lugares de enunciación flexibles, estratégicos y no necesariamente excluyentes entre sí. Así pues, cada una de tales categorías conlleva un discurso e historia propios. En algunos casos, identificarse desde cierto lugar puede servir para demandar derechos y reconocimiento de manera más puntual y generalizada (como es el caso de la categoría de discapacidad psicosocial); en otros, persiste una potencia resemantizadora que es capaz de crear comunidad a través de un ánimo de pertenencia política (como es el caso de llamarse loco); finalmente, existe el caso de la neurodiversidad, que apela más a una identidad neuronal, y por tanto apunta a una especificidad de

personas con cierta condición cognitiva, como lo es el autismo. Dicho esto, me gustaría llevar a cabo una caracterización de estas categorías político-identitarias asociadas al MPP: supervivientes de la psiquiatría, locura, discapacidad psicosocial y neurodiversidad. Lo que buscaré con tal caracterización, es brindar los elementos mínimos para entender el discurso, contexto y razón de ser que hay detrás de cada una de estas categorías.

Supervivientes de la psiquiatría

Lo primero que se debe considerar al pensar el surgimiento del denominado movimiento en primera persona (MPP), es que se da en un contexto propicio para su emergencia, a saber, durante los años setentas del siglo XX, en Estados Unidos; cuando lo que se vive ahí es una efervescencia social sin precedentes en razón de las luchas por los derechos civiles de minorías como lo eran las representadas por las comunidades afrodescendientes, sexodisidentes o feministas, por mencionar las más conocidas (Abouilleil, 2019). Por otro lado, este movimiento también irrumpe en franca sintonía con la antipsiquiatría, cuyos planteamientos, vastos y diversos, sin duda representaron, y siguen representando, la propuesta intelectual crítica más relevante que cuestionó de manera frontal y profunda el saber y las prácticas derivadas de la psiquiatría. Es en este marco que, de manera nítida, aparece por primera vez lo que podemos denominar un sujeto político desde la locura, el cual se define por la agencia de sujetos psiquiatrizados que comienzan a enarbolar una lucha por sus derechos como respuesta a los maltratos sufridos en las instituciones psiquiátricas.

De acuerdo a lo anterior, la primera categoría político-identitaria que surge de manera nítida dentro del MPP, es la que tiene con los “supervivientes de la psiquiatría”. Tal categoría podemos ubicarla en un segundo momento del activismo en primera persona, durante los años ochenta, cuando se pasa de una crítica a los métodos y formas de tratar a los pacientes por parte de las instituciones psiquiátricas, a un discurso mucho más elaborado, acotado, inventivo y contestatario que buscó interpelar de manera frontal tanto las prácticas, así como la inteligibilidad propia del discurso hegemónico psiquiátrico (Erro, 2021). En este sentido, se puede decir que la idea asociada a la existencia de unos “supervivientes de las de la psiquiatría”, implicó una consecuencia de cierta evolución por la que pasó el MPP. Es así que entre la identidad forjada por los supervivientes de la psiquiatría y la de aquellos que formaron parte de la primera etapa del activismo en primera persona, hubo diferencias notorias. Una de las más importantes tuvo con ver con la inclusión en el

movimiento, de profesionales y personas que no habían tenido la experiencia de estar en alguna institución psiquiátrica o vivir con el estigma propio de portar un diagnóstico psiquiátrico, ya que mientras los primeros activistas, como Judy Chamberlin, se oponían a ello; los supervivientes de la psiquiatría en cambio no tuvieron problemas con tal inclusión (Campbell, 1992; Chamberlin, 1995). Una segunda diferencia estuvo asociada al peso que la experiencia de las personas psiquiatrizadas tenía, porque aunque tanto para los primeros activistas así como para los supervivientes ésta tenía una importancia sustantiva, lo cierto es que fueron los supervivientes de la psiquiatría los que terminaron por darle un protagonismo mayor (Crosley, 2004).

Otra característica importante de la identidad de los supervivientes de la psiquiatría, tuvo que ver con cierta radicalización discursiva, la cual se ligó con la idea de abandonar las perspectivas reformistas del sistema de salud mental y más bien apuntar a la abolición de la psiquiatría. Por otro lado, y como la propia palabra nominativa lo apunta, la idea de “supervivencia” hizo alusión a un gesto heroico y resiliente que suplantó de manera definitiva, dentro del MPP, el término, de connotaciones más bien pasivas y dependientes, “paciente”. Según los supervivientes de la psiquiatría, fueron muchas las cuestiones a las que tuvieron que sobrevivir, dentro de las cuales están: “detención forzosa, el sistema de salud mental, los tratamientos agresivos e inútiles, la discriminación y el estigma en la sociedad y, para algunos, la angustia y el sufrimiento que experimentaron y que otros etiquetaron como enfermedad mental” (Abouilleil, 2019, p.22).

Locura desde el Orgullo Loco

En lo que respecta a la identidad ligada al término “loco”, dentro del MPP, lo primero que hay que señalar es que emerge como consecuencia directa del surgimiento del *Mad Pride*, en Canadá, en 1993. A mitad de los años setenta se da en este país un proceso de desinstitucionalización de los centros psiquiátricos, lo cual trajo como consecuencia que muchas personas, que formaban parte de tales centros en calidad de usuarios, terminaran en situación de calle. Uno de los sitios donde este último fenómeno ocurrió con mayor nitidez fue Parkdale, un barrio de Toronto. Es así que, en 1993, en dicho barrio, acontece la primera marcha *Mad Pride*, la cual fue llamada en un principio como *Psiquiatric Survivor Mad Pride*. Como su nombre los hace notar, tal marcha tenía claras referencias al *Gay Pride*, pese a que no existiera una relación directa entre ambos eventos, más allá la consideración de un tipo de “Orgullo” que fungía como fundamento político. Algunas de las

principales consignas de esta primer Mad Pride estuvieron asociadas cuestiones como: combatir el estigma en torno al sufrimiento psíquico; la inclusión social de los denominados “supervivientes” de la psiquiatría; o la búsqueda de vínculo con otros grupos oprimidos como podrían ser: afrodescendientes, mujeres o discapacitados (Erro, 2021).

Un punto importante a considerar en relación con el *Mad Pride*, es que con el tiempo logra constituir un discurso y una narrativa lo suficientemente potentes y resonantes, como para que logre a hacer eco en otras latitudes más allá de Canadá y el norte global. Es así que en el mundo hispanohablante el *Mad Pride* se convierte en el Orgullo Loco, haciendo que, por ejemplo, en países como Chile, la marcha del Orgullo Loco se lleve a cabo desde 2015; mientras que en otros como España tiene lugar desde 2018. En el caso particular de México, hay un antecedente de una marcha llevada a cabo en el 2016 en Querétaro, sin embargo, tal marcha fue organizada por los encargados de una casa de medio camino y no por los usuarios de esta misma, provocando así que estuviera ausente la condición primordial de la “primera persona”. Es hasta 2018 cuando finalmente se lleva a cabo, en la Ciudad de México, la primera marcha del Orgullo Loco organizada enteramente por personas psiquiatrizadas.

Uno de los aspectos más importantes relacionados con la identidad loca, desde el marco del Orgullo Loco, es el carácter resemantizador a partir del cual se busca revertir las connotaciones negativas y estigmatizantes que en primera instancia pueden estar asociadas con la palabra locura. La identidad loca o *Mad*, asimismo, surge en franca oposición a las categorizaciones basadas en diagnósticos propias del saber psiquiátrico, que a la postre pueden llegar a producir etiquetas y estigmas que las personas psiquiatrizadas suelen cargar por el resto de sus vidas. Es así que:

La locura, que en su día fue un término denostado que señalaba los peores tipos de fanatismos y abuso, pasó a representar una alternativa crítica a la idea de enfermedad mental o trastorno como forma de nombrar y responder a la diversidad emocional, espiritual y neurológica. (...) lo que se busca es invertir el lenguaje de la opresión, reclamando identidades menospreciadas y devolviendo así la dignidad y el orgullo a la diferencia (Menzies, et al., 2013, p.10)

Por otro lado, lo que puede denominarse como identidad loca, presenta un carácter más abarcador y expansivo que el que está ligado a los “supervivientes la psiquiatría” (Gorman, 2013). Esto es así

en la medida que la idea de “locura” incluye no solamente a las personas que han pasado por la experiencia de haber estado en alguna institución de salud mental, sino que abarca a todas aquellas que en algún punto pueden sentirse identificadas con el término “loco”, ya sea porque han padecido el estigma, la discriminación o la exclusión derivada de portar o haber portado un diagnóstico psiquiátrico; porque han tenido algún tipo de experiencia que bien puede ligarse a la idea de locura; o incluso por simple empatía y solidaridad política (Ingram 2016; LeFrançois, et al., 2016; Cea-Madrid 2022).. Lo anterior ha posibilitado que esta identidad asociada a la locura sin duda sea, de todas las identidades que se hacen mención en este trabajo, la que más ha permitido la constitución de un comunidad política-global a través de un espectro identificatorio amplio, contestatario, transgresor y resemantizador.

Neurodiversidad

La tercera identidad que toca abordar es la que se asocia al término “neurodiversidad”, el cual comenzó a usarse mayoritariamente hacia finales de los noventas por parte de adultos con espectro autista que empezaron a escribir y a dar a conocer relatos en primera persona relacionados con aquellas experiencias derivadas de vivir con esta condición cognitiva (Graby, 2015). La premisa fundamental ligada a la idea de al neurodiversidad, es que en el mundo existen personas con dos clases de identidades neurológicas: los neurotípicos y los neurodiversos. Los primeros representan a la mayoría de las personas que no muestran ninguna condición cognitiva atípica, y por tanto tienen formas de relacionarse con el mundo convencionales; mientras que en lo que refiere a las personas neurodiversas, guardan una identidad neuronal particular dada desde el nacimiento que conlleva una forma especial de relacionarse con el mundo, y por tanto, tienen necesidades específicas y distintas a las que puede llegar a otorgar un mundo habitado mayoritariamente por personas neurotípicas (Ibid.). Dentro de la idea de neurodiversidad, se incluyen afecciones propias del espectro autista, además de otro tipo de condiciones cognitivo-neuronales como lo son el TDAH, la dislexia, las dispraxia o incluso todo el campo de las discapacidades de desarrollo y las dificultades de aprendizaje (Ibid.).

Cabe señalar que, aunque las personas que se identifican con el término neurodiversidad sin duda están incluidas dentro del MPP, por otro lado, se trata probablemente de la identidad más restrictiva que forma parte del movimiento, esto pese al esfuerzo de algunos autores de argumentar

cómo la noción de neurodiversidad puede ser útil y fértil dentro del activismo en primera persona (Graby, 2015; McWade et, al.). Una de las razones de tal restricción, considero que puede estar asociada al carácter biologizante y congénito que hay detrás de la idea de neurodiversidad, lo cual puede llegar a impedir que personas con experiencias psíquico-afectivas que se desencadenaron durante la adolescencia, o incluso la adultez, puedan llegar a sentirse poco identificadas con la idea de una identidad neuronal dada desde el momento del nacimiento. De igual modo, puede que esta misma perspectiva biologizante, relacionada con una identidad neuronal, estreche las posibilidades, presentes en el corazón del MPP, de cuestionar el saber y las prácticas psiquiátricas derivados del paradigma médico-biológico. Una tercera cuestión problemática vinculada con la idea de neurodiversidad, según Abouilleil (2019), se liga a la imposibilidad de crear un criterio que permita establecer bien a bien cuáles son los rasgos que definen y a la vez separan lo neurotípico de lo neurodiverso.

Personas con discapacidad psicosocial

Finalmente, la cuarta categoría político-identitaria inherente al MPP que me gustaría abordar, es la de persona con discapacidad psicosocial. Lo primero que habría que decir de tal categoría, es que gana especial relevancia con la elaboración en el año 2006, por parte de la ONU, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tal texto representa un instrumento jurídico y vinculante que reconoce y promueve derechos propios de las personas con discapacidad y que, por primera vez, incluye y a la vez distingue las particularidades propias de las personas con discapacidad psicosocial (Fernández, 2010). En el activismo en primera persona actual, al menos en el caso específico de México, tal Convención se ha convertido en un salvoconducto jurídico muy importante que les ha permitido a las activistas exigir derechos y reconocimiento. Por otro lado, la Convención en alguna forma confirma una relación que ya se veía desde la primera marcha *Mad Pride* en Toronto, entre el movimiento en primera persona y el movimiento de las personas con discapacidad.¹

Dentro de los planteamientos y artículos más relevantes de la Convención están: el respeto irrestricto a la autonomía individual, lo cual implicaría garantizar la plena libertad para tomar decisiones por parte de las personas con discapacidad; y el reconocimiento de la capacidad jurídica de estas mismas, cuestión que se plantea a través del artículo 12 de la misma Convención. En lo

que respecta en específico a las personas con discapacidad psicosocial y al activismo en primera persona, este último artículo mencionado ha tenido profundas e importantes implicaciones, ya que ha permitido pasar de una perspectiva tutelar, que involucraba la sustitución jurídica de la persona con discapacidad, a otra que más bien se basa en el apoyo a esta última (Ibíd.). La repercusión de lo anterior, puede notarse con claridad, por ejemplo, en la desaparición en las leyes mexicanas del acto de interdicción, mismo que planteaba la posibilidad de suprimir a una persona de toda vida jurídica a través del nombramiento de un tutor, bajo el argumento de estar mentalmente incapacitada para tomar decisiones jurídicas (Treviño, 2020).

Por otro lado, la categoría de discapacidad psicosocial emerge de la mano del modelo social de discapacidad forjado, a su vez, dentro del movimiento de personas con discapacidad (Pérez-Ramírez, 2020). La aportación de este modelo se liga a una distinción primordial entre aquello que física y objetivamente puede obstaculizar la vida de una persona (como no poder caminar, una ceguera, una sordera, etc.), y las limitaciones devenidas de un entorno social hostil para una persona con discapacidad, mismas que pueden abarcar un sinnúmero de cuestiones, como la falta de rampas para personas que usen sillas de ruedas, señalamientos especiales para personas invidentes, etcétera (Ferreira, 2008). En este marco, la idea de la discapacidad psicosocial conlleva la consideración de que aquellos padecimientos o condiciones ubicadas en el terreno de lo psíquico o la mental. también pueden ser pensados desde el modelo social de discapacidad (Palacios, 2008). De acuerdo a lo anterior, también sería posible establecer una distinción entre condiciones psicoafectivas que pueden llegar a afectar el día a día de una persona (como las asociadas a un Trastorno Límite de personalidad, algún tipo de esquizofrenia, una depresión, etcétera) y la hostilidad propia de un entorno social, lo cual se puede traducir en estigma, discriminación o la exclusión social desde muchos ámbitos.

Locura e identidad

Con lo que hasta ahora se ha desarrollado sobre las identidades propias del MPP, puede quedar claro que estas últimas pueden ser entendidas como modos de visibilidad de carácter político-identitario que interpelan, o por lo menos amplían, las formas en las que hegemónica e históricamente ha sido representada eso que denomina enfermedad mental. De tal suerte, es claro que tales identidades guardan un carácter colectivo ya que funcionan como categorías sociales dotadas

de una narrativa representativa de un grupo; narrativa que es capaz de forjar reconocimiento, primero para quienes se identifican como parte de ese grupo, pero también para quienes no forman parte de éste y sin embargo juegan un papel de destinatarios de una demanda de reconocimiento del mismo grupo (Appiah, 2009).

En sintonía con lo anterior, Stuart Hall afirma que en los últimos años la identidad se ha convertido en una noción clave para pensar cuestiones asociadas a la agencia política. De acuerdo a esto, la manera en cómo Hall piensa la identidad, no tiene que ver con un estamento de sentido que todo lo llena y que una vez que se constituye es siempre idéntico a sí mismo. El concepto identidad para este autor, más bien va a estar ligado con una serie de identificaciones posibles y dadas en un campo social definido por prácticas discursivas específicas; “no es, por lo tanto, esencialista, sino estratégico y posicional” (Hall, 2003, p.17). En este sentido, tal vez sería más adecuado hablar de identidades antes que de identidad, ya que según el mismo Hall:

(...) las identidades tienen que ver con las cuestiones referidas al uso de los recursos de la historia, la lengua y la cultura en el proceso de devenir y no de ser; no “quienes somos” o “de dónde venimos” sino en qué podríamos convertirnos, cómo nos han representado y cómo atañe ello al modo como podríamos representarnos. Las identidades en consecuencia, se constituyen dentro de la representación y no fuera de ella. (Ibid, pp. 17-18)

Me gustaría conservar esta idea que Hall plantea para pensar el movimiento en primera persona. Uno de los puntos de partida de este movimiento es justamente el de interpelar las formas en cómo ha sido representada la enfermedad mental o el sufrimiento psíquico por parte de las instituciones mentales y el saber *psi*. Frente a estos modos hegemónicos de representación, los activistas en primera persona enarbolan formas propias de representación, las cuales aluden a la constitución de una identidad política frente a la identidad hegemónica que se les ha asignado. Formas que, además, no pueden más que poner en relación y tensión el “cómo han sido representados” y el “cómo podrían ser representados”, tal y como lo establece Hall.

Desde otro campo de pensamiento, pero con puntos de concordancia con lo que establece Hall, esto el planteamiento de Charles Taylor. Para este autor, quien sigue una tradición de autores que han teorizado sobre la cuestión del reconocimiento como Hegel, Mead o Honneth, la identidad sólo puede ser pensada en función precisamente del reconocimiento. De acuerdo a esto, ya sea que

se trate de identidades individuales o de identidades colectivas, como la que nos atañen, éstas sólo pueden ser pensadas desde una perspectiva de diálogo con el otro, el cual es, quien al final tiene la capacidad de confirmar o rechazar determinada identidad. Este planteamiento coloca de lleno a la identidad en el terreno de la intersubjetividad, ya que es sólo a través de la interacción con el otro que las identidades pueden constituirse exitosamente (Fraser, 2008). Sin embargo, el problema empieza cuando existen identidades constituidas socialmente bajo criterios de abyección o menosprecio. En ese contexto, es precisamente que surgen y encuentran una razón de ser las luchas por el reconocimiento y las políticas identitarias. Taylor los pone en los siguientes términos:

(...) la identidad se moldea en parte por el reconocimiento o por la falta de éste; a menudo, también, por el falso reconocimiento de otros, y así, un individuo o un grupo de personas puede sufrir un verdadero daño, una auténtica deformación si la gente o la sociedad que lo rodean le muestran, como reflejo, un cuadro limitativo, o degradante o despreciable de sí mismo. (Taylor, 2009, p.53).

De acuerdo a lo que afirma Taylor, habría pues tres posibilidades para la construcción de una identidad: que sea reconocida, que no lo sea, o que sea falsamente reconocida en la medida en que un grupo de personas padece un reconocimiento social basado en lo “degradante” o “despreciable”. Dejando de lado esta idea de “falsedad”, que me parece problemática,² quiero ligar la cuestión de una identidad fundada en la degradación a lo que antes revisábamos con Hall. No hay que olvidar que, en lo que se retoma de este autor, él ligada el tema de la identidad a la agencia política, y era en ese contexto que hablaba de identidades estratégicas, posicionales y contingentes. Pues bien, considero que Hall se está refiriendo a identidades que surgen precisamente como efecto de la degradación social que ciertos grupos han llegado a padecer históricamente, como podrían ser personas afrodescendientes, mujeres, personas sexodisidentes o, en el caso específico que nos atañe, personas psiquiatrizadas. De acuerdo a esto, y regresando a lo que establece Taylor, es posible que pudiera pensarse en una cuarta posibilidad para la construcción de una identidad, además de las que ya señalan: que una identidad busque ser reconocida a través de una agencia política determinada.

Si todo lo anterior lo atraemos a las categorías identitarias propias del MPP que revisamos más arriba, se puede notar cómo están atravesadas justamente por un tipo de agencia política

contingente y posicional, que ante todo busca interpelar los subterfugios y connotaciones, mayoritariamente degradantes, de una identidad hegemónica asociada a la enfermedad mental. Es así como en la irrupción de los “supervivientes de la psiquiatría” hallamos el abandono definitivo del término “paciente”, el cual tenía connotaciones claramente pasivas; además del empuje para que lo que prepondere ante todo en el movimiento sean las narrativas en primera persona de personas psiquiatrizadas. Con el Orgullo Loco, lo que encontramos es la irrupción de un movimiento identitario, que a la manera de otros como los derivados del feminismo o de la comunidad LGBTQ+, busca resituar semánticamente una palabra, como lo es “loco”, de tal modo que ésta abandone los terrenos peyorativos y se ubique más bien en las dimensiones del orgullo y el reconocimiento. En el caso de la neurodiversidad, se pasa de una especificidad individualizante y patologizante propia de condiciones cognitivas como el autismo, a un planteamiento que aboga por el reconocimiento de una naturaleza humana neuronal e identitariamente bipartita. Mientras que lo que refiere a la discapacidad psicosocial, lo que tenemos es la disposición de una categoría jurídico-garantista cuya principal razón de ser es la garantía y demanda de derechos.

La experiencia y el hallazgo de otras formas de nombrar

Una vez desarrolladas las ideas conceptuales anteriores, en este apartado me gustaría retomar parte de las historias de dos activistas a quienes entrevisté: Yadira y Víctor. A través de sus relatos, me propongo reflexionar sobre la forma en que descubrieron y se identificaron con categorías asociadas al MPP, las cuales les permitieron ampliar el sentido de su experiencia relacionada con el sufrimiento psíquico. Lo que intentaré es mostrar, a través de estas historias, el sentido dinámico, polivalente y estratégico que guardan estas categorías, y cómo terminaron por anclarse a mundos de vida particulares.

Yadira es activista desde hace ocho años. Fundó la A. C. “Autistas de México”, hace aproximadamente tres años. Esta activista recibió el diagnóstico de Síndrome de Asperger ya siendo adulta. Pese a que “desde los tres años ya tenía conciencia de ser diferente”, no fue hasta que tuvo a su hija y que ésta fue diagnosticada precisamente con Síndrome de Asperger, que Yadira se dio cuenta que guardaba esta misma condición. Las circunstancias que la llevaron a tal descubrimiento, estuvieron asociadas a una búsqueda que esta activista llevó a cabo en internet, con el objeto de ampliar la información que hasta ese momento tenía sobre este síndrome y así

poder ayudar a su hija. Fue así que se encontró con el testimonio en primera persona de gente con espectro autista. Yadira lo narra de la siguiente forma:

“(...) tuve la buena suerte de llegar a la comunidad en inglés que es donde están más avanzados, con grupos en Estados Unidos, Australia, y ahí fue donde me di cuenta (...) que todas las dificultades que describían las personas, en primera persona, era exactamente como yo me había sentido toda la vida. Y ahí fue cuando, o sea yo me puse a investigar por mi hija para ver cómo ayudarla, pero terminé descubriendo todo lo que yo era.”

Una vez que Yadira se percató de que compartía la misma condición con su hija, intensifica su inquietud por saber más del Síndrome de Asperger a través de las mismas comunidades virtuales que anteriormente había descubierto. Es así que llega con el término neurodiversidad. Lo primero que le permite el hallazgo de este término, es alejarse de la forma tradicional con que suele tratarse a los niños con asperger, la cual, según la misma Yadira afirma, implica fuertes maltratos ejercidos sobre estos últimos al obligarlos a comunicarse e interactuar de acuerdo con parámetros que podríamos calificar como neurotípicos. “En cambio, desde el paradigma de la neurodiversidad, tú dices: vamos a fomentar a partir de sus intereses, que es lo que más nos mueve a los autistas, que comuniquen y si no pueden hablar, se les va a dar una alternativa de comunicación”. Al preguntarle a Yadira sobre la forma en cómo se identifica en relación con otras categorías propias del MPP, como pueden ser “loco” o “persona con discapacidad psicosocial” ella responde lo siguiente:

“Mira es complejo, es extremadamente complejo porque yo como persona, o sea como individuo me considero autista, no una persona con autismo no, me considero autista, (...) yo no veo al autismo como algo negativo entonces yo soy mamá, soy mexicana, soy autista. (...) una discapacidad psicosocial podría llamarme, no lo acostumbro a usar. Pero también podría llamarme loca. Uno, porque así me han nombrado también y aparte de llamarse loco con orgullo es como de, han usado esa palabra tanto para invalidarme y minimizarme, que yo la reapropio y le cambio el significado y ya no es un insulto, ya no me puedes atacar con esa palabra, no la uso tanto, pero sí podría identificarme como soy loca. Y soy neurodivergente, porque una neurodivergencia es aquello que diverge de la norma, pero te digo que es muy complejo.”

Este último fragmento de entrevista nos ofrece un panorama claro del carácter polivalente y multiposicional que pueden llegar a tener las categorías identitarias asociadas al MPP. En un primer momento, surge la consideración en Yadira de nombrarse autista, no “persona con autismo” sino “autista”, dejando ver que es innecesario anteponer la idea de persona al autismo; y como si con la adjetivación nos permitiera entender, además, que no tiene problema en hacer del autismo una parte central de su identidad. Después, surgen otras cuestiones que complementan, como ella lo señala, su identidad individual: es también mujer y es mexicana. En un segundo momento es que aparecen como tal las categorías identitarias propias del activismo en primera persona, como lo son persona con discapacidad psicosocial, neurodivergente y loca. De ellas menciona que no suele utilizarlas con regularidad para nombrarse, y, sin embargo, no tiene problema en identificarse con ellas, más aún si se trata de una palabra que ha sido usada en varias ocasiones para deslegitimar lo que es o lo que hace, como lo es “loca”. Esto último ejemplifica de manera nítida la razón de ser y el uso identitario y de “orgullo” que guarda la nominación “loco” en el MPP. Algo interesante que también está presente en esto que afirma Yadira, es la separación entre un espectro identitario más de carácter individual (autista, mujer y mexicana), y otro de talante más activista y colectivo (persona con discapacidad, loca y neurodivergente). Esto reafirma, por un lado, la idea de polivalencia y multiposicionalidad del MPP, y por otro, deja entender la complejidad inherente a las variadas dimensiones desde las que una persona puede autorreconocerse, más aún si se trata de alguien asociada a un tipo de activismo identitario como lo es Yadira.

El segundo caso que me gustaría retomar en este apartado es el de Víctor. Las circunstancias fundamentales que trazaron su camino hacia el activismo en primera persona, como muchas de las personas que forman parte de éste, estuvieron asociadas a, por un lado, haber experimentado una condición psicoafectiva que lo hizo vivir un sentimiento de extrañeza frente al mundo que lo rodeaba, y a, por otro lado, haber padecido el maltrato y desempoderamiento propiciado por las instituciones psiquiátricas públicas. Víctor lo narra de la siguiente manera:

“Yo desde muy pequeño me reconocí como alguien que no cumplía las normas sociales, me sentía muy diferente. Lo advertí en la interacción que tenía con otros niños, niñas, y desde pequeño busqué estrategias para enmascarar esa diferencia. En mi adolescencia digamos que logré disfrazar mucho mi autorreconocimiento como alguien distinto y quizás

vulnerable, y eso aceleró la crisis curiosamente porque de pronto se rompió mi proyecto de vida; abandoné todo, estuve muchos años recluso en mi casa, y en algún momento me volví usuario de los servicios psiquiátricos, con la expectativa de que ahí encontraría una respuesta a esto que te he mencionado (...) Y desde el primer momento que entré en contacto con los servicios empecé a identificar cosas que no me hacían sentido. En primer lugar, cómo te va desempoderando el sistema de salud mental cuando eres usuario, sobre todo cuando vienes de contextos precarios. Si tú pagas la consulta del psiquiatra y tienes acceso a medicamentos que no te causen tantos efectos secundarios, el trato va a ser muy distinto a si llegas desde una colonia marginal, desde contextos donde no hay muchas herramientas socioculturales, y si llegas sobre todo a instituciones públicas. Ahí en las instituciones públicas, bajo estas lógicas, no tienes ni siquiera voz, y es lo que ocurrió conmigo.”

Lo primero que resalta en esto que relata Víctor, tiene que ver con ese autorreconocimiento que se dibuja por fuera de los parámetros de “normalidad” propios del entorno social de este activista. Ante este hallazgo de sí, Víctor logra “disfrazar” la diferencia. En algún punto de la entrevista incluso hará alusión a la idea del uso de “mascaras”, como una forma de reforzar este uso metafórico-narrativo ligado a la necesidad de hacer que esa diferencia que lo habita y de la que es consciente, pasara desapercibida. Para efectos de lo que aquí se intenta desarrollar, considero que es posible relacionar esta cuestión de los “disfraces” y las “máscaras”, a la idea de la constitución de una “falsa identidad” individual, la cual fue capaz de esconder esa otra identidad “distinta” y “divergente” de la norma.

Finalmente, después de pasar por la experiencia nefanda de haber sido usuario de los servicios psiquiátricos, bajo una clara marca de clase, como el mismo Víctor señala, este activista arriba a curso psicoeducativo. Es ahí donde se encontrará con la categoría de discapacidad psicosocial, misma que le abrirá toda una perspectiva en razón de su experiencia como persona “distinta” y usuaria de los servicios psiquiátricos, y que además resultará importante para empezar a fraguar su camino como activista:

“Abandoné los servicios de salud mental y años después un especialista del instituto nacional de psiquiatría me invitó a tomar un curso psicoeducativo (...) Era como un paso

adelante con respecto a lo que yo había vivido anteriormente, y me ayudó un poco el conocer las herramientas de los cursos psicoeducativos para empezar a entender mi condición de otra manera. Aún todavía dentro de la lógica biomédica, porque la psicoeducación es el día de hoy como una ramita de la biomédico, ¿no? Y justo es una forma de que la persona usuaria tenga conciencia de enfermedad y tratamiento. Con el tiempo yo en lugar de adquirir esa conciencia de enfermedad y apego al tratamiento, empecé a tener conciencia de derechos, justamente cuando supe de este concepto de la discapacidad psicosocial (...) Para mí no fue difícil reconocer como una persona con discapacidad psicosocial porque era un contraste con lo que yo había venido escuchando acerca de la enfermedad mental. (...) y dije: no, esto es algo muy distinto, no es un sinónimo de enfermedad mental (...) El concepto reconoce tu dignidad, reconoce tu capacidad para tomar decisiones sobre tu vida, la obligación que la sociedad tiene para eliminar la discriminación y generar igualdad.”

El encuentro con la categoría de discapacidad psicosocial le otorga a este activista una conciencia derechos que resulta inesperada, ya que difiere con esa otra conciencia de enfermedad que se esperaba que adquiriera en el curso psicoeducativo. El hallazgo de esta categoría, le permite a Víctor salir del entendimiento biomédico y patologizante, y encontrar un nuevo terreno semántico que le ayuda entender su experiencia desde otro lugar; un lugar de “dignidad” y “derechos”. El valor que este activista le otorga al concepto de discapacidad psicosocial, sin duda reafirma aquello que se revisaba antes con la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad y la importancia que ésta guarda para el activismo en primera persona.

Conforme Víctor se va implicando más dentro del activismo en primera persona, asimismo va comprendiendo e identificándose con otras categorías propias del MPP, como la que atañe a considerarse superviviente de la psiquiatría y la asociada a la locura. Sobre ser superviviente de la psiquiatría asevera lo siguiente:

El día de hoy, cada vez voy comprendiendo más esta identidad política de los sobrevivientes. A mí me causaba dificultad asumirme como tal porque yo me imaginaba a los sobrevivientes de la psiquiatría, justamente cómo estás personas que habían estado encerradas, a las que se les había amarrado, a las que les tenía dopadas en manicomios. Y

si bien yo no viví nada de eso, si podría decir que mi relación con el sistema de salud mental al final de cuentas me generó un trauma muy fuerte. Creo que la experiencia más fuerte que he tenido porque vi todo el desempoderamiento que te ocasiona recibir un diagnóstico psiquiátrico en mi contexto, en mi contexto de precariedad, en mi contexto de falta de asideros sociales.

Cuando se revisó la identidad asociada a los supervivientes de la psiquiatría, vimos cómo había emergido en un segundo momento del MPP, y me referí a ella como parte de una evolución dentro del movimiento, en la medida en que se pasaba de criticar los métodos e inteligibilidad propia de los centros psiquiátricos, a plantear la abolición de la psiquiatría y denunciar las múltiples secuelas que una estadía en una institución psiquiátrica solía dejar en las personas. Sin embargo, Víctor traslada el tema de la supervivencia hacia algo que no sólo remite a la tangibilidad física de un encierro, una terapia de electroshocks o un sometimiento, sino que lo lleva al terreno de la subjetividad. Es ahí donde esta identidad cobra sentido para él, cuando reflexiona sobre los estragos subjetivos y el trauma que le provocó haber sido usuario de los servicios psiquiátricos; trauma que además fue de la mano de su condición de clase. Esto nos lleva a comprender un aspecto más de esta flexibilidad intrínseca a las categorías identitarias del MPP, a saber, el que tiene que ver con hacer propia una identidad resignificando en cierta forma su sentido original. Así pues, para Víctor la supervivencia no sólo se relaciona con el encierro psiquiátrico, sino que se liga con el desempoderamiento, el trauma y el contexto social precario que puede llegar a acompañar un diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, cuando Víctor toque el Orgullo Loco, establecerá una diferencia importante entre la razón de ser de una identidad resemantizadora asociada a la locura y la que corresponde al concepto de discapacidad social:

“(…) el día de hoy la discapacidad psicosocial, más que una identidad, es una categoría jurídica que nos sirve para analizar fenómenos de discriminación, más allá de cómo se identifique la persona, más allá, incluso, de si la persona acepta ser reconocida como alguien con discapacidad psicosocial. En ese contexto nos es muy útil, pero en el activismo, y esto también lo he ido reconociendo el día de hoy, no es tan relevante que las personas nos llamemos con discapacidad psicosocial. Es muy potente lo del Orgullo Loco porque justo

confronta muchas creencias, muchas percepciones acerca de lo que es normal, de lo que no es normal; cuestiona el mismo concepto de salud mental. Y además como tienen estos elementos contestatarios, es más fácil que se genere un movimiento social. Finalmente el Orgullo Loco busca eso, la movilización social, el trabajo de base, el no solamente cuestionar al sistema de salud mental sino en general a la sociedad.”

Lo que señala Víctor en este fragmento de entrevista, hace pensar en las posiciones enunciativas estratégicas relacionadas con las categorías propias del MPP. Si bien ya se mencionaba algo de esto con anterioridad, sin duda lo afirmado por este activista ayuda a entender con mayor profundidad empírica esta cuestión. El uso de una categoría como persona con discapacidad psicosocial, guarda una intención estrictamente garantista que la hace útil en contextos muy determinados. En ese sentido que alguien se identifique o no como persona con discapacidad psicosocial no es tan relevante, según señala el mismo Víctor. Mientras que en lo que refiere al autorreconocimiento como loco, la cuestión está jugada por completo dentro de los terrenos político-activistas. Lo anterior hace pensar, que la identidad de loca o loco, es, como ya se decía, más expansiva e incluso más ambiciosa que el resto de las identidades que hemos venido analizando, ya que implica la transformación de un modo de concebir la salud mental y la manera en cómo la locura es percibida socialmente. De igual modo la locura desde la perspectiva del Orgullo Loco, permite una identificación que posibilita la constitución de una comunidad política global, basada en resignificación de una palabra que históricamente ha sido utilizada para deslegitimar subjetividades que no cumplen con parámetros socio-normativistas.

Posiciones escépticas frente a las identidades locas

Hasta ahora, con los casos de Yadira y Víctor, hemos visto la forma en cómo categorías político-identitarias que forman parte del MPP, se anclan a subjetividades y posicionamientos políticos de una manera que podríamos denominar como “favorable” o “exitosa”. Es decir, tanto Yadira como Víctor reconocen (y se reconocen en) el valor y la utilidad que dichas categorías pueden llegar a tener dentro del activismo en primera persona en distintos ámbitos, tales como el jurídico, el político o el social. Sin embargo, en este apartado me gustaría dar cuenta de la posición escéptica y crítica que Ana y Tochtli (otros dos activistas) guardan frente al uso y la utilidad de categorías

como persona con discapacidad psicosocial y locura. La idea de mostrar esta otra cara de la moneda en torno al potencial de reconocimiento e identificación de estas últimas categorías, es la de sostener que una parte de la flexibilidad y polivalencia que presentan consiste precisamente en situarse frente a ellas de manera crítica y escéptica, hasta tal grado que haya activistas que pueden llegar a no reconocerse en las categorías mencionadas, o por lo menos hacerlo de manera crítica; esto pese a que, en una primera mirada, pareciera ir en contradicción con un movimiento relacionado fuertemente con un tipo de política identitaria. Por otro lado, los casos de Ana y Tochtli permitirán evidenciar la heterogeneidad de posiciones que persiste en el activismo en primera persona.

El camino como activista de Ana, según lo relatado por ella misma, puede decirse que inició con la discriminación y exclusión que sufrió en una escuela de artes donde estudió; ello a partir de que decidió hablar abiertamente del diagnóstico que se la había dado años atrás como persona con Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Después de haber comprendido lo que podía generar el hablar abiertamente de este diagnóstico en entornos sociales inmediatos, Ana empezó a buscar aquellos espacios donde fuera posible hablar de la experiencia propia de vivir con TLP sin problemas. Fue así como su búsqueda incluyó: un curso psicoeducativo; un colectivo de activistas en primera persona llamado “SinColectivo”; y, finalmente, el Colectivo Chuhcan, un colectivo dirigido a personas con diagnósticos psiquiátricos (principalmente esquizofrenia) que trabaja bajo la lógica del apoyo entre pares y del cual Ana ahora forma parte medular. Pero fue a partir de su paso por “SinColectivo”, que esta activista conocería el discurso asociado al Orgullo Loco y asimismo constituiría una visión crítica de éste:

“Yo seguía a SinColectivo y conocía del movimiento de Orgullo Loco, pero nunca me pareció, nunca me gustó la postura que manejan; estas cosas así súper engalanadas de anti-psicólogos, o psicococos. No sé, a lo mejor eso tiene que ver más con mi personalidad que siendo como a buscar un perfil más bajo y que también mi intención no es llevar en mi mano una bandera diciendo tengo trastorno límite, y estoy orgullosa de eso. No, no estoy orgullosa de eso, porque (...) ha sido una experiencia que he tenido que atravesar a lo largo de mi vida adulta, de la que he aprendido un montón, que me ha costado un montón, que también ha tenido partes muy divertidas, muy agradables; pero quizás me pasa un poco como con la

bandera del orgullo gay. Soy bi, ¿pero qué? esa es una parte de mí, no es mi carta de presentación. Yo no soy Ana y soy bisexual, yo soy Ana; no soy Ana y soy loca; no soy Ana y vivo con discapacidad psicosocial; soy yo, soy esta y tengo todas estas partes que me conforman y que le dan lugar a la persona que soy, pero no soy sólo eso.”

Una de las primeras cosas a destacar de este fragmento, es la postura crítica que esta activista enarbola frente a la cuestión del Orgullo Loco. Pensado desde las dificultades que a lo largo de su vida le ha generado, para Ana resulta difícil de concebir que algo como el TLP pueda ser motivo de orgullo. Antes bien, lo asocia con un desazón consistente y recurrente en su vida y con el que se ha visto obligada a lidiar. Desde esta perspectiva, un malestar no puede transformarse en orgullo; puede generar aprendizajes necesarios, dificultades inevitables o, en el mejor de los casos y como la misma Ana menciona, “partes muy divertidas”, pero no orgullo. Aunado a esto último, viene lo que señala sobre la posibilidad de que una categoría identitaria (llaméase “bi”, “loca” o “persona con discapacidad”) abarque la totalidad ontológica de una persona y bloquee así las diferentes partes que la conforman. En un fragmento posterior de la entrevista, Ana profundizará sobre su posición ante el uso de las categorías identitarias dentro del MPP:

Entonces esta parte del movimiento del orgullo, o sea entiendo esta parte de la resemantización, (...) y digo sí, sí lo entiendo, pero no me siento identificada con esta parte. Yo te puedo decir, así entre tú y yo, estoy loca, pero no es algo que yo voy a defender afuera, porque más bien lo que yo voy a defender afuera no es estoy loca, es soy una persona que tiene derechos, que tiene derecho a participar de manera activa en su tratamiento, que tiene derecho a ser tratada en igualdad de condiciones (...) Creo que con lo que me sentí más identificada fue (...) con esta posibilidad de poder encontrarme con personas que tienen experiencias afines.

A diferencia de lo visto en los casos de Yadira y Víctor, donde la posibilidad de defender los derechos de personas psiquiatrizadas y el uso que se hace de categorías político-identitarias dentro del MPP, parecen ir de la mano; para Ana, por su parte, tales cuestiones van separadas. Y no sólo eso, sino que además esta activista antepone la lucha de derechos y el hallazgo de las experiencias afines dentro del activismo en primera persona, a cualquier uso identitario, por mucho

que detrás de éste persista un ímpetu resemantizador. Lo anterior, hace pensar en una separación entre una representación identitaria y la experiencia que, en algún modo, intenta resignificarse a través de tal representación. Para Ana, entonces, resulta más importante y útil ser capaz de reconocer y hallar la experiencia afín con otra persona, antes que centrarse en encontrar la forma, o las formas identitarias, a través de la cuales habrán de ser nombrados los sujetos que llevan tal experiencia, que en este caso está ligada a portar un diagnóstico psiquiátrico. Lo que afirma esta activista parece plantear, en suma, que, entre una identidad y la experiencia asociada a la misma, parece posicionarse una distancia irreductible.

El otro caso que me gustaría retomar en este apartado es del Tochtli, quien, al igual que Ana, forma parte del Colectivo Chuhcan. El camino como activista de Tochtli está asociado con una larga experiencia con los servicios psiquiátricos que inicia cuando era niño; lo cual implicó haber portado una multiplicidad importante de diagnósticos psiquiátricos, que a la par conllevaron la exclusión y estigmatización dentro de algunos de sus entornos más inmediatos. Tochtli, al igual que Ana, mantiene una posición que podríamos calificar como escéptica, crítica o conflictiva, frente a las categorías identitarias dentro del MPP. Dentro de este marco, este activista narra lo que le pasó cuando conoció el término “discapacidad psicosocial”:

“(…) llegar al término discapacidad, ya sin agregar lo de psicosocial, es un golpe horrible, porque te dices: ¿esto qué? si yo soy funcional, me muevo y así. Y viene justamente yo creo que la parte del mismo estigma, (...) pero esa es la primera impresión, yo creo, y yo creo que de muchos. Pero yo creo que justamente una vez analizando, cuestionando, entendiendo los orígenes, no es tan terrible. Todos en nuestra vida fuimos discapacitados en algún momento, y todos, se llegamos a viejos, vamos a hacer más personas con discapacidad. Ahora, si le entramos a esta terminología de los psicosocial, pues claro que la interacción de psique y sociedad va a implicar barreras que van a impedir desarrollarte en el día a día. Entonces, pues sí, sí es muy duro en un inicio (...) Y algo que yo pienso del término de discapacidad psicosocial, es que un término de derecho, eso no quiere decir que sea un término del día a día, como la cuestión de lo políticamente correcto ¿no? Es un término exclusivo del derecho.”

Lo primero que señala Tochtli coincide con el testimonio de otros activistas para quienes

nombrarse desde el término “discapacidad”, resultó, y ha resultado, conflictivo. Sin embargo, es interesante cómo, en un segundo momento, este activista fue capaz de resignificar dicho término y pensarlo a la manera de una condición que es inherente a ciertas etapas del desarrollo humano. Esto último nos lleva a destacar la elasticidad semántica que puede haber detrás del término discapacidad psicosocial, elasticidad que permite resignificar dicho término en referencia a una reflexividad particular como la que Tochtli presenta. Por otro lado, lo que afirma Tochtli en torno a al uso estrictamente jurídico de la categoría de discapacidad psicosocial, coincide, una vez más, con lo que ya se apuntaba a través de lo dicho por Víctor y cuando se abordó el contexto de la emergencia de esta misma categoría.

Hacia el final de la entrevista, Tochtli elaborará una reflexión interesante relacionada con una dinámica jugada entre las posibilidades enunciativas que pueden llegar a otorgar categorías identitarias relacionadas con el MPP, y las propias vicisitudes ligadas a su experiencia como personas que vive con una condición y un diagnóstico psiquiátrico:

(...) ante la visión del derecho, pues sí me asumo como persona con discapacidad psicosocial, No soy víctima de la psiquiatría ni sobreviviente, no soy víctima de la sociedad, no soy un neurodivergente porque no creo que exista la neuronorma. Soy una persona, saliendo de términos legales, soy una persona con un diagnóstico psiquiátrico que vive, goza, sufre y experimenta la locura, a veces. (...) y en mi actuar día a día, pues hay gente que puede categorizar esa actuar como locura, entonces ahí digo, okey, yo asumo que estoy loco ahí, y a veces lo disfruto y a veces lo sufro y a veces lo padezco (...) aunque también creo que todo el mundo vive así, no solo los que tienen diagnósticos. ¿A quién no le ha entrado una obsesión con algo? Si nos vemos a términos del obsesivo, la obsesión de un hobby pues hace que no produzcas en este mercado, y entonces eso en este sistema político económico pues es locura, cómo no vas a estar produciendo dinero si es tu única función, (...) entonces ese es el punto desde el cual me asumo.

En este último fragmento Tochtli elabora una suerte de condensación de su posición con respecto a la dinámica identitaria propia del MPP, y desde ese marco, pasa lista de todas las categorías que se han venido revisando aquí: discapacidad psicosocial, neurodiversidad, supervivientes de la psiquiatría y locura. De la primera, reafirma que sólo se reconoce en ella desde

el terreno acotado del derecho. En relación con la segunda y la tercera categoría, no se reconoce en ellas, y de paso, afirma que no se reconoce tampoco como ninguna víctima de la sociedad. Finalmente, cuando toca el tema de la locura, antepone su autorreconocimiento como una persona que vive con un diagnóstico y una condición psiquiátrica, y es sólo desde ahí que aborda el tema de la locura. La manera en cómo significa esta última se liga con una experiencia de tintes misceláneos y antagónicos, que, así como puede incluir formas de goce, de igual modo puede ser motivo de sufrimiento. Aunado esta última idea, Tochtli plantea también que la locura no sólo podría estar asociada con un diagnóstico psiquiátrico, sino que puede extenderse a una condición propia del sistema social actual.

Considero que todo lo planteado por este activista puede resumir de buena forma una manera “débil” y escéptica de reconocerse a partir de las categorías político-identitarias propias del activismo en primera persona. Esta manera “débil” y escéptica, implica la imposibilidad de que una identidad, o una serie de identidades, hagan sentido del todo y entonces se anclen por completo a una subjetividad, pese a que se conozcan los motivos de ser de dichas identidades, y pese a que tales identidades hayan surgido bajo el propósito de resignificar parte de la experiencia de esa subjetividad, en este caso la de Tochtli. Una vez más, como ya lo veíamos con Ana, nos encontramos con la separación entre experiencia e identidad, lo cual nos obliga a entender que el activismo en primera persona no se reduce a usos identitarios o, si lo vemos de otra forma, que las identidades que forman parte de este activismo funcionan, como se ha venido insistiendo en todo este trabajo, a la manera de lugares de enunciación variables, polivalentes, estratégicos y flexibles, que están ahí bajo la posibilidad de ser ocupados, sin que sea forzoso reconocerse en todos ellos.

Algunas consideraciones finales

A manera de cierre, me parece importante no dejar de apuntar que el movimiento en primera persona en México es todavía pequeño y cuenta con una historia corta, si lo comparamos con la historia y el alcance que tiene en países del norte global (principalmente Estados Unidos, Canadá y Reino Unido). No obstante, analíticamente hablando, resultó sumamente interesante abordar las manera compleja, fértil y heterogénea, a partir de la cual se constituyen diferentes dinámicas identitarias en relación con subjetividades diversas y situadas, en este caso las que atañen a los activistas entrevistados. Esto, incluso pudo verse a un nivel macro con la historia de la irrupción de las categorías identitarias propias del movimiento, y la forma en cómo, en un periodo

relativamente corto, se inventaron y se reflexionaron distintos modos de renombrar y resignificar la experiencia ligada a eso, que, desde un marco de sentido estrictamente psiquiátrico, es denominado como enfermedad mental. Dichos modos, a su vez, fueron capaces de hacer sentido más allá de sus contextos de origen, lo cual nos lleva a una cuestión que, por la naturaleza del espacio, no se alcanzó a tocar aquí pero que resulta sumamente relevante de analizar. Tal cuestión tiene que ver con la manera en cómo la locura puede llegar a ser entendida como un significante que, a la par que conlleva particularidades irreductibles (no sólo en términos subjetivos y vivenciales, sino también desde una perspectiva que implica considerar cómo se experimenta social e históricamente) asimismo, esboza una amplitud identificatoria que justamente le permite al MPP adquirir un carácter global. Lo anterior plantea una cuestión que desde hace años se debate cuando se intentan pensar las políticas identitarias, y que tiene que ver con preguntarse: ¿cómo puede pensarse un reconocimiento global y general de la diferencia (en este caso la que se asocia a la locura) tomando como fundamento la propia diferencia?

Lo anterior, por otro lado, hace recordar algo que Foucault decía a propósito de la locura, la cual pensaba como “una provisión (...) una figura que retiene y suspende el sentido, que rellena un vacío en que no se propone más que la posibilidad aún no realizada de que tal sentido venga a alojarse allí, o aun un tercero” (2015, p. 336). De acuerdo a esto que plantea Foucault, es posible decir que lo que el activismo en primera persona plantea es una retención y suspensión del sentido inéditas, que implican un anclaje en la experiencia, y no en cualquier experiencia, sino en la experiencia política de la locura. Tal experiencia es la que ha permitido la construcción de las categorías político-identitarias revisadas, mismas que interpelan los marcos de excentricidad y extrañeza constituidos por la inteligibilidad hegemónica del saber *psi*, y que busca que por primera vez la Locura “hable”, no ya para ser descifrada, sino simplemente para ser escuchada desde el marco de una heterogénea, compleja y todavía naciente (si consideramos el caso de México) subjetividad política.

Bibliografía

- Abouilleil, M. (2019). *Madness and the demand for recognition. A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press.
- Appiah, A. (2009). “Identidad, autenticidad, supervivencia. Sociedades multiculturales y reproducción social”. En: Charles Taylor. *El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”*. Fondo de Cultura Económica.
- Campbell, P. (1992). A Survivor’s View of Community Psychiatry. *Journal of Mental Health*, 1(2), pp. 117–22.
- Cea-Madrid, J. (2022) “Estudios locos: marcos conceptuales y agenda de investigación”. *Physis: Revista de Saúde Colectiva*, 32(4): pp. 1-20.
- Chamberlin, J. (1995). *Rehabilitating Ourselves: The Psychiatric Survivor Movement*. *International Journal of Mental Health*, 24(1), pp. 39–46.
- Crossley, N. (2004). Not Being Mentally Ill: Social Movement, System Survivors, and the Oppositional Habitus. *Anthropology & Medicine*, 11(2), 161–80.
- Erro, J. (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismos en salud mental desde España y Chile*. Virus Editorial.
- Fernández, M. (2010). “La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. *Revista de derechos humanos Dfensor*: 11, pp.10-17.
- Ferreira, M. (2008). “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124: pp. 141-174.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura volumen 2*. Fondo de Cultura Económica
- Fraser, N. (2008). “La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación”. *Revista de trabajo* 4(6), pp. 83-99.
- Gorman, R. (2013). “Thinking Through Race, Class, and Mad Identity Politics”. In: B. LeFrançois, R. Menzies, and G. Reaume (eds.). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars’ Press, pp. 269–80.
- Graby, S. (2015). “Neurodiversity: Bridging the gap between the disabled people’s movement and the mental health system survivors movement?” En: Helen Spandler, Bob Sapey y Jill Anderson (eds.), *Madness, distress and the Politics of Disablement*. Bristol: Bristol

University Press, Policy Press.

