

Apuntes sobre la interdisciplinariedad e interseccionalidad desde el género y las juventudes para abordar la percepción de la salud

2



<https://doi.org/10.22402/ed.leed.978.607.26779.2.0.c2>

Leticia Báez Pérez

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Janeth Rojas Contreras

El Colegio de Tlaxcala A.C.

Liliana Estela Rubí Sánchez

Universidad de la Salud - UNISA

Agradecimiento

Agradecemos al Proyecto 321320- "Estrategias para la prevención, diagnóstico, registro y seguimiento de la enfermedad renal y de sus factores de riesgo socioambientales en poblaciones vulnerables de Tlaxcala". CINVESTAV, CONAHCyT, PRONACES Salud por permitirnos generar las siguientes reflexiones.

Índice de contenido

2. Apuntes sobre la interdisciplinariedad e interseccionalidad desde el género y las juventudes para