- Hall, S. (2003). “Introducción: ¿quién necesita ‘identidad’?”. En Hall, Stuart et. al. Cuestiones de identidad cultural. Buenos Aires, Amorrortu.
- Ingram, R. (2016). Doing Mad Studies: Making (Non) sense Together. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5 (3): pp.11-17.
- LeFrançois, B. Menzies, R. y Reaume, G. (2016.). *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars’ Press.
- McWade, B., Milton, D. y Beresford, P. (2015). “Mad studies and neurodiversity: a dialogue”. *Disability & Society*: 30 (2), pp. 305-309.
- Menzies, R., LeFrançois, B., and Reaume, G. (2013). “Introducing Mad Studies”. In: B. LeFrançois, R. Menzies, and G. Reaume (eds.). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars’ Press, pp. 1–22.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Comité Español de Representantes de personas con discapacidad – CERMI / Ediciones Cinca.
- Taylor, C. (2009). “La política del reconocimiento”. En: Charles Taylor. *El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”*. Fondo de Cultura Económica.
- Treviño, S. (2020) “La interdicción: un acto prohibido por el artículo 22 constitucional”. Página web Suprema Corte de Justicia de la Nación, ver: <https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/blog-cec/la-interdicion-un-acto-prohibido-por-el-articulo-22-constitucional> (consultado el 18 de noviembre de 2023).

Notas _____

¹ El movimiento de las personas con discapacidad, al igual que el movimiento en primera persona, emerge y se consolida durante los años setentas en el contexto de las luchas por los derechos civiles en Estados Unidos. La relación que persiste entre ambos movimientos en realidad es compleja. Desde cierta perspectiva y a juzgar por los apoyos y tareas llevadas a cabo por ciertas ONG internacionales dedicadas a la promoción de derechos de las personas con discapacidad, como DRI (Disablity Rights International) o en México: Documenta; pareciera incluso que el movimiento en primera persona es en verdad un movimiento más pequeño incluido dentro del movimiento, más amplio y abarcador, de las personas con discapacidad.

² Ya que implicaría pensar que hay algo así como una identidad verdadera, lo cual, a su vez, nos llevaría a preguntas difíciles de responder, tales como: ¿para quién, desde dónde y en qué momento es verdadera o falsa una identidad?

Hacia un Equilibrio Digital: Explorando la Relación entre Tecnología, Salud Mental y Apoyo del Trabajo Social

Toward a Digital Balance: Exploring the Relationship between Technology, Mental Health, and Social Work Support

*Santos Rosa Irene Tong Núñez**

Román Rojo Urrea†

Irán Abelino Núñez Valenzuela‡

Resumen: La vida digital contemporánea ha ocasionado la intervención del trabajador social en problemáticas de salud mental. El objetivo de esta investigación es analizar la influencia de factores digitales en padecimientos de salud mental. Se empleó una revisión de literatura con un enfoque descriptivo-intepretativo para realizar un aporte teórico en el tema. Los resultados demuestran un impacto negativo en la salud mental por el uso de la tecnología; sin embargo, también mencionan un impacto positivo en personas con bipolaridad. Por último, se describe el uso responsable y apropiado de la tecnología para evitar afectaciones en la salud mental de los usuarios.

Abstract: Contemporary digital life has led to intervention of social workers in mental health problems. The objective of this research is to analyze the influence of digital factors on mental health conditions. A literature review with a descriptive-interpretive approach was carry out to make a theoretical contribution to the topic. Results shows a negative impact on mental health due to the use of technology; however, they also mention a positive impact on people with bipolarity. Finally, the responsible and appropriate use of technology is described in this research to avoid outcomes on users' mental health.

Palabras clave: tecnología; trabajo social; salud mental; depresión; ansiedad.

* Doctora en Innovación Educativa por ITESUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: irenetong@uas.edu.mx

† Doctor en Educación Humanista por NEXUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: rojoroman@uas.edu.mx

‡ Doctor en Innovación Educativa por ITESUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: iranabelinonunezvalenzuela@gmail.com

Introducción

La emergencia de la era digital ha transformado radicalmente el paisaje de nuestra cotidianidad, introduciendo un conjunto de desafíos y oportunidades sin precedentes, especialmente en lo que respecta a la salud mental. En este contexto, la interacción constante con tecnologías avanzadas, desde las omnipresentes redes sociales hasta una amplia gama de dispositivos electrónicos, no solo redefine nuestras formas de conexión y comunicación, sino que también plantea preguntas fundamentales sobre su influencia en el bienestar psicológico de individuos y comunidades. La relevancia de este tema se ha amplificado ante la alarma social que generan los efectos potencialmente nocivos de una inmersión descontrolada en el mundo digital, especialmente entre las poblaciones más jóvenes. Esta preocupación resuena con fuerza entre educadores, padres y responsables de políticas públicas, quienes buscan estrategias efectivas para mitigar los riesgos asociados al uso excesivo de la tecnología.

En este intrincado escenario, el trabajo social emerge como un pilar fundamental para abordar las complejidades de la salud mental en la sociedad contemporánea. Con su amplio alcance, que se extiende desde las instituciones educativas hasta las cortes y centros de asistencia, el trabajo social ofrece un marco de apoyo crítico para las familias y comunidades, brindando intervenciones holísticas que consideran tanto los factores psicológicos como socioeconómicos. La creciente incidencia de la violencia doméstica y su correlación con problemas de salud mental destaca la urgencia de integrar la salud mental en el currículo y práctica de los trabajadores sociales, así como de otros profesionales de la salud. Esta necesidad se ve reforzada por la realidad actual de incertidumbre y cambio, que ha impactado profundamente el tejido social y psicológico de la población mexicana, exigiendo respuestas innovadoras y comprensivas que puedan navegar este panorama inédito (Santiago, 2020; Garduño, 2020; Montaña, 2018; Casado, 2022).

Por otro lado, el advenimiento de la tecnología digital, si bien plantea desafíos significativos, también abre horizontes de posibilidad para el tratamiento y manejo de la salud mental. La tele psicoterapia y otras aplicaciones tecnológicas emergen como herramientas prometedoras para trascender barreras físicas y sociales, democratizando el acceso a servicios de salud mental y ofreciendo nuevas vías para la intervención psicológica. Esta dualidad de la tecnología, como fuente tanto de riesgo como de solución, requiere de una exploración crítica y matizada para maximizar sus beneficios potenciales. La investigación destaca la importancia de la

actividad física y el deporte, así como de las artes, como medios efectivos para mejorar el bienestar psicológico, atenuando síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y fomentando la inclusión social de personas con Trastornos Mentales Graves (TMG). Aquí, el trabajo social juega un rol esencial, facilitando la integración y promoción de estas prácticas saludables dentro de la comunidad. Así, se subraya la necesidad de una inversión robusta en salud pública, que contemple no solo la mejora de infraestructuras y servicios médicos sino también el fortalecimiento del trabajo social y la salud mental como componentes clave de un sistema de salud integral y resiliente (Garduño, 2020; de la Rosa Gómez, 2021; Martínez, 2020; Granados, 2018; Galán Casado, 2020).

El propósito de esta investigación es doble: primero, profundizar en la comprensión de cómo la tecnología y el trabajo social pueden servir como herramientas poderosas en la lucha contra los problemas de salud mental actuales; y segundo, identificar estrategias efectivas que aprovechen el potencial de ambos para beneficio de la sociedad mexicana. A través de este estudio, aspiramos a aumentar la conciencia sobre la importancia crítica de atender la salud mental en México, promoviendo un entorno de estabilidad, seguridad y bienestar para las familias. Se busca explorar las dinámicas digitales de los jóvenes, iluminando los riesgos y las oportunidades que la tecnología y el trabajo social representan en el esfuerzo por promover y mejorar la salud mental. Este análisis se basa en una revisión exhaustiva de literatura y estudios previos, enfocándose en la intersección de la tecnología, la salud mental y el trabajo social, para ofrecer perspectivas frescas y prácticas sobre cómo navegar los desafíos de la era digital, maximizando los recursos disponibles para el bienestar psicológico y social en el contexto mexicano.

Por lo tanto, la presente investigación despliega un análisis detallado sobre el impacto de la tecnología en la salud mental y el papel crucial del trabajo social en este contexto. La introducción presenta la era digital como un doble filo que, por un lado, facilita el acceso a la información y la comunicación, pero por otro, puede exacerbar problemas de salud mental, especialmente entre los jóvenes. A través de una metodología descriptiva basada en la revisión documental, se exploran los efectos de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y el auge de la ciberpsicología. La sección de resultados y análisis subraya el uso de las TIC entre diferentes grupos demográficos y el beneficio de la tele psicoterapia para tratar diversos trastornos psiquiátricos. Finalmente, las conclusiones resaltan la necesidad de un enfoque balanceado que aproveche las ventajas de la tecnología para el bienestar mental, sugiriendo la promoción de actividades como el

deporte y las artes, y la inversión en salud mental a través de la tecnología y el trabajo social.

Métodos

- a) **Enfoque y Tipo de Investigación:** Esta investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo, caracterizado por su naturaleza básica e indagatoria. Su propósito es explorar y comprender profundamente las causas y consecuencias que la tecnología y el trabajo social tienen sobre la salud mental en la era digital, particularmente en el contexto mexicano. A diferencia de los métodos cuantitativos, que buscan la medición numérica y el análisis estadístico para probar hipótesis, este estudio cualitativo se centra en describir y interpretar las complejidades de la relación entre tecnología, salud mental y trabajo social, proporcionando una comprensión rica y detallada de los fenómenos estudiados (Nieto, 2018).
- b) **Alcance de la Investigación:** La naturaleza de este estudio es predominantemente descriptiva, ya que se enfoca en especificar las características, patrones y dinámicas entre el uso de tecnología y los problemas de salud mental, así como el papel del trabajo social en abordar estos desafíos. A través de un análisis detallado, se busca describir y explicar cómo las interacciones digitales y el soporte social pueden influir en el bienestar psicológico de individuos y comunidades en México (Ortega, 2018; Ramos-Galarza, 2020).
- c) **Metodología Documental:** La metodología empleada es documental, aprovechando una amplia gama de fuentes literarias que incluyen artículos académicos, reportes de instituciones de salud, estudios de caso relevantes y literatura gris. Este método permite recolectar, seleccionar y analizar información existente para construir un marco teórico sólido que respalde la investigación. La observación documental desempeña un papel crucial, facilitando la identificación, selección y síntesis de datos relevantes para el objeto de estudio (Reyes-Ruiz, 2020).
- d) **Criterios de Selección y Análisis de Datos:** Los documentos incluidos en el análisis fueron seleccionados basándose en su relevancia para abordar los objetivos de la investigación, su contribución al entendimiento del impacto de la tecnología en la salud mental, y su discusión sobre la intervención del trabajo social. Este proceso de selección garantiza la incorporación de perspectivas diversas y actualizadas. La información recopilada se

sometió a un análisis interpretativo para extraer insights significativos, destacando tendencias, desafíos y oportunidades en el ámbito de estudio.

- e) Consideraciones Éticas: Aunque esta investigación se basa en fuentes secundarias y no involucra participantes humanos directamente, se ha prestado especial atención a las consideraciones éticas. Esto incluye el respeto por los derechos de autor, la citación adecuada de todas las fuentes, y la interpretación objetiva y respetuosa de los datos recopilados, manteniendo una postura neutral y profesional en todo momento.

Salud Mental en la Era Digital: Retos y Soluciones

En las últimas décadas, la adopción masiva de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ha marcado una era de profunda transformación digital, redefiniendo los pilares de la sociedad contemporánea. La integración de internet, dispositivos móviles, y plataformas de redes sociales en nuestra vida diaria ha desbloqueado un nuevo reino de posibilidades, mejorando la accesibilidad a la información, la eficiencia en la comunicación y la globalización del conocimiento. Sin embargo, esta revolución tecnológica ha traído consigo una serie de repercusiones psicosociales significativas, especialmente en términos de salud mental. Young (1996), pionero en el estudio de la ciber psicología, identifica cómo la adicción a las TIC puede resultar en un deterioro considerable en la funcionalidad y el bienestar de los individuos, reflejado a través de una amplia gama de síntomas que abarcan desde lo fisiológico hasta lo cognitivo. Este fenómeno, detallado en la obra de Luengo (2004), sugiere cómo el uso inadecuado de internet puede distorsionar los objetivos y aspiraciones personales, profesionales y familiares, planteando un desafío crítico para la estabilidad emocional y social.

Frente a este panorama, el trabajo social ha emergido como un campo clave en el abordaje de las complejidades asociadas a la salud mental en la era digital. Históricamente, esta disciplina ha brindado apoyo integral a jóvenes, familias y personas con diversas adicciones, destacando su relevancia y adaptabilidad a los cambios socioculturales (Roca-Belizar, 2019). A pesar de sus esfuerzos, la creciente incidencia de adicciones relacionadas con las TIC señala la necesidad de una mayor especialización y profundización en estas áreas emergentes, demandando estrategias innovadoras y un marco de intervención actualizado.

La adopción de la ciber-psicología y la intervención terapéutica mediante realidad virtual

(RV) ilustran el potencial de las nuevas tecnologías para revolucionar el tratamiento de problemas psicológicos. Estas herramientas no solo ofrecen alternativas más eficientes y accesibles para la terapia convencional, sino que también abren caminos hacia modalidades de intervención más inclusivas y menos estigmatizadas (Pinilla-Sardón, 2020). El enfoque terapéutico en línea se ha consolidado como una respuesta vital frente a los desafíos impuestos por el confinamiento global, demostrando su capacidad para mitigar el impacto del aislamiento social y las pérdidas económicas en la salud mental de la población (Ávalos, 2020).

En este contexto de transformación y desafío, la intersección entre tecnología, trabajo social y salud mental se presenta como un campo fértil para la investigación y la innovación. La creciente prevalencia de problemas de salud mental derivados del uso de las TIC convoca a una reflexión y acción multidisciplinaria. Se requiere de un esfuerzo conjunto que no solo aborde los aspectos negativos de la tecnología en la psique humana, sino que también explore cómo el trabajo social puede integrar estos avances para fortalecer sus prácticas de intervención.

Por tanto, el contexto delineado subraya la importancia de avanzar hacia una comprensión más holística y matizada de cómo la tecnología y el trabajo social pueden converger para abordar los desafíos contemporáneos en salud mental. Este análisis ampliado tiene como objetivo no solo examinar críticamente el impacto de las TIC en el bienestar emocional y cognitivo sino también destacar el rol indispensable del trabajo social en la construcción de estrategias efectivas de apoyo y recuperación. A través de esta exploración, aspiramos a esbozar un marco que permita navegar los retos y oportunidades de la era digital, con miras a promover un equilibrio saludable entre tecnología, bienestar mental y apoyo social en la sociedad mexicana y más allá.

Sinergias Digitales: Tecnología y Trabajo Social en Salud Mental

Según la afirmación de Etinne (2018), en el corazón de la revolución digital, el trabajo social y las tecnologías emergentes convergen como fuerzas catalizadoras para enfrentar y transformar los desafíos contemporáneos de la salud mental en México. La era digital ha introducido una gama expansiva de plataformas tecnológicas que han redefinido las posibilidades de comunicación y acceso a información, presentando oportunidades sin precedentes para la intervención en salud mental. Estas herramientas digitales, desde sofisticadas aplicaciones móviles hasta plataformas especializadas en tele psicoterapia, han democratizado el acceso a servicios de apoyo psicológico,

permitiendo una intervención temprana y a medida, crucial para el tratamiento efectivo de las afecciones de salud mental.

La tecnología, al servir como un puente hacia recursos de apoyo y terapia, facilita una interacción más fluida y continua entre los profesionales de la salud mental y aquellos en necesidad de su asistencia, superando las barreras tradicionales de distancia física y limitaciones de tiempo. Este acceso ampliado es particularmente valioso en un país tan diverso y extenso como México, donde las disparidades geográficas y socioeconómicas pueden impedir el acceso equitativo a los servicios de salud mental.

Paralelamente, el trabajo social desempeña un rol indispensable en el tejido de la atención de salud mental, actuando en la vanguardia de la identificación, gestión y referencia de casos que requieren atención psicológica especializada. Los trabajadores sociales, con su profundo entendimiento de las dinámicas sociales y económicas que afectan la salud mental, son cruciales para diseñar y aplicar estrategias de intervención que aborden no solo los síntomas sino también las causas raíz de las afecciones mentales. Su presencia en una variedad de entornos hospitalares, centros penitenciarios, escuelas, y comunidades asegura que el apoyo a la salud mental sea inclusivo y accesible para todos los sectores de la población.

La integración de nuevas tecnologías en el campo del trabajo social amplía el alcance y eficacia de las intervenciones, permitiendo una personalización sin precedentes en el tratamiento y seguimiento de los pacientes. Además, fomenta un enfoque proactivo en la prevención de trastornos mentales, mediante la promoción de la salud mental y el bienestar a través de plataformas digitales accesibles a la población general.

Esta sinergia entre tecnología y trabajo social en salud mental responde a la definición de salud mental propuesta por la OMS y reiterada por Etienne, la cual enfatiza un estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus propias capacidades, puede manejar el estrés normal de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. En este sentido, es imperativo reconocer y utilizar la disciplina del trabajo social junto con las nuevas tecnologías como medios fundamentales para mejorar o restaurar la salud mental de la población.

El despliegue de estas sinergias digitales y sociales representa un avance significativo hacia una sociedad mexicana más saludable y resiliente, donde la salud mental es reconocida y tratada con la misma prioridad y diligencia que la salud física. La colaboración interdisciplinaria, apoyada

por políticas públicas que favorezcan la integración de tecnología y trabajo social, es esencial para construir un sistema de salud mental integral que sea accesible, inclusivo y adaptativo a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Este enfoque integrador no solo promete superar las limitaciones actuales en la prestación de servicios de salud mental, sino que también prepara el camino para una sociedad donde el bienestar mental es una prioridad compartida, y donde cada individuo tiene las herramientas y el apoyo necesario para alcanzar su máximo potencial. La inversión en tecnología y trabajo social, por lo tanto, se convierte en una inversión en el futuro de la salud mental en México, destacando el compromiso colectivo hacia el desarrollo humano y social sostenible.

La tecnología y la salud mental

La incursión de la tecnología en el ámbito de la salud mental ha revolucionado las modalidades de tratamiento y atención, ofreciendo nuevas plataformas para la comunicación y la intervención terapéutica. Estas innovaciones tecnológicas han demostrado ser cruciales en la mejora de la salud mental en México, facilitando el acceso a terapias y soporte psicológico a través de medios digitales. La importancia del trabajo social en este contexto se ha reforzado, extendiendo su alcance a diversas instituciones y promoviendo el bienestar mental de la población mediante la integración de tecnologías avanzadas (Ayala-Servín, 2021; Casado, 2022).

La adopción de la tecnología en la salud mental no solo mejora la interacción médico-paciente, sino que también amplía el espectro de acceso a servicios de salud mental, especialmente para aquellos en áreas remotas o con limitaciones para acceder a atención presencial. Este enfoque digital ha demostrado ser efectivo en diferentes ámbitos de la salud mental, adaptándose a las necesidades específicas de las personas a distancia, lo cual es testimonio de su indispensabilidad en nuestro día a día y su impacto en la manera en que nos relacionamos y gestionamos nuestro tiempo libre (Ayala-Servín, 2021; Casado, 2022).

La evidencia reciente subraya el impacto positivo de las nuevas tecnologías en el tratamiento y recuperación de la salud mental. Estas tecnologías de comunicación e información no solo atraen a los usuarios por su eficiencia y accesibilidad, sino que también ofrecen un rendimiento mejorado en varios dominios de la vida cotidiana, reforzando el argumento a favor de su integración en las estrategias de tratamiento y prevención de problemas de salud mental (Ayala-

Servín, 2021; Hamdan Rodríguez, 2018).

El compromiso con la inclusión de herramientas tecnológicas en el ámbito de la salud mental requiere una consideración cuidadosa de los desafíos éticos y de seguridad, como la protección de datos personales y la privacidad de los pacientes. Sin embargo, el potencial transformador de la tecnología para facilitar una mayor accesibilidad a servicios de calidad, fomentar el autocuidado y potenciar el desarrollo de tratamientos más efectivos es innegable. A medida que avanzamos en esta era digital, es imperativo adoptar un enfoque holístico y balanceado que priorice el bienestar del paciente mientras se explora el vasto potencial de estas herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos mentales, manteniendo siempre un compromiso con las consideraciones éticas fundamentales.

El trabajo social y la salud mental

El Trabajo Social desempeña un rol crucial en el fortalecimiento de la salud mental en México, representando una disciplina dedicada a fomentar el desarrollo saludable y equilibrado de las relaciones humanas y a promover cambios sociales que mejoren la calidad de vida de la población. Su influencia se extiende a lo largo y ancho de la comunidad, donde no solo busca mejorar la salud mental de los individuos, sino que también colabora estrechamente con otras disciplinas y profesionales en el ámbito médico y social para elevar el estándar de la salud pública y optimizar el rendimiento del sistema de salud en el país. La integración efectiva del trabajo social en distintas instituciones desde entidades educativas hasta corporativas demuestra cómo su inclusión mejora significativamente la salud y estabilidad mental de las personas involucradas (Parada, 2018).

La sinergia entre las nuevas tecnologías y el trabajo social es un área de interés creciente, especialmente en el contexto de la salud mental. Un estudio reciente destaca la importancia de incorporar la tecnología en la práctica del trabajo social, señalando la necesidad emergente de adaptar la educación y la formación profesional a las demandas de la era digital. Esto incluye la implementación de clases, cursos y talleres que utilicen tecnologías avanzadas para asegurar que la educación y el trabajo social continúen evolucionando y respondiendo efectivamente a los retos actuales, evidenciando cómo la evolución tecnológica introduce nuevas metodologías para abordar y cumplir con diversas tareas (Bracons, 2021).

Tabla 1
Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) por Menores según Sexo y Edad

	Uso de ordenador (%)	Uso de Internet (%)	Disposición de móvil (%)
Total	91.3	92.8	69.8
Sexo			
Hombres	90.4	92.5	68.2
Mujeres	92.2	93.2	71.6
Edad			
10	85.7	85.6	26.2
11	88.5	86.3	41.1
12	92.5	92.4	75.1
13	92.5	96.2	86.2
14	93,0	97,0	91.2
15	95,0	98.7	94.4

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2018).

Esta tabla refleja la penetración creciente de las TIC entre la población joven, destacando diferencias significativas en el uso de ordenadores, internet y dispositivos móviles según el sexo y la edad. Este acceso amplio a las tecnologías digitales desde edades tempranas subraya la relevancia de abordar la adicción a las tecnologías como un fenómeno preocupante, particularmente en contextos de adolescencia y familia, donde el trabajo social tiene un papel vital en ofrecer apoyo, orientación y tratamientos adecuados (Roca Belijar, 2019).

La convergencia entre el trabajo social y la tecnología abre un amplio abanico de posibilidades para innovar en las intervenciones de salud mental, ofreciendo a la vez desafíos y oportunidades para mejorar la eficacia de los tratamientos y la calidad del soporte brindado a las personas afectadas por trastornos mentales. A medida que avanzamos en esta era de transformación digital, es esencial reconocer y potenciar el valor del trabajo social en el ámbito de la salud mental, explorando y adoptando las herramientas tecnológicas que permitan una intervención más efectiva y accesible para todos.

Análisis de Resultados

a) Dinámica Digital y Salud Mental en México: Perspectivas en 2018

La ENDUTIH 2018 ofrece una visión integral sobre la penetración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en México, destacando el papel crucial que juegan en la cotidianidad de la población. Con 74.3 millones de usuarios de internet, representando el 65.8% de la población de seis años o más, se evidencia una continua tendencia hacia la digitalización de la sociedad mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019). La distribución por edad y género muestra una mayor proporción de usuarios entre los 25 y 34 años, con las mujeres ligeramente superando a los hombres en uso de internet, lo que subraya la relevancia de considerar las variables demográficas en las estrategias de promoción de la salud mental y trabajo social.

El uso predominante del internet para entretenimiento, comunicación y obtención de información indica cómo las TIC se han integrado en las actividades diarias, resaltando la importancia de abordar su impacto en la salud mental. Aunque estas herramientas ofrecen oportunidades sin precedentes para el acceso a información y la interacción social, también pueden contribuir a desafíos como el aislamiento, la ansiedad y la depresión, especialmente entre los jóvenes y las poblaciones vulnerables.

La alta penetración de smartphones y el acceso a internet a través de estos dispositivos reflejan un cambio en las modalidades de conexión digital, lo que abre nuevas vías para el trabajo social digitalizado y la tele psicoterapia. Sin embargo, el análisis de la ENDUTIH también revela disparidades significativas en el acceso a internet entre zonas urbanas y rurales, destacando la necesidad de abordar la brecha digital para garantizar que los beneficios de la tecnología sean accesibles para todos los sectores de la sociedad.

Además, el crecimiento en la utilización de aplicaciones de mensajería instantánea, redes sociales y contenidos de audio y video señala la centralidad de los dispositivos móviles en la vida cotidiana, lo que sugiere la importancia de incorporar estas plataformas en las estrategias de promoción de la salud mental y el bienestar.

b) Salud Mental y TIC en México: Análisis hacia la Integración Digital 2020

El avance hacia un equilibrio digital, particularmente en el contexto de la salud mental y el apoyo del trabajo social, exige una comprensión profunda del panorama tecnológico actual y su impacto

en la sociedad mexicana. Los datos obtenidos de la ENDUTIH 2020 proporcionan un panorama esclarecedor sobre la penetración y uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en México, que son fundamentales para este análisis.

En 2020, se estimó que 84.1 millones de mexicanos eran usuarios de internet, lo que representa el 72.0% de la población de seis años o más. Este incremento, de 1.9 puntos porcentuales respecto al año anterior, sugiere una creciente integración digital en la vida cotidiana de los mexicanos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021). La distribución por género revela una participación casi equitativa, con un 71.3% de mujeres y un 72.7% de hombres. Sin embargo, es en el ámbito urbano donde se concentra la mayor proporción de usuarios (78.3%), contrastando significativamente con la zona rural (50.4%), lo que pone de manifiesto las disparidades digitales que aún persisten en el país.

El dispositivo predominante para acceder a internet es el smartphone, utilizado por el 96.0% de los usuarios, lo que subraya la importancia de estos dispositivos en la conectividad digital. Las actividades en línea más comunes incluyen la comunicación (93.8%), la búsqueda de información (91.0%) y el acceso a redes sociales (89.0%), lo que refleja un uso intensivo de internet para la interacción social y el acceso a contenido (INEGI, 2021).

La telefonía celular también desempeña un papel crucial en el panorama digital mexicano, con 88.2 millones de usuarios en 2020. El 91.6% de estos usuarios poseen un smartphone, lo que facilita un acceso continuo y versátil a internet. Este alto nivel de penetración de smartphones revela el potencial de estas tecnologías para ser herramientas eficaces en la promoción de la salud mental y el bienestar, así como en la provisión de servicios de apoyo social de manera accesible y a distancia.

Analizando el uso de la computadora, 44.4 millones de personas (38.0% de la población) utilizaron este dispositivo en 2020, lo que representa una disminución respecto al año anterior. Esta tendencia sugiere una posible transición hacia dispositivos móviles más accesibles y convenientes para las necesidades de los usuarios (INEGI, 2021).

Estos datos subrayan la importancia de adaptar las estrategias de intervención en salud mental y trabajo social a este entorno digitalmente conectado. La creciente utilización de TIC abre nuevas vías para el tratamiento, la terapia y el soporte social, especialmente a través de la telepsicoterapia y otras aplicaciones tecnológicas que pueden superar barreras físicas y sociales.

Sin embargo, la digitalización también presenta desafíos significativos, especialmente en términos de salud mental. El acceso desigual a internet entre áreas urbanas y rurales puede perpetuar las disparidades en la disponibilidad de servicios de apoyo. Además, la prevalencia del uso de redes sociales y dispositivos electrónicos entre los jóvenes subraya la necesidad de abordar los potenciales efectos negativos en su bienestar psicológico.

c) Integración de TIC en Trabajo Social: Desafíos y Oportunidades

El avance de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) ha transformado significativamente tanto la sociedad global como los métodos tradicionales en el campo del Trabajo Social. Pérez-Lagares et al., (2012) discuten la integración de las TIC en la educación de Trabajo Social, resaltando la asignatura "Tecnologías de la Información y Comunicación aplicadas al Trabajo Social" como un componente crucial en la formación de futuros trabajadores sociales. Este curso tiene como objetivo dotar a los estudiantes de las habilidades necesarias para utilizar eficientemente las TIC en la recopilación, procesamiento de información y en el diseño, gestión, y evaluación de programas sociales. La meta es que los estudiantes construyan su conocimiento interactuando con tecnologías digitales y desarrollen competencias para manejar, discriminar, y generar información y conocimiento relevante para el Trabajo Social.

Las TIC, según los mismo Pérez-Lagares et al. (2012), ofrecen oportunidades sin precedentes para mejorar las evaluaciones de intervención social, al permitir la compilación de una vasta cantidad de datos en formatos digitales, accesibles y eficientes. Además, estas tecnologías facilitan el manejo y difusión de la información, agilizando y enriqueciendo el trabajo de los profesionales en el campo. El documento sugiere que, a pesar de las recomendaciones tradicionales que enfatizan el trabajo directo y personal, el uso adecuado de la tecnología no solo es compatible con el Trabajo Social, sino que puede mejorar significativamente su eficacia y eficiencia.

Por lo tanto, la fusión de las TIC en el Trabajo Social marca un avance significativo hacia métodos más innovadores y efectivos de intervención. Al incorporar la formación en tecnologías digitales, se está reconociendo la creciente necesidad de adaptar las prácticas profesionales a la era digital. Este enfoque no solo enriquece la calidad del trabajo social mediante el uso eficaz de la información digital y la gestión de proyectos, sino que también refleja un compromiso con la igualdad de acceso a los servicios. Abordar la brecha digital y fomentar una alfabetización

tecnológica amplia son desafíos clave, pero el potencial de las TIC para transformar y mejorar la intervención social es innegable, señalando un futuro donde la tecnología y el trabajo social avanzan de la mano hacia soluciones más inclusivas y accesibles.

Discusión

La intersección entre las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y el trabajo social emerge como un campo fértil para redefinir las prácticas de intervención social y la promoción de la salud mental en México. La digitalización de la sociedad no solo ha modificado las dinámicas de interacción y acceso a la información sino también ha planteado desafíos significativos en el ámbito de la salud mental, particularmente entre los jóvenes y poblaciones vulnerables. Esta investigación ha iluminado tanto las oportunidades como los retos que presenta la era digital para el trabajo social, con un enfoque específico en la salud mental.

La ENDUTIH 2018 y 2020 ha revelado una tendencia creciente hacia la digitalización en México, evidenciando una penetración significativa de internet y el predominio de smartphones como principales medios de conexión digital (INEGI, 2019; INEGI, 2021). Este avance digital ofrece un nuevo horizonte para el trabajo social, especialmente en la promoción de la salud mental y el bienestar. Sin embargo, también resalta la necesidad crítica de abordar las desigualdades de acceso y la alfabetización digital como un nuevo frente en la lucha contra la exclusión social.

El análisis ha mostrado cómo las TIC pueden ser una herramienta poderosa para el trabajo social, permitiendo intervenciones más eficientes y accesibles (Pérez-Lagares et al., 2012). La capacidad de las tecnologías digitales para recopilar y gestionar grandes volúmenes de datos puede revolucionar las evaluaciones de intervención social, mejorando significativamente su eficacia y eficiencia. A pesar de las preocupaciones tradicionales sobre el impacto de la tecnología en la práctica del trabajo social, este estudio sugiere que un uso adecuado de las TIC es no solo compatible sino esencial para el futuro del campo.

La transición hacia prácticas digitalizadas en el trabajo social presenta desafíos significativos, principalmente relacionados con la "alfabetización informática" y las brechas de acceso entre zonas urbanas y rurales. La formación en habilidades digitales emerge como una necesidad imperativa para futuros trabajadores sociales, permitiendo una intervención social más inclusiva y efectiva. Este estudio destaca la importancia de adaptar la educación y capacitación en

trabajo social a las demandas de la era digital (Bracons, 2021).

Conclusiones

En este estudio titulado "Hacia un Equilibrio Digital: Explorando la Relación entre Tecnología, Salud Mental y Apoyo del Trabajo Social", presenté lo navegado a través de las complejas aguas de la digitalización, sus impactos en la salud mental, y el rol crítico que juega el trabajo social en este nuevo horizonte. El ejercicio de exploración revela un panorama dual, donde las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) emergen tanto como aliadas como adversarias en la lucha por la salud mental. Así mismo, la era digital, con su vasta oferta de conexiones y conocimientos, ha mostrado su lado oscuro, especialmente entre los más jóvenes de nuestra sociedad. La ansiedad, la depresión y un sentido de aislamiento parecen ser los compañeros no deseados de la omnipresencia digital. Sin embargo, la misma tecnología que plantea estos desafíos también nos ofrece herramientas innovadoras para enfrentarlos, como la tele psicoterapia, que se destaca por su potencial para transformar el acceso y la eficacia del tratamiento de la salud mental.

El trabajo social, una profesión dedicada a tender puentes hacia el bienestar, se encuentra ante el desafío y la oportunidad de integrar estas herramientas digitales en su práctica. La capacitación en habilidades digitales no es solo una necesidad, sino una urgencia, para que los trabajadores sociales puedan continuar su misión en este nuevo terreno. Además, el estudio destaca una preocupación fundamental: la brecha digital. Esta brecha no solo perpetúa las desigualdades existentes, sino que también amenaza con dejar atrás a aquellos que más podrían beneficiarse del apoyo digitalizado.

Ante estos hallazgos, proponemos varias vías hacia el equilibrio y el bienestar en la era digital. Es esencial fomentar un uso consciente y equilibrado de las TIC, especialmente entre los jóvenes, equilibrando la vida en línea con la vida fuera de la pantalla. De igual importancia es abordar la brecha digital mediante la promoción de la inclusión digital y la alfabetización tecnológica, asegurando que todos tengan acceso equitativo a las herramientas digitales y los conocimientos necesarios para utilizarlas de manera efectiva.

Además, instamos al desarrollo de herramientas digitales específicamente diseñadas para facilitar el trabajo social y la salud mental. Este enfoque no solo mejoraría la eficiencia y accesibilidad de los servicios, sino que también abriría nuevas avenidas para el apoyo y la

intervención. Finalmente, subrayamos la importancia de la investigación continua en este campo dinámico, adaptando nuestras estrategias y herramientas a medida que avanzamos en nuestra comprensión de la interacción entre tecnología, salud mental y trabajo social.

Concluimos este estudio con un llamado a la acción: aprovechar el poder transformador de la tecnología para fomentar una sociedad más conectada, resiliente y mentalmente saludable. A través de un compromiso colectivo con la educación, la inclusión y la innovación, podemos asegurar que la era digital sea una fuerza para el bien, permitiendo a todos, sin excepción, alcanzar su pleno potencial.

Bibliografía

- Ávalos, X. V. (2020). Efecto de la tele psicoterapia de apoyo en un grupo de pacientes psiquiátricos con secuelas emocionales por el confinamiento a raíz de la pandemia COVID-19 en México. *Rev Mex Psiq*, 1(9), 4. Obtenido de [345396608_Efecto_de_la_tele_psicoterapia_de_apoyo_en_un_grupo_de_pacientes_psiquiaticos_con_secuelas_emocionales_por_el_confinamiento_a_raiz_de_la_pandemia_COVID](https://doi.org/10.24245/2448-7875.2020.1.9.4)
- Ayala-Servín, N. (2021). La telepsiquiatría: una revolución de la salud mental en tiempos de pandemia. *Medicina clínica y social*, 5, 58. doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.206>
- Bracons, H. &. (2021). Educación universitaria a distancia durante la pandemia de la covid 19. Reflexiones desde el Trabajo Social. *EHQUIDAD. Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*(16), 268. doi:<https://doi.org/10.15257/ehquidad.2021.0021>
- Casado, J. I. (2022). Revisión sobre la " Salud mental y nuevas tecnologías": análisis de las redes sociales y los videojuegos en las primeras etapas de desarrollo como factores modulares de una salud mental positiva. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2, 88. Obtenido de <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/79-88>
- de la Rosa Gómez, A. (2021). . Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3, 38. doi:<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.1.2021.370.32-38>
- Etienne, C. F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 42, 140. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.140>
- GALÁN CASADO, D. C. (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG). 13. doi:Doi 10.25115/psye.v10i1.2343
- Garduño, A. S. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México. *Revista de la Facultad de Psicología*, 23, 11-40. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7838725>
- Granados, S. H. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis. Revista de Ciencias Sociales*, 160. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369972>

- Hamdan Rodríguez, M. C. (2018). Estrategia pedagógica con tecnologías multimedia para promover la salud mental en estudiantes de la salud. *Revista Salud Uninorte*, 34, 32. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522018000100025&script=sci_arttext#B3
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Instituto Federal de Comunicaciones. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ENDUTIH_2020.pdf
- Martínez, L. F. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de salud mental*, 17, 36. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7553715>
- Montaño, C. (2018). Alienación parental, custodia compartida y los mitos contra su efectividad. Un desafío al trabajo social. *Perspectivas sociales= Social Perspectives*, 29. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6857194>
- Nieto, E. (2018). Tipos de investigación. *Universidad Santo Domingo de Guzmán(2)*, 4. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/99846223/250080756-libre.pdf?1678813555=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTipos_de_Investigacion.pdf&Expires=1687715645&Signature=Qk52nVXpJiJ8L85Ub0bCS7JDT8CJGzHkVtyW3MSoBVGAZxqCpJD18QZbRySHmiYclUercu
- OMS. (2020). Análisis comparativo de la salud mental positiva entre hombres y mujeres universitarios en condición de aislamiento social por COVID-19. *SCielo Analytics*.
- Ortega, A. O. (2018). ENFOQUES_DE_INVESTIGACION_TABLA_DE_CONTENIDO_Contenido/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUES-DE-INVESTIGACION-TABLADECONTENIDO. Enfoques de investigación. Extraído de https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Otero_Ortega/publication/326905435_14_34. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Alfredo-Otero-Ortega/publication/326905435_ENFOQUES_DE_INVESTIGACION/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUES-DE-INVESTIGACION.pdf
- Parada, C. A. (2018). Políticas sociales y trabajo social. 45. Obtenido de

http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/64438/1461/Parada-carolina-analia-Politicassociales-y-trabajo-social.pdf

Pérez-Lagares, M., Sarasola-Sánchez - Serrano, J., & Balboa-Carmona, M. (2012). TRABAJO SOCIAL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS. *Portularia*, XII, 57-60. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161024437006.pdf>

Pinilla Sardón, L. (2020). Nuevas tecnologías, era digital y salud mental. 25. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/41345>

Ramos-Galarza, C. A. (2020). Los alcances de una investigación. . *CienciAmérica*, 9, 6. doi:<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>

Reyes-Ruiz, L. &. (2020). La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio. Obtenido de <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6630>

Roca Belijar, C. (2019). Adicción a las Tecnologías: Adolescencia, familias y Trabajo Social. Revisión teórica del fenómeno. Obtenido de https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/85086/1/04_Azarbe_N8_2019.pdf

Santiago, M. D. (2020). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. 10. Obtenido de <http://www.repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/7435/sm210601.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Más allá del pensamiento sistémico: el paradigma participativo. Una visión para el abordaje de las violencias

Beyond systems thinking: the participatory paradigm. A vision for addressing violence

*Lidia Karina Macias-Esparza**

Esteban Laso Ortiz†

Resumen: En los últimos años, un cuerpo de ideas han empezado a emerger en ámbitos muy disímiles de la psicología y la psicoterapia: el “tercer orden” en terapia sistémica, el movimiento transdiagnóstico y el “Marco de Referencia de Poder, Amenaza y Significado” en psicopatología.

Pese a sus diferencias, todos estos movimientos coinciden en entender el sufrimiento, la salud mental y la patología psicológica como resultado de la injusticia, contextualizándolos en los sistemas sociales, económicos, culturales y naturales de los que forman parte y alejándose, en consecuencia, de visiones reduccionistas, sean de corte biológico, psicológico o cualquier otro.

Por otro lado, un problema acuciante, tanto en social como en el área de la salud pública es la violencia basada en el género, particularmente la infligida por un cónyuge o pareja de sexo masculino es la más extendida contra las mujeres en todo el mundo, afectando a entre 30% y 38% de ellas a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Pese a ello, la formación en psicoterapia en buena medida se ha quedado a la zaga: no ha integrado esta evolución de la sociedad que si se ha dado en el ámbito legal y en otros ámbitos, y lo más destacado, continua entendiendo la violencia como un problema individual derivado de una psicopatología o debido a algún problema de personalidad.

Para esta ponencia revisamos de forma crítica las propuestas teóricas más relevantes hasta el momento en el abordaje de la violencia en la psicoterapia relacional y sistémica, y proponemos extender la visión a lo que hemos llamado “paradigma coparticipativo” que destaca una concepción comunal del ser humano que ha estado ausente de los modelos terapéuticos, lo cual puede posibilitar una plena incorporación del género y justicia y la igualdad en la psicoterapia.

Abstract: In recent years, a body of ideas has begun to emerge in very dissimilar fields of psychology and psychotherapy: the "third order" in systemic therapy, the transdiagnostic movement and the "Power, Threat and

* Doctorado en Psicología clínica y de la salud por la Universidad de Barcelona, investigadora en temas de violencia y salud mental, profesora investigadora de la Universidad de Guadalajara, México. Correo: lidia.macias@academicos.udg.mx

† Doctorado en Psicología social, Universidad Autónoma de Barcelona. Investigador en temas de sociales y de psicoterapia, creador del modelo de Terapia en clave emocional, profesor investigador de la Universidad de Guadalajara, México. Correo: estebanlaso@gmail.com

Meaning Framework" in psychopathology.

Despite their differences, all these movements coincide in understanding suffering, mental health and psychological pathology as the result of injustice, contextualizing them in the social, economic, cultural and natural systems of which they are part and consequently distancing themselves from reductionist views, be they biological, psychological or otherwise.

On the other hand, a pressing problem, both socially and in the area of public health, is gender-based violence, particularly that inflicted by a male spouse or partner, which is the most widespread against women throughout the world. affecting between 30% and 38% of them throughout their lives (World Health Organization, 2021).

Despite this, training in psychotherapy has largely lagged behind: it has not integrated this evolution of society that has occurred in the legal field and in other areas, and most importantly, it continues to understand violence as an individual problem derived from psychopathology or due to some personality problem.

For this presentation we critically review the most relevant theoretical proposals to date in the approach to violence in relational and systemic psychotherapy, and we propose to extend the vision to what we have called "co-participatory paradigm" that highlights a communal conception of the human being, that has been absent from therapeutic models, which can make possible a full incorporation of gender and justice and equality in psychotherapy.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud; coparticipación; psicoterapia.

De la conducta de cada uno, depende el futuro de todos.

Alejandro Magno

Introducción.

La presente ponencia se enmarca en el eje de las *ciencias sociales de la salud*, debido a que contempla los determinantes socioculturales del proceso de salud-enfermedad-atención, específicamente en lo relacionado a la violencia basada en el género y su atención en el ámbito de la salud mental.

En los últimos años, un cuerpo de ideas han empezado a emerger en ámbitos muy disímiles de la psicoterapia: el *tercer orden* en terapia sistémica (McDowell et al., 2019; Medina, 2022), y el "Marco de Poder, Amenaza y Significado" (British Psychological Society, 2018) en psicopatología. Pese a sus diferencias, estos movimientos coinciden en entender el sufrimiento y la patología psicológica como resultado de la violencia o la injusticia, contextualizándolos en los sistemas sociales, económicos, culturales y naturales de los que forman parte y alejándose, en consecuencia, de visiones reduccionistas, sean de corte biológico, psicológico o cualquier otro.

Por otro lado, un problema acuciante, tanto en lo social como en el área de la salud pública, es la violencia basada en el género, particularmente la infligida por un cónyuge o pareja de sexo masculino. Esta forma de violencia es la más extendida contra las mujeres en todo el mundo, afectando a entre 30% y 38% de ellas a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021). Pese a ello, la formación en psicoterapia en buena medida se ha quedado a la zaga: no ha integrado esta evolución de la sociedad que si se ha dado en el ámbito legal y en otros ámbitos, y lo más destacado, continua entendiendo la violencia como un problema individual derivado de una psicopatología o un problema de personalidad.

Para esta ponencia revisamos de forma crítica y sucinta las visiones predominantes en la comprensión y abordaje de la violencia en la violencia relacional y proponemos extender la visión a lo que hemos llamado “*paradigma coparticipativo*” que destaca una concepción comunal del ser humano que ha estado ausente de los modelos de intervención psicoterapéutica, con lo cual se incluye una plena incorporación del género, la justicia y la igualdad en la psicoterapia.

La violencia basada en el género

La violencia ha sido reconocida como un grave problema social y de salud pública, entendiéndose como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 3) Puede darse en tres modalidades: la violencia autoinfligida, la interpersonal y la colectiva. En esta ponencia nos centraremos en la violencia contra las mujeres de parte de sus parejas sentimentales, la cual es de tipo interpersonal y se basa en el sistema sexo-género, por lo que también ha sido llamada violencia basada en el género (*gender-based violence*).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), también conocida como CEDAW, empezó a visibilizar el fenómeno bajo el nombre de “violencia contra las mujeres”, reconocida a partir de los años 90 como un problema de derechos humanos. Esto impulsó la aprobación de leyes “de primera generación” que, aunque identificaban el problema, lo seguían entendiendo como “abuso doméstico”, violencia doméstica, conyugal o intrafamiliar; es decir, un asunto puramente privado que sólo ameritaba intervención externa

cuando desbordaba las cuatro paredes de una casa.

Asimismo, la comprensión de la violencia basada en el género ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. La conceptualización inicial, propia de dichas leyes de primera generación, era como hemos dicho que se trataba de un asunto privado. Esto daba por supuesto el derecho masculino de ejercer violencia con fines disciplinarios siempre y cuando no fuera “excesiva”, supuesto patriarcal subyacente a expresiones como “riña doméstica”, “asunto familiar” o “sí, la golpiza fue exagerada, pero algo habrá hecho la mujer”. Por tanto, esta primera conceptualización consiguió individualizar la violencia de género como problema en el que la intervención estatal podía ser eventualmente justificable, a costa de reducirlo a la esfera privada, sin mencionar que la injusticia y la desigualdad estructural entre hombres y mujeres que la sustenta se pasaba por alto.

En la década de los 2000 surgen leyes de “segunda generación o integrales” (Cifuentes & Weidenslauffer, 2019; Essayag, 2017; Mejía, 2012; Hasanbegovic, 2017; Marín de Espinosa Ceballos, 2017) que intentan subsanar las limitaciones de sus predecesoras, identificando la violencia contra las mujeres como un fenómeno en sí mismo tanto en el ámbito público como privado. Esto, a su vez, condujo al reemplazo de conceptos como “crimen pasional” o “riña doméstica” por el de “feminicidio” o “violencia de género contra la mujer”, a la comprensión de la violencia como un problema de derechos humanos, y la incorporación de una visión estructural, incluyendo la noción del género como aspecto vertebrador a la par de otras condiciones sociales.

Si bien esta visión ha ido permeando los sistemas de justicia, los servicios sociales y de salud, aún no ha sido plenamente incorporada en el ámbito de la salud mental. En general, la literatura psicoterapéutica que aborda la violencia de pareja se encuentra poco actualizada respecto de los avances normativos y legales; lo que es más importante, sigue basándose en abordajes centrados en una perspectiva individual o a lo mucho en la díada, que la asume como un problema interaccional del sistema conyugal e ignora sus aspectos estructurales y sistémicos. Para actualizar dicha perspectiva es necesario, antes de nada, una nítida delimitación del fenómeno de la violencia de género en pareja, la cual presentamos en el siguiente apartado.

Violencia de género en pareja: características diferenciales

Diversas autoras y autores (Kimmel, 2002; Laso et al., 2020; Macias-Esparza & Laso, 2017; Montero & Bonino, 2006; Murphy & Smith, 2010; Nogueiras, 2004; Paz, 2011) concuerdan en que

la violencia en las relaciones de pareja se distingue de otras modalidades por:

- Encontrarse vertebrada y sostenida por otros sistemas (violencia estructural);
- Ocurrir indistintamente del estado civil de la pareja o su fase del ciclo vital, es decir, que se puede presentar en el noviazgo, en la pareja establecida o en proceso de separación;
 - La existencia de un vínculo afectivo y de apego que dificulta la separación y la terminación de la relación, creando situaciones de ambivalencia emocional;
 - Iniciar habitualmente con violencia psicológica (comentarios despectivos, agresiones verbales, limitar el acceso a recursos, conductas de control y restricción social, amenazas y tácticas de control de salida), para recrudecer de forma gradual a formas más letales como la física y sexual;
 - Por tanto, es un proceso que se prolonga en el tiempo y no es un evento aislado;
 - Ser repetitiva y cíclica pero intermitente (intercala periodos de calma y afecto con episodios sostenidos) lo cual conlleva un efecto acumulativo y ambivalente;
 - Ocurrir principalmente en el espacio privado por lo que se oculta a las redes de apoyo social;
 - En la mayoría de casos, quien la perpetra lo hace no con la expresa intención de dañar (aunque produzca daño) sino para restañar lo que vivencia como un menoscabo de su masculinidad,
 - Por medio de alguna forma de sometimiento, dominación o control, implícitos o explícitos, sobre su pareja (nótese que según la UNODC, 2019, los desencadenantes principales de asesinatos de mujeres perpetrados por sus parejas varones son los celos, la posesividad o el miedo al abandono),
 - Que se manifiestan en que la violencia psicológica y física suelen ir acompañadas de otras violencias (económica, sexual, patrimonial, etc.),
 - Lo que crea una relación asimétrica entre los miembros de la pareja en la que el hombre ejerce el dominio y el control de la mujer mediante la violencia, por lo que involucra un abuso de poder.

En resumen, la violencia de género en pareja se distingue de otras formas de violencia precisamente porque es *de género*, o sea, normalizada por las desigualdades de poder e injusticias

estructurales derivadas del sistema sexo-género, y porque es *de pareja*, o sea, sostenida por un vínculo afectivo que dificulta (pero no imposibilita) a la víctima reconocerse plenamente como tal y tomar las decisiones necesarias para dejar de serlo, impliquen o no una separación. Por tanto, toda intervención que aspire a ser exitosa debe darse *en la encrucijada entre ambos factores*: es decir, debe reconocer, por un lado, que el sistema de justicia, económico, cultural, etc., está sesgado a favor de quien violenta y en contra de la víctima con el fin de contrapesar en lo posible este sesgo; y debe reconocer, por otro, los afectos de la víctima hacia su pareja ayudándola a honrarlos sin seguir lastimándose a sí misma por inacción o coerción. Como veremos a continuación, la teorización psicológica sobre violencia ha tendido a reconocer ora un aspecto, ora el otro, sin haberlos integrado del todo, lo que ha redundado en comprensiones en mayor o menor medida insuficientes y una calidad cuestionable en la atención a las víctimas *y a quienes ejercen violencia*.

La violencia vista desde la psicología clínica

En la psicología clínica, la forma de concebir la violencia de género en pareja también ha evolucionado, hasta cierto punto paralelamente a como lo ha hecho en el plano legislativo. A continuación, describimos de manera sucinta las sucesivas explicaciones y por ende, abordajes terapéuticos de la violencia de pareja:

a) Visión individualista psicologizada: la más antigua conceptualización psicológica de la violencia es la que la considera un fenómeno puramente individual, es decir, debido a rasgos de personalidad o a una psicopatología específica del individuo que la perpetra y, por ende, independiente tanto de la dinámica de pareja como de las estructuras sociales. Esta visión tiene su apogeo en los años 70 y 80 del siglo pasado; su autor de referencia es Dutton (2007), quien continúa sosteniendo que la violencia de pareja no es exclusiva ni predominantemente masculina y que obedece a diversas patologías del agresor. Aunque es coherente con los modelos clásicos del psicoanálisis, el conductismo y el humanismo, la evidencia apunta a que la prevalencia de enfermedades mentales graves en general es baja entre la población de maltratadores y no habría significativamente más enfermos mentales que entre la población general (Echeburúa et al., 2004; Robinat & Justes, 2019; García Lázaro & García Martínez, 2011); asimismo, a que la violencia de género en pareja es perpetrada en su ingente mayoría por varones sobre mujeres¹ y no a la inversa (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2023), por lo que esta concepción es, como

mínimo, insuficiente para dar cuenta cabal del fenómeno. Podríamos decir, así, que esta primera concepción no reconoce ninguna de las dos características diferenciales del fenómeno, pues no lo ve como propio de una relación de pareja sino de un individuo ni como dependiente del orden sexo-género, cuyas inequidades le resultan invisibles (Macias-Esparza & Laso, 2017).

b) Visión sistémica-relacional clásica: En contraposición al anterior, el modelo sistémico emerge con fuerza cuestionando las posturas individualistas, ampliando la visión a las relaciones y las dinámicas entre los elementos de los sistemas y proponiendo que la violencia es el resultado de la relación o interacción de la díada, es decir, del agresor con su pareja. Este modelo experimentó una evolución interna que se puede resumir en tres oleadas u órdenes, de los cuales abordamos en este acápite los dos primeros, más o menos entre su aparición en los años 70 del siglo pasado y el final de la primera década del siglo XXI. La terapia sistémica de primer orden se aparta de la psicopatología individual y atribuye la violencia a la dinámica de la díada, con lo que propone intervenciones centradas en la misma, es decir, alguna forma de terapia de pareja (Perrone & Nanini, 2010). La terapia de segundo orden redescubre al individuo en su papel de observador y constructor de la realidad (Feixas y Villegas, 2000; Varela y Maturana, 1973), por lo que vuelve a ser el *locus* de la intervención, la cual, a su vez, va perdiendo el carácter directivo e intenso de los pioneros del modelo para volverse más intelectualizada, reflexiva y cognitiva (bajo términos como “colaborativa”, Anderson y Gehart, 2006; o “dialógica”, Seikkula y Olson, 2003). La terapia, por ende, se destina ya no tanto a cambiar sus conductas o sentimientos *in situ* sino a modificar su sistema de creencias, narrativas, discursos, imaginarios, etc.

Estas dos primeras oleadas sistémicas tienen la ventaja de incorporar factores de pareja y familiares a la comprensión de la violencia de género; esto es, reconoce uno de los aspectos que la diferencia del resto de tipos de violencia intrafamiliar (como la parentofilial, por ejemplo). Pero, en cambio, da por hecha una igualdad de condiciones entre hombres y mujeres que no se conduce con las injusticias estructurales derivadas del sistema sexo-género. Así, una de las críticas más importantes a este modelo es que en aras de la circularidad² (o causalidad circular) se distribuye por igual la responsabilidad del ejercicio de la violencia y se culpabiliza a la víctima. Perrone y Nanini (2010), principales representantes de dicha visión, postulan las siguientes premisas:

“La violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno

interaccional. No puede explicarse tan sólo en la esfera de lo intrapsíquico sino en un contexto relacional, puesto que es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o más personas (p. 28).”

“Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son por lo tanto *responsables* [las cursivas son nuestras]. De hecho, quien provoca asume la misma responsabilidad que quien responde a la provocación, aun cuando la ley no castigue sino al que pasa al acto (p. 28).”

“Como se ha dicho, el vocabulario habitual de la violencia (verdugo y víctima) se vuelve incompatible con el modelo circular. Por ello es más razonable hablar de actores de la violencia (p. 32).”

Si bien, la crítica a la circularidad así entendida ya ha sido esbozada por terapeutas feministas desde las décadas de los 80s, destacamos la propuesta de Macias-Esparza y Laso (2017) para entender esta noción incorporando la noción de poder:

“La circularidad no es la ausencia ni tampoco la ilusión, del poder: es el mecanismo a través del cual el poder se reproduce, afianza o redistribuye en cada nivel de interacción y en virtud de las construcciones imperantes en la cultura sobre el género, la raza, la clase y demás condicionantes del privilegio y la opresión” (p. 144).

Esta redefinición de la circularidad actúa como un gozne que da entrada a la idea del tercer orden, al reconocer el papel del poder en los otros sistemas, es decir, una visión de sistemas de sistemas.

c) El tercer orden: Recientemente ha tomado fuerza una forma de pensamiento sistémico que, si bien no del todo novedosa, pues ya había sido delineada por Bateson, (McDowell et al., 2019; Medina, 2022), resurge como una conceptualización alternativa y ampliada a la visión sistémica relacional clásica. Esta explicación ya no sólo contempla la diada o el sistema familiar sino que incluye otros sistemas de los que forma parte, lo cual tiene la ventaja de desculpabilizar a la víctima y situar la violencia como un problema social-político y sistémico. Concomitantemente, la intervención no se concibe sólo al nivel del individuo, como en las primeras concepciones presistémicas, ni al de la diada, como en el primero y segundo órdenes sistémicos, sino que abarca

los discursos que justifican y naturalizan las inequidades basadas en las diferencias sexo-género introduciéndolos tanto en la mirada del terapeuta como en sus intervenciones. Así, el tercer orden incorpora, por fin, las desigualdades estructurales nacidas del orden sexo-género, no sólo en la teorización sino en la práctica misma de la terapia. Bajo su égida, las terapeutas se abocan, por medio de “preguntas estúpidas” (Medina, 2022) y otras técnicas, a evidenciar los supuestos patriarcales que naturalizan y justifican la violencia con el fin de cuestionarlos y, eventualmente, liberar a las personas de su nefasta influencia.

Entre otras cosas, esto implica cuestionar una de las premisas de los primeros órdenes sistémicos, el que la violencia de género en pareja debe atenderse siempre en terapia de pareja, porque la evidencia muestra que esto incrementa a menudo el riesgo al que se expone la mujer; en efecto, el ventilar temas sensibles o conflictivos en sesión puede conducir a que el varón la agreda más tarde en la intimidad, razón por la cual esta prohibida la mediación y por extensión, las intervenciones conjuntas, en las leyes y normativas, tanto en México como en el resto del mundo (Cámara de Diputados, 2007; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2007; Consejo de Europa, 2011; Organización de las Naciones Unidas, 2012). Implica también entender que puesto que marido y mujer no entran en la arena terapéutica en igualdad de condiciones, no se les puede achacar a ambos en la misma medida la responsabilidad de la violencia: si el marido apela a excusas como “ella me provoca” el terapeuta tiene que responsabilizarlo de ellas y cuestionarlas. Implica, por fin, reconocer que la violencia no se limita a los gritos o descalificaciones (psicológica) o a los golpes (física) sino que incluye cosas como el controlar el dinero (económica), arrojar objetos a la pared (vicaria), etc.

Los proponentes del tercer orden lo conciben no como una antítesis sino como una ampliación del primero y el segundo, en tanto que consiste en expandir la mirada más allá del sistema de la familia nuclear o ampliada, tema del primer orden, y del metasistema entre familia o consultante y terapeutas, tema del segundo orden, hasta vislumbrar el “supersistema” de la estructura social, cultural, económica, política, etc., dentro de la cual aquellos anidan y de la cual, por tanto, dependen.

En esta expansión, los teóricos se toparon con la innegable realidad del *poder*, que es, quizá, el concepto que mejor resume el aporte del tercer orden a la teoría y práctica de la terapia. En efecto, su principal innovación ha sido incluir las diferencias de poder en la mirada terapéutica

(McDowell, Knudson-Martin & Bermudez, 2019); pero no limitado, a la manera del primer orden, a la esfera familiar (como la teoría de Haley del síntoma *qua* lucha subrepticia por el poder, Haley y Richeport Haley, 2003) sino descendiendo desde la estructura patriarcal e imponiendo opresiones que cabe exorcizar. En otras palabras, el tercer orden interpreta el género como una cuestión de poder (desigual), siguiendo así la clásica definición de Scott (sin necesariamente citarla): “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias percibidas entre los sexos y una forma primaria de representar las relaciones de poder” (Scott, 1986, p. 1067).

De este modo, al elevar la mirada por encima de las paredes del consultorio y vislumbrar las estructuras sociales, el tercer orden ha terminado de incorporar el polo del género a la teorización y el abordaje de la violencia de pareja; pero a costa, nos parece, de perder de vista el otro polo, el de la pareja y sus vicisitudes afectivas, tema central del primer orden, y el de las historias afectivas de los cónyuges (en especial, sus familias de origen), tema del segundo orden (y su predecesor el enfoque individualista). Ciertamente, se reconoce la imbricación de la díada dentro de un sistema de desigualdades y se responsabiliza al agresor de interrumpir su conducta violenta privándola de sus justificaciones sexistas; pero no se lo ayuda a entender sus orígenes, mucho menos a sanar las heridas transgeneracionales que las suscitan (Laso, 2021) y que, irónicamente, sí que son observadas por los primeros modelos centrados en la patología (Dutton, 2007).

Dicho de otra forma, el tercer orden ha reconocido la injusticia *pero sólo en cuanto que social*, olvidando su forma más insidiosa, la *injusticia transgeneracional* (Boszormeny-Nagy, 1987), sobre todo en términos de la *deprivación del afecto* (Miller, 1981). El maltrato y la negligencia de que por lo general ha sido víctima quien ejerce violencia no son abordados (Dutton, 2007), con lo que el malestar que lo lleva a ejercerla persiste, dificultando la mejoría (Goldberg, 2002).

Consideramos que el (re)descubrimiento de la desigualdad social y sus consecuencias, si bien necesario, ha inclinado la balanza de la terapia en exceso hacia el poder; en otras palabras, la ha *agentizado*, término que explicaremos más adelante. Lejos de repudiarlo, afirmamos que es preciso *trascender* este descubrimiento continuando el trabajo realizado por los defensores del tercer orden; es decir, ampliando aún más la mirada para insertar el poder y sus vicisitudes dentro del contexto en que sucede, que por ubicuo deviene invisible. Proponemos, por ende, avanzar hacia

un *cuarto orden*, al que llamaremos “*el paradigma coparticipativo*”, y cuyas líneas generales esbozamos a continuación.

Hacia el cuarto orden: el paradigma coparticipativo.

Desde nuestra perspectiva, el poder no es sino *una* de las coordenadas que definen las relaciones humanas, siendo la otra, el afecto, con mucho la más importante (Laso, 2015). En efecto, las sociedades humanas sólo pueden reproducirse en base a la madeja de cuidados y afectos que permiten la reproducción, la crianza y el apoyo mutuos, que precisamente por ubicuas son invisibles y dadas por hecho. Si bien el tercer orden ha reconocido la importancia del cuidado (Knudson-Martin, 2013), no ha alcanzado a entenderlo en toda su magnitud, ya que forma parte de una actitud existencial intrínsecamente complementaria al poder, llamada *comunidad*.

La *comunidad* y la *agencia* se utilizan con frecuencia para describir dos estilos básicos de cómo los individuos se relacionan con su mundo social (Abele & Wojciszke, 2019; Bakan, 1966.) La *agencia* surge del esfuerzo por individualizar y expandir el *yo* e involucra cualidades como la eficiencia, la competencia, dominar el entorno, afirmarse, experimentar logros y poder. La *comunidad* surge del esfuerzo por integrarse en una unidad social más amplia a través del cuidado de los demás e implica cualidades como la benevolencia, la cooperación y la empatía, el sentido de pertenencia. De ellos se derivan dos tipos de pensamiento, el llamado “pensamiento diferenciador” coherente con la *agencia* y “pensamiento integrador” con la *comunidad*. Estas formas de conocimiento “separado vs. conectado” se relacionan de manera directa con el pensamiento sistémico (principalmente propuesto por Bateson) y con la propuesta de esta ponencia. Si bien surgidas de la psicología social, estas nociones han recibido poca atención en la psicología clínica y la psicoterapia (con honrosas excepciones; Laso, 2017).

Aunque la *agencia* y la *comunidad* son formas de relación valiosas y complementarias, nuestra sociedad contemporánea y por ende, la psicología como forma de conocimiento, ha privilegiado la *agencia* y el individualismo, dejando de lado la *comunidad* o incluso considerándola algo indeseable (Cabanas & Illouz, 2019; Medina, 2022, Laso, 2017).

En consecuencia, las propuestas de intervención psicológica para situaciones de violencia dan especial valor a la *agencia* y sus concomitantes individualismo y aislamiento. Como ejemplo destacamos uno de los principios más relevantes propuestos por Aumann, (2003), que enuncia que

“cada persona es responsable de su conducta violenta, quien ejerce la agresión debe asumir las consecuencias”. El agresor, por tanto, es abordado individualmente, ante todo para que “se haga cargo” de sus actos violentos, paso que es indispensable, pero no tanto para identificar sus raíces y el malestar del que nacen, paso que conduciría no sólo a un cambio más profundo sino a una posibilidad de redención y reinserción en la sociedad como miembro de pleno derecho.

En ese sentido, también mencionamos que uno de los pilares de la terapia feminista es aumentar el empoderamiento de las mujeres (Enns, 2012), entendido siempre como “agenciamiento”, esto es, como aumento de la independencia, individualidad y autosuficiencia. Así pues, tanto la responsabilidad individual (Young, 2011) como el empoderamiento tienen en común la exaltación de la agencia en los términos antes descritos; en particular, la sociedad (y la terapia como parte de ella) están avanzando hacia una reorientación de la feminidad en términos de agencia *sin que le acompañe una reorientación de la masculinidad hacia la comunión* (Laso, 2017).

Si bien es cierto que la dimensión de la agencia es necesaria para el desarrollo, sin la comunión, lo que se ha llamado “agencia mitigada” (Laso, 2017), conduce a sociedades y en este caso, a intervenciones desprovistas de la conexión con nuestro entorno, con los demás sistemas, y sobre todo, de la influencia de estos sistemas en nosotros mismos, es decir, de la circularidad en términos más amplios. Al segmentar la visión de las interacciones y considerarlas como puramente individuales, no permite ver la forma en que esas interacciones empeoran o mejoran nuestra vida, generando círculos viciosos o virtuosos.

Algunas sugerencias para la práctica de la terapia con hombres que ejercen violencia

De estas ideas preliminares se siguen algunas orientaciones para la práctica. En primer lugar, que la responsabilidad de la reducción de la violencia debe ser compartida no de forma estrictamente igual como en las primeras propuestas sistémicas, pero tampoco depositándola por entero en los hombros del agresor (sin que eso signifique culpabilizar a la víctima). Si reconocemos, con Young, 2011, que “no culpamos al agente por no cargar él solo con la totalidad del cometido social, sino por no cargar con la parte que le correspondía (p. 23)”, hemos de aceptar que *la sociedad no puede exigirle al agresor interrumpir una conducta violenta que ella misma ha propiciado indirectamente (a través de la injusticia estructural) sin facilitarle, a la vez, los medios para interrumpirla.*

A fin de cuentas, el fracaso del agresor es también el de toda su comunidad. Es la sociedad

la que reproduce la violencia al ejercerla en la infancia del agresor; por ende, es también la sociedad la que debe hacerse cargo de ayudar a quienes la ejercen para que no lo hagan. Es una responsabilidad colectiva, no individual; todos participamos lo queramos o no de las prácticas que generan el trauma y la violencia que conducen al agresor a serlo, por lo que todos debemos hacernos responsables de ayudarlo a dejar de serlo y de transformar esas prácticas, de la misma manera que en que contribuimos también a que las víctimas dejen de serlo.

Esto conduce a un replanteamiento del “peso de la culpa” o, mejor dicho, de la responsabilidad sobre el cambio. En la medida en que toda la sociedad es copartícipe de las condiciones de desigualdad estructural que generan no sólo la opresión femenina sino la violencia masculina, *también debe ser copartícipe de las condiciones que propicien su transformación*. Concretamente, la responsabilidad de quien ejerce violencia es dejar de agredir, *pero la responsabilidad del colectivo al que pertenece es ayudarlo a sanar los motivos por los que agrede en primer lugar*. Aquello le corresponde exclusivamente a él y si no lo hace no es posible ayudarlo; pero él no puede salir solo de la trampa en la que lo ha metido la violencia, ni mucho menos reconocer las heridas que está intentando evadir usándola. La perspectiva participativa nos recuerda que *nadie puede sanar solo* y que, por ende, es tarea de todos apoyarlo en ese camino.

En segundo lugar, como apunta uno de nosotros en un texto anterior: “el fulcro de toda intervención exitosa con hombres agresores es desarrollar su capacidad de nombrar, reconocer y responsabilizarse de sus actos violentos y experimentar vicariamente el dolor de sus víctimas en vez de deshumanizarlas... Pues si “lo personal es político”, lo político sólo llega a serlo cuando se vuelve personal” (Laso, 2017). Como hemos dicho, este es el primer paso ineludible para cualquier intervención; pero el siguiente, y fundamental, paso, es *insuflar esperanza en el agresor, no sólo de cambio sino de redención*. En consecuencia, el objetivo final de la intervención no debe ser proteger a la víctima (cosa que damos por asumida) ni tampoco interrumpir la violencia sino *reincorporar a quien la ha perpetrado a un mundo social donde pueda sentirse querido y respetado sin necesidad de apelar a ella nuevamente*.

Generalizando, desde el paradigma participativo, la salud mental se entiende como la capacidad de participar plenamente del entorno social y, en último término, de la existencia encarnada; todo problema, trastorno o desorden comporta, por ende, una ruptura de la participación, una escisión de la persona con su entorno y con los aspectos de sí misma que es

incapaz de englobar compasiva y amorosamente.

Con este objetivo en mente, hemos esbozado los principios del paradigma participativo, con la firme convicción y la esperanza de que la psicología considere cada vez más la comunión como un componente sanador de las intervenciones psicosociales, y con ello contribuir a un mundo con más justicia y colaboración.

Referencias

- Abele, A. E., & Wojciszke, B. (2019). *Agency and communion in social psychology*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Anderson, H. y Gehart, D. (Eds., 2006). *Collaborative therapy*. New York, USA: Routledge.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas ONU. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.
- Aumann, V. (2003). Aportes de las teorías psicológicas al abordaje de violencia de familia. En *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares* (Paidós).
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: Isolation and communion in Western man*. Beacon Press.
- Boszormeny-Nagy, I. (1987). *Foundations of Contextual Therapy*. New York: Routledge.
- British Psychological Society. (2018). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado como alternativa a los sistemas diagnósticos*. Leicester.
- Cabanas, E., & Illouz, E. (2019). *Happycracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Barcelona: Planeta.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Estados Unidos Mexicanos. (2007). Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia LGAMVLV. Diario Oficial de la Federación Última reforma publicada DOF 26-01-2024
- Cifuentes, P., & Weidenslaufer, C. (2019). *Violencia contra la mujer. Derecho comparado*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Consultado: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo>.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2007). *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*.
- Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*.
- Dutton, D. (2007). *The Abusive Personality: Violence and Control in Intimate Relationships*. Londres: The Guilford Press.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Montalvo, J. F., & Amor, P. J. (2004). ¿ Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del psicólogo*, 25(88),

10–18.

- Enns, C. Z. (2012). Feminist approaches to counseling. *The Oxford handbook of counseling psychology*, 434–459.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- García Lázaro, M., & García Martínez, J. (2011). *Una revisión sobre el tratamiento de los agresores en violencia de género*. Investigación y género, logros y retos: III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género,[libro de actas].(pp. 588-611).
- Goldberg, C. (2002). *Análisis psicológico de la maldad*. México DF: Cosmovisión Ed.
- Guerrero, L. P. M. (2012). La Comisión Interamericana de Mujeres y la Convención de Belém do Pará. Impacto en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Revista IIDH*, 56, 189–213.
- Haley, J., y Richeport. Haley, M. (2003). *The Art of Strategic Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Hasanbegovic, C. (2017). Entre el texto y la realidad: Los estándares internacionales de derechos humanos; ¿son de utilidad para las mujeres? *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*.
- Kimmel, M. S. (2002). “Gender Symmetry” in domestic violence. A substantive and methodological research review. *Violence against women*, 8(11), 1332–1363.
- Knudson-Martin, C. (2013). Why Power Matters: Creating a Foundation of Mutual Support in Couple Relationships. *Family Process*, 52(1), 5-18.
- Laso, E. (2015). Cinco axiomas de la emoción humana: una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100): 143-158.
- Laso, E. (2017). Poder, agencia y comunión: Obstáculos en la transformación de la masculinidad. En *Géneros, permanencias y transformaciones: Feminidades y masculinidades en el Occidente de México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Laso, E. (2021). Sanar el pasado en el presente: terapia breve transgeneracional en Clave Emocional. *VINCULARTE. Revista Clínica y Psicosocial*; Año 6, 6: 69-81.
- Laso, E. L., Macias-Esparza, L. K., Cirici Amell, R., & Feixas, G. (2020). Facilitando la separación psicológica de las mujeres en proceso de terminar una relación de pareja violenta Facilitating psychological separation for women leaving a relationship with a violent

- partner. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(e1), 1–17.
- Macias-Esparza, L. K., & Laso, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de psicoterapia*, 28(106), 129–148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i106.143>
- Marín de Espinosa Ceballos, E. (2017). El marco normativo de la violencia de género: Un estudio de derecho comparado acerca de las leyes de segunda generación y de la ley integral española. *Revista de Derecho penal y criminología*, 17, 93–126.
- McDowell, T., Knudson-Martin, C., & Bermudez, J. M. (2019). Third-order thinking in family therapy: Addressing social justice across family therapy practice. *Family Process*, 58(1), 9–22.
- Medina, R. (2022). *Terapia familiar de tercer orden. Del amor indignado al diálogo solidario*. Morata.
- Miller, A. (1981). *The Drama of the Gifted Child*. New York: Basic Books.
- Montero, A., & Bonino, L. (2006). Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja (HEVPA). Monográfico. *Cuadernos para el debate. Grupo 25, 1*, 1–33.
- Murphy, K. A., & Smith, D. I. (2010). Adolescent girls' responses to warning signs of abuse in romantic relationships: Implications for youth-targeted relationship violence prevention. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 626–647.
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En *La violencia contra las mujeres* (pp. 39–55). Díaz de Santos.
- ONUMujeres. (2017). Del compromiso a la acción: Políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. *Documento de análisis regional. PNUD y ONUMujeres, Panamá*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer*.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OPS/WHO Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra las mujeres: Estimaciones para 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de*

pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres.

- Paz, J. I. (2011). Entender a la mujer que sufre violencia de género. Nieto, C. (2011). *La violencia de género en el contexto de la globalización. Artículo presentado en el Congreso “La violencia de género en el contexto de la globalización”* (pp. 440–453). Universidad Internacional de Andalucía. <http://publicaciones.unia.es/busqueda-por-anno/item/la-violencia-de-genero-en-el-contexto-de-la-globalizacion>
- Perrone, R., & Nanini, M. (2010). *Violencia y abuso sexual en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Robinat, A. P., & Justes, S. M. (2019). Violencia de pareja y enfermedad mental. *Revista Española de Medicina Legal*, 45(2), 77–82.
- Scott, J. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 5(91), 1053-1075.
- Seikkula, J., y Olson, M. (2003). “The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: its Poetics and Micropolitics”. *Family Process*, vol. 42, 3: 403-418.
- United Nations Office on Drugs and Crime UNODC. (2023). *Global Study on Homicide*. New York.
- UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Estudio Mundial sobre el Homicidio. Resumen ejecutivo*.
- Varela, F. y Maturana, H. (1973). *De Máquinas y Seres Vivos: una teoría sobre la organización biológica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Young, I. M. (2011). *Responsabilidad por la justicia*. Morata

Notas _____

¹ Según la UNODC, (2023); las mujeres se ven desproporcionadamente afectadas por los homicidios perpetrados por sus parejas íntimas o miembros de la familia, que representan el 56% de todas las víctimas femeninas de homicidio, en contraste, alrededor del 11% de las víctimas masculinas de homicidio fueron asesinadas por parejas íntimas o miembros de la familia.

² La circularidad supone un cambio epistemológico por el cual, todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos, de tal manera que todo comportamiento es a su vez causa y efecto.

Políticas de salud, sustentabilidad e inclusión

Los avatares de la inclusión. Las políticas públicas de salud y los mecanismos sociales de la exclusión

The vicissitudes of inclusion. The public policies of health and the social mechanisms of exclusion

*Adriana Murguía Lores**

Resumen: El análisis de las políticas públicas se caracteriza por su orientación pragmática y evaluativa. Se presenta un proyecto cuya meta es hacer una descripción sociológica de las políticas de salud del sexenio 2018-2024 basada en la teoría de sistemas que parte del principio de que las dinámicas de las sociedades modernas producen mecanismos de inclusión/exclusión resultado de la complejidad de las relaciones entre los subsistemas funcionales. Siendo así, a pesar del imperativo normativo de la inclusión universal que guía a las políticas públicas de las sociedades contemporáneas, esta se convierte en una expectativa que difícilmente puede alcanzarse.

Abstract: The analysis of public policy is characterized by its pragmatic and evaluative orientation. The goal of the project presented is to build a sociological description of the health public policies developed during the 2018-2024 government, based on the theory of social systems, which maintains that modern societies produce social mechanism of inclusion/exclusion that emerge from the complex relations between functional subsystems. Therefore, the normative imperative of universal inclusion that guides public policies in contemporary societies is hardly attainable.

Palabras clave: políticas de salud; inclusión; exclusión.

Introducción

En este trabajo presento una investigación cuyo objetivo es analizar las políticas públicas de salud del sexenio que está a unos meses de finalizar. El interés por abordarlas emergió porque en el grupo de trabajo que desde hace más de diez años hemos investigado distintas dimensiones sociales de la

* Dra. en Filosofía de la Ciencia por la UNAM. Líneas de investigación: estudios sociales de la ciencia, particularmente de la medicina, teoría sociológica, epistemología social. Profesora titular, Centro de Estudios Sociológicos, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. amurguia@politicass.unam.mx.

Este trabajo forma parte del proyecto PAPIIT-IN302724 *Los avatares de la inclusión. Análisis de las políticas públicas de salud del sexenio 2018-2024* que se desarrolla en el Centro de Estudios Sociológicos con apoyo de la Dirección de Asuntos del Personal Académico de la UNAM.

medicina, nos encontramos con que estas median, de maneras muy diversas, los procesos analizados. Ya sea en los fenómenos de medicalización, los riesgos para la salud, las causas sociales de los procesos de salud/enfermedad, de una u otra manera, el sistema sanitario y las políticas públicas atraviesan los fenómenos y procesos. Sin embargo, estos no han constituido hasta ahora el objetivo de nuestro análisis. Así, después del camino recorrido, decidimos volcarnos a lo que, de unos años para acá, se han denominado los determinantes políticos de la salud, es decir, las formas en que las estructuras y decisiones políticas inciden en los resultados en salud pública. (Kittelsen, 2018)

De más está decir que durante este sexenio la pandemia por COVID-19 impuso al sistema de salud presiones inéditas para las que, como se evidenció en muy diversos contextos, la mayoría de los gobiernos de los estados nacionales no estaban preparados. Estas presiones, además de los dramáticos resultados en términos de morbilidad y mortalidad directamente relacionados con la pandemia, afectaron a los sistemas y las personas usuarias de los servicios de maneras muy negativas que se han prolongado en los años posteriores a la crisis. ([who/int/es/news-room/fact.sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact.sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)))

A pesar de esta coyuntura tan adversa, al acercarse a las políticas del periodo en nuestro país, se evidencia que la pretensión de hacer efectivo el derecho universal a la salud se mantuvo inalterada. Desde el momento en que el presidente expuso los compromisos con los que arrancó su gobierno, hasta que, en febrero de este año -es decir, a ocho meses de finalizar su mandato- envió al congreso un conjunto de iniciativas de reforma constitucional, lograr la inclusión de toda la población a los servicios de salud se mantuvo como la meta hacia la que se dirigieron las decisiones relativas a las políticas de salud, entre las que destaca el importante rediseño institucional que se emprendió a nivel federal, que obedeció, en el discurso oficial, a cambiar el modelo excluyente implementado en sexenios anteriores y a eficientizar la compra y distribución de medicamentos.

Sin embargo, como todos sabemos, la falta de acceso de millones de personas de los servicios y a las medicinas sigue siendo una realidad que se presenta, quizá, como el incumplimiento más dramático de los compromisos adquiridos por el gobierno saliente. En torno a este problema gira nuestro principal interés de investigación. En lo que sigue presentaré, a grandes rasgos, la coyuntura histórica en que se ubica, y después esbozaré las herramientas teóricas que guiarán los trabajos.

La coyuntura histórica

En diciembre de 2018 el compromiso de la inclusión universal de la población a los servicios de salud se enunció de la siguiente manera:

Se hará realidad el derecho a la salud. El propósito es garantizar a los mexicanos atención médica y medicamentos gratuitos: comenzaremos en las unidades médicas del Seguro Social ubicadas en las zonas más pobres del país, y poco a poco se irá ampliando el programa hasta que logremos, a mediados del sexenio, establecer un sistema de salud de primera, como en Canadá o en los países nórdicos. (www.gob.mx/presidencia/documentos/100-compromisos-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-al-1-septiembre-2020)

Cabe resaltar que en el informe presidencial de septiembre de 2020 -es decir, a 8 meses de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia como una emergencia sanitaria internacional y a dos años de haber iniciado el sexenio- este compromiso se reportó como cumplido. Las decisiones que se tomaron y se mostraban como fundamento de la afirmación de que la meta se había alcanzado fueron 3:

- 1) Se reformaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de Institutos Nacionales de Salud, con lo que se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), para promover la centralización de los servicios de salud.
- 2) Se reformó el artículo 4º constitucional, de manera que la atención médica y el acceso a los medicamentos se convirtieron en derechos sociales prioritarios y obligatorios.
- 3) Se trasladó la responsabilidad de la adquisición y distribución de medicamentos a la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (*ibid*)

Me interesa subrayar que la pretensión de que el compromiso adquirido se cumplió debido a que se llevaron a cabo estas reformas “presupone que las determinaciones legales, por sí solas, fundamentan y mueven instituciones públicas y sus acciones”, (Boneti, 2017, p.7) un presupuesto problemático, no solo porque en nuestro país el cumplimiento de las normas es históricamente deficitario. Más adelante, cuando exponga la mirada teórica desde la que analizaremos el problema,

abordaré por qué este presupuesto es estructuralmente contrario a cómo funcionan las sociedades contemporáneas.

La meta de hacer efectivo el derecho a la salud se encuentra, en realidad, muy lejos de alcanzarse. En ese sentido, México hace parte de una tendencia internacional documentada por la OMS,

En 2015 se empezó a observar un estancamiento en el aumento de la cobertura de los servicios de salud, y la proporción de la población que afronta niveles catastróficos de gasto directo en atención de la salud no ha dejado de crecer desde el año 2000. Este patrón mundial se repite en todas las regiones y en la mayoría de los países. ([who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(unc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(unc)))

A este respecto, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares del 2022, arrojó que el gasto de bolsillo registró un incremento en el país de 30.9% respecto a 2020 debido a falta de servicios públicos. (INEGI, 2023)

El estancamiento en la cobertura que explica el incremento en el gasto de bolsillo ocurrió en la coyuntura de la pandemia, que evidentemente produjo una inédita inflación de las demandas al sistema de la medicina. Sin embargo, dicha inflación es un proceso que tiene causas estructurales que van más allá del contexto de la crisis sanitaria. En las sociedades contemporáneas existen cada vez más enfermedades y más enfermos debido a los cambios epidemiológicos y demográficos que derivan en mayores necesidades de atención. Los avances del conocimiento médico y de las posibilidades de intervención, el aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población, dan cuenta de esta inflación. En México, además, “el aumento en la demanda de servicios de salud se da en un escenario en el que los hogares más pobres y de zonas rurales son los que presentan mayores tasas de gasto en salud”. (Saénz-Vela y Ángela Guzmán, 2021, p.19)

En relación con la calidad de los servicios prestados, la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental de 2023 arrojó que uno de los servicios públicos que la ciudadanía calificó con menores niveles de satisfacción (48.7%), fueron los brindados por el IMSS. (INEGI, 2024, p.2)

Para concluir este esbozo del contexto: partimos del hecho de que, en su conjunto, las carencias estructurales históricas del sistema, las que se sumaron como consecuencia de la pandemia, así como las que han resultado del rediseño institucional emprendido durante el sexenio,

han conducido no solo a que la meta de la CUS no se haya cumplido, sino a que, como se sostiene en el último informe del Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) sobre el derecho a la salud de 2023,

Las reformas a la LGS (Ley General de Salud) iniciadas en 2019, planteaban de manera conceptual las bases para la implementación de un sistema de salud universal. Sin embargo, aún pueden apreciarse contradicciones con la lógica de la universalidad al crear nuevos esquemas normativos y de rectoría para brindar los servicios, la cual mantiene una atención médica diferenciada, de acuerdo con la afiliación a cada uno de los subsistemas - dependientes de las condiciones laborales de las personas-. A este escenario se suman las reconfiguraciones al sistema de salud, con la creación del Sistema de Salud para el Bienestar (INSABI) con las reformas a la LGS en 2019 -y su desaparición en 2023-...el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), el Organismo Público descentralizado(OPD) IMSS-Bienestar en 2022, las cuales podrían deteriorar los esfuerzos de coordinación entre el gobierno federal y las entidades federativas, al modificar la estructura organizacional para la atención médica en periodo relativamente corto y no dar certeza a las personas sobre las vías para recibir atención médica. (CONEVAL, 2023,83)

En cuanto al abasto de medicamentos, los cambios que se emprendieron en el marco de la política de austeridad y combate a la corrupción, tampoco lograron las metas establecidas debido a las decisiones que se tomaron respecto a su implementación,

El cambio en el esquema público de medicamentos que buscaba reducir los costos de compra y ampliar los servicios de salud no logró sus objetivos. La fragmentación de los contratos, las compras de urgencia y el aumento de los precios de los medicamentos fueron algunas de las consecuencias concretas. (IMCO; 2023)

Concluyendo: el periodo que nos interesa investigar se caracteriza por:

- La exclusión de los servicios de salud de millones de personas producto de las normas que, a lo largo de la construcción del sistema nacional de salud, han establecido las instituciones para la inclusión de grupos y personas. Dichas normas han conducido a la fragmentación e inequidad que

caracterizan al sistema.

- La exclusión la sufren las personas y grupos más vulnerables, lo que conduce a que sean estos lo que se ven obligados a hacer mayores gastos de bolsillo.

- La inflación de las demandas al sistema que resulta de las transformaciones tanto de la medicina misma, como de los cambios epidemiológicos y demográficos registrados en las últimas décadas

- La pretensión de hacer efectivo el derecho universal a la salud que condujo los cambios jurídicos e institucionales, y la simultánea permanencia de esquemas de atención diferenciados.

Nos interesa construir una descripción de esta realidad que vaya más allá de la crítica al decisionismo que ha caracterizado a las acciones gubernamentales del régimen político mexicano, porque inclusive esta característica requiere de una respuesta adecuada: ¿cómo es este posible y qué efectos tiene sobre las políticas públicas? Estas son las preocupaciones que nos condujeron a adoptar la mirada teórica que bosquejo en lo que resta de esta exposición.

La mirada teórica

El esbozo del marco conceptual seguirá la lógica de presentar los problemas desde el nivel más alto de abstracción. A este nivel describiré los procesos de diferenciación y la exclusión social, con el propósito de sentar las bases que permitan responder a la pregunta: ¿cómo se configura una política pública de salud desde la mirada teórica elegida?

Diferenciación, inclusión/exclusión

Para enunciar el tema de investigación que hemos construido en términos teóricos muy abstractos, nuestro interés es problematizar una característica que comparten las sociedades modernas: estas han evolucionado en la dirección de la inclusión universal de las personas y los grupos en los derechos que reconocen. En los hechos, sin embargo, las exclusiones que se producen en su seno son dramáticas. ¿Cómo dar cuenta de esta realidad que se reproduce respecto a derechos muy diversos, en contextos igualmente heterogéneos?¹

En el centro de nuestras preocupaciones se coloca entonces el problema de la exclusión social, pero como sostiene Niklas Luhmann -cuya teoría constituirá el fundamento teórico central del proyecto²- solamente se puede tematizar la exclusión a condición de que se le distinga de la

inclusión; por tanto, a que se considere la unidad de la inclusión/exclusión, y esta es precisamente la razón por la que elegimos la teoría luhmanniana, dado que

...la diferencia entre inclusión y exclusión ha sido considerada como uno de los pilares de la teoría (luhmanniana). El abandono de las tesis vinculadas al desarrollo y su remplazo por una forma de dos lados, que opera de manera ortogonal a sistemas funcionales autopoieticos ha posibilitado la emergencia de nuevos enfoques en torno a la problemática de la evolución de la sociedad... la contraposición de la igualdad presupuesta frente a la desigualdad social... y la intervención basada en políticas públicas... (Labraña et. al. 2012:55)

La contraposición entre la igualdad presupuesta por la inclusión universal y la desigualdad fáctica, así como la pretensión de eliminar esta última a través de la intervención política se ha abordado de distintas maneras. La exclusión como herramienta que ha permitido dirigir la atención a grupos que requieren atención emergió en Francia en la década de los años 70, es decir, en el periodo de la crisis del estado de bienestar. Más adelante, en los años noventa, su uso se extendió a otros países europeos y a diversos organismos internacionales, sustituyendo muchas veces al concepto de pobreza, bajo el argumento de que se trata de un concepto que permite abordar el carácter multifacético de las desventajas sociales. Vista así, la exclusión,

Tiene que ver con las transformaciones que se están produciendo en la sociedad... así como los procesos mediante los que las personas, o grupos de ellas, no tienen acceso, o sólo un acceso restringido, a determinados derechos considerados como vitales para vivir con un mínimo de bienestar y seguridad, tales como el trabajo estable, la vivienda digna, la atención sanitaria, etc. que definen lo que se conoce como ciudadanía social. (Luengo cit. por Ramos, 2012, p.75)

Sin embargo, además de que el término no ha adquirido una definición precisa, la atención puesta en la exclusión no condujo a la definición de la inclusión en sus propios términos. En los análisis esta última se da por supuesta y no se considera problemática. (Rawal, 2008, p.171)

El campo de la elaboración y análisis de las políticas públicas del que estos esfuerzos forman parte, a pesar de la diversidad de orientaciones que ha desarrollado, comparte

características que lo distinguen,

-su orientación hacia la solución de problemas,

-su multidisciplinariedad,

-su orientación evaluativa y normativa. (deLeon y Vogenbeck, 2007)

Es decir, se trata de un campo orientado a la producción de conocimiento que tiene una fuerte orientación pragmática. Sin embargo, este ámbito de estudio se enfrenta a una paradoja: la información que producen los análisis, en muchas ocasiones no es recuperada por los tomadores de decisiones, lo que produce una tensión entre el conocimiento y la política, lo que, en última instancia, se convierte en otra de las características de este ámbito,

...muchas veces escuchamos los reclamos sobre “por qué los diseñadores de políticas no atienden los resultados de la investigación”, lo que constituye el fundamento para la emergencia de... la ciencia de la implementación y de la investigación traslacional. La teoría de los sistemas sociales de Luhmann ... provee una explicación de por qué los hacedores de políticas no escuchan (o no puede escuchar). (Meyer et. al. 2014, p. 343)

Es por esto por lo que nuestro interés se orienta en un sentido sociológico muy diferente. El análisis de las políticas públicas con las herramientas conceptuales contenidas en la propuesta luhmanniana dirige la investigación hacia la construcción de una descripción en la que la teoría, en palabras del autor, “...es un espacio semántico en el que la sociedad moderna puede reflexionar sobre sí misma”, (Luhmann cit. por Brans y Rossbach, 1997) aunque, por supuesto, una reflexión sociológica solamente adquiere valor en la medida en que permita problematizar fenómenos empíricos, que constituyen, en última instancia, el objetivo de nuestra investigación.

La teoría de sistemas de Luhmann se inscribe en el esfuerzo desarrollado en la disciplina para comprender las características centrales de las sociedades modernas, y a este respecto, uno de los fenómenos que ha estado en el núcleo del pensamiento sociológico desde sus inicios es el relacionado con los cambios más significativos a nivel de la totalidad social y el proceso mediante el que se producen, es decir, la diferenciación. El interés por esta, además, se ha desarrollado a la par de la pregunta correlativa por cómo se genera la “coordinación de lo diferente” en sociedades cada vez más complejas y plurales. (Nassehi, 2011, p.9)

Como es bien sabido, la diferenciación directriz sobre la que se construye el edificio

luhmanniano es aquella entre sistema y entorno, que da fundamento a la tesis de que los seres humanos constituyen el entorno de la sociedad, principio que ha sido objeto de múltiples equívocos y críticas, de los que no me voy a ocupar aquí. Baste decir que esta no impide, como se verá más adelante, teorizar cómo quedan incluidas (o excluidas) las personas en la diversidad de instituciones sociales de las que se supone, inclusive legalmente que tendrían que estar incluidas.

Otra tesis que ha resultado muy polémica es que la evolución social ha conducido a que exista una sola sociedad moderna, pero, habría que subrayar que el autor también afirma -lo que resulta central para nuestro objeto- que, como es evidente, “el sistema político de la sociedad mundial está dividido en estados nacionales, y ello *no sólo en el sentido de un “residuo” histórico más o menos obsoleto, sino, aparentemente, como un prerrequisito para la especificación funcional* (Luhmann, 1998, p.87. Cursivas añadidas)

Luhmann sostiene que la diferenciación moderna da lugar a la emergencia de subsistemas funcionales que producen prestaciones para la sociedad en su conjunto, que si bien tienen siempre el horizonte de la inclusión (que se convierte, en el caso que nos interesa, en el derecho humano a la salud), en los hechos producen exclusiones muy diversas (la falta de acceso a los servicios y los medicamentos de millones de personas).

La diferenciación funcional tiene el efecto de que las sociedades modernas no constituyan totalidades integradas. La igualdad y la desigualdad se transforman respecto a las que producían sociedades en las que dominaban otras formas de diferenciación, porque las funciones son desiguales (cada sistema cumple una función específica), pero el acceso debe ser igual: los subsistemas funcionales no pueden excluir a priori a los grupos o las personas, pero su inclusión es siempre parcial, no se les incluye *como* grupos o personas, sino en términos de la función de cada uno de los sistemas. (Luhmann, 1998. p.79)

La inclusión en términos estrictos de la función es la forma como los subsistemas manejan la complejidad del entorno, y lo que permite su operatividad, dado que estos solamente pueden observar el mundo mediante la distinción (un código binario) relacionada con su función. Siendo así, por ejemplo, para el sistema del tratamiento de las enfermedades el código lo constituye la distinción entre la salud y la enfermedad. Fuera de este, dicho sistema no puede observar lo que sucede: ni por qué hay enfermos que no tienen acceso a la atención, ni quién se hace cargo de los gastos de los tratamientos, etc. Sobre estos problemas se pretende intervenir desde el sistema

político mediante las políticas públicas y desde la observación que permite su código.

El autor afirma, asimismo, que las funciones esenciales (producción y distribución de bienes, ordenamientos legales, toma de decisiones vinculantes, etc.) tienen que ser realizadas y son interdependientes. (Luhmann, 1998, p.78-79). De aquí se sigue que los fenómenos empíricos no se pueden comprender cabalmente si se privilegia una dimensión de la realidad social (económica, política, legal), porque la diferenciación supone la relación entre diversos subsistemas, relaciones que no son necesarias ni jerárquicas. Esto se traduce en que el equilibrio de las sociedades modernas sea frágil y cambiante, y a que, en este modelo, ningún sistema tenga primacía, y como consecuencia, se constituyan sociedades heterárquicas.

Las tesis del autor tanto sobre la diferenciación como sobre la relación entre sistemas han sido objeto de múltiples críticas internas y externas. Si partimos del principio que Luhmann supone que los sistemas no reconocen nada distinto de su función, surge la pregunta sobre

... en qué medida aquella parte diferenciada de la sociedad opera realmente separada del resto. Esta crítica cuestiona con especial dureza el supuesto básico de la diferenciación, esto es, que con la diferenciación de la sociedad se excluiría la imposición en la sociedad de algo así como una perspectiva central o al menos (en sus variantes más suaves) una coordinación de sistemas funcionales a través de un tercero. (Nassehi, 2011 p.3)

Para ilustrar el problema con el objeto que nos interesa: tratándose de las políticas públicas, las exclusiones que producen no se deben a fallas (o por lo menos no exclusivamente), en el llamado ciclo de las políticas (su diseño e implementación), sino a la compleja relación que se produce entre los sistemas involucrados en ellas, que desarrollan lógicas y formas de operación propias derivadas de sus códigos y programas, que no pueden ser coordinadas por el sistema político porque, en principio, este no tiene una mayor jerarquía que los otros.

Por ejemplo: el sistema público de salud en México tuvo como principio de inclusión durante mucho tiempo la situación laboral de las personas. Esta disposición legal se tradujo en la falta de acceso a los servicios de muchos millones de ellas, y al mismo tiempo, a que dichas personas se vean orilladas a resolver sus necesidades de atención mediante gastos de bolsillo que afectan en muchas ocasiones de manera muy dramática -los llamados gastos catastróficos-, su relación con el sistema económico, del que, si bien en principio no están excluidos, participan muy

precariamente.

De la precariedad económica, a pesar de la continua pretensión de eliminarla por medio de políticas públicas, no puede hacerse cargo el sistema político, porque es resultado de la relación de las personas con diversos sistemas e instituciones: familias, instituciones educativas, laborales, etc. que tienen sus dinámicas propias, aunque existan también políticas públicas dirigidas a intervenirlas.

Como resulta evidente, los resultados de las políticas y los fenómenos de inclusión/exclusión a las que da lugar la diferenciación funcional presentan enormes variaciones regionales que dependen de una multitud de condiciones. Sin embargo, destaca el hecho de que en contextos muy diversos

Una sociedad diferenciada por funciones es capaz de generar y tolerar desigualdades extremas en la distribución de los productos públicos y privados. Pero, desde la perspectiva de la semántica de esta sociedad, sólo a condición de que este efecto quede limitado por dos condiciones: a) que sólo este efecto pueda cambiar en un determinado tiempo; b) que se limite a las áreas separadas de las funciones. (Luhmann, 1994 p.24)

Las semánticas se refieren a los acervos conceptuales mediante los que las sociedades otorgan sentido al mundo. (Corsi *et. al.*, 1996) Las semánticas modernas sobre el progreso y el desarrollo han permitido diferir en el tiempo las desigualdades y exclusiones. A nivel de los estados nacionales eso es lo que hace, por ejemplo, una campaña política: comprometerse a que se logrará en un futuro próximo la inclusión de todas las personas que lo requieran en el sistema educativo, que se hará efectivo el derecho a la protección de la salud, etc. y las políticas públicas comparten esta orientación temporal: “se entiende como política pública cuando la acción del estado... tiene como objetivo transformar la realidad en una perspectiva de futuro”. (Boneti, 2017, p.14)

Sin embargo, la inclusión permanece como un horizonte que, por razones estructurales, difícilmente puede alcanzarse. Dado que, en las sociedades funcionalmente diferenciadas, la inclusión en un sistema no determina la integración en otros, se produce lo que Luhmann denomina un *aflojamiento de la integración en el área de la inclusión*, mientras que por el lado de la exclusión sucede exactamente lo contrario, *se produce una integración fuerte*, es decir, una integración negativa porque,

...es una regla general que la exclusión de un sistema de función puede determinar las oportunidades de un individuo de ser excluido de otros sistemas. Porque las exclusiones en muchas ocasiones tienen un efecto dominó: alguien que no ha sido educado corre el riesgo del desempleo, ingreso insuficiente, malas condiciones de vivienda, relaciones inestables, domicilios inestables... y eventualmente no tener la oportunidad de apelar a servicios sociales... A este respecto la sociedad moderna exhibe una integración muy fuerte: la exclusión de un individuo del sistema x o y generalmente revela mucho sobre su posibilidad de exclusión de otros sistemas de función. (Braeckman, 2006, p.76)

De esta afirmación se derivan dos preguntas que resultan muy importantes para nuestra investigación:

- La primera relacionada con la plausibilidad de mantener la tesis sobre la estructura heterárquica de las sociedades contemporáneas, es decir, la afirmación de que ninguno de los sistemas funcionales tiene primacía, frente, por ejemplo, al peso del capitalismo o la importancia del estado.
- La segunda se relaciona con la función del sistema político, que es la producción de decisiones colectivamente coactivas. Siendo así, surge “la pregunta por la capacidad del Estado, mediante políticas públicas, de articular y absorber demandas diversas, conflictivas entre sí, y con expectativas de cumplimiento que no admiten demasiada flexibilidad temporal”. (Kraft y Furlong, 2009 cit. por Mascareño, 2010, p,112)

Ambas cuestiones han sido analizadas por autores que siguen los principios de la teoría que consideran que las tesis del autor no son del todo satisfactorias, de manera que se han propuesto ampliaciones y/o correcciones sobre las que nos decantaremos para el abordaje de nuestro problema. Analizaremos particularmente las propuestas de autores latinoamericanos que han problematizado las particularidades de la región.

El sistema de tratamiento de las enfermedades y las políticas de salud

Dado nuestro interés por las políticas públicas de salud, nos adentraremos en la comprensión de la función del sistema político, su diferenciación interna, así como su relación con otros sistemas que las involucran, y que tienen otras funciones, como el derecho (porque las políticas de salud implican leyes y normas) y el sistema de tratamiento de las enfermedades.

Antes de bosquejar qué constituyen las políticas públicas desde la teoría luhmanniana, me interesa aclarar la distinción entre lo que en el contexto de los estados nacionales compone el sistema de salud, y lo que el autor denomina el sistema de tratamiento de las enfermedades. A este respecto afirma:

Un sociólogo que se interesa por la teoría de la sociedad... puede preguntarse en qué sentido en la sociedad moderna se puede hablar de un sistema de la medicina o de un subsistema de tratamiento de las enfermedades. Esta es la primera pregunta: ¿se trata de un subsistema de un sistema de función, por ejemplo, de la industria sanitaria... o de una ciencia aplicada... O es necesario partir del hecho de que el sistema de tratamiento de las enfermedades en la sociedad moderna se ha vuelto autónomo en cuanto sistema de función, comparable con el sistema político...etcétera.... Si fuese así...tendría una función que no puede ser asumida en ningún otro lugar. (Luhmann, 2015, p.73)

La respuesta es que, efectivamente, en la modernidad se ha diferenciado un sistema que tiene una función que ningún otro podría cumplir, que es, precisamente, la del tratamiento de las enfermedades. En este sentido coinciden lo que en la sociología médica se denomina medicalización, es decir, la capacidad de atraer a alguna condición y/o fenómeno a la jurisdicción de la medicina, y la tesis sobre la diferenciación de este sistema. Habría que decir, además, que, en las sociedades contemporáneas este sistema ha adquirido una influencia enorme dada su autoridad para definir y clasificar comportamientos y personas (Conrad y Schneider, 1992) ateniéndose, en términos luhmannianos, a las observaciones que posibilita su código funcional.

La atención médica requiere recursos, normas, y la medicina se considera una ciencia aplicada, pero ni el sistema económico, ni el legal, ni el sistema de la ciencia tratan las enfermedades. Una función, que como las de otros sistemas, tiende a hipostasiarse, y por tanto, a proyectar la relevancia universal del sistema y a demandarse la inclusión en este de toda la población. Esta hipostatización se produce, además, en sociedades en las que, semánticamente, las inequidades ya no se consideran inevitables, e inclusive, algunas son, *de jure*, contrarias a derecho. Esto explica que, desde hace unas décadas, el acceso a la protección a la salud se considera un derecho humano, por tanto, un deber irrenunciable de los estados *independientemente de sus sistemas económicos*. (López, 2015.59)

Luhmann afirma que la hipostatización de la función del sistema de tratamiento de enfermedades ha derivado en que, en las sociedades contemporáneas, se haya transitado a “una semántica que proyecta un estado incremental, es decir, un bienestar ilimitado”. (Luhmann, 2015.97-98) Este hecho se refleja en la definición de la OMS de la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Se puede afirmar también que la hipostatización de la función del sistema es acorde con la tesis sobre la creciente medicalización de la sociedad constatada por múltiples estudios sobre el aumento de las condiciones que se medicalizan, así como por la llamada farmacologización de la sociedad -referida al incremento en el consumo de fármacos y sustancias dirigidas, como afirma Luhmann, ya no solamente al tratamiento de enfermedades, sino a incrementar el bienestar.

Pero como señala el autor, este tránsito es semántico. Estructuralmente, la realidad que prevalece en México, como en otros muchos lugares del mundo, es la falta de acceso a instituciones que brindan tratamiento para las enfermedades. Esta discrepancia es precisamente la que se abocan a reducir las políticas públicas del sector.

La forma en que las sociedades modernas hacen frente a la integración fuerte respecto a la exclusión, son las políticas y servicios sociales que objetivan la función de la producción de decisiones vinculantes del sistema político. Sin embargo, atendiendo a la lógica de la diferenciación, este no puede, dado que solamente es uno entre otros, imponer su lógica, ni dirigir el cambio de la sociedad en su conjunto que se le exige constantemente.

La ampliación de los derechos de las personas y la consecuente exigencia de que desde el sistema político se garantice su cumplimiento mediante la implementación de políticas públicas son fenómenos que desde la teoría de sistemas se entiende como la hipostatización de la función de dicho sistema.

Habría que puntualizar que este es un proceso que se presenta en todos los subsistemas, dado que “una vez que los diversos subsistemas de la sociedad se han diferenciado sobre la base de su función específica, no se encuentran más argumentos para contrarrestar la tendencia a maximizar el cumplimiento de su función”. (Luhmann, 2015.93) Empíricamente este proceso resulta por demás evidente: la expectativa de las sociedades contemporáneas es que se produzca más conocimiento científico, que se eleve en nivel educativo de las poblaciones, se garantice mayor acceso al tratamiento de las enfermedades, se tomen medidas que aseguren el crecimiento

económico, etc.

El efecto que tiene esta evolución en el subsistema político es la presión de que este dé cabida a la multitud de exigencias que producen la diversidad de actores políticamente relevantes, así como a las demandas de intervención e inclusión mediante políticas públicas en los rendimientos de los subsistemas funcionales. Sin embargo, atendiendo tanto al modelo teórico luhmanniano, como a su diagnóstico sobre el estado de bienestar (Luhmann, 2014), estas exigencias, a las que estos no pueden renunciar y que son objeto de luchas por el poder político, permanecen, en mayor o menor medida, como un horizonte que la estructura misma de la sociedad no permite alcanzar.

Como comentario final, resulta importante destacar que si bien este modelo describe de manera general la forma en que han evolucionado las sociedades modernas, las diferencias regionales, como reconoce su autor -y como no podría ser de otra manera dadas las distintas trayectorias de modernización- producen saldos muy distintos. Nuestro objetivo en este proyecto es indagar, con base en el marco teórico expuesto, qué condiciones han conducido a que la meta de la CUS parezca imposible de llevar a cabo. Porque, no, al día de hoy, nuestro sistema de salud no es un sistema de primera, como el de Canadá o los países nórdicos, como se comprometió el gobierno al inicio del sexenio que está por finalizar.

Bibliografía

- Boneti, L. (2017). Políticas públicas por dentro. CLACSO.
- Braeckman, A. (2006). Niklas Luhmann's systems theoretical redescription of the inclusion/exclusion debate, *Philosophy & Social Criticism* 32(1) pp. 65-88.
- Brans, M. y Rossbach S. (1997). The autopoiesis of administrative systems: Nickals Luhmann on Public Administration and Public Policy. *Public Administration* 75pp.4176-439
- CONEVAL (2023). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo.
- Conrad, P y Schneider, J. (1992). *Deviance and medicalization*. Templeton University.
- Corsi, G., Esposito, E, Baraldi, C. (1996) *Glosario de la teoría social de Niklas Luhmann*. U. Iberoamericana
- deLeon, P. y Vogenbeck, D. (2007), "The Policy Sciences at the Crossroads". En *Handbook of Public Policy Analysis* pp. 3-14. Fisher, F, Miller, G y Sidneym M. (eds). Routledge.
- IMCO (2023). Los cambios en el esquema de compras públicas de medicamentos causaron mayores costos a las instituciones públicas de salud. imco.org.mx/
- INEGI (2023). Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2022.
- (2024) Comunicado de Prensa 198/24 Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental 2023.
- Kittelsen, S., Fukuda-Parr, S y Tagmatarchi, S. (2019). Editorial: the political determinants of health inequalities and universal health coverage. *Globalization and Health*. 15(1) pp.1-2.
- Labraña, J., Pérez-Solari, F., Rivera, F., Campos, E. (2012). Sistemas funcionales, organizaciones y membresía: paradojas sobre la inclusión organización/sistema parcial en Chile. *Revista Mad* 27 pp.53-66.
- López, O., López, S, Moreno, A. (2015). *El derecho a la salud en México*. UAM
- Luhmann, N (1995). *Inclusión-Exclusión*. *Acta Sociológica* 12 pp.12-39
- (1998). *Complejidad y modernidad. De la unidad a la diferencia*. Trotta.
- (2014). *Teoría política en el estado de bienestar*. Alianza
- (2015). *Comunicaciones y cuerpo en la teoría de los sistemas sociales*. FCPyS-La biblioteca.
- Mascareño, A. (2010) *Coordinación social mediante políticas públicas: el caso chileno*. *Revista CEPAL* 101 pp.111-126.

- Meyer, s., Giboson, B. Ward, P. (2015). “Social Systems Theory and the Translation of Public Health Research” en *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*.
- Nassehi, A (2011). La teoría de la diferenciación funcional en el horizonte de sus críticas. *Revista Mad* 24 pp. 1-29.
- Organización Mundial de la Salud. (2023) Cobertura Sanitaria Universal. Consultada el 5de febrero del 2024. ([who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(unc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(unc))).
- Presidencia de la República (2020). 100 compromisos del presidente Andrés Manuel LópezObrador al 1º de septiembre de 2020. Consultada el 3 de febrero de 2023(www.gob.mx/presidencia/documentos/100-compromisos-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-al-1-septiembre-2020)
- Ramos, J. (2012). Inclusión-Exclusión: una unidad de la diferencia constitutiva de los sistemas sociales. *Iberforum* 7(14) pp.72-99.
- Rawal, N. (2012). Social Inclusion and Exclusion: A Review. *Dhanlagiri Journal of Sociology and Anthropology*. 2 pp.161-17
- Sánchez-Vela, H y Guzmán-Giraldo (2020) Determinantes de gasto de los hogares en salud en México. *Problemas del Desarrollo* 52(205) pp. 3-25.

Notas _____

¹ El derecho a salud tiene características particulares, dado que se trata de un derecho inclusivo, es decir, su cumplimiento comprende factores (alimentación, condiciones laborales, medioambientales, entre otros) que van más allá de la atención sanitaria. Sin ignorar este hecho, nuestro interés se circunscribe a las políticas relacionadas con el acceso a los servicios ofrecidos por el sistema de salud.

² La afirmación de que no será nuestro único referente conceptual obedece a que se han desarrollado en América Latina importantes aportaciones tanto para repensar la teoría misma, como para investigar su aplicabilidad en la región de las que también echaremos mano.

Salud y desarrollo sustentable: hacia la construcción conceptual de la salud sustentable

Health and sustainable development: towards the conceptual construction of sustainable health

*Blanca Medina Viezca**

Esteban Picazzo Palencia†

Esthela Gutiérrez Garza‡

Lilia Mendoza Longoria§

Resumen: En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades”. Aunque esta definición ofreció un enfoque preventivo y de promoción de la salud, su enfoque biomédico y con énfasis central en la salud humana ha dejado de lado la integración de otros componentes esenciales para el bienestar. El propósito de construir conceptualmente la “salud sustentable” es reconocer la interrelación e interdependencia entre la vida humana y el entorno en el que vivimos, pasando de una visión antropocéntrica a un enfoque ecocéntrico de la salud y el desarrollo sustentable.

Abstract: In 1948 the World Health Organization defined health as "a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease." While this definition offered a preventive and health-promoting approach, its biomedical orientation and central emphasis on human health have overlooked the integration of other

* Licenciada en Ciencias de la Comunicación y Maestra en Administración Industrial y de Negocios por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL y estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable del IINSO-UANL. Su trabajo de investigación está relacionado con la salud, el desarrollo sustentable y el desarrollo humano. Correo-e: blancaa22@gmail.com

† Licenciado y Maestro en Economía por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Doctor en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable por la misma institución. Actualmente adscrito al Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL. Pertenece al Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores de Conahcyt. Sus líneas de investigación son desarrollo social, economía de la salud y desarrollo sustentable. Correo-e: epicazzo@yahoo.com

‡ Licenciada en Sociología por la Universidad de Monterrey, México. Maestra y Doctora en Economía Política por la Universidad de París, Francia. Actualmente adscrita al Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL. Pertenece al Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores de Conahcyt. Sus líneas de investigación son desarrollo sustentable, educación, empleo y democracia. Correo-e: esthelagutierrez@gmail.com

§ Licenciada en Ciencias de la Comunicación con especialidad en Desarrollo Organizacional, Maestra en Administración con especialidad en Recursos Humanos y Doctora en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente adscrita al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León e investigadora adscrita al SNI del Conahcyt. Correo-e: lmmlongoria@hotmail.com

essential components of well-being. The purpose of conceptually constructing "sustainable health" is to acknowledge the interrelationship and interdependence between human life and the environment in which we live, transitioning from an anthropocentric perspective to an ecocentric approach to health and sustainable development.

Palabras clave: salud; desarrollo sustentable; salud sustentable; ecocentrismo; ambiente; cultura; economía; sociedad; política.

¿Por qué hablar de una salud sustentable?

Los vínculos entre la salud y el desarrollo sustentable han ido creciendo en los últimos años; el primer principio de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992 afirma que los seres humanos se ubican en el centro de los problemas relacionados al desarrollo sustentable, razón por la cual se enfatiza en el derecho a una vida saludable en armonía con el medio ambiente, considerando de esta forma a la salud como componente esencial para el desarrollo sustentable.

La salud, como un pilar básico para alcanzar el desarrollo humano, ha dado luz sobre la necesidad de considerar las dimensiones de la sustentabilidad para alcanzar el bienestar de la sociedad. Así, salud y desarrollo sustentable son dos conceptos interdependientes que se retroalimentan.

Lo afirma la Organización Panamericana de la Salud al señalar que “el medio ambiente, los derechos humanos y la salud pública son asuntos inseparables. No existe posibilidad de contemplar un tema sin establecer una correlación con los otros” (OPS, 2010, p. 38). Y los datos así lo confirman, pues la Organización Mundial de la Salud declaró que de manera global el 24 por ciento de la carga de morbilidad y el 23 por ciento de todas las muertes obedecían a factores ambientales como la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a los productos químicos, el cambio climático y la radiación ultravioleta (2016).

No hay duda de que la protección del medio ambiente está íntimamente vinculada a la protección de la persona, puesto que no se puede imaginar el ejercicio de los derechos humanos sin la existencia de un ambiente sano y propicio para el bienestar, como también para el desarrollo pleno y digno de todos. (OPS, 2010, p. 38)

Al hablar de la salud, como uno de los temas más prioritarios, debemos considerar la

construcción de un futuro sustentable, pues éste impacta en el bienestar de cada individuo, y a su vez, al de toda una comunidad, incluido su entorno natural.

Diversos autores han definido salud sustentable como “aquel estado en el que el desarrollo de la vida transcurre sin tener que lidiar con un ambiente externo adverso que la afecte constantemente y que atente sobre todo contra la existencia del ser vivo” (Osorio et al., 2007, p. 81).

Aunque algunas enfermedades se pueden considerar como “necesarias” para el desarrollo y existencia de la vida, Osorio, et. al. (2007) señalan que cuando hablamos de una salud que no contempla las diversas dimensiones (social, económico, ambiental, cultural y político), más allá de la ausencia de enfermedad y estilos de vida, entonces hablamos de una salud “insustentable”.

La salud y el desarrollo sustentable están intrínsecamente interconectados, y abordar ambos aspectos de manera integral es esencial para promover un futuro sostenible y saludable para todas las personas y el planeta.

El presente trabajo tiene por objetivo conceptualizar la salud sustentable, analizando ambos conceptos (salud y desarrollo sustentable), a fin de reflexionar sobre la necesidad de incorporar una definición de la salud que permita complejizar el tema y cuyo campo de acción trascienda el aspecto biomédico y su relación directa con el ser humano.

Lo que hoy entendemos como salud

Al hablar de salud es importante situarnos en el tiempo y entender cómo la incorporación de nuevos conocimientos ha integrado más elementos y complejizando tal concepto, esencial para el desarrollo humano.

Fue a partir del Renacimiento y con la Revolución Científica cuando en el mundo surgieron nuevas perspectivas sobre la salud basadas en la observación empírica y el método científico. Figuras como Andreas Vesalius y William Harvey contribuyeron al entendimiento anatómico y fisiológico del cuerpo humano, allanando el camino para una comprensión más precisa de las enfermedades y su tratamiento. Sin embargo, fue a partir de la Revolución Industrial que surgieron discursos sobre la importancia de las condiciones ambientales para gozar de buena salud.

Hoy en día muchas personas viven las consecuencias que traen consigo las enfermedades crónicas y graves. Sin embargo, gozar de buena salud debe ir más allá de la supervivencia, pues

una buena salud proporciona dignidad, valor y calidad de vida a las personas. Tan solo hay que recordar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, realizada en 1978, donde se reconoció a la salud como tema de derecho universal, por lo que el Estado tiene la obligación de garantizar para todos y todas.

Para hablar de salud se retomará en principio el concepto definido por la Organización Mundial de la Salud en su carta constitutiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades” (1948).

Aunque este concepto (actualmente vigente) reconoce elementos que van más allá de la ausencia de enfermedades, dando mayor énfasis a la prevención y promoción de la salud, al definir la salud “como un estado de bienestar físico, mental y social” se reduce “en una relación causa-efecto respecto a los cuidados médicos” (Guerrero y León, 2008, p. 613). Ante esto, solo se estudian algunos conceptos de “la gran red de fenómenos que influyen en la salud” (Capra, 1992, citado por Guerrero y León, 2008, p. 627), lo que aleja a la salud de ser vista de forma holística e integral, pues no se reconoce al ser humano en un contexto que ejerce cierta influencia sobre él.

La salud, además de tener una relación directa con el ambiente social, particularmente relacionado con los estilos de vida, debe considerar otras dimensiones como el ambiental, económico, cultural y político, elementos que no pueden tratarse de forma aislada, ya que todos ellos determinan su nivel de bienestar.

Tal como señalan Vásquez y Martínez (2009), el modelo biomédico hegemónico pone en primer lugar el aspecto biológico del individuo como determinante de su salud/enfermedad. Esta situación fragmenta la salud pues se convierte en inalcanzable en una sociedad marcada por la desigualdad.

En la reunión convocada en 1997 por la Organización Mundial de la Salud para la Promoción de la Salud en el siglo XXI, en Yakarta, se concluyó que hablar de salud humana es integrar la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso económico, un ecosistema estable, justicia social, uso sostenible de recursos, respeto por los derechos humanos y equidad (Guerrero y León, 2008).

Fue a mitad de la primera década del siglo XXI cuando los Determinantes Sociales de la Salud tomaron importancia en América Latina, pues con ellas se reconocieron problemas como las brechas de desigualdad, la sobrepoblación y el incremento de la pobreza (Salgado y Rangel, 2021).

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. (OMS, 2008, p. 3)

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) clasificó los Determinantes Sociales de la Salud en estructurales e intermedios. El contexto socioeconómico y político reciben el nombre de determinantes estructurales, mismos que refuerzan la estratificación y la posición socioeconómica de cada individuo. Los determinantes intermedios se refieren a las condiciones materiales de la vida diaria, factores psicosociales, estilos de vida, factores biológicos y el propio sistema sanitario (Puime y Zunzunegui, 2011).

Reconocer los determinantes sociales y abordarlos resultan relevantes para comprender las desigualdades en salud y así incidir en la generación de políticas que transiten hacia la equidad en el acceso a una buena salud y bienestar de la sociedad.

Fue en 2005, a partir de la creación de la CDSS, cuando se incorporaron políticas públicas encaminadas a atender estas inequidades, considerando a la salud más allá de su noción médica, integrando un concepto en el que se vinculan actitudes, tradiciones, costumbres, así como condiciones sociales, económicas, y ambientales y en el que se involucra la participación de los diferentes agentes que integran una sociedad, pues en lo individual se necesita la educación de higiene, mientras que en el plano colectivo se requiere de la participación del Estado, las empresas y la sociedad.

Como se ha mencionado con anterioridad, la salud no se limita a la ausencia de enfermedades sino que precisa de condiciones económicas, sociales, ambientales, culturales y políticas apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano. Entonces, “la salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica” (Frenk, 1992).

La salud debe abordarse desde una visión holística que permita integrar no solo problemas sino soluciones de las diferentes disciplinas que concurren en la Ciencias Sociales, y así, no se siga contemplando de forma parcial y unidisciplinaria.

Los principales problemas de salud

De acuerdo con las Naciones Unidas, las 10 principales causas de mortalidad en 2019 representaron el 55 por ciento de los fallecimientos en el mundo. Categorizadas como transmisibles, no transmisibles y lesiones, las 10 principales causas de muerte, según el reporte Estimaciones de Salud Mundial de 2019, son: cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares, infarto, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infección de las vías respiratorias, enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, diabetes mellitus, accidentes de tráfico, enfermedades diarreicas y tuberculosis (OMS, 2020).

Las enfermedades no transmisibles actualmente representan el 70 por ciento de las diez principales causas de muerte a nivel mundial. En el año 2000 eran solamente cuatro de las 10 principales.

La emergencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) se relaciona con cambios económicos y sociales ocurridos a nivel mundial, en los cuales, a medida que se incrementa la esperanza de vida en los países, se producen modificaciones en los estilos de vida de su población, lo que a su vez ha conllevado a un cambio en los patrones de enfermedad y mortalidad en el que las ENT desplazan a las enfermedades infecciosas. (Ramos et al., 2014, p. 1)

Y aunque ahora las personas viven más años que en el pasado, su calidad de vida no va en la misma dirección. “En gran medida, las enfermedades y condiciones de salud que están causando más muertes son las que son responsables de la mayor cantidad de años perdidos de vida saludable”, (Noticias ONU, 2022).

De acuerdo con un reporte Estadísticas de Defunciones Registradas realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México las cinco principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y la enfermedad por el Covid-19 (2022).

En Nuevo León, las personas fallecen principalmente por enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, influenza y neumonía, así como enfermedades por el Covid-19 (INEGI, 2022).

Tan solo la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la diabetes provocan el 56 por ciento de

las muertes en Nuevo León. Declaradas un gran problema de salud, estas enfermedades han sido el centro de la agenda estratégica en materia de salud en el Estado (Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2014).

Como los datos lo muestran, tanto las enfermedades crónicas no transmisibles así como las enfermedades infecciosas representan un problema de salud en México y el Estado, por lo que, para entender sus causas es necesario estudiarlas como un problemas estructural, pues “cuanto más estudiamos los problemas de nuestro tiempo más nos percatamos de que no pueden ser entendidos aisladamente. Se trata de problemas sistémicos, lo que significa que están interconectados y son interdependientes” (Capra, 1998, p.25).

El desarrollo sustentable en el centro de la agenda mundial

Definir las acciones que permitan promover e impulsar una forma de vida equilibrada con el planeta ha ocupado la agenda de científicos, gobiernos y organizaciones civiles. Cada vez son más los esfuerzos que ponen de manifiesto la necesidad de impulsar un desarrollo que no comprometa el entorno en el que vivimos.

Sin embargo, el reto es grande, pues el modelo actual de desarrollo dificulta que una sociedad basada en el consumo incorpore acciones sustentables para proteger al medio ambiente. Al afectar los intereses de los países industrializados y desarrollados, en la práctica ha sido imposible llevar adelante el concepto de desarrollo sustentable (Salinas, 2001).

Las desigualdades, el aumento de la pobreza, la crisis de las democracias, así como el calentamiento global son algunas de las consecuencias que se han agravado en las últimas décadas y que ponen en la comunidad científica, las organizaciones civiles y los propios gobiernos la necesidad de incorporar prácticas sostenibles de producción, consumo y crecimiento que permitan frenar o incluso contrarrestar estos efectos.

Las primeras declaraciones en relación con el daño al medio ambiente datan a partir de la segunda mitad del siglo XX. Fue en 1956 cuando la bióloga Rachel Carson escribió “Primavera Silenciosa”, texto en el que planteó un escenario sin seres vivos a consecuencia de la contaminación ambiental, (Calvente, 2007). Posteriormente, en 1972 se presentó en el Club de Roma el informe “Los límites del crecimiento”, en el que se expuso como tesis central que un planeta limitado con un crecimiento y agotamiento de sus recursos naturales no sería sostenible en el tiempo (Meadows,

1972).

Estas declaraciones dieron paso a lo que posteriormente conoceríamos como “sustentabilidad” y que luego sería incorporado en el ámbito económico como “desarrollo sustentable”.

El término "desarrollo sustentable" se popularizó por primera vez a nivel internacional en el informe "Nuestro Futuro Común" publicado en 1987 por la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de las Naciones Unidas, también conocido como el Informe Brundtland. Este informe, liderado por la entonces Primera Ministra de Noruega, Gro Harlem Brundtland, presentó el concepto de desarrollo sustentable como "el desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades" (WCED, 1987, p. 59).

La importancia de este documento radica en que se resaltó la necesidad de equilibrar el crecimiento económico con la equidad social y la conservación del medio ambiente, reconociendo que estas tres dimensiones (económica, social y ambiental) están interconectadas y son fundamentales para garantizar un futuro sostenible para la humanidad.

Desde entonces, el concepto de “desarrollo sustentable" ha sido ampliamente adoptado y ha influido en políticas y prácticas a nivel mundial en áreas que van desde la economía y el medio ambiente hasta la salud y la educación.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) especifica que el desarrollo sustentable está basado primeramente en el crecimiento económico, luego en la equidad social y finalmente en la equidad ambiental. Ante esto, se reafirma el hecho de que por lo menos estos tres elementos están inmersos en la sustentabilidad: primeramente la sociedad, como el centro de toda actividad, en segundo lugar la economía, como motor del desarrollo de la sociedad y por último el ambiente, como base física de la cual se extraen los bienes y servicios que permiten el desarrollo (Salinas, 2001).

A estas dimensiones podríamos sumar la cultural, vista como la demostración de conocimientos, prácticas, valores, conocimientos, creencias y habilidades que posibilitan la participación de una sociedad diversa. Asimismo, podríamos hablar de una dimensión política, que considera el establecimiento de políticas públicas a favor de la sustentabilidad y participación activa de la comunidad involucrada.

Fue en la Declaración de Río en 1992 donde dicha visión del desarrollo se consolidó con la Agenda 21. Aquí se definieron los principios para promover acciones a favor de una mayor conciencia global sobre la importancia de conservar el planeta.

En continuidad con la Agenda 21, en el año 2000 se definieron los Objetivos del Desarrollo del Milenio, con ocho objetivos centrales en el que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron, con meta al 2015, a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades de la época, el analfabetismo, la discriminación y la degradación del planeta (ONU, 2015).

Para 2015, y a fin de actualizar las metas del milenio, Naciones Unidas dio a conocer los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible, plan maestro para conseguir un futuro sostenible en todo el planeta. En esta estrategia mundial con miras al 2030 se reconocen e incorporan los desafíos globales como hambre cero, energía asequible y no contaminante, reducción de desigualdades, limpieza y saneamiento del agua, educación de calidad, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsable, paz, justicia e instituciones sólidas, entre otras. A través de metas específicas, Naciones Unidas promueve esta agenda que los países miembros han incorporado en búsqueda de alcanzar un desarrollo sostenible.

En este documento, el más reciente y vigente, se enuncia el Objetivo 3 Salud y Bienestar, en el que se afirma que para tener un mundo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal.

Según el Reporte de Resultados 2020 del Sistema de Naciones Unidas en México, los mayores desafíos del país son “la reducción de las desigualdades, el crecimiento inclusivo y trabajo decente, la industria, innovación e infraestructura, la vida de ecosistemas terrestres, así como la paz, justicia e instituciones sólidas”. (ONU, 2021). De acuerdo con el Consejo Nuevo León (2021) para el Estado de Nuevo León se suman problemas como la falta de seguridad hídrica, la pérdida de biodiversidad, el manejo de residuos, la calidad del aire, y los altos índices de violencia.

Todo ello muestra evidencia de las múltiples dimensiones que deben ser atendidas para entender dichos problemas, hablar de un desarrollo sustentable y así alcanzar el bienestar y desarrollo humano.

Hacia una visión ecocéntrica del problema (y la solución)

Desde 1972, con la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebrada en Estocolmo y en 1987, con el Informe Brundtland, se abrió camino a la necesidad de “corregir la

crisis ambiental” originada por el mismo desarrollo industrial y económico. Fue a partir de entonces que la visión economicista tomó el concepto de desarrollo sustentable para justificar y seguir impulsando el crecimiento.

Ante esta situación, en el tiempo tres grandes corrientes han puesto en disputa el debate sobre el desarrollo sustentable. En principio está la corriente ecologista, también conocida como sustentabilidad fuerte, que conserva las ideas ecocentristas que Aldo Leopold plasmó en 1949 en su influyente ensayo titulado “Una ética de la tierra”; en segundo lugar está el ambientalismo moderado o sustentabilidad débil, que aborda una visión antropocéntrica y desarrollista; por último está la corriente humanista crítica, como una alternativa a las corrientes anteriores y con ideas y movimientos anarquistas y socialistas (Leff, 1994), que responde a la necesidad de un cambio social radical, centrado en atender las necesidades y calidad de vida de las mayorías.

La visión ecocéntrica del desarrollo sustentable es un enfoque que pone énfasis en la importancia de la salud y la integridad de los ecosistemas naturales en la búsqueda de un desarrollo sustentable. En contraste con la visión antropocéntrica, que coloca a los seres humanos en el centro de todas las consideraciones, el ecocentrismo reconoce que los humanos son solo una parte de un sistema más amplio y que dependen de los servicios y recursos que este sistema proporciona.

Desde una perspectiva ecocéntrica, el desarrollo sustentable no solo se centra en satisfacer las necesidades humanas presentes, sino también en asegurar que estas necesidades puedan ser satisfechas de manera continua y equitativa en el futuro, sin comprometer la capacidad de los ecosistemas para regenerarse y sostener la vida en el planeta.

La visión ecocéntrica del desarrollo sustentable aboga por la conservación y protección de la biodiversidad, la preservación de los ciclos naturales de los recursos y la promoción de un equilibrio armonioso entre las actividades humanas y los procesos naturales. También reconoce la importancia de respetar y valorar la intrínseca dignidad de los ecosistemas y de todas las formas de vida que los componen, no sólo en función de su utilidad para los seres humanos, sino por su valor inherente como partes interdependientes de la red de la vida en la Tierra (Toca, 2011).

El ecocentrismo va más allá del plano económico del desarrollo y profundiza sobre la importancia de cuidar el planeta; le da un valor a la tierra, no solamente por sus aportes al desarrollo económico, sino para la vida y salud humana.

Ciencias como la antropología, la economía y el derecho han identificado procesos que

permiten un avance en el saber ambiental, sin embargo, se necesita construir una nueva racionalidad social para que el saber ambiental adquiriera un sentido estratégico y práctico en la reconstrucción de la realidad social, que incorpore los valores del ambiente en la ética individual, la democratización de los procesos productivos, el establecimiento de una legislación ambiental eficaz y las transformaciones institucionales hacia una administración transectorial del desarrollo, (Leff, 1994).

El hecho de que la protección al medio ambiente y el desarrollo sostenible sigan considerándose como restricciones al desarrollo económico y social, hace que las estructuras continúen privilegiando la explotación de recursos naturales como fuente de riqueza. Ante todo esto, Rodríguez & Govea (2006) señalan que resulta importante diseñar estrategias que involucren a todos los actores para formular leyes, crear una ciudadanía consciente de preservar el ambiente y reorientar el desarrollo sobre bases éticas y de responsabilidad social corporativa y ciudadana.

La idea central es avanzar hacia la formulación de procesos productivos que dependan menos de los recursos naturales y menos perjudiciales para la salud, más ágiles y eficientes, pues aunque se tienen las condiciones técnicas para avanzar hacia allá, se necesitan desarrollar acuerdos e instrumentos que estimulen esta producción bajo un esquema de responsabilidad compartida, participativa, democrática, solidaria, con corresponsabilidad, solidaridad y visión de futuro.

El cambio de una visión antropocéntrica a una visión ecocéntrica del desarrollo sustentable es crucial por varias razones que impactan directamente en la salud. En principio, se reconoce que la salud humana está ligada a la salud del medio ambiente. La degradación ambiental, como la contaminación del aire, el agua y el suelo, así como la pérdida de biodiversidad, puede tener consecuencias directas en la salud humana, causando enfermedades respiratorias, problemas cardiovasculares, cáncer y otros efectos adversos para la salud.

Adoptar una visión ecocéntrica implica promover prácticas que preserven y mejoren la salud del medio ambiente. Esto puede contribuir a la prevención de enfermedades relacionadas con la contaminación y la degradación ambiental, así como a la promoción de estilos de vida saludables en armonía con los ecosistemas naturales. (Toca, 2011, p. 198)

La salud de los ecosistemas es fundamental para la producción de alimentos saludables y nutritivos. Una visión ecocéntrica del desarrollo sustentable implica prácticas agrícolas sostenibles que protejan la calidad del suelo, el agua y la biodiversidad, garantizando así la disponibilidad de

alimentos seguros y nutritivos para las poblaciones humanas.

El cambio climático, causado en gran medida por actividades humanas antropocéntricas, representa una grave amenaza para la salud humana. Adoptar una visión ecocéntrica implica abordar las causas fundamentales del cambio climático, como la quema de combustibles fósiles y la deforestación, y promover prácticas que aumenten la resiliencia de los ecosistemas y las comunidades humanas frente a los impactos del cambio climático.

La visión ecocéntrica promueve una relación más armoniosa y respetuosa con el medio ambiente, lo que puede contribuir a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, y mejorar la calidad de vida en general (Toca, 2011, p. 202).

Enseñanza del desarrollo sustentable: la salud humana no lo es todo

Aunque en Johannesburgo (2002) se establecieron las primeras líneas relacionadas a los problemas del desarrollo sustentable, en el tiempo se han pasado por alto muchos temas específicos, como por ejemplo, la vinculación entre la salud y el medio ambiente, la salud y la cultura, la salud y la violencia, la salud y las sociedades de riesgo, etc. (Rodríguez & Govea, 2006).

El concepto de salud, actualmente debe integrar una visión holística del mundo, basada en “una nueva comprensión científica de la vida en todos los niveles de los sistemas vivientes” (Capra, 1998, p. 25). Dicha visión deberá considerar la salud como el resultado de la interacción entre los individuos y el medio ambiente físico y social, y no solamente el bienestar del ser humano como el centro de un todo.

La propuesta central al hablar de una “salud sustentable” es incluir la preservación y regeneración de los ecosistemas, reconociendo que la salud humana está intrínsecamente ligada a la salud del planeta. La salud sustentable es un concepto que reconoce la interrelación y la interdependencia entre diversos aspectos de la vida humana y el entorno en el que vivimos.

Se refiere a un enfoque holístico que busca integrar consideraciones ambientales, sociales, económicas, culturales y políticas para promover la salud a largo plazo. La salud sustentable reconoce la interconexión entre la salud humana y el medio ambiente, por lo que busca desarrollar sistemas y políticas que apoyen tanto la salud de las personas como la del planeta. Se centra en asegurar que las prácticas actuales no comprometan la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades de salud y bienestar.

Bajo la visión de esta propuesta, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron en 2023 el Plan de acción conjunto sobre “Una sola salud” (2022-2023).

A través de este compromiso colectivo, las organizaciones reconocieron la necesidad de conjuntar esfuerzos para impulsar los cambios que mitiguen los retos actuales y futuros para la salud, donde los seres humanos, los animales, plantas y medio ambiente están conectados. Dichos esfuerzos son una respuesta a la demanda internacional de prevenir futuras pandemias y fomentar la salud sustentable mediante el enfoque de "Una sola salud".

Es más que probable que el planeta continúe enfrentándose a la amenaza de nuevas enfermedades como resultado del constante crecimiento de la población, la urbanización, el aumento del transporte, los cambios de uso de la tierra, el cambio climático, la intensificación de los sistemas alimentarios y la destrucción de hábitats. (FAO, PNUMA, OMS y OMSA. 2023. p. 6)

Al hablar de una salud sustentable se reconoce la responsabilidad de la actividad humana en la salud de los ecosistemas (donde el ser humano forma parte). Aquí, la salud humana es sólo un componente.

En la salud sustentable, además, se reconocen los actores que inciden en su construcción, a fin de promover las medidas que impulsen un bienestar integral.

Con un enfoque en la salud sustentable se enfatiza en la preocupación por la contaminación del agua, el aire y el suelo, que a su vez, son factores relevantes para muchas enfermedades infecciosas, incluido el cáncer y las enfermedades respiratorias; también se pone atención al cambio climático, mismo que genera peligros directos para la salud, como fenómenos meteorológicos extremos e inundaciones. Por citar otro escenario, se reconoce que el uso insostenible del agua potable es responsable de la mortalidad de humanos y animales, sobre todo en poblaciones vulnerables.

Es así como la salud sustentable promueve el cuidado del agua, la producción y accesibilidad a alimentos saludables, a un aire limpio, así como la conservación y protección de la flora y la fauna. Además, procura un estilo de vida donde las personas puedan acceder a una dieta

equilibrada, a medios de transporte, a tiempos para el descanso y espacios para el esparcimiento. También aboga por igualdades sociales y económicas para el acceso a servicios de salud, educación y empleo.

Con todo lo anterior y de acuerdo al análisis realizado, en este trabajo proponemos definir la salud sustentable como el estado de completo bienestar físico, mental y social de las comunidades, en armonía con el entorno natural del cual forman parte y que va más allá de la ausencia de afecciones y enfermedades de los seres humanos, pues integra una interacción positiva y respetuosa con los sistemas ecológicos que sustentan la vida, a fin de garantizar un entorno saludable y sostenible para las generaciones presentes y futuras.

Todo ello implica no solo el acceso universal a servicios de salud de calidad, sino que busca abordar las inequidades socioeconómicas, proteger y preservar el entorno natural, respetar la diversidad cultural, y fomentar la participación y compromiso de todos los actores involucrados en promover una salud sustentable para incidir en la toma de decisiones y acciones que impulsen el bienestar colectivo.

A manera de conclusión

Hablar de una salud sustentable es resignificar lo que entendemos por salud, incorporando elementos que van más allá del bienestar de los seres humanos; en tanto, el concepto de desarrollo sustentable también toma un nuevo significado, pues trasciende la perspectiva economicista del desarrollo, llevándolo a otros ámbitos de estudio que buscan mejorar la calidad de vida y promover el desarrollo humano y la conservación del entorno.

La noción de "salud sustentable" emerge como un concepto clave que reconoce esta interdependencia entre la salud humana y la salud del planeta. Esta visión va más allá de simplemente abordar los problemas de salud humana de manera aislada, sino que también considera la preservación y regeneración de los ecosistemas como parte integral del bienestar humano a largo plazo.

Conceptualizar e incorporar una salud sustentable es un tema necesario e incluso urgente. Comprender la conexión entre la salud humana y la salud del entorno es esencial para transitar de una visión antropocéntrica de la salud y el desarrollo sustentable a una visión ecocéntrica, donde el medio ambiente tenga un papel importante en la toma de decisiones y acciones que favorezcan

el bienestar de todo ser vivo en el planeta.

La adopción de una perspectiva ecocéntrica implica reconocer que los seres humanos son solo una parte de un sistema más amplio y complejo, y que dependen de la salud y la integridad de dicho sistema para su propio bienestar. Esto significa promover prácticas que protejan la biodiversidad, preserven los recursos naturales y respeten los límites ambientales, todo lo cual contribuye no solo a la salud humana, sino también al equilibrio y la armonía del planeta en su conjunto.

Todo esto no es sencillo, pues nos lleva a reconocer la necesidad de un enfoque integrado y colaborativo para abordar los desafíos de la salud y el desarrollo sustentable. Esto implica la cooperación entre diversas disciplinas, sectores y actores sociales para desarrollar políticas y prácticas que promuevan un futuro sostenible y saludable para todos.

Bibliografía

- Calvente, A. (2007). El concepto moderno de sustentabilidad. *Sociología y desarrollo sustentable*. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://studylib.es/doc/4501007/el-concepto-moderno-de-sustentabilidadOMS>
- Capra, F. (1998) Ecología profunda: un nuevo paradigma. En: La trama de la vida. Una perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y de Desarrollo. (1992). Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo: Principios relativos a los bosques. Rio de Janeiro: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. (1978). Acta de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Consejo Nuevo León. (2021). Vive Nuevo León crisis ambiental que condiciona su desarrollo sostenible. Consejo Nuevo León. Consultado el 17 de marzo de 2024. <https://www.conl.mx/noticias/102>
- Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. (2014). Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Primera edición. <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODNuevoLeon.pdf>
- FAO, PNUMA, OMS y OMSA. (2023). Plan de acción conjunto "Una sola salud" (2022-2026). Trabajar juntos por la salud de los seres humanos, los animales, las plantas y el medio ambiente. Roma. <https://doi.org/10.4060/cc2289es>
- Frenk, J. (1992). La nueva Salud Pública. En OPS (Ed.), *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate* (pp. 75 – 93). Washington DC. EEUU.
- Guerrero, L y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. Recuperado el 20 de marzo de 2024 de <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Gutiérrez Garza, E. (2008). De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable: historia de la constitución de un enfoque multidisciplinario. *Ingenierías*, 11(39), 21-35. Consultado el 15 de marzo de 2024. http://eprints.uanl.mx/10380/1/39_de_las_teorias.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2022. Consultado el 20 de marzo de 2024. inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf
- Laza, C. y Cárdenas, F. (2009). Abordaje Interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería. *Index de Enfermería*, 18(1), 37-41. Consultado el 20 de marzo de 2024. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100008&lng=es&tlng=es.
- Leff, E. (1994). Sociología y ambiente: formación socioeconómica, racionalidad ambiental y transformaciones del conocimiento. *Ciencias sociales y formación ambiental*, 17-84. Consultado el 17 de marzo de 2024. https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Leff/publication/327271037_SOCIOLOGIA_Y_AMBIENTE_Formacion_Socioeconomica_Racionalidad_Ambiental_y_Transformaciones_del_Conocimiento/links/5b857d53299bf1d5a72e9822/SOCIOLOGIA-Y-AMBIENTE-Formacion-Socioeconomica-Racionalidad-Ambiental-y-Transformaciones-del-Conocimiento.pdf
- Meadows, D., Meadows, D., Randers, J., Behrens III y William W. (1972). *The Limits to Growth; A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. New York: Universe Books.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023. Naciones Unidas. Consultado el 10 de mayo de 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Naciones Unidas. Consultado el 10 de mayo de 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2021). México cumple con 70.4 en los ODS. México. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://mexico.un.org/es/155256-m%C3%A9xico-cumple-con-704-en-los-ods>
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). Las diez principales causas de muerte en el mundo, una lista que varía entre países ricos y pobres. Noticias ONU. Consultado el 10 de mayo de

2023

en

<https://news.un.org/es/story/2020/12/1485362#:~:text=Las%20enfermedades%20card%C3%ADacas%2C%20la%20diabetes,2019%20en%20comparaci%C3%B3n%20con%202000>.

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Constitución World Health Organization. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsana las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, Geneva: OMS; 2008. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Cada año mueren 12,6 millones de personas a causa de la insalubridad del medio ambiente. Who.int. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/news/item/15-03-2016-an-estimated-12-6-million-deaths-each-year-are-attributable-to-unhealthy-environments>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Las 10 principales causas de defunción. (s/f). Who.int. Consultado el 21 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, D.C. : OPS, 2010. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51688>

Osorio, H., Amador, S., & Tanka, B. (2007). La salud sustentable y ambiente social. *Aportes, Revista de la Facultad de Economía, BUAP*, 36. Consultado el 18 de noviembre de 2023. <http://www.eco.buap.mx/aportes/revista/36%20Ano%20XII%20Numero%2036,%20septiembre%20-%20diciembre%20de%202007/06%20La%20salud%20sustentable%20y%20ambiental%20social-Helder%20Osorio%20Moranchel,%20Samuel%20Amador%20Vazquez%20y%20Beata%20Tanka.pdf>

Pierri, N. (2005). Historia del concepto de desarrollo sustentable. *En ¿Sustentabilidad?*

- Desacuerdos sobre el desarrollo sustentable*, editado por Guillermo Foladori y N. Pierri, 27-81. México: Miguel Ángel Porrúa. Capítulo 2. Consultado el 13 de agosto de 2023. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Historia+del+concepto+de+d+esarrollo+sustentable.+En+%C2%BF+Sustentabilidad%3F+Desacuerdos+sobre+el+desarrollo+sustentable&btnG=
- Puime, Á. O., & Zunzunegui, M. V. (2011). Capítulo 6 - Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. *Atención familiar y salud comunitaria*, 87–100. Consultado el 18 de noviembre de 2023. <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00006-5>
- Ramos, W., Venegas, D., Honorio, H., Pesantes, J., Arrasco, J., y Yagui, M. (2014). Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-10. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677006.pdf>
- Rodríguez, I., & Govea, H. (2006). El discurso del desarrollo sustentable en América Latina. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 12(2), 37-63. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.redalyc.org/pdf/177/17712202.pdf>
- Salgado, A. y Rangel, J. (2021). Capítulo 1. Determinantes Sociales de la Salud. Una argumentación sociológica. *Vulnerabilidad, salud y políticas alimentarias*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León/Puerta Abierta.
- Salinas, P. J. (2001). Desarrollo sustentable y Salud. *MedULA*, 10(1-4), 2+. Consultado el 17 de marzo de 2024. <https://link.gale.com/apps/doc/A146435684/IFME?u=anon~273f72da&sid=googleScholar&xid=df698c03>
- Toca Torres, C. E., (2011). Las versiones del desarrollo sostenible. *Sociedade e Cultura*, 14(1),195-204. ISSN: 1415-8566. Consultado el 20 de marzo de 2024. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70320084019>
- UN World Commission on Environment and Development (WCED), “Our Common Future”, Oxford: Oxford University Press, (1987) Berkes, F., Colding, J., Folke, C., “Navigating Social-Ecological Systems: Building Resilience for Complexity and Change”, Cambridge

University Press, (2001) Consultado el 20 de marzo de 2024.
http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf

Estudios sociales en torno a la pandemia de COVID-19

Sobrepeso y Obesidad en Escolares. Las prevalencias después de la pandemia de COVID-19

Obesity and Overweight in Scholars. The prevalence of pandemic of COVID-19

*Blanca Itzel Solano Hernández**

Resumen: Con el objetivo de realizar un análisis transversal sobre el sobrepeso y obesidad en México, se presenta la prevalencia de 37 % en niños escolares de 5 a 11 años, la tasa de prevalencia fue más elevada en niños que en niñas. Una de las repercusiones en salud fue la pandemia de COVID-19, repercutió en la nutrición de países de bajo y medio desarrollo donde las políticas de protección social apoyaron a las familias en acceso a comida y servicio necesario. En niños escolares se identificaron los siguientes alimentos no recomendados: 18.2% consumo alimentos procesados, 16% comida rápida y antojitos mexicanos fritos, 58.8% botanas, dulces y postres, 55.4% cereales dulces y 93.6% bebidas endulzadas. En cuanto al consumo de alimentos recomendados se tiene 49.6% frutas, 28.3% verduras, 23.3% leguminosas, 91.5% Agua, 35% huevo, 39.2% carnes no procesadas, 63.1% lácteos y 2% semillas. Conclusión es necesario revisar los programas nacionales para la agricultura y la alimentación a fin de disminuir el sobrepeso y la obesidad en México.

Abstract: With the aim of carrying out a cross-sectional analysis on overweight and obesity in Mexico, the prevalence of 37% in school children aged 5 to 11 years is presented, the prevalence rate was higher in boys than in girls. One of the health repercussions was the COVID-19 pandemic, it impacted the nutrition of low- and medium-development countries where social protection policies supported families in accessing food and necessary services. The following non-recommended foods were identified in school children: 18.2% consumed processed foods, 16% fast food and fried Mexican snacks, 58.8% snacks, sweets and desserts, 55.4% sweet cereals and 93.6% sweetened beverages. Regarding the recommended food consumption, 49.6% are fruits, 28.3% are vegetables, 23.3% are legumes, 91.5% are water, 35% are eggs, 39.2% are unprocessed meats, 63.1% are dairy products, and 2% are seeds. In conclusion, it is necessary to review the national programs for agriculture and food in order to reduce overweight and obesity in Mexico.

Palabras clave: sobrepeso; obesidad; escolares; migración; COVID-19.

Introducción

El sobrepeso y la Obesidad en escolares incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas

* Mtro. Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública, Universidad Autónoma de Zacatecas, ideas.solano@yahoo.com.mx.

no transmisibles, en México existen diferentes instituciones que colaboran a sostener los gastos sociales: UNICEF, DIF, BAMX, SEDESA. Según la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) se prevé que el gasto total en salud generado por sobrepeso y obesidad sea de 8.9% de 2020-2050 y reduzca el PIB en 5.8%. La obesidad infantil fue 7.5% para 1995, con in incrementó al 15% en 2016. También se reduce un promedio de 4.2% años menos la esperanza de vida.

Son diferentes las estrategias para el acceso y la cobertura universal en salud que buscan mejorar a nivel región los determinantes de los servicios de salud, se han logrado por: avances del desarrollo económico y social de los países, consolidación de los procesos democráticos y fortalecimiento de los sistemas de salud. Las intervenciones educativas son esenciales para el acceso universal a la salud y cobertura universal en salud, son esfuerzos para superar la exclusión y la inequidad (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2009).

La forma de ampliar los esfuerzos multisectoriales que enfrentan las brechas existentes en la salud, vinculadas con las determinantes sociales, económicos y ambientales; es la Agenda del desarrollo sostenible 2030. Donde el objetivo 2 es erradicar el hambre, promover la seguridad alimentaria y poner fin a todas las formas de malnutrición. El sobrepeso y obesidad para escolares en México fue 37 %, para 2023. Se aprobó el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia para implementar un conjunto de políticas, leyes, reglamentos e intervenciones efectivas, con las estrategias: atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y alimentación saludable, mejora de los entornos escolares de alimentación y actividad física, políticas fiscales y regulación de la comercialización y etiquetado de alimentos, otras acciones multisectoriales, vigilancia, investigación y evaluación (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2009).

Justificación

En niños de 10 a 19 años al menos el 10 por ciento fue vacunado contra el SARS-CoV-2 para la primera dosis Pfizer, Sinovac y la segunda dosis AstraZeneca y Sputnik, en niños de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue 37.4 por ciento para 2021, cifra que disminuyó 0.4 por ciento para 2023. El consumo de bebidas endulzadas fue de 92.9 por ciento 0.7 por ciento para 2021, en cuanto a botanas dulces y postres fue de 50 por ciento incrementando 8.8 por ciento para

2023, además el 91.3 por ciento consumió agua natural y se observó un aumento de 0.02 por ciento (Shamah Levy, y otros, 2022).

En escolares de 6 a 14 años el 96.1 por ciento asistió a la escuela para 2022, el 3.7 por ciento de la población de cinco años y más habla una lengua indígena, también habla español el 93 por ciento. A nivel nacional se encontró que las personas no buscaron atención en salud por qué decidió que no era necesario buscar atención: no era tan grave 63 por ciento, es caro/no tenía dinero 13 por ciento, miedo a contraer Covid-19 el 7 por ciento, me programaron la cita 4 por ciento, no tuvo tiempo 3 por ciento, no había servicio en el horario en que lo necesitaba 3 por ciento, no hay dónde atenderse 2 por ciento, está muy lejos 2 por ciento, el tiempo de espera para pasar a consulta, por lo común, es muy largo 1 por ciento, quien brinda la atención no me inspira confianza/ no es amable 1 por ciento, otro 1 por ciento.

Los derechohabientes del IMSS son 37.6 por ciento, 7.1 por ciento tiene ISSSTE, 54 por ciento no tiene seguridad social, 1 por ciento está afiliado a servicios públicos como Pemex o Sedena, 0.3 tienen seguro médico privado. Los programas en hogares fueron: Programa abasto social en Leche Liconsa con IC 95 por ciento (IC 4.6-5.8), programa pensión para adultos mayores (IC 59.8-64.4), programa despensa de alimentos del DIF (3.2-4.6), programa alimentos escolares modalidad frío del DIF (5.1-7.2), programa alimentos escolares modalidad caliente del DIF (1.4-3.0), programa comedores populares del DIF (0.2-0.4), programa de organizaciones no gubernamentales (0.3-0.5), programa alimentario de albergues y/o programas indígenas (0.0-0.1), programa jóvenes construyendo el futuro (1.8-2.7), programa nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez (16.8-19.4), programa pensión para el bienestar de las niñas y los niños de madres trabajadoras (0.1-0.8), programa asistencial social alimentaria durante los primeros mil días (1.2-1.6), Recibió algún otro apoyo (3.8-4.8) y Instituto de Salud para el Bienestar (1.1-1.9) (Shamah, y otros, 2023).

Los habitantes en Zacatecas son 1622138, donde el 30 por ciento son niños de 0 a 15 años, las viviendas particulares son 442 623, donde el 51.2 por ciento cuenta con cemento o firme en el techo, 74.5 por ciento llevan tabique, ladrillo, block, piedra, cemento o concreto en las paredes y 82.2 por ciento concreto o viguetas con bovedillas en los techos. En cuanto al agua entubada en la vivienda, el 77.5 por ciento cuenta con ello, el 99.3 por ciento con energía eléctrica, el 83.6 por ciento tienen drenaje conectado a la red pública. El hogar nuclear es 66.7 por ciento, el 21 por

ciento ampliado, el 0.5 por ciento compuesto, el 11.2 por ciento unipersonal y 0.5 por ciento de correspondencia. Son mujeres 28 de cada 100 hogares, son hombres 72 de cada 100 hogares y en la CDMX son mujeres 40 de cada 100 hogares.

En la CDMX el ingreso corriente promedio trimestral en los hogares fue 67311 pesos, el 37.9 por ciento se utilizó para alimentos, bebidas y tabaco, el 3.5 por ciento en salud. El ingreso en los hogares Zacatecanos fue 12233.8 años, los que aumentaron 11 por ciento en 2022, aún con la recaída para 2020 por la pandemia de COVID-19 (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2022).

Desarrollo

Con el objetivo de realizar un análisis transversal sobre el Sobrepeso y Obesidad en México en niños escolares de 5 a 11 años, se realiza el siguiente análisis de la prevalencia nacional. En América Latina el 30 % de la población de 5 a 19 años tiene sobrepeso y obesidad, especialmente México, Argentina y Chile. Dentro de los factores estructurales están las políticas de gobierno, industria alimentaria y productos agrícolas, además del entorno obesogénico. A nivel nacional los escolares (entre 5 a 11 años) presentan el 19.2% tiene sobrepeso y 18.1 % Obesidad, lo que representa 37%. Los niños presentaron tasas de prevalencia e incidencia más elevadas que las niñas (Shamah, y otros, 2023).

En los hogares el 16.3% y 16.5% de los hogares resultó con inseguridad del agua en 2021 y 2022, el aumento de la población, el desarrollo socioeconómico y el cambio en los modelos de consumo han incrementado un 1% el uso de agua, se espera que siga aumentando en 2025, lo que sería el 45% del producto interno bruto mundial y el 40% de la producción mundial de cereales estará en riesgo (Muñoz-Espinosa, y otros, 2023).

La mortalidad en Zacatecas para 2015 fue de 74.53%, cuando la mortalidad es baja se afecta la prevalencia nacional y mundial, un estimado de 287 000 globalmente, la pandemia de COVID-19 repercutió en la nutrición de países bajo y medio desarrollo donde las políticas de protección social apoyaron a las familias en acceso a comida y servicio necesario para el contexto de baja economía. Se presentó un deterioro de la calidad de la dieta, interrupción de la nutrición y otros servicios esenciales. UNICEF reportó 30% de reducción en la cobertura de servicio de nutrientes esenciales y 75-100% por debajo del contexto, como niños de 0-23 meses, también previene el

inapropiado marketing de formula infantil. Implementa cinco acciones para proteger la nutrición en la pandemia de covid-19:

1. Salvaguardar y promover el acceso de nutrientes, segura y accesible dieta
2. Invertir en dieta materna y alimentación de niños en la infancia
3. Reactivar y mejorar los servicios de la detección y tratamiento de niños
4. Mantener la provisión de nutrición en las escuelas por los niños vulnerables
5. Expandirse en programas de protección social para salvaguardar el acceso a la nutrición de la dieta y servicios esenciales (Bréchet, 2020).

En México la comida tiene diferentes significados y genera en las personas la unión sentimental con el hogar, pues según el nivel social, la capacidad de consumo y la disponibilidad de alimentos se preparan diferentes platillos, especialmente se identifica en migrantes. El estrés tiene importancia en las familias para generar estrategias, la comida y los espacios crean mecanismos para cruzar la división social, para los migrantes existen comidas restrictivas, como la cena. De manera individual la mujer aún tiene el 'papel primario' rol de cocinar para el hogar, lo cual muestra como la familia y comunidad conservan las preparaciones y comidas tradiciones, que rompen con las influencias que se dan por fuera, como la influencia Europea (Abbots, 2016).

Los movimientos migratorios aumentan la inseguridad alimentaria y la contaminación, se llama movimiento migratorio domestico cuando se da del campo a la ciudad y también se da la migración internacional que propaga el COVID-19 (D Smith & Wesselbaum, 2020). La pandemia y el crecimiento de los conflictos de riesgos, como el cambio climático y las inequidades sociales, muestran la necesidad de innovar en los parámetros de crecimiento infantil CCD, los cuales pueden jugar un rol en la solución (N. Ahun, Aboud, Wamboldt, & K. Yousafzai, 2023).

En un estudio realizado en México para diseñar acciones encaminadas a aumentar la calidad de la dieta en la población en escolares de 5 a 11 años, se analizaron como una variable los alimentos, clasificándolos en consumo recomendado y no recomendado, para los grupos de frutas, verduras y agua, se midió con seis días, dado que son de consumo diario, se definió como consumo si los participantes consumen >10 g de alimento en >3 de los últimos siete días. Se excluyeron las mujeres embarazadas, se utilizó la prueba ji-cuadrada de Wald, teniendo como diferencia

significativa un valor de $p < 0.05$ (Gaona Pineda, y otros, 2023).

Tabla 1. Alimentos no recomendables para niños de 5 a 11 años.

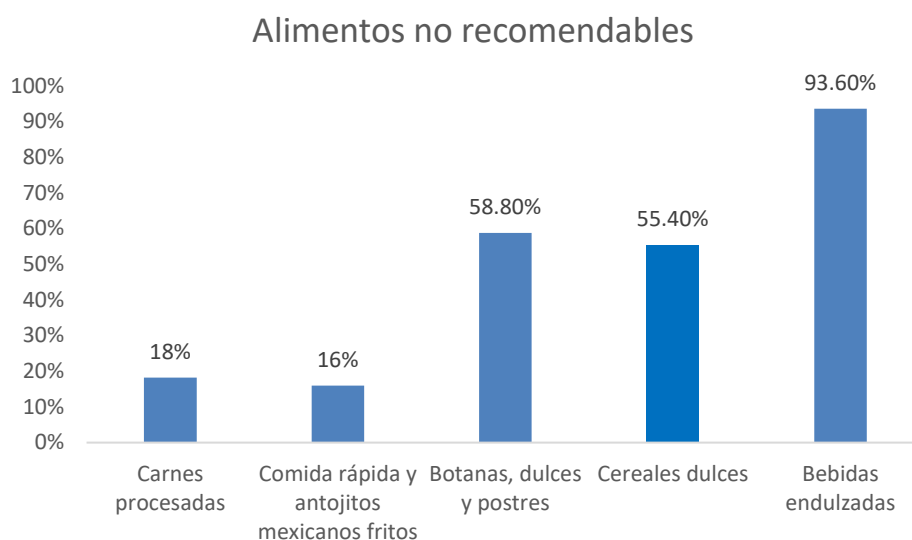


Tabla 2. Alimentos recomendables para niños de 5 a 11 años.



Se observa a partir de las Tablas 1 y 2 que el consumo de bebidas endulzadas es alto, se recomienda el consumo de agua natural para la implementación de loncheras saludables, pues la absorción de los nutrientes es mayor que con las bebidas endulzadas, la recomendación para la

población escolar es de 2 Litros, para el correcto funcionamiento de los riñones. Existen diferentes lonches previamente elaborados de fácil acceso, que contienen pocas cantidades de frutas y verduras.

Se identifican deficiencias de micronutrientes, con efectos negativos como en el desarrollo físico y mental. Deficiencias en la vitamina B12, folato y hierro asociadas a hemoglobinopatías y defectos del tubo neuronal. Para escolares la deficiencia fue de 17.2%, bajos niveles de B12 de 20% y deficiencia de vitamina D con 23.3 %. Los programas como prospera dejaron de operar en 2018 y aún con el programa de abasto social de leche Liconsa fortificada, el consumo de fuentes biodisponibles de hierro se encuentran principalmente en tejido animal, cuyo costo es elevado para algunas poblaciones. La deficiencia de micronutrientes es un problema moderado que afecta a 1 de cada 3 (De la Cruz, y otros, 2023). Así como programas dirigidos al subsidio de tortilla, el cuál provee un kilo de tortilla diario a personas de zona urbano-marginadas.

Se presentan los estudios de intervención educativa alimentaria realizados en diferentes países: se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en Lluçmajos se analizaron 1537 encuestas de escolares para la medida del patrón alimentario en base al índice de calidad de Dieta Mediterránea (KIDMED) se desarrollo de mayo a junio de 2004. Se usó el software SPSS 12.0 , se aumentó el consumo de frutos secos, clasificó la dieta en tres categorías: >8 dietas mediterráneas óptima, 4-7 necesita mejorar su patrón alimentario y < dieta de muy baja calidad. Para variables binarias y dicotómicas se utilizó el test McNemar, para el no paramétrico de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Los resultados muestran que la población de 6 a 11 años fue 53 por ciento, donde aumentó el conocimiento de segundas frutas ($p<0.001$), así la incorporación de pan y cereales que aumentó de 69.1 por ciento a 76.7 por ciento, el KIDMED se modificó 6.38 por ciento a 66.6 por ciento ($p<0.001$). Respecto al consumo de comida rápida fue 22 por ciento de los escolares que consumen 1 a 2 veces por semana. Concluye que estas intervenciones promueven hábitos saludables y previenen la obesidad infantil (Puig, Moñino, Colomer, Marti, & Muñoz Octavio, 2006).

¡Hagamos Salud! Es una estrategia de promoción de la salud aplicable en centros educativos para evaluar la percepción de la comunidad escolar, el estudio fue cualitativo descriptivo para evaluar el proceso de implantación de factores facilitadores y el estudio cuasiexperimental antes-después con grupo control. El proceso de implementación se basó en

cuatro fases: una primera fase de respuesta en funcionamiento, seguida del análisis de situación del centro sobre el cual se basa la tercera fase de propuesta, y priorización de acciones preventivas, para concluir con la evaluación estratégica. Y seis pasos propuestos por Center for Disease Control and Prevention: implicación de las partes interesadas, descripción del programa, diseño evaluativo, generación de resultados, justificación de las conclusiones y garantía de uso y de compartir las lecciones aprendidas. Fueron 47 participantes, pues se utilizó el principio de saturación, el estudio cuasiexperimental fue de 12 centros educativos y 25 controles, con SPSS10.

En las barreras percibidas destacan la escasez de tiempo y recursos personales o económicos disponibles, se propuso incentivar a los centros participantes con un certificado de acreditación de Escuelas Saludables. La puntuación media fue 67 respecto a los 39 puntos de los centros control en 2010. Los centros de intervención aumentaron 17 puntos. Se recomienda construir un marco escolar y normativo que actúe globalmente sobre los distintos factores del entorno escolares (Ramos, y otros, 2012)

En Sonora, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar un programa de intervención en escolares de seis años. La metodología fue cuasiexperimental aleatoria y controlada, se intervino en 3 escuelas (n=62) y tres escuelas no intervenidas (n=64). El programa de intervención incluyó talleres educativos, carteles publicitarios, disponibilidad de alimentos saludables, premiación por consumo de alimentos saludables, copla infantil y folletos informativos. La disponibilidad de alimentos saludables en las tiendas escolares aumentó después de aplicar el programa de intervención ($p<0.05$) y se incrementó el consumo de frutas y verduras durante el recreo. Los escolares no intervenidos presentan mayor riesgo de consumir alimento no saludable durante el recreo (RM, 95% IC, 3.7, 1.7-7.8, $p=0.001$). El consumo de macronutrientes fue menor ($p=0.05$) en el grupo de intervención. El PI tuvo efecto positivo en el consumo de alimentos de los escolares (Quizán Plata, y otros, 2012).

Se realizó un estudio longitudinal experimental de 4 años de duración, en escuelas primarias de España. Con el objetivo de determinar si los beneficios observados en alimentación, actividad física e índice de masa corporal se mantenían a los 2 años de haber finalizado la intervención. La intervención fue aleatorizada por conglomerados, se utilizó la pedagogía educativa: Investigación, Visión, Acción y Cambio (IVAC) aplicada de 2006 a 2008. Para 2010 se observó un incremento del índice de masa corporal en el grupo control 2.84 ± 0.22 kg/m²y en el grupo intervención

1.96±0.16 kg/m² (p<0.001); la prevalencia de escolares para el grupo intervención con sobrepeso aumentó a 5.3% y se redujo la obesidad 5.3%, la prevalencia para el grupo de control para sobrepeso fue de 8% y obesidad 0.5%. Se concluye que existe una reducción del incremento de IMC, independientemente del sexo (Llargués, y otros, 2012).

En Chile, se realizó una intervención con el objetivo de determinar el impacto de una intervención integral en la composición corporal de escolares obesos, la muestra fue de 61 niños obesos de entre 8 y 13 años. A corto plazo 3 meses y mediano plazo 12 meses, se utilizó test student, los resultados pre-post intervención a corto y largo plazo se midió con ANOVA con medidas repetidas (p<0.05). Se concluye que la comunidad educativa pueden asumir un rol activo que permita la proyección de estas intervenciones (Vázquez, y otros, 2013).

Se evaluó una intervención integral en Chile, sobre educación nutricional y actividad física para prevenir la obesidad infantil en escolares de educación básica de nivel socioeconómico bajo, el estudio fue cuasiexperimental, no controlado, en 7 escuelas de 2008 a 2009. Se midió el peso, talla y el test de caminata de 6 minutos, se evaluó con el puntaje Z el IMC con criterios OMS (2007), mejoró el conocimiento alimentario en niños de 8 a 10 años y la talla incrementó 10 m. Entre la medición de inicio y final (p<0.001). Se analizó la media con t-student para muestras pareadas y concluye que se requieren nuevas intervenciones educativas adecuadas a la realidad de cada comunidad para obtener un impacto positivo en la prevención de obesidad infantil, se redujo la obesidad en un 47 por ciento para comunas rurales, con 18.1 kg/m² en Marzo a 20.2 kg/m² Noviembre. Para evolución en el conocimiento de los niños en 6 temas en base a la teoría del aprendizaje social cognitivo, se utilizó el test McNemar (p<0.05) (Lobos Fernández, Leyton Dinamarca, Bercovich, & Vio del Río, 2013).

Con el objetivo de determinar los cambios en los patrones de alimentación y estado nutricional en una intervención de 2 años de duración en alimentación saludable y actividad física en 2527 escolares de Santiago, Chile. Se realizó un estudio controlado no aleatorio, su duración fue 2 años, con escuelas similares desde el punto de vista socioeconómico. La encuesta se realizó con una frecuencia de Alimentos, se elaboró una sesión de 12 talleres con temas guías alimentarias, desayuno, etiquetado nutricional, colaciones, saludables, lácteos, verduras y frutas, nutrientes (macronutrientes, micronutrientes, agua y fibra dietética). Cada sesión fue 45 minutos, a los padres se les dio 2 sesiones durante el año, sobre colaciones y alimentación saludable. La actividad física

fue 90 min., al inicio de la intervención el estado nutricional para sobrepeso y obesidad fue IC (Control Inicial) 50.6%-CF(Control Final)48.7%, prueba X^2 ($p<0.001$).

El consumo de bebidas gaseosas todos los días fue (IC 41.0 por ciento-CF29.0 por ciento) para la población con obesidad, para pasteles/dulces/chocolates (IC 15.8 por ciento-FC11.3 por ciento), frutas (IC 47.7 por ciento-53.0 por ciento), verduras (IC 48.1 por ciento-FC 47.9 por ciento), lácteos (IC 58.0 por ciento-FC 56.7 por ciento), pescado >2 veces/semana (IC 2.4 por ciento-CF 4.9 por ciento) y leguminosas >2 veces/semana (IC 18.6 por ciento-CF 25.9 por ciento) ($p<0.01$). Se observó que la ingesta en frutas y verduras es baja con 187 g/día menor al 58 por ciento de las recomendaciones (Ratner , Durán, Garrido, Bolenadeda, & Atalah, 2013).

Se comparan dos intervenciones públicas en el salvador para prevenir el sobrepeso y la obesidad, con dos grupos: el de intervención (GI)y el de controles (GC). Realizaron una intervención multisectorial con padres de familia, maestros y escolares. Se valoró el sobrepeso y obesidad al inicio y al final de un año de intervención, la población para GI fue 201 niños y 228 niños para GC. La intervención disminuyó el sobrepeso de 28.4 por ciento a 18.9 por ciento y obesidad de 20.4 por ciento a 20.9 por ciento ($p<0.001$), fue efectiva RRAJ=0.690 (IC 95 por ciento, 0.493-0.964) (Gago, y otros, 2014).

Con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones educativas se realizó la investigación sistémica en bases de datos MEDLINE, LILACS y EMBASE, durante enero a mayo 2016, con un total de 24 artículos. Las intervenciones educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludable, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, son fundamentales para la atención en salud. En la metodología se utilizó el diagrama de flujo PRISMA (identificación, evaluación, elegibilidad e Inclusión) y las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. El resultado mostró que de los 24 estudios el promedio por año fue 2015 ± 2.87 (Menor Rodríguez, Aguilar Cordero, Mur Villar, & Santana Mur, 2016)

Conclusión

México requiere un plan de acción para resolver el deterioro ambiental, la escasez y contaminación del agua. Un acierto a la evaluación de las políticas públicas es la revisión del etiquetado y las normativas publicitarias de alimentos. Además de revisar los programas nacionales para la agricultura y el agua, la seguridad del agua contempla cuatro dimensiones: acceso, disponibilidad,

uso y estabilidad. Acceso se refiere a la capacidad de obtener agua, la disponibilidad contempla si está presente, la dimensión de uso considera el empleo que se le dé para riesgo o consumo humano, la estabilidad se refiere a las dos dimensiones anteriores. Los aparatos tecnológicos para la elaboración de alimentos son cada vez mayores, se mostró que mejoran el indicador de salud en niños. Se requieren intervenciones educativas alimentarias que ayuden a la disminución del sobrepeso y la obesidad, la disminución de deficiencias de micronutrientes y política públicas para la migración y abasto de agua. Durante la pandemia de COVID-19 fueron tres las recomendaciones: usar cubrebocas, quedarse en casa y no acudir a lugares concurridos.

En las intervenciones educativas alimentarias se utilizó la comunicación social, con modelos teórico- prácticos, en algunas intervenciones se considera el enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto. Se recomienda realizar intervenciones donde se incluya al padre o madre de familia, se analice con puntuación Z el resultado de la intervención antes y después, además de considerar el sueldo en base al salario mínimo (SMMLV), así como el número de comidas que consume, la cantidad de bebidas azucaradas, frutas y agua durante el día. Pues se mide la capacidad de consumo de las familias en la sociedad, se demostró que las intervenciones educativas mejoran los conocimientos, hábitos y herramientas nutricionales que permiten un cambio en la alimentación. Se considera necesario aumentar el consumo de verduras en niños y sus padres, aún con el incremento en el consumo de frutas se recomienda insistir en el seguimiento de las Guías Alimentarias para la población Mexicana.

Bibliografía

- Abbots, E. J. (2016). *Approaches to Food and Migration: Rootedness, Being and Belonging*. Bloomsbury, London.
- Bréchet, N. (2020). Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. Graeme MacLaren. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31648-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31648-2)
- D Smith, M., & Wesselbaum, D. (2020). COVID-19, Food Insecurity, and Migration.
- De la Cruz, V., García, A., Shamah, T., Villalpando, S., Valdez, R., & Mejía, F. (2023). Estado de micronutrientes en niños, niñas y mujeres mexicanas: análisis de la Ensanut Continua 2022. Cuernavaca. doi:<https://doi.org/10.21149114781>
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). (2022). Obtenido de http://en.www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463910626.pdf
- Gago, J., Rosas, O., Huayna, M., Jiménez, D., Córdova, F., Navarro, A., . . . Ramos, W. (2014). Efectividad de una intervención multisectorial en educación alimentaria-nutricional para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad en escolares de dos instituciones educativas públicas del distrito de Villa El Salvador. (Vol. 18).
- Gaona Pineda, E., Rodríguez, S., Medina, M., Valenzuela, D., Martínez, B., & Arango, A. (2023). Consumidores de grupos de alimentos en población mexicana. Ensanut Continua 2020-2022. Cuernavaca.
- Llargués, E., Recasens, A., Rosa, F., Nadal, A., Vila, M., Pérez, J., . . . Castell, C. (2012). Evaluación a medio plazo de una intervención educativa en hábitos alimentarios y de actividad física en escolares: estudio Avall 2 Medium-term evaluation of an educational intervention on dietary and physical exercise habits in schoolchildren: the Avall 2.
- Lobos Fernández, L., Leyton Dinamarca, B., Bercovich, J., & Vio del Río, F. (2013). Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infante en escuelas básicas de Chile. Chile.
- Menor Rodríguez, M., Aguilar Cordero, M., Mur Villar, N., & Santana Mur, C. (2016). Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. (Vol. 15). España.
- Muñoz-Espinosa, A., Mundo- Rosas, V., Vizuet Vega, N., Hernández Palafox, C., Martínez

- Domínguez, J., & Shamah Levy, T. (2023). Inseguridad del agua en hogares mexicanos: comparación de resultados de las Ensanut Continua 2021 y 2022. Cuernavaca. doi:<https://doi.org/10.21149114788>
- N. Ahun, M., Aboud, F., Wamboldt, C., & K. Yousafzai, A. (2023). Implementation of UNICEF and WHO's care for child development package: Lessons from a global review and key informant interviews. doi:10.3389/pubh.2023.1140843
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>
- Puig, M., Moñino, M., Colomer, M., Martí, N., & Muñoz Octavio, E. (2006). Modificación de los hábitos alimentarios en escolares del término municipal de Lluçmajor tras dos años de intervenciones educativas (2002-2005). España.
- Quizán Plata, T., Anaya Barragán, C., Esparza Romero, J., Esther Orozco García, M., Espinoza López, A., & Bolaños Villar, A. (2012). Promoción de alimentación saludable en estudiantes de escuelas públicas del estado de Sonora . Sonora: Universidad de Sonora.
- Ramos, P., Pasarín, M., Artazcoz, L., Díez, E., Juárez, O., & González, I. (2012). Escuelas Saludables y participativas. Evaluación de una estrategia de Salud Pública. (2 ed.). España. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.04.002>
- Ratner , R., Durán, S., Garrido, M., Bolenadeda, S., & Atalah, E. (2013). Impacto de una intervención en alimentación. (6 ed.). Chile.
- Shamah Levy, T., Rivera Dommarco, J., Lazcano Ponce, E., Romero Martínez, M., Barrientos Gutiérrez, T., Cuevas Nasu, L., . . . Alpuche Arana, C. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shamah, T., Gaona, E., Cuevas, L., Morales, C., Valenzuela, D., Méndez, I., & Ávila, M. (2023). Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. Ensanut Continua 2020-2022. Cuernavaca. doi:<https://doi.org/10.21149114762>
- Vázquez, F., Díaz, E., Lera, L., Vásquez, L., Anziani, A., Leyton, B., & Burrows, R. (2013).

Evaluación longitudinal de la composición corporal por diferentes métodos comoproductos de una intervención integral para tratar la obesidad en escolares chilenos. (1 ed.).

World Health Organization. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Switzerland.

Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

Gestión Pública aplicada a la Inteligencia para la Seguridad Nacional: Eficiencia gubernamental y pandemia por COVID-19 en la OCDE

Public Management applied to Intelligence for National Security: Government efficiency and the COVID-19 pandemic in the OECD

*Luis Gustavo Arteaga Suárez**

Resumen: Muchas personas consideran que la Seguridad Nacional es de interés exclusivo para los servicios gubernamentales de inteligencia, pero la pandemia por COVID-19 dio un revés a esta idea, especialmente en el ámbito de la salud. Entonces: ¿qué condiciones explican que algunos países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) tuvieran una gestión más eficiente de la pandemia por COVID-19 según casos de contagio y decesos?

El objetivo general es discutir por qué algunos países miembros de la OCDE registraron una menor proporción de casos de contagio y decesos por COVID-19 e identificar tanto buenas prácticas como acciones que pueden ser consideradas como erróneas en el marco de la Gestión Pública. Una gestión eficiente de la pandemia por COVID-19 puede medirse según la proporción porcentual promedio de casos de contagio y decesos desde que inició el registro diario —3 de enero de 2020— y hasta que fue oficialmente declarado el fin de la pandemia en el mundo —4 de mayo de 2023—.

El argumento central es que los factores que explican una gestión más eficiente de la pandemia son, entre otros: medidas restrictivas tomadas oportunamente, alto porcentaje del PIB destinado a salud, alto promedio de expectativa de vida al nacer y presencia de las pandemias en las agendas gubernamentales. La base teórica se encuentra en la Gestión Pública y la Eficiencia Gubernamental. La base metodológica es el Análisis Cualitativo Comparativo (QCA, por sus siglas en inglés), porque permite identificar un resultado de interés y construir un modelo a partir de diversas combinaciones de condiciones explicativas.

La principal contribución al conocimiento es realizar una aportación al debate sobre la Eficiencia en la Gestión Pública, específicamente en las actividades relacionadas con la inteligencia para la Seguridad Nacional, y proponer acciones para enfrentar mejor una nueva pandemia.

Abstract: The guiding question of the doctoral thesis that is reflected in this document is: what configuration of

* Maestría en Administración Pública y Política Pública, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM). Líneas de investigación: 1) Inteligencia para la Seguridad Nacional y Seguridad Pública, 2) Análisis y evaluación de Políticas Públicas, 3) Toma de decisiones y mejora de resultados de la Administración Pública. Adscripción: Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Correo-e: luisgarteagas@gmail.com

Castro Pérez, Roberto y Miguel Ángel Rivera Herrera, coords. 2025. *Ciencias sociales de la salud*. Vol. III de *Las ciencias sociales y los retos para la democracia mexicana*. Cadena-Roa, Jorge y Miguel Armando López Levva, coords. México: COMECSO.

conditions explains why some member countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) had a more efficient management of the COVID-19 pandemic? The factors that explain a more efficient management of the pandemic are: High government budget commitment allocated to public health, High percentage of the total population with a complete vaccination schedule, Faster government response in the closure of spaces of public concentration and faster government response in carrying out information campaigns.

Palabras clave: gestión pública; inteligencia para la seguridad nacional; COVID-19; eficiencia gubernamental.

1. Aspectos generales sobre la Gestión Pública y la Eficiencia Gubernamental

Un planteamiento inicial es que el gobierno y la Administración Pública constituyen la representación del Estado, en cuyo conjunto de elementos también destacan la población y el territorio. A decir de Luis Aguilar Villanueva, la Administración Pública impulsa el logro de la eficacia y la eficiencia en las decisiones gubernamentales debido a que “define el curso de acción (la política) causalmente idóneo para producir las realidades deseadas y/o el proceso operativo causalmente idóneo en su secuencia para producir los atributos deseados del servicio público” (Aguilar, 2013, p. 126). Por tal motivo, la Gestión Pública está primordialmente referida a la administración misma del gobierno y sus resultados son objeto de múltiples mecanismos de evaluación, entre los que sobresale la valoración de la ciudadanía —que corresponde a los receptores de los bienes y servicios públicos—.

De acuerdo con Ricardo Uvalle, la Gestión Pública “es un conjunto de actividades, movimientos y procedimientos que tienen como objetivo potenciar la capacidad directiva y operativa del propio gobierno en contextos previsibles e imprevistos” (Uvalle, 2010, p. 107). Al respecto, existen dos grandes escuelas dentro de la Gestión Pública: enfoque ‘P’ —escuelas de Políticas Públicas— y enfoque ‘B’ —escuelas de negocios— (Cabrero, 1998, p. 23). El primer enfoque —‘P’— tiene una orientación más próxima a la Gestión Pública, mientras que el segundo —‘B’— tiene más proximidad con la Gerencia Pública porque las cuestiones empresariales pueden ser indistintas entre organizaciones públicas y privadas (Cabrero, 1998, p. 23).

Adicionalmente, los resultados de la Gestión Pública de un país están a la vista de la comunidad internacional, por lo que también puede evaluarlos y reconocer las mejores prácticas en una determinada materia —en este caso, en salud pública—. Ya que en la valoración de los resultados de la Gestión Pública está involucrada la racionalidad económica —entre otras—, es

fundamental establecer parámetros para medir la satisfacción de los usuarios y —en general— de la ciudadanía sobre los bienes y servicios públicos provistos por sus respectivos gobiernos —nacional, subnacional y local— en la atención de sus demandas y necesidades. Entonces, una forma inicial de valorar la Gestión Pública es por la satisfacción de sus usuarios, pero eso está en un plano muy general. Por tal motivo, es necesario utilizar criterios objetivos para medir los resultados de la Gestión Pública a partir de componentes como economía, efectividad, eficacia y eficiencia.

Los problemas públicos pueden tener una manifestación primordialmente local o subnacional, pero también pueden alcanzar el plano nacional, binacional, regional y hasta global. En ese sentido, es fundamental advertir que la comunidad internacional es activa respecto de la identificación de problemas comunes y propicia los acercamientos de alto nivel —tomadores de decisiones— con el propósito de construir acuerdos y asumir compromisos para las partes. En determinados casos —como seguridad y salud—, además de los convenios alcanzados, también es necesario elaborar métricas para verificar que los compromisos sean cumplidos según lo acordado. En ese sentido, la capacidad gubernamental de previsión y anticipación es un activo que debe desarrollarse a fin de lograr que la intervención sobre problemas públicos no suceda cuando éstos ya están en una fase avanzada y que la respuesta requerida sea altamente costosa.

Los problemas públicos tienen expresiones domésticas —nacionales— e internacionales (Santa-Cruz, 2020, p. 65). En el caso de los temas de salud, es factible que un brote de una enfermedad infecciosa dentro del ámbito local llegue a convertirse en una epidemia —incluso en una pandemia—, por lo que evaluar la eficiencia gubernamental en la contención de los contagios es una tarea crítica. Tratándose de un tema de interés prioritario para la comunidad internacional, la atención de la salud dentro de cada país requiere la instrumentación de esquemas adecuadamente articulados y porque los beneficios son compartidos. La cuestión de los costos y financiamiento de los sistemas de salud también requiere ser evaluado en términos de sus resultados.

Un planteamiento relevante sobre el objeto de la administración —según Manuel Colmeiro— es que se trata de “las necesidades naturales, materiales y morales de los pueblos: su fin, satisfacerlas con la mayor amplitud posible y a costa de sacrificios menores en la medida de lo posible” (Fontes-Martínez, 2002, p. 131). Complementariamente, Colmeiro reconoce que a la administración le corresponde la atención de las necesidades actuales, pero también “a prever las futuras” (Fontes-Martínez, 2002, p. 131). Entonces, en materia de salud no hay que esperar hasta

que surja una enfermedad, que haya muchos contagios, se convierta en epidemia y escale a nivel pandemia para actuar. El instinto preventivo de la Gestión Pública es indispensable en materia de salud, especialmente cuando el tema ya se encuentra en el terreno de la Seguridad Nacional.

El componente presupuestario es clave para medir la Eficiencia Gubernamental, toda vez que la disponibilidad de recursos públicos es limitada y tiene restricciones (Parsons, 2007/2009, p. 238) y al mismo tiempo se requiere atender múltiples problemas. Para Uvalle, el factor presupuestario es la principal muestra de apoyo político y legislativo a un problema democráticamente concebido con madurez ciudadana y pluralidad en la integración de una agenda de gobierno (Uvalle, 2006, pp. 306-307 y 319). Además de las limitaciones presupuestarias, hay aspectos institucionales y organizacionales que complican la Gestión Pública. Ciertas circunstancias aledañas a los problemas públicos implican —por ejemplo— que un país esté más expuesto que otro a padecer un fenómeno de alcance global.

Por otra parte, Ricardo Uvalle sostiene que los ciudadanos contemporáneos tienen cinco facetas: “1) contribuyente; 2) consumidor; 3) cliente; 4) evaluador y 5) elector” (Uvalle, 2005, p. 361). Al considerar al ciudadano como ‘cliente’, es válido esperar que tenga el “derecho a evaluar lo que la administración pública le ofrece como bien o servicio” (Uvalle, 2005, p. 364). De forma complementaria, el ciudadano evaluador puede supervisar la Gestión Pública en un contexto de apertura, transparencia y rendición de cuentas en la democracia.

En ese marco, Wayne Parsons ubica en la década de 1960 el surgimiento de modelos gubernamentales con inspiración económica y econométrica en los países industrializados (Parsons, 2007/2009, p. 427). No obstante, una crítica notable a estos modelos es que “todas las decisiones de orden económico implican la formulación de políticas basadas en pronósticos y no en desarrollos reales” (Parsons, 2007/2009, p. 428). De ahí que para los fines de este documento sea fértil analizar un caso como la pandemia por COVID-19.

Una mínima expresión de eficiencia es ‘hacer más con menos’, pero un enfoque más amplio es que consiste en la maximización de productos y servicios y la minimización de los insumos, aunque la clave está en mantener o mejorar la calidad (Deloitte, 2013). En términos gubernamentales, la eficiencia está referida a “qué tan bien se han utilizado los recursos en la producción de los resultados” (SHCP, 2016/2023, p. 73). Otro aspecto fundamental para determinar la eficiencia es la comparación dentro de una organización en relación con años anteriores o

compararse con otras entidades de naturaleza semejante (Deloitte, 2013). La complicación surge cuando se trata de un tema novedoso para el cual no existen antecedentes dentro de la organización, o bien, que tampoco existe una entidad con la misma misión u objetivo. Es fundamental realizar evaluaciones adecuadas a la organización y alineadas a su razón de ser.

En relación con la planeación, tanto la eficiencia como la eficacia “son criterios claves (...) en la medida que aseguran mejores resultados” (Ortegón, E., Pachecho, J. y Prieto, A., 2005/2015, p. 57). En el marco de la medición de la eficiencia “es más apropiado utilizar indicadores cuantitativos” (Ortegón, E., Pachecho, J. y Prieto, A., 2005/2015, p. 84). Sin embargo, Cabrero agrega que utilizar los denominados métodos ‘duros’ no tienen aplicación sencilla en realidades complejas y cambiantes (Cabrero, 1998, p. 27). El método de casos ofrece un mayor “repertorio de opciones y sugiere itinerarios ya recorridos que pueden llevar a soluciones ya probadas (...) para la gestión pública” (Cabrero, 1998, p. 27).

2. Aspectos generales de la Inteligencia para la Seguridad Nacional

Un primer elemento es recordar que el concepto ‘Seguridad Nacional’ fue concebido en Estados Unidos en el marco de la Guerra Fría y apareció en el *National Security Act of 1947* (80th Congress, 1947). La Guerra Fría estuvo caracterizada —entre otros factores— por un predominio militar en cuanto al análisis y atención de los temas de interés para el Estado y cabe recordar que en ese contexto el enemigo de un Estado era —invariablemente— otro Estado. Por tal motivo, las fuerzas armadas tenían un protagonismo táctico y operativo, pero también un peso estratégico.

Existen múltiples definiciones de Seguridad Nacional porque no existe una que pueda considerarse como mundialmente aceptada, pero este documento la entenderá como sigue:

Conjunto de políticas, estrategias, normas, instituciones y acciones que tienden a la armonización plena de los elementos constitutivos del Estado, protegiéndolos y salvaguardándolos de actos o situaciones de cualquier naturaleza, internos o externos, que perjudiquen o afecten de alguna manera su integridad o su óptimo desempeño y aprovechamiento en el impulso del proceso de desarrollo y el progreso del país en todos los órdenes. (Hernández-Vela, 2005, pp. 1094-1096)

De acuerdo con la definición anterior, es destacable la protección de los elementos

esenciales de un Estado frente a cualquier tipo de amenaza (Hernández-Vela, 2003, pp. 1094-1096). Sin embargo, es fundamental considerar que además del carácter defensivo también está el “aprovechamiento en el impulso del proceso de desarrollo y el progreso del país en todos los órdenes” (Hernández-Vela, 2003, pp. 1094-1096). Esto es, la Seguridad Nacional tiene una faceta de protección y otra de despliegue, esta última orientada a capitalizar oportunidades a favor del logro de ventajas para el Estado en su conjunto.

En cuanto a las definiciones de inteligencia, también hay una gran variedad —incluso en materias diferentes a la seguridad—, pero en este documento serán consideradas las siguientes:

- “Recolección de información vital y estratégica del Estado para la mejor selección de alternativas que un funcionario de gobierno debe elegir en un momento determinado ante circunstancias específicas para tomar una decisión” (Balcázar, 2007, pp. 81-84).
- “Información procesada, es decir, fruto de la obtención y análisis de datos, hechos y circunstancias. La principal utilidad de la inteligencia es facilitar el proceso de la decisión de los que tienen la responsabilidad de adoptarla” (Baños-Bajo, 2008, p. 44).
- “Puede clasificarse según los fines que persigue en Estratégica, Táctica, Operacional y Estimativa, y según los momentos en que es producida, como Básica, Actual y Crítica” (Esteban-Navarro, 2007, p. 208).

Por otro lado, Leonardo Curzio considera que las actividades de inteligencia para la Seguridad Nacional contribuyen directamente a la supervivencia del régimen democrático porque incluye la definición política sobre las prioridades nacionales, así como el establecimiento de controles sobre los organismos de inteligencia, la existencia de normatividad en la materia y también la profesionalización de su personal (Curzio, 2007, pp.107-109). Estas ideas implican que los servicios de inteligencia para la Seguridad Nacional tienen un papel protagónico para la conducción de un Estado, de forma tal que además de personal altamente profesionalizado también se requieren amplias capacidades técnicas en cuanto a equipo e infraestructura.

Indudablemente, cada país cuenta con diferentes grados de madurez institucional en cuanto a sus servicios de inteligencia para la Seguridad Nacional, por lo que sus capacidades de anticipación también son distintas. Entonces, las organizaciones gubernamentales de un país con mayor disponibilidad presupuestaria para realizar este tipo de actividades habría de ser más robusto y contaría con mejores herramientas para enfrentar retos complejos. No obstante, los aspectos

presupuestarios no son los únicos que pesan en cuanto a la obtención de resultados —como será expuesto más adelante en este documento sobre la gestión de la pandemia por COVID-19—.

Es destacable señalar que hay convergencia de múltiples actores para investigar y enfrentar amenazas a la Seguridad Nacional, entre las que —indudablemente— están las afectaciones a la salud pública. Entonces, las Fuerzas Armadas ya no son los únicos actores responsables de llevar a cabo actividades de inteligencia para la Seguridad Nacional, pues la enorme cantidad de información de fuentes abiertas permite que centros de estudios universitarios, *think tanks* y hasta investigadores independientes tengan acceso a información de primera mano.

3. Contexto mundial de la salud pública: pandemia por COVID-19

Un planteamiento inicial es que —a decir de Ruy Pérez Tamayo— la salud corresponde con un concepto más amplio y complejo que va más allá de “los objetivos tradicionales de la medicina” (Pérez-Tamayo, 2019, p. 13). Asimismo, Pérez-Tamayo identifica tres grandes objetivos de la medicina actual, entre los cuales están —indudablemente— preservar la salud y curar, pero el tercero de ellos es clave: evitar aquellas muertes prematuras e innecesarias (Pérez-Tamayo, 2019, p. 13). También, es destacable reconocer que la salud pública tiene como propósitos preservar la salud individual y la salud de la sociedad (Pérez-Tamayo, 2019, p. 13).

En el marco de la salud pública, Eduardo Lazcano Ponce y Carlos Oropeza Abúndez señalan que el Estado y la sociedad civil son protagonistas de la salud pública porque el primero instrumenta políticas que recaen sobre la segunda (Lazcano-Ponce y Oropeza-Abúndez, 2019, p. 17). Indudablemente, la cuestión preventiva es fundamental en la salud pública, por lo que es necesario contar con “estrategias eficaces para vigilar, intervenir, restablecer y rehabilitar a grupos de población que sufren un abanico de diversos eventos mórbidos, transmisibles y no transmisibles” (Lazcano-Ponce y Oropeza-Abúndez, 2019, p. 17).

Complementariamente, en relación con el control de riesgos y daños en salud pública —de acuerdo con Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández— deriva en dos bienes públicos fundamentales, de los cuales el primero es: “un sistema de alerta temprana que permita la detección y control oportuno de brotes epidémicos y de enfermedades emergentes para salvaguardar el estado de salud de la población y la calidad de vida, y contribuir a la seguridad global” (Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández, 2019, p. 26). El segundo bien público son las “decisiones basadas

en la mejor evidencia disponible” (Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández, 2019, p. 26). Para el adecuado funcionamiento del sistema de alerta temprana, es indispensable la recolección sistemática de información, su análisis y utilizar la evidencia para tomar mejores decisiones (Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández, 2019, p. 27).

Para evaluar la utilidad de un sistema de vigilancia epidemiológica debe observarse “la oportunidad con la que se emiten alertas tempranas y se monta una respuesta específica para evitar la expansión de un brote o de una epidemia” (Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández, 2019, p. 26). De ahí que la efectividad de dicho sistema tenga su base en la capacidad de “recopilar, analizar, resumir y difundir datos de forma oportuna y confiable tanto a las personas capaces de emprender acciones de prevención y control eficaces, como a las poblaciones potencialmente afectadas” (Lazcano-Ponce, Martínez, Charvel y Hernández, 2019, p. 26).

Por su parte, el *Reglamento Sanitario Internacional (RSI)* es clave porque la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como parte de su mandato principal “la gestión de la acción mundial contra la propagación internacional de las enfermedades” (OMS, 2005/2016, p. vii). Por lo tanto, el *RSI* establece las principales guías para “prevenir la propagación internacional de enfermedades” (OMS, 2005/2016, p. vii). La versión vigente del *RSI* corresponde a 2016 y es la 3ª edición que data de 2005, aunque su primera versión fue creada en 1951 (OMS, 2005/2016, p. vii).

Es relevante mencionar que la versión de 1969 hacía referencia a seis ‘enfermedades cuarentenables’, mientras que las versiones de 1973 y 1981 comprendía la erradicación mundial de la viruela y redujo a tres las ‘enfermedades cuarentenables’: fiebre amarilla, peste y cólera” (OMS, 2005/2016, p. vii). La edición de 2005 del *RSI* recoge “la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (primera emergencia de salud pública de alcance mundial del siglo XXI)” (OMS, 2005/2016, p. vii). El Artículo 5 del del *RSI* —de 2016— se refiere a la vigilancia epidemiológica y establece que “cada Estado Parte (...) notificará a la OMS (...) todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (...), así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta” (OMS, 2005/2016, p. 13).

Respecto de la notificación de información durante eventos imprevistos o inusuales que pudieran derivar en una emergencia de salud pública, el Artículo 7 del *RSI* señala que el Estado Parte “facilitará a la Organización Mundial de la Salud toda la información concerniente a la salud pública” (OMS, 2005/2016, p.13). En complemento, la determinación de una ‘emergencia de salud

pública de importancia internacional’, el Artículo 12 del *RSI* señala que el Director General de la OMS considerará “una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional” (OMS, 2005/2016, pp.17-18). El Artículo 14 del *RSI* señala la cooperación y coordinación de la OMS, organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales para “asegurar la aplicación de medidas adecuadas para la protección de la salud pública (...) [y] asesoramiento, apoyo o asistencia técnica o de otro tipo para fines relacionados con la salud pública” (OMS, 2005/2016, p. 20).

En ese contexto, las recomendaciones previstas por el Artículo 18 del *RSI* son aplicables a “personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales” (OMS, 2005/2016, p. 23). Las recomendaciones en dicho artículo para las personas incluyen:

- Vacunación;
- Observación de personas sospechosas;
- Cuarentena para personas sospechosas;
- Rastreo de contactos con personas sospechosas o afectadas;
- Impedir entrada de personas sospechosas;
- Impedir “entrada en las zonas afectadas a las personas no afectadas” (OMS, 2005/2016, p. 23).

Un sistema de salud —a decir de Guillermo Fajardo-Ortiz— está conformado por organizaciones, instituciones y recursos “cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud, entendiendo que al renovar las condiciones de salud de la población, su calidad y expectativas de vida, de manera equitativa y consistente, fomentan un desarrollo integral de las naciones” (Fajardo-Ortiz, 2015, p. 156). Asimismo, existen cuatro pilares que permiten comparar los sistemas de salud: “Financiamiento, Mecanismos de asignación de recursos, Organización y Desempeño” (Fajardo-Ortiz, 2015, p. 158).

En relación con la pandemia por COVID-19, Nelson Arteaga Botello y Luz Ángela Cardona Acuña sostienen que “lo que inicialmente se llamó despectivamente ‘el virus chino’, parecía haber viajado de Oriente a Occidente, como habían viajado los virus en la Alta Edad Media, en varios medios de transporte” (Arteaga-Botello y Cardona-Acuña, 2022, p. 39). En ese sentido, Arteaga-Botello y Cardona-Acuña, afirman que “la expansión del virus ponía en evidencia que muchos países no contaban con servicios adecuados y suficientes para atender a su población” (Arteaga-

Botello y Cardona-Acuña, 2022, p. 40). Adicionalmente, “la necesidad de personal médico y de salud fue notoria. Los hospitales comenzaron a verse repletos de personas vistiendo trajes especiales, máscaras, guantes, y siguiendo estrictos protocolos” (Arteaga-Botello y Cardona-Acuña, 2022, p. 40). Sin embargo, un esbozo de la respuesta gubernamental es que:

El 23 de enero [de 2020], China confinó la ciudad de Wuhan. El 9 de marzo, el primer ministro Giuseppe Conte siguió la misma estrategia en Italia, endureciendo las medidas hacia el 21 de marzo. Ese mismo mes, España decretó estado de alarma y cerró todos los lugares de actividades no esenciales. A finales de marzo, el presidente Emmanuel Macron anunció el inicio de una crisis y declaró que Francia entraba en una ‘guerra’ contra el virus. (Arteaga-Botello y Cardona-Acuña, 2022, p. 41)

Las medidas de respuesta tomadas por los países para enfrentar la pandemia incluyeron “el uso de máscara, la medición de la temperatura, el confinamiento total o parcial o el toque de queda. En algunos países se establecieron además sanciones a quienes incumplían con estas reglas” (Arteaga-Botello y Cardona-Acuña, 2022, p. 41). En ese marco —a decir de Luis Miguel Galindo—, “la pandemia del COVID-19 ilustra las consecuencias que implica la pérdida de un bien público global, como es la salud pública, en un contexto donde no existe una gobernanza global para atender estos desafíos” (Galindo, 2022, p. 134). Hubo dos grandes conjuntos de medidas: el ‘*lock down*’—que incluye restricciones extremas a la movilidad y a las concentraciones públicas, así como la realización de pruebas— y el aplanamiento de la curva —‘*flatten the curve*’, que incluye medidas más flexibles de distanciamiento social” (Galindo, 2022, p. 133).

Respecto de los contagios por COVID-19, de los 25 países que tuvieron su primer caso en los primeros 31 días de enero de 2020, los siguientes 11 —cronológicamente— son países miembros de la OCDE: Alemania, Finlandia, España, Japón, República de Corea, Estados Unidos, Francia, Australia, Canadá, Italia y Suecia (WHO, 2023). Asimismo, hubo 36 países que registraron su primer contagio entre el primer día y el 29 de febrero de 2020, de los cuales los siguientes 15 —cronológicamente— son países miembros de la OCDE: Reino Unido, Bélgica, Noruega, Israel, México, Suiza, Austria, Dinamarca, Estonia, Grecia, Lituania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Chile e Islandia (WHO, 2023). Entre el primer día y el 31 de marzo de 2020 hubo 142 países que tuvieron su primer contagio, de los cuales, los siguientes 12 —cronológicamente—

son países miembros de la OCDE: República Checa, Letonia, Luxemburgo, Portugal, Irlanda, Polonia, Eslovenia, Hungría, República Eslovaca, Colombia, Costa Rica y Turquía (WHO, 2023).

Es pertinente recordar que el siete de marzo de 2020 fue oficialmente declarado el inicio de la pandemia por la OMS —habiéndose registrado 100 mil casos en todo el mundo— (OMS, 2020). Antes de esa fecha, los siguientes 13 de 38 países miembros de la OCDE —cronológicamente— habían registrado su primer deceso: Japón, España, Francia, República de Corea, Alemania, Italia, Estados Unidos, Australia, Irlanda, Reino Unido, Suiza, Finlandia y Países Bajos (OMS, 2020). No obstante, a la fecha señalada, tres de los 38 países miembros de la OCDE no habían registrado casos de contagio y tampoco decesos: Colombia, Costa Rica y Turquía (OMS, 2020).

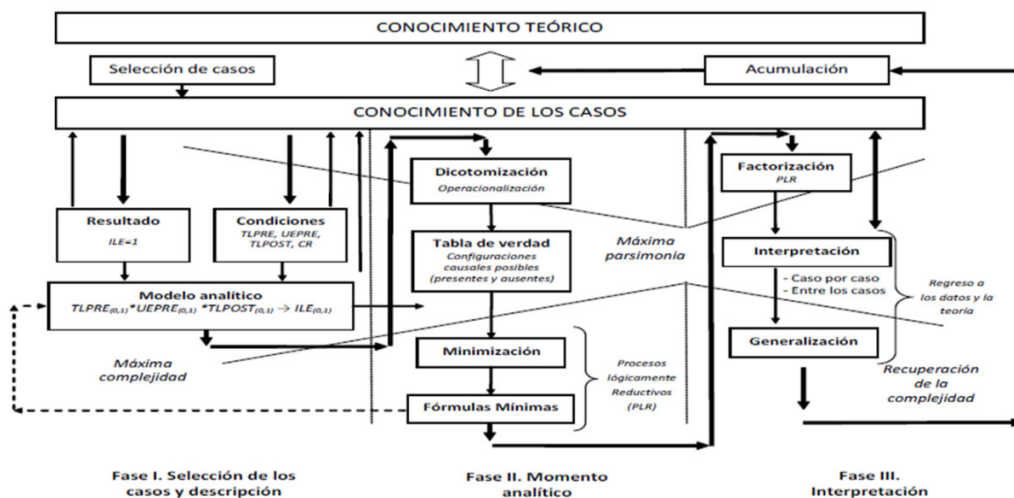
4. Generalidades de los métodos mixtos de investigación: esbozo del método *QCA*

Es pertinente reconocer que tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos tienen sus respectivas fortalezas y debilidades en función del tema que sea motivo de investigación. Por tal motivo, un paso decisivo es identificar adecuadamente el objeto de estudio y determinar si se requiere de un método cuantitativo —por el gran volumen de datos disponibles— o un método cualitativo —por la profundidad de los casos de interés—. Por eso, es necesario reconocer que hay un grado importante de objetividad en los métodos cuantitativos y de subjetividad en los cualitativos (Cadena-Íñiguez, Rendón-Medel, Aguilar-Ávila, Salinas-Cruz, de la Cruz-Morales y Sangerman-Jarquín, 2017, p. 1608). Si se requiere el establecimiento de generalizaciones, los métodos cuantitativos son una opción adecuada, pero si no se requiere de una generalización, los métodos cualitativos pueden resultar más convenientes (Cadena-Íñiguez, Rendón-Medel, Aguilar-Ávila, Salinas-Cruz, de la Cruz-Morales y Sangerman-Jarquín, 2017, p. 1608).

De lo anterior, se sigue que un método mixto permitiría obtener ventajas de ambos tipos de métodos, como en este caso será con el denominado *QCA*, que significa Análisis Cualitativo Comparativo (*QCA*, por sus siglas en inglés), y que fue propuesto por Charles Ragin a finales de la década de 1980 (Ragin, 1987). En complemento, una peculiaridad del método *QCA* es que permite analizar la causalidad de procesos sociales complejos debido a que sus causas explicativas “son siempre combinatoriales, ocurren en conjunción con otras, por lo que son complejas y necesariamente contextuales” (Ariza y Gandini, 2012/2015, p. 504). La Imagen 1, a continuación, presenta un esquema de las tres grandes fases del método *QCA*.

Imagen 1. Método QCA

FIGURA 1
FASES Y PASOS CONCRETOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO QCA



Fuente: adaptado del esquema propuesto por Rihoux y Lobe (2008: 238).

Fuente: “Figura 1. Fases y pasos concretos de la implementación del método QCA”, Ariza y Gandini, 2012/2015.

Fase 1. Selección de casos y descripción

Al seleccionar los casos, es fundamental tener claridad respecto del objeto de estudio y verificar que dichos casos ofrezcan un espectro susceptible de explicación que sea interesante indagar y enseguida establecer un criterio de selección. Por eso, es necesario que “los casos a comparar compartan un número suficiente de antecedentes que funjan como elementos constantes en el análisis, y que sean paralelos en varias de las dimensiones analíticas contempladas” (Ariza y Gandini, 2012/2015, pp. 510-512). Asimismo, debe estar bien delimitado el resultado que habrá de ser explicado a partir de la comparación e —idealmente— “incluir tanto situaciones de éxito como de fracaso del resultado, y procurar la máxima heterogeneidad posible dentro del universo sin que los casos excedan un número razonable” (Ariza y Gandini, 2012/2015, pp. 510-512). De ahí que “una estrategia clásica para definir la muestra en un estudio comparativo consiste en seleccionar casos paradigmáticos del fenómeno que se desea explicar” (Pérez-Liñán, 2010, p. 129).

La selección de los 38 países miembros de la OCDE obedece a que mayoritariamente tienen un nivel Alto de ingreso, así como políticas homogéneas. Tal como fue establecido en el párrafo anterior, es necesario que la selección de los casos incluya aquellos que registran la presencia del

resultado de interés y también aquellos que no la tienen. El siguiente paso es —precisamente— definir en qué consiste el mencionado resultado que motiva la investigación.

a. Resultado de interés

En la presente investigación doctoral, el resultado de interés ‘Y’ corresponde a una gestión gubernamental con Alta Eficiencia en la atención de la pandemia por COVID-19, calculada en términos de la proporción de casos de contagio y la proporción de decesos. El periodo de estudio es desde el inicio del registro diario de casos de contagio y decesos por parte de la OMS —3 de enero de 2020— hasta el día en que dicha organización declaró su finalización —5 de mayo de 2023—. Entonces, a pesar de que entre el 7 de marzo de 2020 y el 5 de mayo de 2023 transcurrieron 1,154 días, el periodo de estudio completo consta de 1,218 días. Es pertinente señalar que el inicio oficial de la pandemia sucedió dentro del periodo de estudio después de haberse registrado los primeros 100 mil casos de contagio en todo el mundo —7 de marzo de 2020— (WHO, 2023).

El resultado de interés ‘Y’ está calculado de manera compuesta porque agrupa el resultado de la proporción de casos de contagio y la proporción de decesos respecto de la población contagiada. ambos sucedidos en el periodo de estudio. El enfoque del análisis se encuentra enmarcado en la toma de decisiones de la Gestión Pública en materia de Seguridad Nacional. Asimismo, la expresión de los resultados en el método *QCA* debe estar en forma dicotómica con la ‘presencia’ o ‘ausencia’, por lo que sus valores son ‘1’ —en presencia— y ‘0’ —en ausencia—.

De acuerdo con la recopilación de datos por cada uno de los 38 países miembros de la OCDE en el periodo de estudio —del 3 de enero de 2020 al 5 de mayo de 2023—, el promedio de las proporciones de casos de contagio respecto de la población total es 39.22% (WHO, 2023c y World Bank, 2023). Por lo tanto, aquellos países cuya proporción sea inferior a ese porcentaje representan una valoración de Alta eficiencia gubernamental porque una menor proporción de población contagiada se entiende como una mejor gestión. En contraste, una mayor proporción de población contagiada puede calificarse como una gestión defectuosa.

En relación con los decesos, el promedio de la proporción total de decesos respecto de la población contagiada en los países miembros de la OCDE —entre el 3 de enero de 2020 y el 4 de mayo de 2023— es 0.798% (WHO, 2023c y World Bank, 2023). Por lo tanto, aquellos países cuya proporción sea inferior a ese porcentaje representan una valoración de Alta eficiencia

gubernamental porque una menor proporción de decesos respecto de la población contagiada se entiende como una mejor gestión. En contraste, una mayor proporción de decesos respecto de la población contagiada puede calificarse como una gestión defectuosa.

Entonces, la agrupación de valores cualitativos de la proporción de contagios y decesos arroja cuatro combinaciones posibles:

- ALTA-ALTA:
 - Alta eficiencia en la reducción de contagios.
 - Alta eficiencia en la prevención de decesos respecto de contagios.
- BAJA-ALTA:
 - Baja eficiencia en la reducción de contagios.
 - Alta eficiencia en la prevención de decesos respecto de contagios.
- ALTA-BAJA:
 - Alta eficiencia en la reducción de contagios.
 - Baja eficiencia en la prevención de decesos respecto de contagios.
- BAJA-BAJA:
 - Baja eficiencia en la reducción de contagios.
 - Baja eficiencia en la prevención de decesos respecto de contagios.

Tabla 1. Eficiencia gubernamental en la proporción de contagios respecto de la población total y decesos respecto la población contagiada en los 38 países miembros de la OCDE (03ene2020-05may2023)

Bandera	País	Proporción de Contagios sobre Población Total (promedio OCDE: 39.22%)	Valor cualitativo de Eficiencia en reducir CONTAGIOS	Proporción de Decesos sobre población contagiada (promedio OCDE: 0.798%)	Valor cualitativo de Eficiencia en prevenir DECESOS	Eficiencia CONTAGIOS y DECESOS
	Japón	26.98	Alta	0.221	Alta	Alta-Alta
	No ruego	27.19	Alta	0.369	Alta	Alta-Alta
	Irlanda	33.36	Alta	0.524	Alta	Alta-Alta
	Turquía	20.01	Alta	0.596	Alta	Alta-Alta
	Finlandia	26.59	Alta	0.663	Alta	Alta-Alta
	Costa Rica	23.72	Alta	0.761	Alta	Alta-Alta
	Islandia	54.61	Baja	0.089	Alta	Baja-Alta
	República de Corea	60.50	Baja	0.111	Alta	Baja-Alta
	Nueva Zelanda	44.13	Baja	0.122	Alta	Baja-Alta
	Australia	43.43	Baja	0.185	Alta	Baja-Alta
	Dinamarca	57.80	Baja	0.251	Alta	Baja-Alta
	Israel	50.46	Baja	0.259	Alta	Baja-Alta
	Luxemburgo	58.51	Baja	0.262	Alta	Baja-Alta
	Países Bajos	48.66	Baja	0.267	Alta	Baja-Alta
	Suiza	50.18	Baja	0.318	Alta	Baja-Alta
	Francia	57.15	Baja	0.430	Alta	Baja-Alta
	Alemania	45.83	Baja	0.454	Alta	Baja-Alta
	Portugal	53.60	Baja	0.477	Alta	Baja-Alta
	Estonia	44.52	Baja	0.480	Alta	Baja-Alta
	Eslovenia	63.61	Baja	0.695	Alta	Baja-Alta
	Grecia	50.80	Baja	0.696	Alta	Baja-Alta
	Bélgica	41.04	Baja	0.714	Alta	Baja-Alta
	Lituania	46.57	Baja	0.733	Alta	Baja-Alta
	Italia	43.78	Baja	0.736	Alta	Baja-Alta
	Letonia	51.89	Baja	0.751	Alta	Baja-Alta
	España	29.11	Alta	0.871	Baja	Alta-Baja
	Suecia	25.81	Alta	0.893	Baja	Alta-Baja
	Reino Unido	36.72	Alta	0.923	Baja	Alta-Baja
	Estados Unidos	30.98	Alta	1.089	Baja	Alta-Baja
	Canadá	11.97	Alta	1.119	Baja	Alta-Baja
	República Eslovaca	34.36	Alta	1.134	Baja	Alta-Baja
	Chile	26.95	Alta	1.162	Baja	Alta-Baja
	Polonia	17.69	Alta	1.835	Baja	Alta-Baja
	Hungría	22.83	Alta	2.215	Baja	Alta-Baja
	Colombia	12.27	Alta	2.242	Baja	Alta-Baja
	México	5.96	Alta	4.399	Baja	Alta-Baja
	Austria	67.10	Baja	0.370	Alta	Baja-Baja
	República Checa	43.48	Baja	0.922	Baja	Baja-Baja

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de World Health Organization, 2023 y World Bank, 2023c.

La combinación más eficiente es Alta-Alta, y el menos eficiente es Baja-Baja. El segundo valor más eficiente es Baja-Alta, pues implica que, a pesar de haber tenido menor eficiencia en cuanto a la proporción de contagios, tuvo mayor eficiencia en cuanto a la proporción de decesos

porque éstos se ubicaron por debajo del promedio del grupo de países miembros de la OCDE. En otras palabras, es preferible una menor proporción de decesos que una menor proporción de contagios, especialmente desde el enfoque del análisis de riesgos en Seguridad Nacional.

b. Condiciones explicativas

Una vez identificado el resultado de interés ‘Y’, sigue determinar las condiciones explicativas ‘X’ cuya combinación da origen —precisamente— a dicho resultado. Cada una de las condiciones explicativas ‘X’ requiere una definición operacional precisa con el propósito de clarificar su alcance y lograr una valoración adecuada. Además, la modalidad de conjuntos nítidos dentro del método *QCA* significa que únicamente existen valores dicotómicos —presencia y ausencia—. Empíricamente, las siguientes condiciones explicativas —y su respectiva etiqueta nominal— reflejan mejor la gestión gubernamental emprendida para contener la pandemia por COVID-19 en la lógica de la Seguridad Nacional y la Gestión Pública:

- X1. Alto compromiso presupuestario gubernamental destinado a la salud pública [PRES].
- X2. Alto porcentaje de la población total con esquema completo de vacunación [PVAC].
- X3. Más rápida respuesta gubernamental en el cierre de espacios de concentración pública [CIER].
- X4. Más rápida respuesta gubernamental en la realización de campañas informativas [INFO].

c. Modelo analítico

La construcción del modelo analítico tiene como propósito responder por qué algunos países miembros de la OCDE registraron la presencia del resultado de interés ‘Y’ Alta Eficiencia en términos de la proporción de contagios y decesos por COVID-19 y otros registraron la ausencia de dicho resultado. Una decisión metodológica es reformular esta interrogante para plantearla en términos propios del método *QCA*. Así, la pregunta de investigación de la tesis doctoral es ¿qué configuración de condiciones explican que algunos países de la OCDE tuvieran una gestión con Alta Eficiencia de la pandemia por COVID-19?

El planteamiento de la hipótesis establece la relación causal: Un alto compromiso presupuestario gubernamental destinado a la salud pública, un alto porcentaje de la población total con esquema completo de vacunación, más rápida respuesta gubernamental en el cierre de espacios de concentración pública y más rápida respuesta gubernamental en la realización de campañas informativas, resultan en Alta Eficiencia en la gestión de la pandemia por COVID-19.

Una vez establecidos el resultado de interés ‘Y’, así como las condiciones explicativas ‘X’, es necesario establecer la relación causal y encontrar las respectivas configuraciones que dan origen al resultado de interés del modelo. Parte del modelo analítico consiste en establecer el alcance de la investigación. Del grupo de 38 países miembros de la OCDE, fue necesario hacer una selección final según el número de contagios y número de decesos. Entonces, aquellos países que hubieran registrado más de cinco millones de contagios y más de 25 mil decesos integrarían la selección final. Hubo 17 países con más de cinco millones de contagios y más de 25 mil decesos, pero también hubo tres países con más de 25 mil decesos que no rebasaron los cinco millones de contagios, por lo que fueron incorporados a la selección final, que está integrada por 20 países.

Una vez realizada la reducción del grupo original de estudio, es necesario presentar la matriz de datos correspondiente al resultado de interés ‘Y’ y las condiciones explicativas ‘X1’, ‘X2’, ‘X3’ y ‘X4’. La matriz de datos consigna el universo de los datos a partir de los cuales será desarrollada la fase analítica y la interpretación. Los valores de la matriz de datos deben estar expresados en términos dicotómicos porque eso permitirá continuar con las siguientes fases del método *QCA*, entre las que destacan las configuraciones causales —tabla de verdad—, la minimización lógica y la interpretación de los resultados.

A pesar de que el método *QCA* consta de varias fases y —a su vez— cada una implica la realización de diversas acciones, en este documento únicamente será presentado un esbozo de cada una de ellas, pues el contenido completo está ampliamente desarrollado en la versión actualizada de la tesis doctoral. En ese sentido, es pertinente recordar que el método *QCA* funciona de manera incremental y puede avanzarse igual que puede retrocederse a fin de ajustar y complementar lo que corresponda según cada etapa. Un ejemplo de esto es la calibración —en caso necesario— del resultado de interés ‘Y’ y de las condiciones explicativas ‘X’, incluso de sus fórmulas de cálculo. Dicha calibración permite que alguna inconsistencia o ambigüedad pueda ser oportunamente subsanada y que el modelo tenga mayor poder explicativo.

Tabla 2. Matriz de datos para evaluar la Eficiencia gubernamental en la proporción de contagios respecto de la población total y la proporción de decesos respecto la población contagiada en los 38 países miembros de la OCDE (03ene2020-05may2023)

No.	Bandera	País	Resultado de interés (Y)	Condición explicativa X1	Condición explicativa X2	Condición explicativa X3	Condición explicativa X4
1		Alemania	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Presencia
2		Australia	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Presencia
3		Austria	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Presencia
4		Bélgica	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Presencia
5		Canadá	Ausencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Ausencia
6		Chile	Ausencia	Ausencia	Presencia	Presencia	Presencia
7		Colombia	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia	Ausencia
8		España	Ausencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
9		Estados Unidos	Ausencia	Presencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia
10		Francia	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Presencia
11		Italia	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
12		Japón	Presencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Ausencia
13		México	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia
14		Países Bajos	Presencia	Presencia	Ausencia	Ausencia	Presencia
15		Polonia	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia	Presencia
16		Portugal	Presencia	Ausencia	Presencia	Presencia	Presencia
17		Reino Unido	Ausencia	Presencia	Presencia	Ausencia	Ausencia
18		República Checa	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia	Presencia
19		República de Corea	Presencia	Ausencia	Presencia	Presencia	Ausencia
20		Turquía	Presencia	Ausencia	Ausencia	Presencia	Presencia

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de World Health Organization, 2023 y World Bank, 2023c.

a. Dicotomización

Como ya ha sido señalado anteriormente, el método *QCA* requiere de la expresión dicotómica de los valores a fin de materializar su condición dicotómica respecto de la presencia o ausencia del resultado de interés ‘Y’ y de las condiciones explicativas ‘X1’, ‘X2’, ‘X3’ y ‘X4’. Entonces, de la matriz de datos debe procederse a la integración de la Tabla de verdad, que está en función del número de condiciones explicativas del modelo. Es decir, a medida que haya más condiciones explicativas deberán plantearse más configuraciones causales.

b. Tabla de verdad

Además del número de condiciones explicativas ‘X’, es importante contar con la matriz de datos para que cada uno de los casos quede asignado a una de las configuraciones causales. El número de condiciones causales se calcula elevando el factor ‘2’ —dos— a la misma potencia que el número de condiciones explicativas. Como hay cuatro condiciones explicativas, entonces, debe elevarse ‘2’ a la cuarta potencia, y obtenemos:

$$2^4 = 2 \times 2 \times 2 \times 2$$

$$2^4 = 16$$

Lo anterior significa que habrá 16 configuraciones teóricas, es decir, que no necesariamente habrá un caso empírico que encuadre en dicha combinación de presencia o ausencia del resultado de interés ‘Y’ y de las condiciones explicativas ‘X1’, ‘X2’, ‘X3’ y ‘X4’. Por lo tanto, una vez establecido que existirán 16 configuraciones y que hay 20 casos, es notorio que alguna configuración tendrá más de un caso, pero también que ningún país quedará sin sitio en alguna de las mencionadas configuraciones teóricas. La Tabla 3 presenta las configuraciones teóricas.

Dentro del lenguaje técnico del método QCA, el símbolo ‘*’ es utilizado para expresar la Presencia de la condición explicativa y se coloca antes de dicha condición. Por su parte, el símbolo ‘~’ es utilizado para expresar la Ausencia de la condición explicativa y también debe colocarse antes de la condición. Adicionalmente, es necesario señalar que en la Tabla 4 —correspondiente a la Tabla de verdad— debe evaluarse la consistencia de cada configuración teórica a fin de determinar su utilidad para la etapa de minimización lógica.

Para evaluar la consistencia de la configuración teórica, debe dividirse el número de casos con presencia del resultado de interés ‘Y’ entre el número total de casos de dicha configuración. Si el resultado es de uno —1— será denominada ‘Suficiente’ o ‘Verdadera’ y significa que hubo el mismo número de casos con la presencia del resultado de interés ‘Y’ y que no hubo ninguno con su ausencia. Si en una configuración hay dos casos y uno registra la presencia del resultado de interés ‘Y’, pero el otro registra su ausencia, entonces el resultado sería de 0.5, por lo que a dicha configuración se le denominará ‘Contradictoria’. La configuración que tenga varios casos con presencia del resultado de interés ‘Y’ y varios casos con su ausencia también será ‘Contradictoria’ porque su resultado sería inferior a 1 pero mayor a 0.5, esto porque el método QCA —por

definición— no considera verdadera ninguna configuración con menos de 0.8 de consistencia. Aquella configuración que tiene casos pero que ninguno registra la presencia del resultado de interés ‘Y’ es ‘Falsa’ y aquella configuración que no tiene ningún caso se conoce como ‘Residual’.

Tabla 3. Configuraciones teóricas con cuatro condiciones explicativas

	X1 PRES	X2 PVAC	X3 CIER	X4 INFO	Configuraciones
1	1	1	1	1	AEG = *PRES*PVAC*CIER*INFO
2	1	1	1	0	AEG = *PRES*PVAC*CIER~INFO
3	1	1	0	1	AEG = *PRES*PVAC~CIER*INFO
4	1	1	0	0	AEG = *PRES*PVAC~CIER~INFO
5	1	0	1	1	AEG = *PRES~PVAC*CIER*INFO
6	1	0	1	0	AEG = *PRES~PVAC*CIER~INFO
7	1	0	0	1	AEG = *PRES~PVAC~CIER*INFO
8	1	0	0	0	AEG = *PRES~PVAC~CIER~INFO
9	0	1	1	1	AEG = ~PRES*PVAC*CIER*INFO
10	0	1	1	0	AEG = ~PRES*PVAC*CIER~INFO
11	0	1	0	1	AEG = ~PRES*PVAC~CIER*INFO
12	0	1	0	0	AEG = ~PRES*PVAC~CIER~INFO
13	0	0	1	1	AEG = ~PRES~PVAC*CIER*INFO
14	0	0	1	0	AEG = ~PRES~PVAC*CIER~INFO
15	0	0	0	1	AEG = ~PRES~PVAC~CIER*INFO
16	0	0	0	0	AEG = ~PRES~PVAC~CIER~INFO

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Tabla de verdad

Configuraciones	X1 PRES	X2 PVAC	X3 CIER	X4 INFO	Número total de casos	Casos	Número de casos con Y	Casos con Y	Número de casos sin Y	Casos sin Y	Consistencia	Tipo de configuración
2	1	1	1	0	0	—	0	—	0	—	0.00	Residual
3	1	1	0	1	5	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Francia	5	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Francia	0	—	1.00	Verdadera
4	1	1	0	0	3	Canadá, Japón, Reino Unido	1	Japón	2	Canadá, Reino Unido	0.33	Contradictoria
5	1	0	1	1	0	—	0	—	0	—	0.00	Residual
6	1	0	1	0	0	—	0	—	0	—	0.00	Residual
7	1	0	0	1	1	Países Bajos	1	Países Bajos	0	—	1.00	Verdadera
8	1	0	0	0	1	Estados Unidos	0	—	1	Estados Unidos	0.00	Falsa
9	0	1	1	1	2	Chile, Portugal	1	Portugal	1	Chile	0.5	Contradictoria
10	0	1	1	0	1	República de Corea	1	República de Corea	0	—	1.00	Verdadera
11	0	1	0	1	2	España, Italia	1	Italia	1	España	0.5	Contradictoria
12	0	1	0	0	0	—	0	—	0	—	0.00	Residual
13	0	0	1	1	3	Polonia, República Checa, Turquía	1	Turquía	2	Polonia, República Checa	0.33	Contradictoria
14	0	0	1	0	1	Colombia	0	—	1	Colombia	0.00	Falsa
15	0	0	0	1	1	México	0	—	1	México	0.00	Falsa
16	0	0	0	0	0	—	0	—	0	—	0.00	Residual
TOTAL					20		11		9			

Fuente: Elaboración propia.

c. Minimización

Una vez teniendo la Tabla de verdad, es posible identificar las configuraciones susceptibles de minimización, que de acuerdo con la ‘Solución compleja’ dentro del método *QCA* únicamente

considera las configuraciones Verdaderas, es decir, aquellas que tuvieron valor de 1 en Consistencia. Para fines ilustrativos, la Tabla 5, a continuación, presenta un comparativo de la Tabla de verdad del grupo completo de 38 países miembros de la OCDE —que no está incluida en este documento— y la Tabla de verdad de la selección final de 20 países —Tabla 4—.

Tabla 5. Tabla de verdad

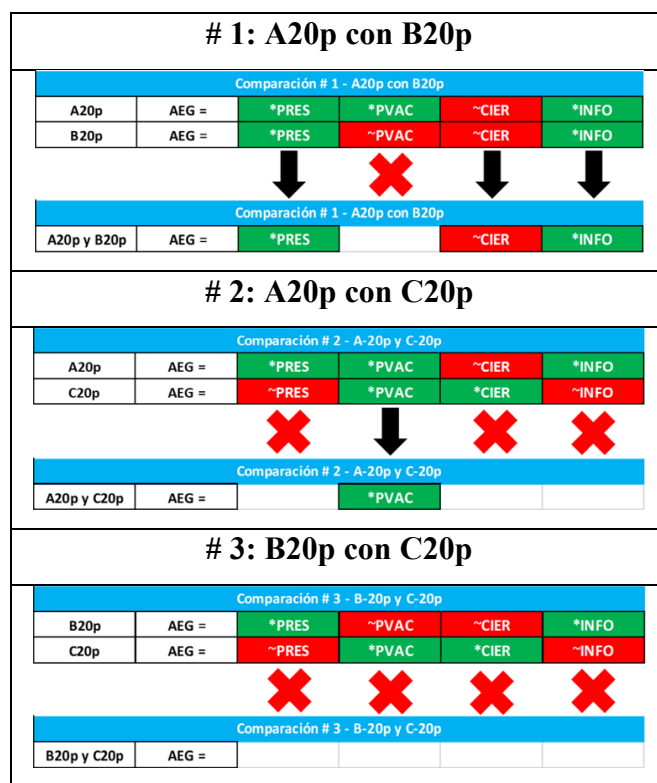
Condiciones explicativas					Casos con Y	Casos con 'Y' (AEG)	Consistencia	Tipo de configuración	Configuración
X1 PRES	X2 PVAC	X3 CIER	X4 INFO						
GRUPO COMPLETO DE 38 PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE									
A	1	1	1	1	4	Dinamarca, Islandia, Noruega, Nueva Zelanda	1.00	Verdadera	AEG = PRES*PVAC*CIER*INFO
B	1	1	0	1	7	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Irlanda	1.00	Verdadera	AEG = PRES*PVAC~CIER*INFO
C	1	0	1	1	1	Luxemburgo	1.00	Verdadera	AEG = PRES~PVAC*CIER*INFO
D	0	1	1	0	1	República de Corea	1.00	Verdadera	AEG = ~PRES*PVAC*CIER~INFO
E	0	0	0	0	1	Eslovenia	1.00	Verdadera	AEG = ~PRES~PVAC~CIER~INFO
TOTAL					14 de 38				
SELECCIÓN FINAL DE 20 PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE									
A	1	1	0	1	5	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Francia	1.00	Verdadera	AEG = PRES*PVAC~CIER*INFO
B	1	0	0	1	1	Países Bajos	1.00	Verdadera	AEG = PRES~PVAC~CIER*INFO
C	0	1	1	0	1	República de Corea	1.00	Verdadera	AEG = ~PRES*PVAC*CIER~INFO
TOTAL					7 de 20				

Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en la Tabla 5, en el grupo completo de 38 países miembros de la OCDE hubo cinco configuraciones Verdaderas y en la selección final de 20 países hubo tres configuraciones verdaderas. Es decir, en la selección final de 20 países miembros de la OCDE hay tres configuraciones que pueden ser minimizadas. Sin embargo, la minimización consiste en comparar cada una de las configuraciones verdaderas y reducirlas a partir de la eliminación de la condición explicativa 'X' que en una registre presencia y en la otra registre ausencia.

Es decir, si tres de las cuatro condiciones explicativas tienen presencia en ambas configuraciones, dichas condiciones explicativas 'pasan' a la configuración resultante. Si hay una condición explicativa 'X' que no está presente en una configuración, pero sí está presente en la otra, queda eliminada de la configuración resultante. Sin embargo, únicamente puede suceder la minimización si tres de las cuatro condiciones explicativas 'X' permanecen en la configuración resultante. En este caso, en la comparación de las tres configuraciones causales de la Tabla de verdad —Tabla 5— correspondiente a la selección final de 20 países miembros de la OCDE

Imagen 2. Primera minimización de la Tabla de verdad (20 países miembros OCDE)



Fuente: Elaboración propia.

En este punto, es pertinente señalar que la Solución Compleja únicamente considera las configuraciones Verdaderas —Consistencia con valor menor a 1—, e ignora las configuraciones Contradictorias, Falsas y Residuales. La Solución Intermedia —además de las configuraciones Verdaderas— considera a las configuraciones Contradictorias —Consistencia con valor menor a 1— como si fueran configuraciones Verdaderas, pero también ignora las configuraciones Falsas y Residuales. Sin embargo, la Solución Parsimoniosa considera las configuraciones Residuales como si fueran Verdaderas, pero ignora las configuraciones Falsas.

Indudablemente, esta decisión metodológica responde a los intereses de la investigación y debe estar en función de materializar el objetivo superior —en este caso— de la tesis doctoral. La objetividad es un principio que contribuye a una mejor explicación del problema de investigación y debe ser clarificado a partir de qué criterios fue tomada una decisión de esta naturaleza.

Fase 3. Interpretación

La Minimización permite obtener los ‘Implicantes primarios’ a partir de la Factorización, para lo

cual es necesario establecer las Condiciones INUS —*Insufficient but Necessary part of a condition which is itself Unnecessary but Sufficient for the result, INUS*, por sus siglas en inglés: [parte insuficiente pero necesaria de una condición innecesaria pero suficiente para obtener el resultado]— y las Condiciones SUIN —*Sufficient, but Unnecessary part of a factor that is Insufficient, but Necessary for the result, SUIN*, por sus siglas en inglés [parte suficiente pero innecesaria de una condición insuficiente pero necesaria para obtener el resultado]—.

a. Factorización

La Factorización de la única configuración minimizada para la selección final de 20 países miembros de la OCDE queda así:

PRES~CIER*INFO → AEG

PRES ~CIER *INFO → AEG

b. Interpretación

En un ejercicio preliminar, puede afirmarse que la factorización alcanzada para la selección final de 20 países miembros de la OCDE arroja que de las cuatro condiciones explicativas, la configuración que explica la Alta eficiencia en la gestión gubernamental de la pandemia por COVID-19 entre el 3 de enero de 2020 y el 5 de mayo de 2023 considera la presencia de Alto compromiso presupuestario destinado a salud, la ausencia de más rápida respuesta en cuanto al cierre de espacios de concentración pública y la presencia de más rápidas campañas informativas. Sin embargo, como ya ha sido expuesto anteriormente, la valoración configuracional consiste en que las condiciones explicativas no son valoradas de manera individual, sino conjuntamente.

Asimismo, a pesar de que el método *QCA* da un resultado con amplio poder explicativo a partir de un adecuado diseño del modelo analítico, lo cierto es que la selección de condiciones explicativas debe considerar solamente algunos elementos porque no pueden incluirse todas las variables al mismo tiempo. Esto parece una debilidad del método *QCA*, aunque en realidad es una fortaleza, toda vez que el conocimiento de los casos es indispensable para la construcción del modelo teórico y —por supuesto— para la interpretación de los resultados.

Los países que encuadraron en las tres configuraciones causales Verdaderas son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y República de Corea. De ahí que cada una de

estas tres configuraciones permita la obtención de una interpretación específica para determinar por qué esos países llegaron a ese resultado. Asimismo, de la clasificación inicial del resultado de interés ‘Y’, es pertinente retomar la ubicación descendente de cada país, pues ese acomodo también permitirá clarificar con más precisión las peculiaridades de los países y analizarlas a detalle.

c. Generalización

Esta sección está en fase de desarrollo en la tesis doctoral y no será presentada en este documento.

5. Conclusiones, recomendaciones y propuestas

El propósito superior de la tesis doctoral es el análisis de la pandemia por COVID-19 en el ámbito de la Gestión Pública y la Seguridad Nacional para identificar áreas de oportunidad en futuras situaciones semejantes. La actuación estratégica de un gobierno no necesariamente está determinada por su disponibilidad de recursos, ya que —como ha sido expuesto en este documento— hay múltiples factores involucrados en la obtención de los resultados. Los resultados gubernamentales deben ser permanentemente monitoreados y evaluados a fin de identificar áreas de oportunidad y atenderlas de forma adecuada.

Una primera conclusión es que a pesar de la enorme cantidad de información disponible respecto de la pandemia por COVID-19 —especialmente al inicio—, no fue posible atenderla de manera contundente porque no se conocía plenamente el alcance del virus y tampoco existían vacunas. Esta situación implicó que las decisiones gubernamentales fueran tomadas sobre la marcha y que ni siquiera los servicios de inteligencia más robustos del mundo pudieran contar con todas las respuestas, por lo tanto, tampoco pudo hacer una diferencia sustancial. Por tal motivo, era necesario evaluar la respuesta gubernamental para dimensionar de manera adecuada las decisiones emprendidas y los resultados obtenidos, porque en esa medida hay muchas lecciones por aplicar.

Una segunda idea conclusiva es que los servicios de inteligencia para la Seguridad Nacional están conformados por especialistas en múltiples temas, de manera tal que en lo sucesivo deberán incorporarse más profesionistas de la salud. Asimismo, las metavulnerabilidades (Gelman y Gelman, 2012) no pueden ser dejadas a la ligera porque determinan significativamente que una amenaza tenga una mayor afectación en un determinado contexto. En ese sentido, el sentido estratégico de las decisiones en materia de inteligencia para la Seguridad Nacional no debe

debilitarse sino seguir profesionalizándose y ampliándose a más sectores de la vida de un país a fin de impulsar sectores que representen oportunidades futuras.

Como tercera conclusión, es clave considerar a la retroalimentación —tanto en el ciclo de inteligencia para la Seguridad Nacional como en el ciclo de las Políticas Públicas— para nutrir el análisis de los grandes problemas contemporáneos. Asimismo, la inversión en el sistema educativo puede representar directamente una ventaja para los países al enfrentar futuras crisis, pero también para construir nuevas oportunidades de desarrollo y no esperar a que otros países lo hagan.

Como principal recomendación y propuesta se encuentra el robustecimiento de los mecanismos para la toma de decisiones y que, así como se requieren especialistas para apoyar la toma de decisiones, también los tomadores de decisiones sean personas íntegras y profesionales. Los servicios de inteligencia para la Seguridad Nacional y los equipos de analistas de Políticas Públicas son un binomio que debe ser permanente apoyado a fin de que se conviertan en tareas ampliamente apreciadas por la población, que es la principal beneficiaria de las decisiones gubernamentales y no solamente los jefes de Estado y jefes de gobierno.

Finalmente, es pertinente señalar que la pandemia por COVID-19 permitió detectar múltiples áreas en las cuales los países son vulnerables, de manera tal que lo ideal será que si llega una nueva pandemia no existan esas mismas debilidades, sino que hayan sido atendidas oportunamente. La ruta más efectiva para lograrlo es el análisis de Políticas Públicas y las actividades de inteligencia para la Seguridad Nacional.

Bibliografía

- Aguilar, L. (2013). *Gobierno y administración pública*. Fondo de Cultura Económica (FCE) y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta).
- Ariza, M. y Gandini, L. (2012/2015). “El análisis comparativo cualitativo como estrategia metodológica.” 497-537 en Ariza, M. y Velasco, L. (coords.). *Métodos Cualitativos y su aplicación empírica. Por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM y El Colegio de la Frontera Norte (COLEF).
- Arteaga-Botello, N. y Cardona-Acuña, L. (2022). “Horizontes interpretativos de una pandemia: desesperanza, solidaridad e instituciones.” 37-58 en Cadena-Roa, J. (coord.) *Las Ciencias sociales y el coronavirus*. UNAM y COMECSO.
- Balcázar, M. (2007). *La influencia de las maras en México: un problema de inteligencia gubernamental*. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Baños-Bajo, P. (2008). “Nuevos retos para la Inteligencia Estratégica en las operaciones complejas.” 41-58 en *Inteligencia y Seguridad: Revista de análisis y prospectiva*, núm. 4, julio noviembre. Plaza y Valdés.
- Cabrero, E. (1998). “Estudio introductorio.” 19-36 en Bozeman, B. (coord.). *La gestión pública: su situación actual*. Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Cadena-Íñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., de la Cruz-Morales, F. y Sangerman-Jarquín, D. (2017) “Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales.” 1603-1617 en *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, vol. 8, núm. 7, septiembre-noviembre. Lunes 26 de febrero de 2024. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263153520009>
- Deloitte. (2013). World Government Summit. Thought Leadership Series. Government Efficiency. Innovate. Scale. Measure. Incent. En *Deloitte y United Arab Emirates*. Lunes 26 de febrero de 2024. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Public-Sector/dttl-ps-govtefficiency-08082013.pdf>
- Esteban-Navarro, M. (2007). “Reflexiones sobre las fuentes de información abiertas para la producción de Inteligencia Estratégica en los Servicios de Inteligencia para la Seguridad.”

- 207-228 en Navarro, D. y Esteban-Navarro, M. (coords.). *Terrorismo global, gestión de información y servicios de inteligencia*. Plaza y Valdés Editores.
- Fajardo-Ortiz, G. (2015). *Gerencia y administración estratégica de la atención médica*. UNAM y Editorial Médica Panamericana.
- Fontes-Martínez, C. (2002). “Manuel Colmeiro y sus aportes a la Teoría de la Administración Pública.” 125-140 en Martínez, L. (coord.). *Antología sobre Teoría de la Administración Pública*. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Galindo, L. (2022). “El COVID-19, el cambio climático y los riesgos de la pérdida de bienes públicos globales: una visión desde América Latina.” 131-145 en Cadena-Roa, J. (coord.) *Las Ciencias sociales y el coronavirus*, UNAM y COMECSO.
- Gelman, O. y Gelman, G. (2012). “Vulnerabilidades de los procesos de elaboración y empleo de inteligencia.”, 17-54 en Tello, J., Laborde, A. y Villarreal, M. (coords.). *Inteligencia Estratégica en el contexto mexicano*, ITESM/Plaza y Valdés.
- Hernández, E. (2003). *Diccionario de Política Internacional, Tomo II*. Porrúa.
- Lazcano-Ponce, E., Martínez, O., Charvel, S. y Hernández, M. (2019) “Capítulo 1. Funciones esenciales de la salud pública.” 21-48 en Hernández, M., Lazcano-Ponce, E. y Oropeza, C. *Salud Pública. Teoría y Práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lazcano-Ponce, E. y Oropeza-Abúndez, C. (2019). “Presentación.” p. 17 en Hernández, M., Lazcano-Ponce, E. y Oropeza, C. *Salud Pública. Teoría y Práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- OMS. (2005/2016). Reglamento Sanitario Internacional (2005). En *Organización Mundial de la Salud*. Lunes 4 de diciembre de 2023. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>
- OMS. (2020). “Declaración de la OMS tras superarse los 100 000 casos de COVID-19. Comunicado de prensa emitido el 7 de marzo de 2020.” En Organización Mundial de la Salud. Lunes 4 de diciembre de 2023. <https://www.who.int/es/news/item/07-03-2020-who-statement-on-cases-of-covid-19-surpassing-100-000>
- Ortegon, E. Pachecho, J. y Prieto, A. (2005/2015). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. En Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Lunes 4 de diciembre de 2023.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>

- Parsons, W. (2007/2009). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. FLACSO México.
- Pérez-Liñán, A. (2010). “El método comparativo y el análisis de configuraciones causales.” 125-148 en Centro Latinoamericano de Estudios Políticos (CELAEP). *Revista Latinoamericana de Política Comparada, Vol. 3, enero*. Lunes 4 de diciembre de 2023. http://politicacomparada.com/ediciones_anteriores/Vol%203,%20Revista%20Lat.%20de%20Pol%C3%ADtica%20Comparada.pdf
- Pérez-Tamayo, R. (2019). “Prólogo I.” 13-14 en Instituto Nacional de Salud Pública, *Salud Pública. Teoría y Práctica*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ragin, C. (1987). *The Comparative Method. Moving beyond Qualitative and Quantitative Strategies*, University of California Press.
- Santa-Cruz, A. (2020). “Constructivismo y Seguridad.” 61-73 en Lozano, A. y Rodríguez, A. (coords.). *Seguridad y asuntos internacionales: teorías, dimensiones, interdisciplinas, las américas, amenazas, instituciones, regiones y política mundial*. Siglo XXI Editores.
- SHCP (2016/2023). Guía para el diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados. En Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Lunes 4 de diciembre de 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/154437/Guia_MIR.pdf
- Uvalle, R. (2005). “Ciudadanía y Administración Pública.” 335-375 en León, J. y Olvera, J. (coords.). *Los ciudadanos de cara al siglo XXI*, UNAM.
- Uvalle, R. (2010). *Nuevas Racionalidades de la Gestión Pública*. Instituto de Administración Pública del Estado de México (IAPEM).
- World Bank. (2023). Population, total. En *World Bank*. Lunes 4 de diciembre de 2023. <https://api.worldbank.org/v2/en/indicator/SP.POP.TOTL?downloadformat=excel>
- WHO. (2023). Coronavirus (COVID-19) Data Download. Dashboard World Health Organization. En *World Health Organization (WHO)*. Lunes 4 de diciembre de 2023. <https://covid19.who.int/WHO-COVID-19-global-data.csv>

**Estructuras sociales, instituciones de salud y la experiencia
subjetiva de los padecimientos**

Factores resilientes en mujeres con cáncer de mama en remisión: Institucionalizadas y no Institucionalizadas

Resilient Factors in Women With Breast Cancer in Remission: Institutionalized and Non-Institutionalized

*Ma. Irene Silva Silva **

Resumen: Tanto en el mundo como en México el cáncer representa un problema de salud grave debido a la gran cantidad de fallecimientos asociados a este. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común a nivel mundial, representa el 12.5 % de todos los casos de cáncer nuevos por año en todo el mundo. En México se registró al cáncer de mama como el segundo tipo de cáncer más común en la población, después del cáncer de próstata. Sin embargo, en la población femenina es el cáncer que presenta mayor incidencia, representando el 25% de los casos (INEGI, 2023). Ante su incremento, se han identificado algunos factores de riesgo asociados a su aparición, como son la etnia, el historial familiar, personal y reproductivo; la presencia de mutaciones en BRCA1/2 y el estilo de vida. (Pérez, 2009). En este sentido, el diagnóstico de cáncer de mama puede causar en las mujeres un deterioro del estado físico; además, de promover problemas de salud emocionales y afectaciones de la imagen corporal. Es por todo lo anterior que el objetivo de esta investigación fue conocer si las mujeres en remisión, que padecen o han padecido cáncer de mama, han desarrollado factores resilientes ante el cáncer. Para lo cual se aplicaron 20 entrevistas a profundidad temáticas a mujeres que viven en la Ciudad de México y área metropolitana, los tópicos que configuran la entrevista son: emociones, sentimientos, autopercepción, imagen corporal, mecanismos de afrontamiento y apoyo social. Para el análisis de las entrevistas se realizó un análisis cualitativo temático. Los resultados obtenidos de los discursos de las mujeres que participaron, destacan los factores resilientes que han desarrollado aquellas mujeres que han recibido apoyo institucional y quienes no cuentan con apoyo institucional.

Abstract: Both in the world and in Mexico, cancer represents a serious health problem due to the large number of deaths associated with it. Breast cancer is the most common type of cancer globally, accounting for 12.5% of all new cancer cases per year worldwide. In Mexico, breast cancer was registered as the second most common type of cancer in the population, after prostate cancer. However, in the female population, it is the cancer with the highest incidence, accounting for 25% of cases (INEGI, 2023). In view of its increase, some risk factors associated with its appearance have been identified, such as ethnicity, family, personal and reproductive history; the presence of BRCA1/2 mutations

* Doctorado por la Universidad Autónoma Metropolitana. Temas de trabajo Salud, Educación, Psicología Social, Métodos de Investigación, Políticas Públicas, Sexualidad, Población en Situación de Vulnerabilidad. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Correo isilvasi@yahoo.com

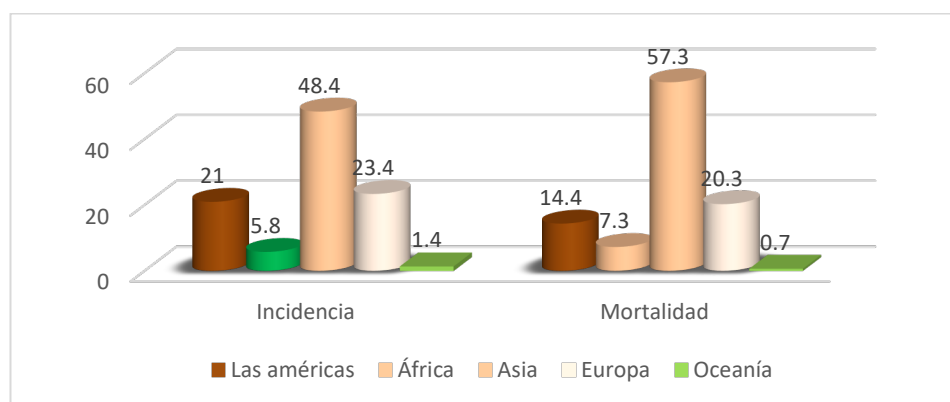
and lifestyle. (Pérez, 2009). In this sense, the diagnosis of breast cancer can cause a deterioration in women's physical condition; In addition, it promotes emotional health problems and body image problems. It is for all of the above that the objective of this research was to know if women in remission, who suffer or have suffered from breast cancer, have developed resilient factors against cancer. For which 20 in-depth thematic interviews were applied to women living in Mexico City and the metropolitan area, the topics that make up the interview are: emotions, feelings, self-perception, body image, coping mechanisms and social support. To analyze the interviews, a qualitative thematic analysis was carried out. The results obtained from the speeches of the women who participated highlight the resilient factors that have been developed by those women who have received institutional support and those who do not have institutional support.

Palabras clave: cáncer de mama; remisión; resiliencia.

Introducción

En 2023, la Agencia Internacional de Investigación de Cáncer (IARC) <por sus siglas en inglés> reportó que en todo el mundo se diagnosticó cáncer de mama a 2,26 millones de mujeres, de las cuales 685 000 fallecieron por esa enfermedad A fines del mismo año 7,8 millones de mujeres a las que en los cinco años anteriores se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que convierte a este cáncer en el de mayor prevalencia en el mundo.

Imagen 1. Incidencia y Mortalidad en el mundo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de IARC, 2023.

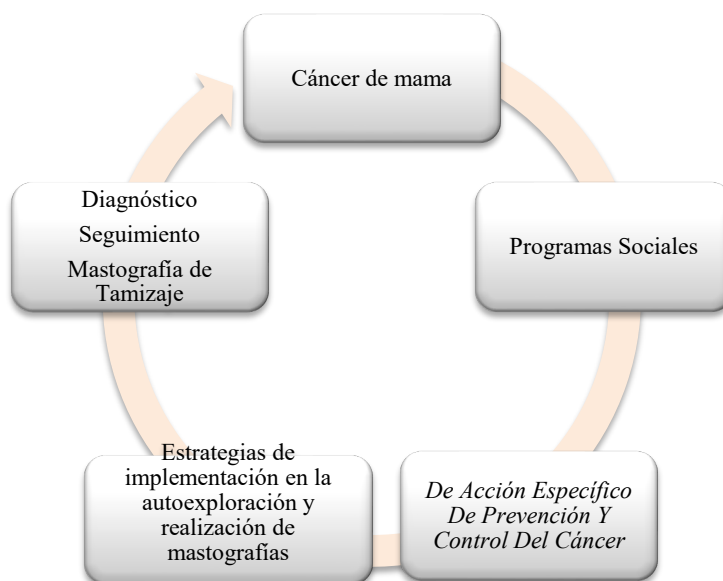
Este tipo de cáncer afecta a mujeres de cualquier edad, pero las tasas son mayores entre las mujeres de más de 40 años. En este sentido, pertenecer al género femenino es uno de los principales

factores de riesgo en el caso del cáncer de mama; sin embargo, también afecta a los varones, con un rango del 0,5% y el 1%.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2023, reportó que en 2022 las tasas más altas de defunciones por cáncer de mama para mujeres de 20 años y más se observaron en primer lugar en la Ciudad de México (29.42), seguido de Nuevo León (24.72) y Chihuahua (24.00).

Hasta 1989, el cáncer de mama no era una enfermedad entre las prioritarias en las políticas sociales en el sector salud, es en 1990 cuando aparece la norma 014 (NOM-014-SSA2- 1994), la norma 041(NOM-041- SSA2-2002), y actualmente la NOM-041-SSA2-2011, formando parte de los avances en la agenda política, como parte de las políticas públicas que le dieron mayor visibilidad e importancia a esta enfermedad, con el objetivo de proporcionarles a las mujeres no solo seguimiento; sino también de desarrollar estrategias de implementación en la autoexploración y realización de mastografías. En este sentido, el Gobierno de México cuenta con un programa social para abordar el cáncer de mama como problema de salud pública, denominado *De Acción Específico De Prevención Y Control Del Cáncer*, el cual está enfocado en los cuidados paliativos, en el seguimiento, en la atención psicosocial y en los servicios de rehabilitación; por lo que hasta el momento, solo cuenta con un enfoque preventivo, basado en el diagnóstico y el Tamizaje.

Imagen 2. Programa Social del Cáncer de mama



Con los datos presentados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2022, se estimó que en México residían 20.6 millones de mujeres de 40 a 69 años. De ellas, 20.2 % (4.2 millones) se realizó una mastografía en los últimos 12 meses; 85.6 % (3.6 millones) recibió el resultado de su estudio y 5.6 % (19.9 mil) fue con resultado positivo. En 2022, la distribución porcentual de las defunciones por tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más, por grupos de edad, muestra que cinco de cada 10 muertes (51.3 %) ocurrieron en mujeres de 60 años y más (4 018 defunciones).

En el caso de las mastografías realizadas en la Ciudad de México, la Secretaría de Salud (SEDESA), hasta el 10 de enero del 2023 reportó que en el 2022 se aplicaron más de 48 mil mastografías, con el objetivo de detectar y atender oportunamente el cáncer de mama; mastografías que se llevaron a cabo en unidades móviles y en las diferentes instituciones de salud, de forma gratuita. En este tenor, año con año la SEDESA, pero más en el mes de octubre, lanza diferentes campañas con la finalidad de sensibilizar a la población, para detectar oportunamente el cáncer de mama, por un lado, mediante la autoexploración y por otro lado mediante la mastografía de tamizaje. Es así que, cuando hay una detección oportuna, el porcentaje de respuesta al tratamiento ha sido mayor.

El Cáncer de mama

La Secretaria de Salud, destaca que el cáncer es una enfermedad que se manifiesta por la formación de tumores malignos en cualquier parte del cuerpo y que constantemente las células se dividen para crear nuevas, éstas reemplazan a las viejas o dañadas, pero cuando se multiplican con rapidez y en desorden forman tumores que pueden ser benignos o malignos. Existen varios tipos de cáncer y cada uno tiene distintos tipos de células alteradas y con diferente pronóstico. (SEDESA, 2024)

Anatomía del Cáncer de mama

Las células cancerosas comienzan a desarrollarse dentro de los conductos galactóforos o de los lobulillos que producen leche del seno. El cáncer en estadio 0 (*in situ*) no es potencialmente mortal. Las células cancerosas se pueden propagar al tejido mamario cercano (invasión), y esto produce nódulos o engrosamiento. Los cánceres invasivos pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos (metástasis). Las metástasis pueden ser mortales.

Imagen 3. Anatomía del Cáncer de mama



Fuente: www.gob.mx, 2024.

Primeros indicadores

La Secretaría de Salud ha destacado que, cuando las personas conciben la detección del cáncer de mama, inmediatamente piensan en una protuberancia en el seno. Lo cual puede ser o no, una posible señal de advertencia. Pero también cabe la posibilidad de que no sea lo primero que se desarrolle.

En esta tesitura, alguno otros indicadores incluyen:

- Protuberancias dentro del seno o debajo del brazo
- Cambios en el tamaño y forma del seno
- Dolor en un área específica que no desaparece
- Venas prominentes en la superficie del seno
- Secreción del pezón que empieza repentinamente
- Dolor o erupción en el pezón
- Hinchazón, enrojecimiento u oscurecimiento del seno
- Hoyuelos en la piel del seno
- Inversión del pezón u otras partes del seno

Indicadores específicos

La sintomatología incluye:

- Hinchazón
- Enrojecimiento
- Apariencia rosada, púrpura rojiza o amoratada
- Piel estriada o con hoyuelos

- En algunos casos, un tumor palpable
- Aumento rápido del tamaño del seno
- Pesadez y sensibilidad en el seno
- Sensación de ardor
- Inversión del pezón
- Ganglios linfáticos inflamados en la clavícula o debajo del brazo

En las protuberancias, no es inusual tenerlas en los senos, ya que el tejido de los senos con frecuencia tiene una textura con protuberancias. Estas, pueden variar ampliamente y no siempre indican cáncer, en particular si se sienten iguales en ambos senos.

Sin embargo, una persona debe acudir al médico si nota las siguientes características:

- Cambios en la textura de los senos que no se deben al ciclo menstrual
- Una protuberancia más dura que se siente distinta al resto del seno
- Una protuberancia que está presente en un seno, pero no en el otro.

Las características de las protuberancias que son cancerosas:

- Usualmente tienen bordes dispares
- Usualmente no causan dolor
- Usualmente son duras

Sin embargo, la protuberancia también puede ser blanda, redonda y sensible. En el caso de las afecciones benignas que pueden involucrar protuberancias o bultos incluyen:

- Quistes
- Fibroadenoma
- Calcificaciones
- Mastitis

Los fibroadenomas, constan de tejido glandular y conectivo. Son muy comunes y no son cancerosos. La mayoría de los tipos no aumentan el riesgo de cáncer de mama. Los fibroadenomas pueden ser hasta de 1 pulgada de diámetro y sentirse suaves o elásticos. También se pueden mover debajo de la piel.

Con respecto a la secreción del pezón, esta puede ser causada por apretar los pezones o por

una infección. Si esto no es así, se debe acudir al médico, independientemente que la secreción, este o no relacionada con el cáncer, si las personas tienen:

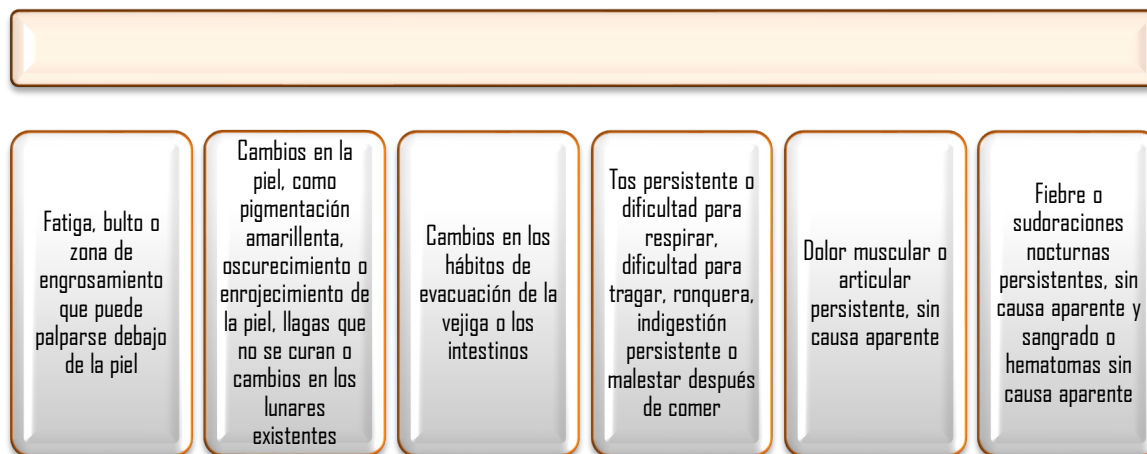
- Secreción que ocurre sin oprimir los pezones
- Secreción en un seno y no en el otro
- Secreción que contiene sangre

Los cambios hormonales pueden ocurrir en diferentes etapas de la vida, y pueden causar protuberancias, cambios en la forma y otros cambios que no se deben al cáncer. Por ejemplo, la pubertad, el embarazo y la menopausia pueden causar cambios en los senos.

Indicadores Físicos

Algunos de los indicadores físicos se ilustran en la imagen 4.

Imagen 4. Indicadores Físicos del Cáncer de mama



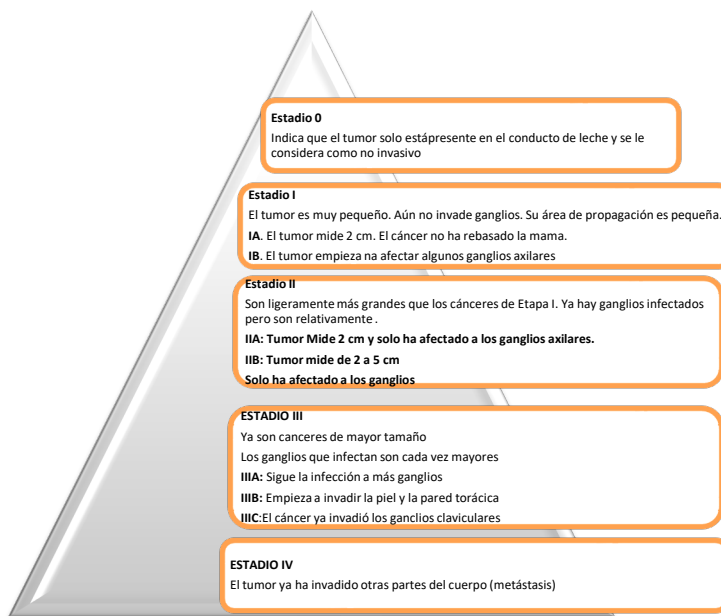
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Mayo Clinic, 2022.

Estadios

El *American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos)*, en 2017, reporto los diferentes estadios del cáncer de mama, los cuales se indican en números romanos, van desde el 0, hasta el IV (veáse imagen 5). El hecho de que se utilice esta nomenclatura es con la finalidad de

describir que tan extenso es o su nivel de avance incluido el tamaño del tumor.

Imagen 5. Estadios del cáncer mama



Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada por el *American College of Surgeons (2017)*

Factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un factor de riesgo, como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión; esto es, se trata de cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. El grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad se evalúa con parámetros específicos.

La incidencia en los países desarrollados refleja la presencia de factores de riesgo, reproductivos y hormonales y, los relacionados con el estilo de vida. Martínez (2024).

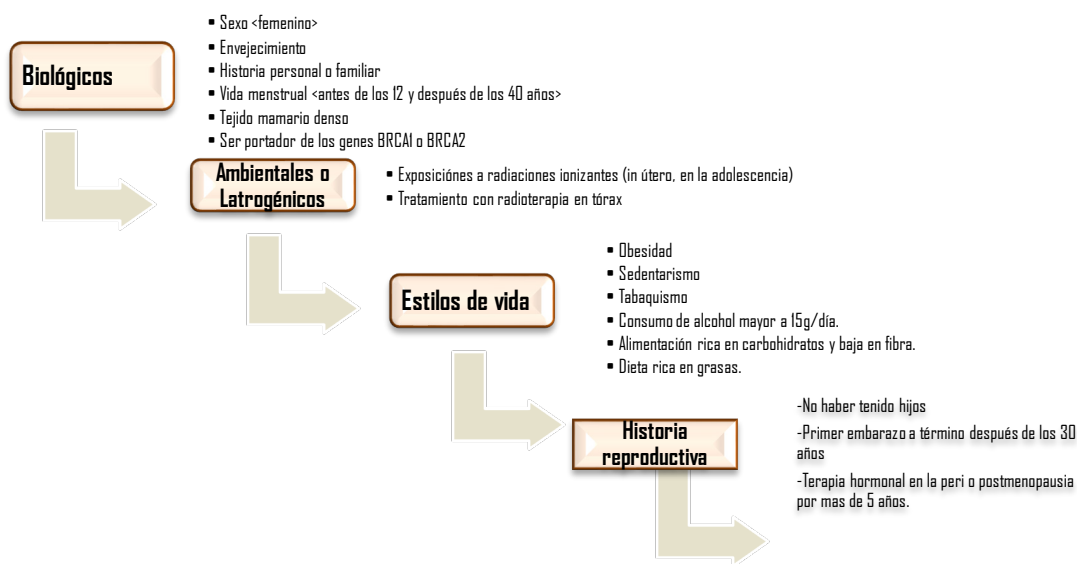
Información proporcionada por el Colegio de Médicos de Estados Unidos (ACP) <por sus siglas en inglés>, destaca que los factores que aumentan el riesgo de contraer o desarrollar el cáncer, incluyen:

- Un historial personal de cáncer de mama o una lesión de alto riesgo

- Factores genéticos, como la mutación del gen *BRCA 1* o *BRCA 2*
- Exposición a la radiación al pecho, durante la infancia

Los factores de riesgo que propician el desarrollo de este tipo de cáncer se agrupan en cuatro grupos, biológicos, ambientales, historia reproductiva y relacionados con estilos de vida, como obesidad, sedentarismo y tabaquismo (SEDESA, 2017).

Imagen 6. Factores de Riesgo



Fuente: Elaboración propia a partir de información emitida por la Secretaría de Salud, 2017.

Las mujeres que han experimentado los riesgos que ha representado el cáncer además han experimentan múltiples cambios emocionales que las hace redefinirse a sí mismas.

Las cifras han aumentado en los países en vías de desarrollo, así como en Japón y Corea del Sur, donde las tasas son históricamente bajas. Los cambios en el estilo de vida y un aumento en la proporción de mujeres en la fuerza laboral, han incrementado los factores de riesgo.

Resiliencia

La Resiliencia es un proceso dinámico que da como resultado la adaptación positiva; esto es, la capacidad de proteger la integridad bajo presión y formar un comportamiento vital pese a las circunstancias adversas de la vida. Es la capacidad que tiene el ser humano de poder sobreponerse

ante una situación difícil (enfermedades, pérdidas) y recuperarse de ellas. Proviene del latín *resalire*, saltar y volver a saltar *recomenzar*. Son las habilidades que se adquieren a lo largo de la vida. Es la capacidad que se tiene para recuperarse y sobreponerse ante las diferentes situaciones adversas que se viven, además de fortalecer a las personas (Seligman, Rashid & Parks 2006). Es Cyrulnik en 2001 quien considera que la clave de la resiliencia está en el afecto, la solidaridad y en el contacto con los demás. Cyrulnik destaca el concepto de Oxímoron, para explicar como una figura integra términos opuestos para generar un nuevo significado, menciona que hay que entender el problema desde sus dos caras, esto es, desde el exterior de la persona y tener una estructura como la de un oxímoron implica la división del sujeto que ha sufrido y está herido, revela el contraste de aquel que al recibir un golpe, se adapta dividiéndose. Es así que, el lado herido de la persona que ha sufrido, produce daño; mientras que el otro lado que se ha protegido, se mantiene sano y puede reunir energía para darle continuidad y sentido a la vida.

Rutter en 1993, plantea que la resiliencia puede entenderse en la persona, que pese a que experimenta alto riesgo, desde edad temprana, tiende a desarrollar una gran capacidad de desarrollo psicológico positivo.

Habilidades para desarrollar la resiliencia

P.J. Mrazek y D. Mrazek (1987) desarrollan 12 habilidades que desarrollan las personas resilientes, entre ellas se encuentran:

- 1.- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- 2.- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- 3.- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo
- 4.- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- 5.- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- 6.- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- 7.- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se

toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.

8.- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.

9.- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente. 10.- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.

11.- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.

12.- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

Además, la resiliencia incluye una combinación de factores que permiten a las personas afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida; esto es, le permite combatir con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones adversas, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.

Dimensiones de la resiliencia

De acuerdo con Vanistendael (1997), existen cinco dimensiones de la resiliencia:

1- Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general una buena relación con los demás.

2- Sentido de vida, trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.

3- Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.

4- Presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.

5- Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

Características para desarrollar resiliencia

Desde el punto de vista de Saavedra (2005), para que una persona se sienta protegida en un entorno hostil, intervienen factores protectores en diversas áreas del desarrollo tales como:

Factores personales: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.

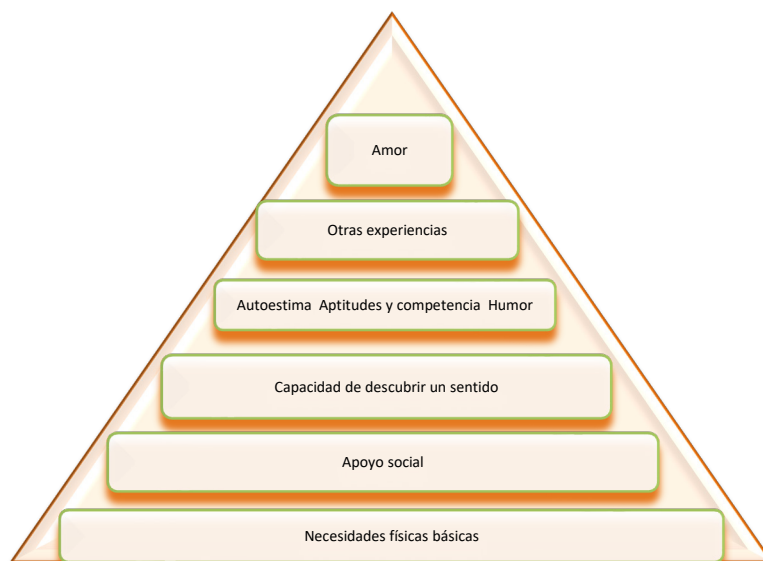
Factores cognitivos y afectivos: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.

Factores psicosociales: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares

En esta tesitura, Vanistendael (2005) menciona que los seres humanos tienen una herencia genética y de allí la resiliencia puede tener algún tipo de influencia; sin embargo, este aspecto no es determinante porque, las personas al interactuar con su contexto se construyen y reconstruyen. Para él, la resiliencia es una construcción que se vive a lo largo del tiempo, percibirla a corto plazo nos induciría a un error.

La resiliencia implica una evolución ascendente, pero con episodios de altibajos a corto plazo. No es una característica estática, ni una capacidad que se pueda adquirir de inmediato (Vanistendael, Vilar y Pont, 2009, p. 98)

Imagen 7. Factores Resilientes



Fuente: Vanistendael (2005).

Vanistendael (2014), subralla que la resiliencia no se puede catalogar como una estrategia o técnica de intervención, sin embargo, acepta las dificultades y más que la reparación, busca los elementos positivos los cuales permitirán reestructurar la vida. Por lo general este proceso implica a la familia y amigos. Pero también a las instituciones y a los profesionales.

Método

El objetivo de esta investigación fue conocer si las mujeres en remisión, que padecen o han padecido cáncer de mama, han desarrollado factores resilientes ante el cáncer. Para lo cual se aplicaron 10 entrevistas a profundidad temáticas a mujeres que viven en la Ciudad de México y área metropolitana: los tópicos que configuran la entrevista son: emociones, sentimientos, autopercepción, imagen corporal, mecanismos de afrontamiento y apoyo social. Para el análisis de las entrevistas se realizó un análisis cualitativo temático.

Resultados

Una vez que se aplicaron las entrevistas, se realizó la transcripción y codificación de las entrevistas a profundidad.

Características de las participantes

Entre las características de las entrevistadas se encuentra la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, si cuenta o no con Seguridad Social y si tiene hijos o no.

Tabla 1: Características de las participantes

<i>Entrevistadas</i>	Edad	Nivel de escolaridad	Estado civil	Seguridad Social	Tiene hijos
<i>Alma</i>	58	Superior	Soltera	Si	No
<i>Dora</i>	50	Superior	Casada	Si	Si
<i>Escri</i>	59	Superior	Casada	No	Si
<i>Mar</i>	63	Medio Suiperior	Casada	Si	Si

<i>Sam</i>	59	Medio Superior	Casada	Si	No
<i>SLP</i>	70	Básico	Viuda	Si	Si
<i>Angela</i>	65	Superior	Unión Libre	Si	No
<i>Rosa</i>	48	Medio superior	Soltera	No	Si
<i>Gloria</i>	55	Superior	Separada	Si	No
<i>Nora</i>	49	Básico	Casada	Si	No

Como se puede observar en la tabla 1, las edades fluctúan en un rango de 48 años a 70 años; el estado civil es variable, hay solteras, casadas, viudas, unión libre y separadas. Ocho de ellas cuentan con seguro social y dos no cuentan con seguro social; cinco de ellas tienen hijos y cinco no han tenido hijos. En el nivel de escolaridad hay quienes solo tienen el nivel básico, medio superior y superior.

Factores resilientes desarrollados en las mujeres con cáncer de mama en remisión

Con respecto a los factores resilientes encontrados en las entrevistadas, se identificó en primer lugar, las redes sociales con las que cuentan las mujeres que participaron en la investigación:

- a) Redes informales: tienen amigas, participan en diferentes actividades con ellas, manifestaron tener en general una buena relación con los demás; la familia y conocidos (red comunitaria).
- b) Redes formales: Profesionales de la salud (psicólogos, médicos, oncólogos), Instituciones de Salud (públicas y privadas); así como Fundaciones.

Habilidades detectadas

1.- Respuesta rápida al peligro: identifican todos los factores que las pone en riesgo, como por ejemplo, no continuar con medicamentos, cuidados y tratamientos.

2.- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de su situación de salud.

3.- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos una vez que se enteraron que tenían cancer de mama y que sintieron el apoyo institucional.

4.- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con cancer, en algunos casos ya lo sabían por sus antecedentes familiares.

5.- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad que han desarrollado para crear vínculos con asociaciones, fundaciones y profesionales de la salud.

6.- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro sin cancer de mama.

7.- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando toman la decision de probar los diferentes tratamientos para ya no continuar con el cáncer.

8.- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás a pesar de los cambios físicos.

9.- Reconstrucción cognitiva: es la habilidad para identificar los eventos negativos, la misma extirpación de los senos o la pérdida del cabello, por los tratamientos aplicados, lo cual no necesariamente les ha generado una forma diferente de percibirse como mujeres.

10.- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otras mujeres en algunos casos, compartiendo sus experiencias a través de charlas, o de apoyo en cirugias reconstructivas en fundaciones.

11.- Optimismo y esperanza: es la disposición que tienen con la idea de que el cancer no vuelva a surgir, por lo menos no el cáncer de mama.

Emociones y sentimientos

Antes de que les dieran la noticia, algunas ya experimentaban preocupación y miedo por los antecedentes familiares, en otras surgen cuando les dan la noticia, dado que para la mayoría cancer es sinónimo de muerte.

Conclusiones

1. Las mujeres que han padecido cáncer de mama en remisión si han desarrollado por lo menos algún factor resiliente. Factores resilientes encontrados:
 - a) Creencias como factor resiliente
 - b) Las mujeres que han padecido o padecen cáncer de mama en remisión cuentan con diferentes

tipos de apoyo, entre los que se encuentran, el apoyo familiar y el apoyo institucional: cambiaban gradualmente gracias tanto al apoyo institucional (instituciones de salud, fundaciones, instituciones religiosas y profesionales de la salud) como al apoyo informal (familia, amigos) recibido en cada caso, esto también al momento de afrontar su tratamiento.

- c) La percepción de la imagen corporal de las mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama sufrió algunos cambios físicos, durante el tratamiento y después del tratamiento. Pero aun así se mantuvo su propia concepción de lo que era para ellas el ser mujer.
3. En torno a los sentimientos y las emociones fueron variando antes, durante y después del tratamiento; al igual que antes del diagnóstico: En cuanto al tema de emociones y sentimientos antes, durante y después del tratamiento podemos decir que si bien al principio había tristeza y preocupación por lo que fuera a pasar, esto originado por la información con la que cuentan acerca de la enfermedad y sus experiencias previas con familiares. Aun así, se vio que esta tiene que considerar desde la realidad en que vive la persona, su vida cotidiana y sus necesidades emocionales y no se puede usar de manera predeterminada.
 4. Las expectativas encontradas, cambiaron antes y después del tratamiento; tanto a nivel externo como interno ya que mencionan una preocupación más constante por el futuro que por el pasado.
 5. Las motivaciones percibidas fueron variables, entre sus familias; así como ellas mismas fueron fuentes de motivación para otras mujeres que padecían cáncer de mama, así como la confianza percibida hacia las instituciones médicas y religiosas. Lo que a veces parecía frenar la motivación era lo que ellas vivían dentro de sus diferentes contextos sociales.

Bibliografía

- SSA: <https://www.gob.mx> 2024/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-informacion-general
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica
- Palomar, J. y Gómez N. (2010). *Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M)*. *Interdisciplinaria*, vol. 27, núm. 1. Pp 7-22. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M., Maugham, B., Mortimore, P. & Ouston, J. (1979). *Fifteen thousand hours*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis [Anna and Louis story]. *Liberabit. Revista de Psicología*, 11, 91-101
- Vanistendael, S. (1997, Junio). Resiliencia [Resilience]. Conferencia presentada en el Seminario: Los aportes del concepto de resiliencia en los programas de intervención psicosocial. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Vanistendael S., Vilar, J., y Pont, E. (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. *Educación Social*, 43, 93-103. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/180644/369540>.
- Vanistendael, S. (2014). Una definición sencilla de la resiliencia por Stefan Vanistendael. En Bice: Oficina Internacional Católica de la Infancia, Dignidad y Derechos del niño. Recuperado de <http://bice.org/es/una-definicion-sencilla-de-la-resiliencia-por-stefan-vanistendael>
- Martínez, Y y. Sánchez (2024) jefa de división de epidemiología, UMAE Hospital de Oncología CMN SIGLO XXI Y Medrano R. Director General, UMAE, Hospital de Oncología CMN SIGLO XXI. (gobierno de México, 2024).
- <https://www.gob.mx/salud/articulos/deteccion-oportuna?idiom=es>

Enfermedades Crónicas en México: El Trabajo Social como Factor Clave en la Atención

Chronic Diseases in Mexico: Social Work as a Key Factor in Chronic Disease Care

*Santos Rosa Irene Tong Núñez**

Román Rojo Urrea†

Irán Abelino Núñez Valenzuela‡

Resumen: La presente investigación tiene como objetivo identificar la relación y función de los trabajadores sociales en el contexto de la atención que reciben los pacientes con enfermedades crónicas en México. Se realizó una revisión bibliográfica y un análisis de datos de instituciones gubernamentales del sector salud. Los resultados revelan una prevalencia en las enfermedades crónicas en México, así como un impacto positivo en la relación y función del trabajador social en factores sociales y psicosociales del paciente. Por último, esta investigación subraya la necesidad imperente de un mayor número de trabajadores sociales en los servicios de salud en México.

Abstract: This research's objective is to identify the relationship and function of social workers in the context of service received by patients with chronic diseases in Mexico. A bibliographic review and data analysis from government institutions in health sector was carried out. Results reveal a prevalence in chronic diseases in Mexico, as well as a positive impact on functions and relationships of social worker on social and psychosocial factors of the patients. Finally, this research highlights the prevailing need to have greater number of Social Workers in health services in Mexico.

Palabras clave: roles; funciones; perfil; salud; intervención social; enfermedades.

Introducción

En los últimos años, los estilos de vida han experimentado cambios significativos a nivel global, con impactos especialmente notorios en México, llevando a una transformación profunda en los

* Doctora en Innovación Educativa por ITESUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: irenetong@uas.edu.mx

† Doctor en Educación Humanista por NEXUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: rojoroman@uas.edu.mx

‡ Doctor en Innovación Educativa por ITESUM; LGAC: Bienestar, Gestión Social y Gestión Organizacional; PITC Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa, URN, correo electrónico: iranabelinonunezvalenzuela@gmail.com

patrones de enfermedad. Entre las tendencias más preocupantes se encuentra el incremento en la inactividad física, impulsado en parte por el auge de la tecnología y el entretenimiento digital, que reduce la práctica del ejercicio y eleva el sedentarismo. Paralelamente, la alimentación ha sufrido una transición hacia dietas dominadas por alimentos procesados, azúcares refinados y grasas saturadas, desplazando el consumo de opciones frescas y nutritivas. A esto se suma el estrés crónico, fruto de ritmos de vida acelerados y exigencias laborales y sociales, junto con patrones de sueño alterados por la exposición continua a pantallas y las presiones diarias, factores que contribuyen al deterioro de la salud. Estas dinámicas, junto al envejecimiento poblacional y el incremento de responsabilidades de cuidado a cargo de familiares, resaltan la necesidad urgente de intervención por parte de trabajadores sociales en el ámbito de la salud. La demanda de servicios de trabajo social ha crecido en las últimas décadas, evidenciando la importancia crítica de esta profesión no solo en el contexto general, sino también en el sanitario. Los trabajadores sociales juegan un papel esencial en la atención integral de personas con enfermedades crónicas, proporcionando apoyo emocional, guía en el manejo de la enfermedad y ayuda en la navegación de los complejos sistemas de atención médica. Su trabajo abarca más allá del aspecto médico, al atender también las necesidades psicosociales y ambientales que influyen en el bienestar de pacientes y familias. La creciente prevalencia de enfermedades crónicas entre la población envejeciente presenta desafíos únicos que demandan estrategias de intervención innovadoras y adaptadas. Los trabajadores sociales, con su enfoque holístico y compromiso con el bienestar humano, están idealmente posicionados para liderar estos esfuerzos. En colaboración estrecha con profesionales de la salud, trabajan para desarrollar entornos de apoyo que promuevan la salud, autonomía y calidad de vida de los afectados, tal como destacan (González, 201; Espinoza, 2019; Velázquez, 2018; Rodríguez 2019).

Por consiguiente, las políticas públicas, tanto sociales como sanitarias, deben priorizar y revalorizar el rol crucial que el trabajo social desempeña en la promoción del bienestar de individuos, grupos y comunidades. Por consiguiente, es esencial reconocer que la responsabilidad de asegurar la salud de la ciudadanía recae en los gobiernos, y que su efectividad depende intrínsecamente de la implementación de medidas preventivas y políticas sociales adecuadas. Frente a esto, los sistemas de salud enfrentan el desafío de no solo responder a las necesidades inmediatas de las personas con enfermedades crónicas, sino también de implementar estrategias

proactivas para cambiar las tendencias de estas condiciones, muchas de las cuales son prevenibles. En este contexto, la intervención temprana y la prevención se convierten en componentes fundamentales de una estrategia de salud pública efectiva. Además, este enfoque preventivo exige una comprensión profunda de los determinantes sociales de la salud y reconoce la importancia de abordar los factores psicosociales que influyen tanto en la aparición como en el manejo de las enfermedades crónicas. Aquí es donde el trabajador social, especialmente en el ámbito sanitario, desempeña un papel indispensable (Martínez-Palacios, 2020; Raleigh, 2019).

Recientemente, el campo del trabajo social se ha expandido notablemente, permitiendo a los profesionales de esta disciplina incursionar en diversos sectores, entre ellos, el sanitario. En este ámbito, el trabajador social juega un rol fundamental en el abordaje de los aspectos psicosociales que inciden en la salud de los individuos. A través de un meticuloso proceso de diagnóstico y tratamiento, los trabajadores sociales sanitarios se enfocan en identificar y manejar los factores sociales que influyen en el bienestar físico y mental de las personas, así como en la prevención y manejo de enfermedades. Este enfoque holístico destaca la importancia de considerar no solo los aspectos biológicos de la salud, sino también los determinantes sociales que contribuyen al estado de salud general de una persona. Por lo tanto, la práctica de estos profesionales está intrínsecamente ligada a los centros de atención primaria y hospitales, lugares donde su presencia se ha vuelto indispensable para asegurar una atención integral a los pacientes. Esta función interdisciplinaria incluye desde la coordinación de recursos y servicios de apoyo hasta la participación en equipos multidisciplinarios para el diseño e implementación de planes de cuidado personalizados. Consecuentemente, la contribución de estos profesionales es crucial para superar las barreras socioeconómicas y culturales que a menudo impiden el acceso efectivo a los servicios de salud, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Reyes-Morales, 2019). En última instancia, el papel del trabajador social en el ámbito sanitario trasciende la mera atención individual, extendiéndose a la creación de estrategias de intervención que promueven la salud comunitaria y el bienestar colectivo. Por ende, la importancia de fortalecer la formación y práctica del trabajo social sanitario radica en su capacidad para responder de manera efectiva a las complejas necesidades de la sociedad contemporánea. En este sentido, es imperativo que la formación académica y profesional de los trabajadores sociales esté alineada con las demandas actuales del sector salud, promoviendo el desarrollo de habilidades y competencias específicas para este ámbito

(Gonzalez, 2011; Cedillo, 2020).

Este trabajo reviste gran importancia al contribuir significativamente al enriquecimiento del perfil profesional del trabajador social en el ámbito sanitario, identificando y delineando las funciones críticas que estos profesionales deben desempeñar para responder eficazmente a las demandas de la sociedad contemporánea. La estructura del estudio se organiza de manera cohesiva, comenzando con una introducción que establece el marco teórico y la relevancia del tema, seguida de una exploración detallada de los aspectos relacionados con la labor del trabajador social en el sector de la salud. Se aborda el contexto, se presentan las teorías subyacentes, se describen los métodos utilizados para la investigación, y se procede al análisis de los resultados obtenidos. Finalmente, se engloba la discusión de los hallazgos y se articulan las conclusiones derivadas del estudio, ofreciendo perspectivas valiosas para la práctica del trabajo social sanitario.

Métodos

La presente investigación se clasifica dentro del ámbito de la ciencia básica, conforme a la revisión de literatura especializada. Su propósito primordial es la generación de conocimiento teórico y conceptual, fundamentando su relevancia en el desarrollo y enriquecimiento del acervo científico. A través de este estudio, se busca no solo ampliar el entendimiento teórico en el campo de estudio, sino también aplicar dicho conocimiento para abordar y proponer soluciones a problemas prácticos y satisfacer necesidades específicas identificadas. La investigación básica, caracterizada por su naturaleza exploratoria y su orientación hacia el descubrimiento científico, ha sido un pilar fundamental en la evolución del conocimiento humano, permitiendo una comprensión más profunda de los fenómenos que nos rodean. En este sentido, el trabajo investigativo se erige como una herramienta esencial de indagación con un alcance universal, contribuyendo significativamente al avance de la ciencia y al bienestar de la sociedad (Hernández, 2018).

Diseño de Investigación: Este estudio se estructura bajo un diseño cuantitativo no experimental, fundamentado en la realización de análisis estadísticos que exploran la relación entre la distribución de los servicios de salud y la prevalencia de enfermedades crónicas en México. La elección de este diseño se justifica por el objetivo de examinar y comprender cómo la disponibilidad de servicios de salud impacta en la gestión y tratamiento de las enfermedades crónicas, áreas en las cuales los trabajadores sociales desempeñan un papel crítico en cada

institución de salud. Este enfoque permite una evaluación objetiva de las dinámicas y tendencias actuales en el sistema de salud mexicano, contribuyendo a la identificación de potenciales áreas de mejora en la atención y soporte a pacientes con condiciones crónicas (Álvarez, 2020).

Alcance de investigación: Por su naturaleza, descriptiva, enfocándose en detallar y esclarecer el comportamiento y las dinámicas entre la distribución de los servicios de salud y la incidencia de enfermedades crónicas en México. Para facilitar la interpretación y análisis, se utilizarán datos de fuentes oficiales, que permitirán presentar de manera clara y accesible la información recolectada, asegurando así la precisión y relevancia de los hallazgos obtenidos. Este enfoque descriptivo es fundamental para identificar patrones, tendencias y posibles áreas de intervención dentro del sistema de salud, contribuyendo significativamente a la base de conocimiento existente y ofreciendo un fundamento sólido para futuras investigaciones o decisiones políticas (Nieto, 2018; Jara 2022).

El Trabajo Social

En principio, explorar el origen del Trabajo Social implica adentrarse en narrativas diversas que lo asocian con la caridad, asistencia social o incluso lo vinculan directamente con el capitalismo, sin abordar las particularidades que han definido a esta profesión a lo largo de la historia. Distinguir el Trabajo Social de antecedentes como la caridad vinculada a santos o personajes históricos, y de su interpretación como una herramienta de control capitalista, demanda un análisis detallado que permita comprender su conformación específica y diferenciada. Este análisis debe considerar el contexto de su desarrollo, las aportaciones de otras disciplinas, y los actores clave en su fundación, evitando generalizaciones que diluyan su especificidad. A su vez, es crucial para el Trabajo Social construir una narrativa propia, basada en su realidad y no en idealizaciones, que permita entender su rol actual frente a las problemáticas contemporáneas. Desde este enfoque, se invita a cuestionar críticamente las representaciones tradicionales y a buscar elementos que refuercen su identidad profesional, rompiendo con mitos que limitan su desarrollo y consolidación como campo de conocimiento centrado en el cambio social (Tello & Ornelas, 2014).

Iniciando con la perspectiva ofrecida por Gil (2014) sobre la intervención profesional de los Trabajadores Sociales en España y el marcado carácter feminizado de esta profesión, se abre el camino para una exploración más amplia a nivel internacional. Este análisis nos lleva a la

investigación doctoral titulada "El Trabajo Social en Aragón" de Tomasa Báñez Tello. En su estudio, Báñez Tello se enfoca en el proceso de profesionalización del Trabajo Social en Aragón, identificándolo como un ámbito predominantemente femenino. La autora destaca la importancia de examinar el rol del género y sus transformaciones dentro del contexto histórico y social específico de esta profesión. Este análisis reside en la necesidad de comprender cómo la feminización del Trabajo Social influye en las dinámicas profesionales y en las relaciones de género, subrayando así la relevancia de este enfoque para una comprensión más profunda de la disciplina en su conjunto. Por tanto, esta revisión no solo arroja luz sobre el estado actual del Trabajo Social en Aragón, sino que también insta a reflexionar sobre las implicaciones más amplias de la feminización en el campo del Trabajo Social.

Retomando la contribución de Gil (2014) sobre la dimensión de género en el Trabajo Social, este autor profundiza en la interacción entre la profesionalización y el predominio femenino dentro de esta disciplina. El objetivo principal de este estudio era explorar en profundidad cómo la feminización de la profesión del Trabajo Social influye en las prácticas, percepciones y dinámicas profesionales dentro del contexto específico de Aragón. La afirmación central de Báñez Tello es que la naturaleza feminizada del Trabajo Social impone la necesidad de analizar críticamente el papel de las relaciones de género y sus evoluciones dentro de un marco histórico y social bien definido. Por lo tanto, este análisis no solo resalta la importancia de entender el Trabajo Social desde una perspectiva de género, sino que también subraya cómo estos insights pueden enriquecer nuestra comprensión global de la profesión y sus desafíos en el panorama contemporáneo.

En resumen, enfocarse en la feminización del Trabajo Social destaca las complejidades de género en la profesión, impulsando un análisis crítico sobre su impacto en la práctica y percepción del trabajo social. Este enfoque es crucial para desarrollar una formación y práctica profesional que sean inclusivas y sensibles al género, sentando las bases para investigaciones futuras. Este estudio, es fundamental para profundizar en el entendimiento de la disciplina, promoviendo una discusión más amplia sobre los efectos de la feminización en el Trabajo Social. Sin embargo, centrarse exclusivamente en la feminización puede reforzar estereotipos y estigmatizar la profesión, limitando la comprensión de su complejidad. Este enfoque podría simplificar en exceso los problemas sociales y limitar la exploración de factores importantes como la clase, etnia y orientación sexual. Además, podría introducir sesgos en la interpretación de los datos, afectando la

formulación de políticas y prácticas. Por lo tanto, es necesario un equilibrio cuidadoso para evitar depreciar la profesión y asegurar que el Trabajo Social sea valorado en su total complejidad.

Por su parte Holgado (2010), aborda desde otra perspectiva el Trabajo Social dentro del contexto español, específicamente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) en Andalucía, a través de su investigación doctoral titulada “Preparación comunitaria y contextos de intervención social en salud”. Esta investigación se centra en desentrañar cómo la interacción entre factores organizativos y comunitarios influye en la APS, y cómo estas dinámicas afectan el rol y las prácticas profesionales de los trabajadores sociales en los centros de salud. El punto crucial de este estudio es su contribución al entendimiento de cómo el entorno organizativo y las redes comunitarias modifican o potencian el desempeño de los trabajadores sociales, resaltando la importancia de estos factores en la optimización de los servicios de salud. Así pues, la labor de Holgado amplía significativamente nuestra comprensión de los retos y oportunidades que enfrentan los trabajadores sociales en el sector sanitario, evidenciando la necesidad de estrategias adaptativas que mejoren la integración y eficacia de la intervención social en salud.

Es fundamental destacar que la exposición anterior brinda una visión integral de los retos y posibilidades en el ámbito del Trabajo Social, la cual puede ser abordada desde diversas perspectivas. Inicialmente, desde el ángulo organizacional, se destaca cómo la estructura de los centros de salud impacta profundamente en la práctica profesional, enfatizando la relevancia de una gestión eficaz, políticas internas adecuadas y una cultura organizacional sólida. A continuación, en lo que respecta al entorno comunitario, se subraya la vital importancia de la relación entre los servicios de salud y la comunidad, demostrando que un vínculo más cercano fortalece la efectividad de las intervenciones sociales. Abordando el tema desde la perspectiva de las políticas de salud pública, se argumenta a favor de políticas inclusivas que integren tanto factores organizativos como comunitarios, promoviendo así un sistema de salud más cohesivo, donde el papel del Trabajo Social es esencial. Además, desde la óptica de la formación profesional, se recalca la importancia de capacitar a los trabajadores sociales con competencias específicas para que puedan maniobrar y aportar de manera efectiva en estos entornos complejos, equipándolos para los desafíos particulares del sector sanitario. Por último, esta contribución insta a la innovación en las prácticas de intervención social en salud, impulsando la creación de estrategias y herramientas que respondan a las necesidades dinámicas de la comunidad y fomenten una mejor integración de

los servicios sociales dentro del sistema de salud.

Para analizar la profesionalización del Trabajo Social en México, se necesita iniciar reconociendo su evolución desde las actividades caritativas de la Iglesia católica hasta la consolidación de esta disciplina como una profesión reconocida, especialmente tras la separación de la Iglesia y el Estado postrevolucionaria, que facilitó la creación de instituciones públicas y las primeras escuelas de Trabajo Social. La formación en Trabajo Social, que variaba entre técnica y universitaria, comenzó a recibir influencias ideológicas significativas en los años setenta, marcadas por la reconceptualización basada en teorías de la dependencia y el neo marxismo, lo que generó un desacuerdo entre la formación académica y la práctica asistencial. Esta discrepancia llevó a la disciplina a oscilar entre enfoques ideológicos centrados en la emancipación social y posturas adaptativas orientadas a la implementación de políticas sociales sin una crítica profunda de la problemática social. A pesar de esta transformación hacia un trabajo más instrumental y menos crítico dentro de las instituciones gubernamentales, el Trabajo Social ha buscado ampliar su marco teórico con aportaciones de disciplinas sociales internacionales, adaptándose a las modernizaciones gubernamentales y expandiéndose hacia el sector privado y las asociaciones civiles en las últimas décadas (Ribeiro et al., 2007).

Sobre enfermedades Crónicas

El estudio de enfermedades ha progresado de enfocarse en infecciosas a crónicas y raras, impulsado por el envejecimiento poblacional y avances en bienestar social. Las enfermedades crónicas, en particular, han capturado la atención en países avanzados debido a sus retos únicos en asistencia, impacto social y costos. Por lo que, estas enfermedades pueden considerarse trastornos de larga duración que requieren una adaptación en el estilo de vida y afectan significativamente la calidad de vida. Estos trastornos impactan a todos los grupos etarios, aunque son más comunes en adultos, y significativamente disminuyen la calidad de vida y la capacidad funcional de quienes las padecen. Representando un reto sustancial para la salud pública en las últimas décadas, las enfermedades crónicas son también una causa primordial del incremento en los costos de atención médica, constituyendo hasta el 75% del gasto sanitario en países occidentales y más del 80% del gasto en medicamentos. La medicina y las ciencias de la salud están incrementando su enfoque en la evaluación de las repercusiones que estas enfermedades tienen en varios aspectos de la vida de los

pacientes, más allá de los signos y síntomas físicos, promoviendo una comprensión holística de la persona enferma. Los pacientes deben aprender a convivir con su condición crónica, buscando alcanzar la mayor autonomía posible dentro de su nueva realidad. Este desafío del siglo XXI implica un cambio de actitud por parte del paciente hacia una vida normal, considerándose así no simplemente como enfermos, sino como individuos con una condición de salud particular que, con ciertas modificaciones en su día a día y una atención continua a sus síntomas y revisiones médicas, pueden llevar una vida distinguible de la de las personas no afectadas por estas condiciones (Avellaneda et al., 2007).

Por lo tanto, para abordar las enfermedades crónicas en las sociedades actuales, es esencial reconocer su creciente incidencia y prevalencia a nivel global, especialmente en países desarrollados, y comprender su naturaleza compleja y multifactorial. Estas condiciones, al afectar principalmente a poblaciones vulnerables, imponen desafíos significativos en ámbitos económicos, políticos, sociales y personales, debido a su impacto en la calidad de vida y la capacidad funcional de los afectados. Resulta crucial adoptar un enfoque holístico en las ciencias de la salud, que vaya más allá de los síntomas físicos, para considerar cómo las enfermedades crónicas afectan diversos aspectos de la vida cotidiana y las redes sociales de los individuos. Analizar los impactos de estas enfermedades desde una perspectiva psicológica, social y cultural, considerando factores como género y percepciones del cuerpo, permite una comprensión más rica de las experiencias de salud como fenómenos sociales. La cronicidad de estas enfermedades exige una adaptación permanente no solo en el plano individual sino también en el social, repercutiendo en relaciones interpersonales, ocupaciones y dinámicas familiares. Se observa la necesidad de estrategias para manejar el estigma y promover redes de apoyo social más fuertes. Por tanto, es vital reflexionar sobre la interacción entre enfermedades crónicas y la vida cotidiana, identificando cómo los factores físicos, emocionales y sociales se entrelazan en la experiencia de vivir con estas condiciones (Ledón, 2011).

Por su parte, la Secretaría de Salud (2022)¹, para 2018, las enfermedades no transmisibles (ENT), incluyendo diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares, emergen como retos sustanciales para los sistemas de salud a nivel mundial, exacerbados por cambios epidemiológicos que incrementan su prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades representan una proporción mayoritaria de las defunciones globales, con factores de riesgo clave

como el tabaquismo, inactividad física y dietas insalubres, presentando desafíos particulares en países en desarrollo debido a las restricciones económicas para su prevención y tratamiento. Avanzando hacia 2021, la situación se intensifica en América, que se distingue por tener las mayores tasas de sobrepeso, obesidad y consumo de alcohol a nivel mundial, enfrentando desafíos adicionales por el envejecimiento poblacional y la urbanización rápida. Este contexto demanda una revisión de los enfoques sociosanitarios y la adaptación de estrategias de prevención y mitigación, enfatizando la influencia de los determinantes sociales en el acceso a la salud. En México, el esfuerzo por monitorear y comprender las ENT a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) refleja un compromiso con la identificación precisa y la acción efectiva ante esta creciente carga de enfermedad, trazando un camino hacia políticas de salud pública más efectivas y equitativas en respuesta a los retos que las ENT representan en el siglo XXI.

Por su parte, Ardila (2018) menciona que, del 2006 a la fecha, aumentó en la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en adultos mayores de 20 años. Este estudio reveló un incremento notable en estos padecimientos, donde la diabetes mellitus escaló del 4.6% en 1993 al 7% en 2006, y la hipertensión arterial, del 10.1% al 15.4% en el mismo período. Este fenómeno no solo pone en relieve la creciente carga de enfermedades crónicas degenerativas que afectan diversos órganos y tejidos, sino que también resalta su papel como una de las principales causas de muerte en regiones específicas como el estado de Sonora, según informa la Secretaría de Salud en 2008. Además, este aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no solo refleja los avances significativos en áreas como la reducción de la mortalidad infantil y el manejo eficaz de las mismas enfermedades crónicas, sino que también señala el impacto de un aumento en la esperanza de vida y una mayor supervivencia ante enfermedades previamente consideradas como letales. Como consecuencia directa, se observa un notable envejecimiento de la población mexicana. Este cambio demográfico trae consigo un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas entre los adultos, lo que incrementa su peso en la carga global de enfermedad en México, exigiendo así una respuesta más enfocada y eficiente por parte del sistema de salud público y privado.

Entre las enfermedades crónicas más significativas se encuentran, además de la hipertensión arterial sistémica y la diabetes, las hiperlipidemias, el sobrepeso y la obesidad, el cáncer, y las enfermedades respiratorias crónicas, así como las discapacidades visuales y auditivas.

Es crucial reconocer que estas condiciones están profundamente enraizadas en estilos de vida poco saludables, marcados por dietas inadecuadas, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y un sedentarismo pronunciado. Esta relación directa entre los estilos de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas destaca la importancia de adoptar un enfoque proactivo en la promoción de hábitos saludables y la prevención de estas condiciones, para mitigar su impacto en la salud individual y colectiva, así como en los recursos del sistema de salud (Ardila, 2018).

Impactos del Trabajo Social en la salud

La intervención del trabajador social en el ámbito sanitario, según Otero (2019), subraya el modelo biopsicosocial instaurado desde la definición de salud de la OMS en 1946, que integró la dimensión social junto a la biológica en el cuidado de la salud, promoviendo un enfoque multidisciplinar. Este modelo reconoce tanto las necesidades sanitarias como las sociales de los pacientes y sus familias, abordando las enfermedades desde una perspectiva que considera los impactos psicosociales y la individualidad de cada persona. Los trabajadores sociales sanitarios desempeñan un papel crucial en los equipos de salud, analizando las necesidades sociales y utilizando recursos específicos para contribuir a la restauración de la salud de las personas. Reconocen que la enfermedad impacta de manera única en cada individuo, influyendo en su bienestar psicológico y social, y consideran factores como el estrés, la ansiedad, el aislamiento social y la depresión en su trabajo. En resumen, el trabajador social sanitario utiliza un enfoque integral que valora tanto las variables cualitativas como cuantitativas del paciente y su entorno para optimizar el tratamiento y el pronóstico de las enfermedades.

Por último, la calidad de vida, un concepto intrínsecamente multidimensional que abarca desde el estilo de vida y la vivienda hasta la satisfacción en el trabajo y la situación económica, varía significativamente entre individuos y comunidades debido a diferencias en valores, estándares y perspectivas. En el campo de la medicina, este enfoque se estrecha hacia la calidad de vida relacionada con la salud, enfocándose en cómo enfermedades y tratamientos inciden en el bienestar del individuo. La medición de este aspecto a través de cuestionarios se ha revelado como un método eficaz para evaluar el impacto de las enfermedades crónicas en la vida diaria. Los factores sociales, incluyendo el empleo, la vivienda, y el acceso a servicios, juegan un rol crucial en la calidad de vida, lo que se evidencia en estudios recientes que muestran variaciones en la

percepción de la calidad de vida en diferentes ciudades mexicanas. La evolución del concepto de calidad de vida desde su definición original por la OMS en 1948 hasta convertirse en una medida cuantificable resalta la importancia de adaptar las evaluaciones de salud a las experiencias y expectativas personales, lo que subraya que cada paciente puede tener una percepción única de su bienestar, influenciada por factores sociales, económicos y culturales. Este enfoque individualizado es clave para entender y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, adaptando los tratamientos a sus necesidades específicas y evaluando el éxito de estas intervenciones desde la perspectiva del paciente (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Interpretación del rol del TS en la salud

El trabajo social en el ámbito de la salud se distingue por ser una disciplina profesional centrada en analizar y abordar los factores psicosociales que afectan el bienestar y la enfermedad de los individuos. Esta práctica profesional no solo se dedica a investigar las circunstancias personales y las redes de soporte de cada paciente, como la familia y la comunidad, y posibles situaciones de marginación, sino que también se ocupa del tratamiento de los problemas psicosociales surgidos en contextos de enfermedad. La base de esta aproximación reside en entender a fondo la realidad única de cada usuario, crucial para una intervención efectiva.

Por consiguiente, el principal propósito del trabajo social sanitario es intervenir en los aspectos sociales que impactan la salud de la comunidad. Este fin se logra a través de un proceso metodológico diseñado para incentivar la participación activa de los usuarios en acciones que promueven, protegen y recuperan su salud, adecuándose a sus necesidades específicas. Las habilidades del trabajador social son fundamentales en este proceso, pues su formación les habilita para implementar metodologías especializadas en la investigación y en la elaboración de planes de intervención.

Por otro lado, la actuación de los trabajadores sociales en salud se enfoca especialmente en las repercusiones psicosociales de la enfermedad, utilizando técnicas y métodos particulares para evaluar el impacto de estas dimensiones en los pacientes. Esto conlleva la realización de diagnósticos sociales que complementan los médicos, poniendo énfasis en las variables socioeconómicas y culturales que afectan a la etiología y evolución de las enfermedades y sus consecuencias sociales. Su intervención tiene como objetivo identificar, controlar o eliminar los

elementos que impiden el logro de objetivos de salud y la utilización eficaz de los servicios. Adicionalmente, el papel del trabajador social se define a través de su interacción con los individuos, fundamentando su propósito en la asistencia, mediación, escucha activa e intervención. Esta interacción permite que el trabajador social juegue un rol crucial en el impacto de las intervenciones profesionales en el entorno social relacionado con la salud. Dentro del equipo multidisciplinario de atención sanitaria, el trabajador social identifica las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, fomentando el uso de los recursos disponibles, mediante funciones de investigación, planificación, educación social y gestión de recursos, dirigidas a la recuperación de la salud del paciente.

Resultados

a) Impactos Económicos de las Enfermedades Crónicas en México

Los datos proporcionados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Conciliación Demográfica de México revelan una perspectiva preocupante respecto al gasto de bolsillo ocasionado por enfermedades crónicas. Según las estimaciones poblacionales del INEGI, basadas en el Marco de Muestreo de Viviendas para los años 2020-2022, se identifica que la carga económica directamente atribuible a las enfermedades crónicas representa un factor significativo en la precarización de la situación financiera de las familias mexicanas.

La prevalencia de diabetes diagnosticada en 2021 alcanzó a 6.7 millones de individuos, correspondientes al 9% de la población mexicana. En este contexto, la falta de una cobertura sanitaria efectiva es un detonante directo de empobrecimiento. Diversos escenarios han sido modelados para comprender mejor el impacto financiero:

1. Escenario de Pago Compartido o Copago del 20%: Una familia promedio al destinar el 20% de su presupuesto al tratamiento de la diabetes, vería reducido su ingreso disponible anual a 101,000 pesos.
2. Escenario de Copago del 60%: Bajo esta circunstancia, el ingreso disponible de una familia promedio disminuiría a 48,000 pesos al año.
3. Escenario de Pago Total: En el caso más extremo, en el que la familia debe absorber el costo completo del tratamiento, se enfrentaría a la necesidad de endeudarse o desinvertir en su patrimonio.

Este análisis resalta la necesidad imperiosa de adoptar un enfoque holístico para abordar los retos actuales y futuros que enfrenta el sistema de salud mexicano. Dada la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, es esencial que las estrategias y modelos de negocio en el sector sanitario se adapten y evolucionen, enfocándose no solo en la atención médica, sino también en la prevención y la educación para la salud. Debe prestarse especial atención al desarrollo de políticas y sistemas que no solo traten los síntomas y consecuencias de estas enfermedades, sino que también aborden las causas subyacentes y los factores de riesgo modificables como la alimentación, el ejercicio y otros hábitos de vida.

b) Análisis del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria²

La transición hacia un sistema de salud de cobertura universal en México presenta desafíos significativos en términos de inversión financiera y adaptación de la infraestructura existente. La ampliación de servicios para alcanzar una cobertura universal requiere de una inversión adicional de entre 0.64 y 2.8 puntos porcentuales del Producto Interno Bruto (PIB), sin contar con los gastos adicionales necesarios para la infraestructura. Este análisis, basado en la clasificación de la Secretaría de Salud de cuatro tipos de unidades de salud, destaca la necesidad de una inversión sustancial para alinear el sistema de salud de México con los estándares internacionales de atención y cobertura hospitalaria.

Los datos del Sistema Nacional de Salud (DGIS) muestran que, en 2012, México contaba con 4,189 unidades de hospitalización, de las cuales aproximadamente dos tercios son administrados por el sector privado, y el resto por el sector público. Estas unidades son cruciales para el tratamiento de condiciones graves, y la accesibilidad a estas instalaciones es vital para mejorar la salud de la población. Aproximadamente 24 millones de mexicanos tendrían que trasladarse a otro municipio para recibir hospitalización, subrayando la importancia de una distribución equitativa de unidades hospitalarias en todo el país.

El análisis también aborda la distribución de camas censables, una métrica clave para evaluar la cobertura hospitalaria. Con 0.8 camas por cada mil habitantes en 2011, México se encuentra por debajo de los estándares internacionales sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda 2.5 camas por cada mil habitantes. Para alcanzar al menos una cama censable por mil habitantes, se requeriría una inversión adicional significativa en el sector

salud.

El informe concluye que lograr una cobertura universal de servicios de salud y mejorar la infraestructura hospitalaria conforme a estándares internacionales necesitaría un incremento del gasto público en salud de entre 6 y 19 puntos porcentuales del PIB. Esta inversión no solo facilitaría el acceso a servicios de salud de calidad para toda la población mexicana, sino que también aseguraría que la utilización de estos servicios no implique dificultades financieras para los usuarios. La implementación de este cambio estructural en el sistema de salud mexicano representa un desafío considerable, pero es un paso necesario para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención médica en el país.

c) Análisis Detallado de la Mortalidad por Enfermedades Crónicas en México

En relación con las enfermedades del corazón, el análisis demuestra una notoria desviación entre las expectativas y las cifras reales. Basándose en patrones endémicos, se preveían 386,153 defunciones, mientras que el modelo cuasi-Poisson proyectaba 417,653. No obstante, el número de fallecimientos registrados alcanzó una cifra alarmante de 545,403. Este dato se traduce en un exceso de mortalidad de 159,250 casos, o el 41.24%, según el primer modelo, y de 127,750 casos, equivalente al 30.59%, conforme al segundo modelo. En cuanto a la diabetes mellitus, el excedente de mortalidad también es significativo. Las proyecciones estimaban 273,373 defunciones según el análisis de canales endémicos y 266,076 según el modelo cuasi-Poisson, pero se reportaron 348,933 fallecimientos. Esto implica que se superaron las expectativas en 75,560 muertes (27.64%) y en 82,857 muertes (31.14%) para cada modelo respectivamente. Estos porcentajes reflejan un incremento preocupante y resaltan la necesidad de revisar las estrategias de salud pública. Es imprescindible señalar que las cifras analizadas se enmarcan en las proyecciones poblacionales del CONAPO y la Conciliación Demográfica de México para los años 2016-2050. Además, para los años 2020-2022, se tomaron como referencia las estimaciones poblacionales del INEGI, derivadas del Marco de Muestreo de Viviendas. Este escenario subraya la crítica realidad de las enfermedades crónicas en México y la urgencia de una respuesta de salud pública más efectiva y estratégica para afrontar este desafío creciente (INEGI, 2023).

d) La Mortalidad por Enfermedades Crónicas en México: 2018-2022

Analizando los datos proporcionados en los informes del INEGI de 2018 y 2022, se puede observar una evolución en la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas en México. En términos generales, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades del corazón siguen siendo causas significativas de mortalidad (INEGI, 2018; INEGI, 2018).

1. EPOC: En 2018, se registraron 23,414 defunciones por EPOC, con una mayoría no especificada (56.8%), y la mayoría de los fallecimientos ocurrieron en el grupo de edad de 65 años y más. En 2022, hubo 18,463 muertes debido a EPOC, con un incremento en los casos no especificados, que representaron el 68.0% de los fallecimientos. Del mismo modo, la mayoría de las muertes se concentraron en el grupo de edad de 65 años y más, representando el 91.4% de los casos.
2. Enfermedades cerebrovasculares: En 2018, hubo un total de 35,300 defunciones por enfermedades cerebrovasculares, siendo una de las principales diez causas de defunción, especialmente en personas mayores de 35 años. Para 2022, el número total de defunciones por enfermedades cerebrovasculares fue de 35,977, manteniendo su posición como una de las causas principales de muerte a partir de los 45 años.
3. Enfermedades del corazón: Las enfermedades del corazón en 2018 representaron 149,368 defunciones, con enfermedades isquémicas siendo la mayoría (72.7%). En 2022, el total de muertes por enfermedades del corazón fue de 200,023, con una proporción aún mayor de enfermedades isquémicas (76.5%). Esta categoría sigue ocupando un lugar predominante en términos de mortalidad.

Además, desde enero hasta marzo de 2023, se han registrado un total de 206,902 defunciones. Esta cifra representa una disminución notable de 48,961 defunciones en comparación con el mismo período en 2022, cuando el total alcanzó las 255,863 defunciones. La tasa de defunciones registradas por cada 100,000 habitantes para el primer trimestre de 2023 fue de 160, marcando una reducción de 39.5 puntos en comparación con el mismo período en 2022, que registró una tasa de 199.5. Este cambio indica una reducción significativa en la mortalidad general

en el país durante el primer trimestre de 2023 en comparación con el año previo (INEGI, 2023).

Discusion

En el entramado de la práctica del trabajo social dentro del sistema de salud mexicano, especialmente en el contexto de las enfermedades crónicas, se revela una rica historia de evolución conceptual y práctica que desafía las narrativas simplistas. Según Tello y Ornelas (2014), el trabajo social emerge de raíces diversas, transicionando desde actos de caridad hasta convertirse en una herramienta crítica para el cambio social, diferenciándose de sus precursores por su enfoque específico en la justicia social y el bienestar colectivo. Este análisis histórico y conceptual invita a una revisión crítica de las representaciones tradicionales del trabajo social, proponiendo una redefinición de su identidad profesional lejos de los mitos que han limitado su reconocimiento como un campo de conocimiento autónomo enfocado en el cambio social y la intervención comunitaria.

La discusión sobre la feminización del trabajo social, introducida por Gil (2014) y profundizada por Báñez Tello en su investigación sobre Aragón, ilumina la intersección entre género y práctica profesional en el trabajo social. Este enfoque resalta cómo la composición mayoritariamente femenina de la profesión no solo refleja las dinámicas sociales y culturales de su tiempo, sino que también plantea preguntas fundamentales sobre las percepciones, valoraciones y expectativas de género dentro de la disciplina. Al examinar cómo estas dinámicas de género influyen en las prácticas profesionales, se subraya la importancia de adoptar una perspectiva crítica y holística que reconozca el valor de la diversidad y la inclusión en la formulación de políticas y prácticas de trabajo social, particularmente en el ámbito de la salud.

En este contexto, el papel del trabajo social en el manejo de enfermedades crónicas se convierte en un tema de crucial importancia. La intervención del trabajador social sanitario, descrita por Otero (2019), destaca la adopción del modelo biopsicosocial propuesto por la OMS, que integra dimensiones sociales y biológicas en el cuidado de la salud. Este modelo permite a los trabajadores sociales abordar las enfermedades crónicas desde una perspectiva integral que considera los impactos psicosociales y la individualidad de cada paciente. Al reconocer la enfermedad como una experiencia que varía significativamente entre individuos, los trabajadores sociales pueden emplear estrategias específicas para mitigar el impacto de estas condiciones en la

calidad de vida de los pacientes y sus familias, enfatizando la necesidad de un enfoque personalizado y sensible al contexto en el cuidado de la salud.

La carga económica y social de las enfermedades crónicas, ilustrada por las estadísticas del INEGI y el CONAPO, subraya la urgencia de enfrentar este desafío con políticas y prácticas de salud pública más efectivas y equitativas. El análisis del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria revela que alcanzar una cobertura universal de servicios de salud en México requiere una inversión significativa, tanto en términos financieros como en la adaptación de la infraestructura existente. Este esfuerzo representa no solo un desafío considerable para el sistema de salud, sino también una oportunidad para mejorar de manera integral la accesibilidad y calidad de la atención médica en el país, garantizando así que todos los mexicanos puedan disfrutar de una mayor calidad de vida sin enfrentar dificultades financieras debido a su estado de salud.

Conclusiones y Recomendaciones

La evolución en el estudio de las enfermedades refleja un ajuste significativo en las prioridades de salud, marcando el paso de combatir infecciones a abordar patologías de naturaleza prolongada y trastornos poco comunes, un reflejo de cambios demográficos y mejoras en las condiciones de vida. Este desplazamiento enfatiza la emergencia de las enfermedades crónicas como una preocupación predominante en la agenda de salud pública de las naciones avanzadas, implicando una serie de retos únicos tanto en el ámbito asistencial como en el socioeconómico. Ante este escenario, se insta a una revisión profunda y amplia de los enfoques sanitarios actuales, proponiendo una visión integral del bienestar del paciente que sobrepasa los límites de la medicina tradicional para incluir todos los aspectos de su vida cotidiana. La gestión de estas condiciones de larga duración se convierte así en un eje central para asegurar una coexistencia armoniosa con la enfermedad, priorizando la autonomía del individuo y su capacidad para llevar una vida plena. Este enfoque renovado demanda no solo una adaptación por parte de los sistemas de salud, sino también un cambio cultural hacia una comprensión más completa de lo que significa vivir con una enfermedad crónica, redefiniendo el concepto de normalidad y salud en la sociedad moderna.

Por lo anterior, cabe mencionad que, la carga financiera que las enfermedades crónicas imponen a las familias puede llevar a consecuencias devastadoras, sumergiendo a los hogares en un ciclo de pobreza y enfermedad. En este contexto, se requiere una visión proactiva que incluya

innovaciones en la prestación de servicios de salud, apoyo para el autocuidado, acceso a tratamientos asequibles y cobertura de seguros ampliada y accesible. Este esfuerzo colaborativo entre entidades gubernamentales, el sector privado y la sociedad civil debe orientarse a garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, al mismo tiempo que se protege el bienestar económico de la población.

Así mismo, se deben explorar y estimular nuevos negocios y alianzas que se centren en la mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos, ofreciendo soluciones innovadoras que puedan ir desde la telemedicina y la salud digital hasta el desarrollo de programas comunitarios de bienestar. La adopción de tecnologías emergentes, la investigación y el desarrollo en áreas de salud preventiva y la integración de enfoques interdisciplinarios son fundamentales para crear un entorno de salud resiliente y receptivo a las necesidades cambiantes de la sociedad mexicana.

También, cualquier estrategia efectiva debe ser inclusiva y equitativa, garantizando que las personas en todas las regiones y de todos los estratos socioeconómicos tengan acceso a la información y a los recursos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud. Solo entonces podremos empezar a mitigar la carga que las enfermedades crónicas imponen a las familias y, por extensión, al tejido económico y social de México.

La continua evolución y el creciente impacto de las enfermedades crónicas en México subrayan la necesidad imperante de una respuesta sistémica y multifacética por parte del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto. Dado que enfermedades como la EPOC, las cerebrovasculares y las del corazón representan una proporción significativa de la mortalidad, se hace cada vez más necesario el fortalecimiento de estrategias de salud pública que abarquen no sólo la mejora de los servicios de atención médica, sino también la implementación de programas efectivos de prevención y concientización. Es esencial que estas políticas se diseñen considerando los datos actuales y proyecciones futuras para abordar eficientemente las causas subyacentes y los determinantes sociales de estas condiciones. La adaptación de las políticas debe incluir el fomento de hábitos saludables en la población, el acceso oportuno a diagnósticos precisos y el tratamiento adecuado de estas enfermedades, buscando así reducir su incidencia y mortalidad. Este enfoque integral y proactivo no sólo aliviaría la carga para el sistema de salud, sino que también mejoraría significativamente la calidad de vida de los mexicanos, marcando un avance hacia la sustentabilidad del bienestar social y económico nacional. En este contexto, se hacen evidentes las

siguientes recomendaciones estratégicas:

- **Fortalecimiento de la Formación y Práctica del Trabajo Social:** Es crucial revisar y actualizar los currículos de formación en trabajo social para alinearlos con las necesidades contemporáneas del sector salud, enfocándose en competencias claves como la intervención biopsicosocial, la gestión de recursos y la comunicación efectiva con pacientes y familias.
- **Integración de Estrategias Preventivas y Educativas:** Se recomienda el desarrollo e implementación de programas que promuevan estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas, integrando activamente a los trabajadores sociales en estas iniciativas para aprovechar su conocimiento en factores sociales determinantes de la salud.
- **Promoción de la Investigación en Trabajo Social y Salud:** Se insta a instituciones académicas y de salud a fomentar la investigación en el campo del trabajo social sanitario, con el objetivo de generar evidencia sobre las mejores prácticas y estrategias para el manejo integral de las enfermedades crónicas.
- **Políticas Públicas Inclusivas y Equitativas:** Se debe abogar por políticas públicas que reconozcan y promuevan el papel del trabajo social en la salud, asegurando la asignación de recursos suficientes para la contratación de estos profesionales en todos los niveles de atención sanitaria.

En conclusión, la encrucijada de desafíos y oportunidades que presentan las enfermedades crónicas en México, se manifiesta la imperiosa necesidad de reformular la estrategia nacional de salud hacia una más inclusiva, equitativa y proactiva, que no solo se enfoque en la atención médica, sino que abarque la prevención, la educación para la salud y la integración del trabajo social en todas sus dimensiones. La colaboración entre el gobierno, el sector privado, la comunidad científica y la sociedad es fundamental para desarrollar e implementar políticas y programas que respondan efectivamente a la complejidad de las enfermedades crónicas, promoviendo estilos de vida saludables, asegurando el acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados, y fortaleciendo el papel del trabajo social en el sector de la salud. Solo mediante un enfoque colectivo y multidisciplinario podremos avanzar hacia un sistema de salud resiliente que mejore la calidad de vida de los mexicanos, enfrentando con determinación y solidaridad los retos que las enfermedades crónicas imponen a nuestra sociedad. Este es el momento de actuar unidos por un futuro más saludable y

sostenible, donde cada individuo tenga la oportunidad de vivir una vida plena, libre de las cargas impuestas por las enfermedades crónicas.

Bibliografía

ALAD, 2010. (s.f.).

Antecedentes Bibliográficos. (s.f.). <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22631/Antecedentes.pdf>.

Antecedentes de Enfermedad Crónica en México. (s.f.). Antecedentes Bibliográficos.

Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38(1), 5-6. Obtenido de <file:///C:/Users/sepul/Downloads/lgoomez,+4525-21475-1-CE.pdf>

Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J. (2007). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 177-190. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000300002&script=sci_arttext&tlng=en

Barroilhet-Diez y col., 2005. (s.f.).

Brunner, 2004. (s.f.).

Carballeda, A. J. (2002). ¿ Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud:: obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación?. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (27), 1.

Cedillo, G. J. (2020). Trabajo social en salud: teoría y praxis innovadora. *Revista margen*.

De la Cruz Guerrero, J. (Jorge de la Cruz Guerrero de Octubre de 2012). Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Obtenido de Cobertura Universal de la Salud en México: Requerimientos de infraestructura y equipamiento: Gasto en infraestructura, Gasto público, salud, Salud y finanzas públicas, Sistema de salud: <https://ciep.mx/cobertura-universal-de-la-salud-en-mexico-requerimientos-de-infraestructura-y-equipamiento/>

Espinoza, J. L. (2019). Envejecimiento y políticas públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social. *Trabajo social hoy*, no 86, p. 53-66.

Esteban Nieto, N. (2018). Tipos de investigación.

Ferreira, M. R. (s.f.). Trabajo social y política social en México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 17(2), 175-200.

Gil Parejo, M. (2014). Contribuciones a la institucionalización del Trabajo Social en España. De los primeros ensayos a las primeras tesis doctorales.

GONZALEZ GONZALEZ, N. O. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con

- enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2.
- Hernández Sampieri, R. (15 de junio del 2018). *metodologia de la investigacion* (6th edition ed.). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, A. (. (2019). Técnicas estadísticas en el análisis cuantitativo de datos. *Revista sigma*, vol. 15, no 1, p. 28-44.
- Holgado Ramos, D. (2010). *Preparación comunitaria y contextos de intervención social en salud el trabajo social de atención primaria en Andalucía: tesis doctoral.*
- Igartua, J. J. (s.f.). El método científico aplicado a la investigación en comunicación social. . *Journal of health communication*, vol. 8, no 6, p. 513-528.
- Instituto Nacional de estadística y Geografía. (2023). ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES REGISTRADAS (EDR) 2022. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE 2019. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES REGISTRADAS (EDR). ENERO A MARZO DE 2023 (PRELIMINAR1). Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2023-1t.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. (s.f.).
- ISSSTE. (2009).
- Jara, O. H. (2022). *La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano—una aproximación histórica.*
- Ledón Llanes , L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), :488-499. Obtenido de https://web.archive.org/web/20190427152228id_/https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v37n4/spu13411.pdf
- Martínez-Palacios, J. (2020). *La interseccionalidad como herramienta analítica para la praxis crítica del Trabajo Social. Reflexiones en torno a la soledad no deseada. Cuadernos de*

Trabajo Social, vol. 33, no 2.

Otero, L. M. (2019). Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. Cuadernos de Trabajo Social, págs. vol. 32, no 1, p. 123-140.

Oyarce Chávez, E. (2019). Diagnóstico de clima organizacional y desempeño laboral en los Centros de Salud de la Red Chachapoyas-2018. (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza-UNTRM).

Raleig, M. V. (2019). Bienestar psicológico y social en jóvenes universitarios argentinos. Revista de psicología, vol. 7, no 14, p. 7-26.

Ramírez, E. E. (s.f.). Historia del trabajo social en México. Plaza y Valdes,.

Reyes-Morales, H. D.-M.-L.-A.-B. (2019). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México. salud pública de méxico, vol. 61, p. 685-691.

Ribeiro Ferreira, M., López Estrada, R., & Mancinas Espinoza, S. (2007). Trabajo social y política social en México. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, XVII(2), 175-200. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/654/65417208.pdf>

Rodríguez Otero, L. M. (2019). Salud y Trabajo Social: un analisis desde las perspectivas de la formacion y la investigacion. Cuadernos de Trabajo Social,, vol. 32, no 1.

Secretaría de Salud . (20 de Julio de 2022). Gobierno de México. Obtenido de Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México: <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-mexico-269304>

Secretaría de Salud México, 2008. (s.f.).

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2008. (s.f.).

Tello, N., & Ornelas, A. (2014). Historia del Trabajo Social en México. En T. Fernández García, & R. D. Fernández García, Trabajo Social. Una historia global (pág. 421). España: McGrawHill. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Ornelas4/publication/351448234_Historia_del_Trabajo_Social_en_Mexico/links/60988d8e299bf1ad8d8d81be/Historia-del-Trabajo-Social-en-Mexico.pdf

Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. 44(4), 349-361. Obtenido de

https://web.archive.org/web/20200710195240id_/https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal024i.pdf

Velázquez, M. C. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. Cuadernos de Trabajo Social, vol. 31, no 2, p.

Wild y col., 2004. (s.f.).

Notas _____

¹ Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México; Dirección General de Epidemiología; Publicación a cargo de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles; Panorama Epidemiológico 2018 y 2021. <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-mexico-269304>

² (De la Cruz Guerrero, 2012) <https://ciep.mx/cobertura-universal-de-la-salud-en-mexico-requerimientos-de-infraestructura-y-equipamiento/>

La experiencia subjetiva de las maestras y los maestros en la pandemia. Reflexión, formación y transformación

The subjective experience of teachers in the pandemic. Reflection, formation and transformation

*Néstor Hernández Benítez**

Resumen: La pandemia por COVID-19 que irrumpió globalmente en los inicios de 2020, puede entenderse como un acontecimiento complejo y multidimensional: económico, político, social, cultural y subjetivo. Esta ponencia forma parte de una investigación más amplia sobre las experiencias biográficas de las y los maestros en la pandemia. Se abordan los elementos subjetivos de la experiencia (Larrosa, 2002 y 2006), desde el principio de reflexividad: las dificultades para procesar lo vivido, el miedo, la incertidumbre y la depresión. También se documenta la experiencia de formación, transformación y construcción de alternativas de estos sujetos.

La perspectiva teórica fue construida desde un pensar categorial, en la que se pueden distinguir categorías como: experiencia, sujeto de la experiencia, contexto de riesgo, incertidumbre y miedo, basándose en los aportes de Larrosa sobre la experiencia (2002 y 2006), la sociedad del riesgo de Beck (2008) y el miedo líquido de Bauman (2007). La investigación tuvo un enfoque interpretativo, construyendo un ejercicio horizontal (Corona, 2012), que procuró establecer una relación dialógica y de colaboración con los sujetos, para construir narrativas biográficas escritas, que ayudaron a develar y a comprender como vivieron la pandemia.

Este tema es relevante y original, en tanto pretende documentar y develar la experiencia que construyeron los sujetos, enfocándose en el giro subjetivo que aporta la experiencia, articulando los aportes para la gestión de la pandemia y planteando algunas alternativas para promover la ética del cuidado.

Contribuye al conocimiento en dos sentidos: considerar a las y los maestros como sujetos que tienen la capacidad de construir su experiencia de la pandemia, para posibilitar la construcción de conocimientos sobre cómo vivir la pandemia, el cuidado y buscar alternativas de sobrevivencia. Es un conocimiento situado, que le otorga un sustento empírico a este problema.

Abstract: The COVID-19 pandemic that broke out globally at the beginning of 2020 can be understood as a complex and multidimensional event: economic, political, social, cultural and subjective. This presentation is part of a broader investigation into the biographical experiences of teachers in the pandemic. The subjective elements of the experience

* Doctor en Ciencias de la Educación. Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México (ISCEEM). Línea de investigación: educación, sociedad y cultura. Docente-Investigador en el ISCEEM-División Académica Tejupilco. Correo electrónico: nestorhernandezbenitez@yahoo.com.mx

are addressed (Larrosa, 2002 and 2006), from the principle of reflexivity: difficulties in processing what has been experienced, fear, uncertainty and depression. The experience of training, transformation and construction of alternatives of these subjects is also documented.

The theoretical perspective was built from a categorical thinking, in which categories can be distinguished such as: experience, subject of the experience, risk context, uncertainty and fear, based on Larrosa's contributions on experience (2002 and 2006), the Beck's risk society (2008) and Bauman's liquid fear (2007). The research had an interpretive approach, building a horizontal exercise (Corona, 2012), which sought to establish a dialogic and collaborative relationship with the subjects, to build written biographical narratives, which helped to reveal and understand how they experienced the pandemic.

This topic is relevant and original, as it aims to document and reveal the experience that the subjects constructed, focusing on the subjective turn that the experience provides, articulating the contributions to the management of the pandemic and proposing some alternatives to promote the ethics of care.

It contributes to knowledge in two senses: considering teachers as subjects who have the capacity to construct their experience of the pandemic, to enable the construction of knowledge about how to live through the pandemic, care, and seek survival alternatives. It is situated knowledge, which gives empirical support to this problem.

Palabras clave: pandemia; experiencia; sujeto; maestros; subjetividad; incertidumbre; miedo.

En Diciembre de 2019, irrumpió en la provincia de Wuhan en China, el virus bautizado como SARS-COV-2 en un escenario mundial de aparente certidumbre y comodidad. La irrupción del virus, fue un acontecimiento que en poco tiempo se convirtió en una crisis sanitaria y en una emergencia global. Por ello, la pandemia por COVID-19, puede entenderse como un acontecimiento y un fenómeno complejo y multidimensional: económico, político, social, cultural y subjetivo.

Ante esta emergencia, a finales de marzo de 2020, un tercio de la población mundial estaba confinada y se sometía a las medidas excepcionales de una pandemia global. Estas medidas incluyeron principalmente: el cierre de fronteras, el confinamiento, el distanciamiento social, el cierre de escuelas, fábricas y comercios, entre otras.

En México, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2022, los maestros y estudiantes vivieron el cierre de las escuelas como una medida sanitaria para prevenir los contagios del coronavirus que ocasiona la enfermedad de COVID-19. Los maestros continuaron trabajando con los estudiantes desde la educación virtual y a distancia a fin de no interrumpir el derecho a la educación.

Oficial y socialmente se ha visto a los maestros como trabajadores que tienen que seguir

laborando, en la idea de cumplir con el papel asignado de enseñar. Sin embargo, no nos hemos detenido a pensar que los maestros son al mismo tiempo sujetos que les tomó por sorpresa la irrupción abrupta del virus y su propagación, las múltiples caras de la crisis estructural, así como una serie de dislocaciones en su vida cotidiana. Los maestros también padecieron los múltiples efectos de la pandemia, particularmente en la dimensión subjetiva: el riesgo de contagio, el miedo y la incertidumbre.

Por ello, resulta pertinente y relevante investigar el problema de la pandemia por COVID-19 y la construcción de experiencias, desde la perspectiva de los maestros. Esta propuesta reconoce elementos que sitúan y sitian al maestro dentro de un contexto de crisis, riesgo e incertidumbre, pero al mismo tiempo brinda la posibilidad de reconocer a los maestros como sujetos con capacidad de pensar la realidad, de narrar y de construir experiencias biográficas sobre la pandemia.

Esta ponencia forma parte de una investigación más amplia sobre las experiencias biográficas de las y los maestros en la pandemia, planteando la necesidad de considerarlos como sujetos de la experiencia. La investigación tuvo como objetivo central: Comprender la configuración de las experiencias biográficas de los maestros ante la pandemia por COVID-19, en contextos de riesgo e incertidumbre. Por ello, se apostó a escuchar y reconocer a los maestros como sujetos, para conocer las huellas y heridas que les ha marcado la pandemia, así como las experiencias que han construido, pero también para comprender las formas de enfrentar y superar los efectos subjetivos de la pandemia.

La perspectiva teórica fue construida desde un pensar categorial, basándose en los aportes de Larrosa sobre la experiencia (2002 y 2006), la sociedad del riesgo de Beck (2008) y el miedo líquido de Bauman (2007). La investigación se situó en el enfoque interpretativo, construyendo un ejercicio horizontal (Corona, 2012), que procuró establecer una relación dialógica y de colaboración con los sujetos, para construir narrativas biográficas orales y escritas, que ayudaron a develar y a comprender como vivieron y padecieron la pandemia.

En este contexto de la investigación, la ponencia parte de la pregunta: ¿Cómo construyeron los maestros su experiencia subjetiva sobre la pandemia?, teniendo como objetivo el abordar los elementos subjetivos de la experiencia (Larrosa, 2002 y 2006), desde el principio de reflexividad: las dificultades para procesar lo vivido, el miedo, la incertidumbre y la depresión; también, busca documentar la experiencia de formación, transformación y construcción de alternativas de estos

sujetos.

Los sujetos-maestros, después de la noche oscura que representó la experiencia vivida en la pandemia, se encuentran vulnerables y frágiles, con la subjetividad fracturada, marcada por el miedo, la incertidumbre y la depresión, pero también con lecciones a veces crueles (De Sousa, 2020) que les dejó esa experiencia, que también fue formativa y transformadora, provocando cambios en sus formas de ser, estar, sentir y pensar. Esta ponencia contribuye en dos sentidos: considerar a las y los maestros como sujetos de la experiencia, así como posibilitar la construcción de conocimientos sobre cómo vivir la pandemia, el cuidado y buscar alternativas de sobrevivencia. Es un conocimiento situado, a partir del cual se pueden elaborar reflexiones que ayuden al cuidado de sí y de los otros, a través de estrategias de escucha y reconocimiento.

Por ello, la ponencia se enmarca en lo que *me-nos pasa* de la experiencia, teniendo su punto central en el *me*; es decir, en el propio sujeto. Por ello, de acuerdo con Larrosa: “reflexividad, subjetividad y transformación es lo que tiene que ver con el sujeto de la experiencia, con el quien, de la experiencia, con el me de ‘eso que me pasa’”. (Larrosa, 2006, p. 18).

Existe un principio de reflexividad, subjetividad y transformación de la experiencia que construye el sujeto. La reflexividad es un movimiento de ida y vuelta, en tanto que la subjetividad alude a las palabras, ideas, sentimientos y representaciones del sujeto, haciendo una experiencia única, singular y particular. La formación y la transformación, conlleva a que el sujeto está abierto a su propia transformación de sus palabras, ideas, sentimientos y representaciones, en el sentido de que la experiencia me forma y me transforma. Larrosa (2006) es explícito al desarrollar este principio: “algo me pasa a mí. No que pasa ante mí, o frente a mí, sino a mí, es decir, en mí. La experiencia supone, ya lo he dicho, un acontecimiento exterior a mí. Pero el lugar de la experiencia soy yo”.

En esta ponencia se aborda el *me* de la experiencia, en términos de elementos reflexivos, subjetivos, de formación y transformación que las y los maestros construyeron en la pandemia por coronavirus. Se trata de experiencias singulares y únicas, que nos permiten reflexionar sobre el acontecimiento, el pasaje y la pasión ocasionados por la pandemia.

En este sentido, en un primer momento se analizan algunas reflexiones generales sobre la pandemia que los sujetos compartieron en sus narrativas; en una segunda parte, se documenta la dimensión subjetiva, marcada por el miedo, la incertidumbre y la depresión. Asimismo, se plantean

algunas reflexiones sobre la formación y transformación que han vivido las y los maestros, así como algunos horizontes de vida. Finalmente, el escrito arriba a algunas consideraciones finales.

1. Algunas reflexiones sobre la pandemia. Dificultades para procesar lo vivido

La experiencia es un movimiento de ida y vuelta; es “un movimiento de ida porque la experiencia supone un movimiento de exteriorización, de salida de mí mismo, de salida hacia fuera, un movimiento que va al encuentro con eso que pasa, al encuentro con el acontecimiento” (Larrosa, 2006, p. 90). También es un movimiento de vuelta porque “la experiencia supone que el acontecimiento me afecta a mí, que tiene efectos en mí, en lo que yo soy, en lo que yo pienso, en lo que yo siento, en lo que yo sé, en lo que yo quiero”(p. 90). Este doble movimiento de ida y vuelta de exteriorización y de interiorización es lo que define el principio de reflexividad, en el que el sujeto de la experiencia es capaz de construir reflexiones que configuran la subjetividad y que, a su vez, lo forma y lo transforma.

Las y los maestros hacen un ejercicio reflexivo sobre la experiencia vivida por la pandemia de coronavirus. Para el maestro José “no fue una experiencia grata”, más bien representó “malos recuerdos”, dice Leonardo. Otros maestros admiten como Ben Hur, que fue “una experiencia difícil y dura” o en términos de María “experiencias tan fuertes que he vivido durante este proceso”.

Las y los maestros en sus reflexiones reconocen la afectación que les ocasionó la pandemia. Leonardo afirma que: “la pandemia y el Covid-19 afectaron en gran medida mi vida y la de mi familia”, llegando a calificarla como una “pesadilla”. Por su parte, Mayra reconoce que: “los efectos de la pandemia los he enfrentado con mucho dolor”, debido a la pérdida de su pareja, pues “la pandemia nos quitó a mí y a mi niña una persona muy importante en nuestras vidas”.

Al tratar de reflexionar lo difícil, dura, fuerte y dolorosa que fue la experiencia de la pandemia, varios maestros coinciden en que no han terminado de procesar dicha experiencia desde su subjetividad. Ben Hur admite que: “no sé cómo pude salir a flote”; por su parte, Leonardo refiere que “es complicado entenderlo”, mientras que María afirma no logra entender el contagio, la enfermedad y la muerte de su hermano, incluso va más allá al admitir que: “muchas veces lo he pensado, me he culpado, me he recriminado si pude haber hecho algo más por él”.

Al pensar la experiencia vivida, las y los maestros reconocen como Mayra que “esta situación que me pasó tal vez nunca la pueda superar”, coincidiendo María al afirmar que: “no creo

haberlo superado aún, eso tomará su tiempo”.

El acontecimiento de la pandemia dejó huellas y heridas en las y los maestros, marcando una experiencia fuerte y dolorosa, que les permiten pensar y reflexionar sobre lo sucedido, pero también pensar-se como sujetos con dolores y pérdidas, que aún no logran entender del todo este conjunto de situaciones que han “dislocado” sus vidas (Navarrete, 2020), por lo que ha sido difícil de procesar subjetivamente esta experiencia.

2. Sobre-vivir en la pandemia. Entre el miedo, la incertidumbre y la depresión

La experiencia es siempre subjetiva, porque el lugar de la experiencia es el sujeto. En la construcción de la experiencia se encuentra el principio de subjetividad, que supone que “no hay experiencia en general, que no hay experiencia de nadie, que la experiencia es siempre experiencia de alguien o, dicho de otro modo, que la experiencia es, para cada cual, la propia, que cada uno hace o padece su propia experiencia, y eso de un modo único, singular, particular, propio (Larrosa, 2006, p. 90). Desde esta dimensión subjetiva de la experiencia, el sujeto es capaz de dejar que algo le pase, es decir, que algo le pase en sus palabras, en sus ideas, en sus sentimientos, en sus representaciones.

La pandemia ha trastocado la subjetividad de los maestros. María reconoce que “el miedo, la incertidumbre y la inseguridad se han vuelto parte de mi vida; no sé si en algún momento de mi vida pueda estar tranquila otra vez”. Asimismo, varios de los maestros y maestras coinciden en que la pandemia les generó miedo e incertidumbre; Aideé expresa ese miedo e incertidumbre, aclarando que se trata del miedo a la muerte, en tanto que José alude al miedo y angustia a contagiarse de la enfermedad y que constantemente “vivo en la incertidumbre de que me llamen que algo pasó con mis seres queridos”; por su parte, Leonardo dice que “se hizo presente el miedo, la incertidumbre y la preocupación de cuando mi familia y mis padres se enfermaron”.

Al respecto, Schor (2020) plantea que con la pandemia por coronavirus “somos partícipes de un fenómeno viral extraño a nivel planetario, del cual no tenemos antecedentes, ni de cómo vino, ni de cómo se va, ni de cómo sobrevivir. Sabemos poco y nada” (Schor, 2020, p. 1); este desconocimiento ha fracturado la subjetividad de los sujetos, generando incertidumbre, la cual se instala en el campo del no saber, del sólo “saber que no sabemos”. En esta situación de incertidumbre, agrega Schor (2020), “queda el interrogante sobre el después, que puede venir

acompañado de miedo y angustia”. (p. 2). El no saber que hay después del acontecimiento de la pandemia, produce el miedo al contagio, al riesgo y a la muerte.

Por otro lado, la pandemia también ha generado afectaciones subjetivas en lo que se refiere a los estados emocionales entre los maestros, como la tristeza y la depresión. Leonardo refiere la tristeza que le ocasionó cuando sus padres se enfermaron, así también Ben Hur recuerda cómo sufrió junto con su familia la enfermedad confinados en casa, resultando “demasiado triste”; por parte José coincide en que ha vivido “la tristeza y la melancolía de no tener ya más a la persona querida”. En su narrativa José subraya la tristeza y desolación después de la muerte de su padre por covid-19, cuando refiere: “regresamos a casa, al ambiente era muy triste y desolador, todo fue tan abrupto que no lo esperamos, mi mamá dibujaba en su rostro una tristeza profunda”.

La tristeza por la enfermedad o la muerte fue la antesala a la depresión que vivieron la mayoría de las y los maestros. Aideé reconoce que tuvo momentos de estrés y cansancio físico y emocional con la enfermedad de su esposo, que derivó en “malestares emocionales y físicos, desde dolores de cabeza y espalda, en ocasiones falta de sueño, dolor de pecho o hasta dificultades para respirar”. En otros casos como el de Mayra, la depresión fue más profunda al referir que: “no tenía ganas ni de levantarme, no comía, no quería salir; entre en un estado de depresión, no podía dormir”; así también María que, después de la pérdida de su hermano y su papá, pasó por un proceso de depresión, desestabilidad emocional, puesto que “no lograba entender que en 7 meses, hubiera perdido a dos personas a las que amaba tanto”.

Ante esto, conviene preguntar: ¿Qué tipo de sujetos somos que padecieron la pandemia? La respuesta es compleja, pero se puede decir que: “somos un sujeto partido en estado de urgencia subjetiva y social, en un tiempo del trauma. Somos un sujeto desprovisto de respuestas posibles, acordes a su circunstancia, que pudieran apaciguar su sufrimiento” (Schor, 2020, p. 3). Somos sujetos afectados y fracturados subjetivamente, que estamos luchando por superar el trauma de la pandemia.

3. La pandemia como experiencia de formación y transformación

Garduño (2020) afirma que “después de esta pandemia, no seremos los mismos”. La experiencia de la pandemia ha provocado una serie de cambios en los sujetos, en tanto han vivido un proceso de formación y transformación. De acuerdo con Larrosa (2006): “la experiencia es siempre

subjetiva y algo que nos transforma” (p. 90), de ahí la relación constitutiva que existe entre la idea de experiencia y la idea de formación, por lo que la experiencia es la formación o la transformación del sujeto de la experiencia.

En la experiencia existe un principio de transformación que se refiere a que el sujeto está expuesto y abierto a su propia transformación; es decir, “el sujeto hace la experiencia de algo, pero, sobre todo, hace la experiencia de su propia transformación. De ahí que la experiencia me forma y me transforma” (Larrosa, 2006, p. 90). Esto significa que el sujeto de la experiencia no es el sujeto del saber, o el sujeto del poder, o el sujeto del querer, sino el sujeto de la formación y de la transformación.

Para el caso de las y los maestros, podemos denominar puntos de inflexión a los eventos clave que modifican las trayectorias vitales y cuyo origen radica en diversas situaciones o acontecimientos ocurridos durante la formación. La experiencia de la pandemia, el confinamiento, el contagio, la enfermedad, incluso la muerte, constituyeron en puntos de inflexión en la vida de los maestros. En el caso de la maestra María afirma que con la experiencia de la pandemia: “Me convertí en una mujer temerosa, creí que en cualquier momento también iba a morir... No sé si en algún momento de mi vida pueda estar tranquila otra vez”, en tanto que en el otro punto de la formación Mayra expresa: “todas estas experiencias me transformaron como persona para ser mejor y más fuerte cada día”. Del temor a la fortaleza, puede haber variantes en la formación de los sujetos de la experiencia.

Algunas de las maestras asocian la experiencia a construir un aprendizaje, pues la pandemia les dejó lecciones en la vida. En el caso de Aideé, afirma que: “aprendí que todo es cambiante y que nada es para siempre, aprendí a sobresalir de las circunstancias que la vida presenta”; asimismo Mayra coincide en la idea de aprendizaje: “la pandemia me dejó muchos aprendizajes de la vida a valorar, en primera instancia la propia vida, a valorar a nuestros seres queridos, a cuidarnos mucho y disfrutar cada instante que Dios nos permita vivir”. En este sentido, esta serie de situaciones límite y puntos de inflexión que las y los maestros vivieron y padecieron durante la pandemia, les dejó “lecciones crueles” como lo expresa De Sousa Santos (2020) en el contexto de una “cruel pedagogía del virus”.

El principio de formación de la experiencia también está asociada a la transformación del sujeto, como la ha expresado Larrosa (2006), por lo que otros maestros consideran que hubo una

serie de cambios en su forma de ser, estar, sentir y pensar en el mundo, a partir de un darse cuenta de un proceso de conciencia. Aideé, pasó de “ser una persona que se preocupaba por todo a aprender que es necesario intentar vivir de una manera más relajada, sin tomarme las cosas tan a prisa”. Por su parte Leonardo afirma que: “La pandemia marcó un antes y un después en mi vida”, subrayando que “cambió mi forma de pensar y de ver la vida”, al valorar y cuidar más la vida de sus seres queridos y la propia, así como poder manifestar sentimientos más profundos y maneras de expresar cariño hacia sus seres queridos. Asimismo, Ben Hur reconoce un cambio en su forma de ser y estar, pues “trato de mantener una actitud positiva ante la vida”. En este sentido, Aramayo (2020), plantea que “Saquemos lecciones positivas de la pandemia. [En tanto] esta crisis puede invitarnos a reencontrarnos con la naturaleza y a disfrutar de las relaciones interpersonales como antaño” (s/p) o, en palabras de Mayra: “a ser mejores cada día”.

4. La luz al final del túnel. La construcción de alternativas

Desde la condición de vulnerabilidad y fragilidad que provocó la pandemia y que se objetiva en el miedo, la incertidumbre y la depresión, las y los maestros tienen la capacidad de reflexionar sobre lo que les sucedió, ver la luz al final del túnel y plantear alternativas para continuar la apuesta por la vida en formas otras. En este sentido, como lo expresa Schor (2020): “debemos reinventar construcciones sociales y nuevas narrativas aplicables a un mejor vivir” (p. 3).

Por ello, Leonardo expresa que la pandemia “me permitió saber que existen enfermedades que en un abrir y cerrar de ojos te pueden quitar a lo que más quieres, eso me llena de miedo”, pero también vio esta experiencia como “una oportunidad de estar vivo y de disfrutar la vida en familia, disfrutar a nuestros seres queridos y seguir cuidando de los demás y de uno mismo”. En esta idea coincide Mayra al plantear que: “la pandemia me dejó muchos aprendizajes, a valorar la vida, a cuidarnos mucho y a disfrutar cada instante que Dios nos permita vivir”. Destaca en la narrativa de Mayra y Leonardo el valorar la vida, el cuidado de sí y de la familia, el disfrute de la vida y el agradecimiento a Dios.

Esta conciencia de la oportunidad de seguir vivos a la que refiere Leonardo, hace que los maestros construyan dos formas de existencia que les permita sobrevivir después de la pandemia: uno, que consiste en mantenerse ocupados y en movimiento para seguir luchando en la vida e incluso olvidar las huellas y heridas; otro, que se refiere a re-valorar la vida en una actitud de calma

y de un estilo de vida sano.

En la primera forma, María expresa su apuesta al trabajo, considerándolo como una terapia para mantener la mente ocupada: “simplemente el mantenerme ocupada para no pensar en lo que sucedió”; también José refiere a “tener siempre mi mente en movimiento...tratando de escribir, leer, ver series y películas”. En tanto, en la segunda forma existencial, Aideé considera que “es necesario intentar vivir de una manera más relajada, sin tomarme las cosas tan a prisa”, aclarando que “en ese intentar, [se trata de] llevar una vida más sana y sin tantas presiones”. Por su parte Ben Hur reconoce que “trato de mantener una actitud positiva ante la vida, a la vez que me concentro en las cosas que puedo hacer y disfrutar”.

Parecieran dos formas de vida contrarios, pero demuestran que cada sujeto construye una experiencia particular, en la que unos responden tratando de estar ocupados, mientras que otros requieren de calma. Es interesante ver como la pandemia, marcó un alto, una interrupción en el camino y obligó a las y los maestros a detenerse y reflexionar lo que pasaba con su vida; el mantenerse ocupado puede interpretarse como una forma de escape de la realidad, para tratar de olvidar lo sucedido; mientras que el tomar la vida con calma, puede verse como un cambio en la forma de mirar y estar en el mundo.

Al respecto, Han (2012) argumenta que “el énfasis de ser activo tiene mucho en común con la hiperactividad y la histeria del sujeto de rendimiento tardomoderno” (p. 50), por lo que hay necesidad de una revitalización de la vida contemplativa, a través del aprender a mirar, que significa “acostumbrar el ojo a mirar con calma y con paciencia, a dejar que las cosas se acerquen al ojo, es decir, educar el ojo para una profunda y contemplativa atención, para una mirada larga y pausada” (Han, 2012, p. 53).

Por otro lado, en la apuesta por la vida, después de la pandemia y de las secuelas de miedo, incertidumbre y depresión que dejó, algunos maestros como Ben Hur afirma que: “trato de mantener una actitud positiva ante la vida, a la vez me concentro en las cosas que puedo hacer y disfrutar; no me encierro en los estragos que me provocó la enfermedad, aunque en realidad no los olvido”. Por su parte, Mayra se plantea seguir luchando, reconociendo que: “me toca a mí sola enfrentar los obstáculos que cada día se presentan”, agregando que “uno de mis principales motivos para levantarme y seguir luchando por la vida, es mi niña que está tan pequeña y que ahora tengo la doble responsabilidad de su cuidado y educación”; estos retos y obstáculos que enfrenta Mayra

le mueven a “ser mejor y más fuerte cada día”. La actitud positiva y la lucha en la vida, constituyen posicionamientos para continuar caminando después de la pandemia.

En este volver a caminar por la vida, las y los maestros coinciden en un cambio y transformación de sus formas de vida, optando por un estilo de vida sano, que permita el cuidado de sí y de los otros, mediante la ayuda y la solidaridad, destacando la necesidad de un giro hacia lo espiritual y la práctica de los valores que conduzcan al bien común. Con relación al estilo de vida sano, se encuentra asociado al cuidado de sí; Aideé, dice: “me he tomado el tiempo para salir a caminar, disfrutar de la naturaleza, así como pasar más tiempo con mi familia”, coincidiendo María en “salir a caminar”, mientras que para Ben Hur el adoptar un estilo de vida sano, implica “hacer deporte; ser más organizado y estar más cerca de mis seres queridos”. Desde esta perspectiva, “esta crisis puede invitarnos a reencontrarnos con la naturaleza y a disfrutar de las relaciones interpersonales como antaño” (Aramayo, 2020, s/p).

Otra de las alternativas después de la pandemia, ha sido el apoyo y solidaridad de familiares y amigos; María considera que: “la ayuda de mi familia y de mi hija han sido dos elementos que me han ayudado a superar o a sobrellevar las experiencias tan fuertes que he vivido durante el proceso de pandemia”, en tanto José valora los mensajes de apoyo de compañeros de trabajo, las llamadas por teléfono de familiares, al considerar que “las palabras del otro son fundantes en esos momentos de angustia e incertidumbre”. Por ello, Fuentes (2020), plantea la necesidad de preservar las relaciones sociales en la pandemia y pospandemia, así como Manrique (2020), quien invita a que “seamos hospitalarios con el acontecimiento, con la otredad, pero sobre todo con los otros” (p. 160); una hospitalidad que también implica ayuda, apoyo y solidaridad. Sin embargo, Mayra expresa que al momento del regreso a las escuelas, “el gobierno solo dijo: ‘ya es hora de regresar’, como si nada hubiera pasado; sólo les importó cumplir con las políticas educativas. Ahí hubo una falta de comprensión, apoyo y hospitalidad.

Por otra parte, las y los maestros reconocen un giro existencial después de la pandemia, en el caso de María al decir que “ahora he procurado ocuparme también en mi crecimiento espiritual”, así como Ben Hur que se ha ocupado en: “visitar a personas que requieren ayuda espiritual y emocional”; para Mayra, este crecimiento espiritual, implica “poner en práctica los valores como la humildad, la honestidad, la solidaridad, el respeto, responsabilidad y muchos más”. En este sentido Gabriel Markus (2020), sostiene que necesitamos una pandemia metafísica; es decir, “una

unión de todos los pueblos bajo el techo común del cielo del que nunca podremos evadimos. Vivimos y seguiremos viviendo en la tierra; somos y seguiremos siendo mortales y frágiles” (p. 134).

5. Consideraciones finales

El virus SARS-COV-2 cuyo origen es incierto, pero que se afirma, surgió en la provincia de Wuhan en China a finales de 2019, provoca la enfermedad por COVID-19 que afecta principalmente el sistema respiratorio, ocasionando enfermedades severas e incluso la muerte, ante la falta –en ese momento- de tratamientos y vacunas que previnieran y curaran la enfermedad. En pocas semanas se convirtió en pandemia de alcances globales, por lo que los gobiernos de los países tuvieron que tomar medidas como el confinamiento y el distanciamiento social, cerrando por más de dos años escuelas, centros de trabajo y espacios públicos.

La investigación abordó el problema de la pandemia desde la experiencia biográfica de las y los maestros y no desde la función de enseñar, tratando de estudiarlo desde una mirada compleja (Morín, 2004), en el sentido que plantea Bodiou (2020): “Una epidemia es tan compleja porque es, siempre, un punto de articulación entre determinaciones naturales y determinaciones sociales. Su análisis completo es transversal: hay que comprender los puntos donde las dos determinaciones se cruzan, y extraer las consecuencias”; esto significa que fue necesario analizar articuladamente las dimensiones naturales o biológicas de la pandemia con las dimensiones sociales y culturales, que incluyen la propia subjetividad y experiencia de los sujetos.

Al considerar a la dimensión subjetiva como constitutiva del fenómeno de la pandemia, ha sido necesario realizar un “giro subjetivo”, que ha implicado una revalorización del relato en primera persona, la subjetividad, y la cultura (Sarlo, 2005); se trata de una propuesta de democratización de los actores de la historia, de que tomen la palabra los excluidos, los débiles, los que antes no tenían voz.

El elemento central de esta investigación ha sido abordar la construcción de la experiencia de las y los maestros desde sus propias voces y miradas, en el sentido que propone Larrosa (2002 y 2006) quien considera que la experiencia es “eso que me-nos pasa”, en donde hay un acontecimiento, un pasaje que se padece y reflexiones que forman y transforman al sujeto de la experiencia.

Esto significa que en el centro de la experiencia se encuentra el sujeto, pues al hablar de ese “nos pasa” de la experiencia, tiene que ver con la subjetividad y con el sujeto al que le pasan cosas, que es vulnerable, abierto, que se conmueve; se trata de pensar el sujeto de la experiencia como más pasional que activo, lo cual no quiere decir que no sea activo, sino que en la acción encuentra un motivo de pasión. Es decir, para poder conocer lo que les pasó a las y los maestros durante la pandemia, en su condición humana, es importante realizar un giro hacia el sujeto de la experiencia, distanciándonos del papel asignado.

Las y los maestros, vivieron el sur de la cuarentena, puesto que ésta “[fue] más difícil para algunos grupos sociales que para otros...otros grupos para los que la cuarentena es particularmente difícil. Son los grupos que tienen en común una vulnerabilidad especial que precede a la cuarentena y se agrava con ella” (De Sousa, 2020, p. 45). Por tanto, situados y situados, vivieron situaciones de riesgo e incertidumbre durante la pandemia.

Las y los maestros, son sujetos con rostro humano que no sólo desempeñan la función de enseñar, sino que piensan, sienten y actúan. María, Mayra, Leonardo, Ben Hur, Aideé y José fueron los sujetos de la experiencia que construyeron y compartieron sus narrativas para apoyar esta investigación. Son sujetos con una vida particular, con rasgos biográficos propios con los que se enfrentaron a cada una de las etapas del acontecimiento de la pandemia, viviéndola desde las tres dimensiones de la experiencia: pasaje, pasión y reflexión, así como desde las etapas de la enfermedad por covid: confinamiento, miedo, infodemia, contagio, enfermedad, hospitalización, muerte y la “nueva normalidad”.

Las y los maestros padecieron la pandemia, particularmente cuando enfermaron ellos o sus familiares, siguiendo cada etapa desde el contagio hasta el desenlace que fue salvarse o morir. En este tránsito fue constante la condición de fragilidad y la afectación, mediante la tristeza, el llanto, hasta la devastación y el quiebre. También el miedo, la incertidumbre y la depresión pueden verse como secuelas subjetivas de la pandemia en los sujetos. De acuerdo con Schor (2020), la experiencia de la pandemia, puede verse como una experiencia traumatizante, puesto que “estamos ante la experiencia de lo real, de lo traumático; es decir, atravesados por lo imposible de saber, de hacer, de soportar la incertidumbre” (p. 2).

Los sujetos, después de la noche oscura que representó la experiencia vivida en la pandemia, se encuentran vulnerables y frágiles, con la subjetividad fracturada, marcada por el

miedo, la incertidumbre y la depresión, pero también con lecciones a veces crueles (De Sousa, 2020) que les dejó esa experiencia, que también fue formativa y transformadora, provocando cambios en sus formas de ser, estar, sentir y pensar.

Asimismo, de la experiencia de la pandemia pueden extraerse varias lecciones como: el retorno del enemigo viral, el tiempo de plantear preguntas y reflexiones ante la vida y la realidad que vayan más allá del miedo y la incertidumbre, el cuidado de sí y de los otros, el respeto y el cuidado de la naturaleza, el valor de la vida, la revaloración de los espacios sociales como la escuela y los sujetos, la hospitalidad, entre otras.

Finalmente, retomando a Benach (2020), se puede afirmar que “sólo mediante una nueva articulación entre los procesos políticos y civilizadores será posible comenzar a pensar en una sociedad en la que la humanidad asuma una posición más humilde en el planeta en el que habita” (s/p). Esta nueva articulación presupone un giro epistemológico, cultural e ideológico que respalde las soluciones políticas, económicas y sociales que garanticen la continuidad de una vida humana digna en el planeta. Tenemos la oportunidad histórica de ser más conscientes, más sensibles y más humanos; necesitamos apostar fuertemente por una transformación cultural, que es la apuesta por la vida, ante el riesgo de la muerte. Es la apuesta por el buen vivir.

Bibliografía

- Aramayo, R. (2020). Reflexiones desde la filosofía: lo que COVID-19 puede enseñarnos. En: *The conversation*. 20 de octubre de 2023. <https://theconversation.com/reflexiones-desde-la-filosofia-lo-que-covid-19-puede-ensenarnos-134023>
- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Paidós.
- Beck, U. (2008). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Benach, J. (2020). *Hay que aprovechar esta pandemia para hacer un cambio social radical*. Entrevista a Joan Benach. En: *Sin permiso*, 25 de octubre de 2023. <https://www.sinpermiso.info/textos/hay-que-aprovechar-esta-pandemia-para-hacer-un-cambio-social-radical-entrevista-a-joan-benach>
- Bodiou, A. (2020). Sobre la situación epidémica por Alain Bodiou. En: *Televisa News*. 28 de octubre de 2023. <https://noticieros.televisa.com/especiales/alain-badiou-opinion-cambios-politicos-coronavirus/>
- Corona, S., (2012). “Notas para construir metodologías horizontales”, pp. 85-110. En: Corona y Kaltmeier (coord.). En: *Diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. Gedisa.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La cruel pedagogía del virus*. TNI-CLACSO.
- Fuentes, A. (2020). El fin del apretón de manos: el virus visto desde la antropología. En: *El País*. 25 de marzo. Consultado en: https://elpais.com/cultura/2020/03/25/babelia/1585148542_239017.html
- Garduño, T. (2020). La pandemia y la utopía: hacia nuevos paradigmas educativos. En: *El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual. Covid-19 y la educación en 2020*, año 35, núm. 221. Mayo-junio. México. Ediciones Eón-UAM-A.
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Han, B. (2020). La emergencia viral y el mundo del mañana. En: *El País*, 27 de marzo. Consultado en: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>
- Larrosa, J. (2002). *Entre las lenguas. Lenguaje y educación después de Babel*. Laertes.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. En: *Revista Educación y Pedagogía*, 18. Consultado en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/19065>

- Maestra Aideé. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Maestra María. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Maestra Mayra. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Maestro Ben Hur. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Maestro José. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Maestro Leonardo. (2023). Narrativa escrita sobre su experiencia en la pandemia.
- Manrique, P. (2020). “Hospitalidad e inmunidad virtuosa”. En: Agamben, G. (coord.). En: *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO. Consultado en: <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Markus, G. (2020). “El virus, el sistema letal y algunas pistas para después de la pandemia”. En: Agamben, G. (coord.). En: *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO. Consultado en: <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Morín, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Navarrete, F. (2021). Las dislocaciones de la Covid-19, viejas desigualdades y nuevas batallas. En: *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (65), pp. 124–139. Consultado en: <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2278>
- Sarlo, B. (2005). *Tiempo Pasado. Cultura de la Memoria y giro subjetivo. Una discusión*. Siglo XXI Editores.
- Schor, C. (2020). Consecuencias subjetivas de la pandemia. En: *Pensar la pandemia. Observatorio social del coronavirus*, No. 18. CLACSO. Consultado en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/03/Schord-Landman.pdf>



Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, A.C.

Sede: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en
Ciencias y Humanidades, UNAM
Torre II de Humanidades 6° piso
CU, CDMX, México



Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad de la Investigación en Humanidades,
Ciudad Universitaria, C. P. 04510,
Coyoacán, Ciudad de México

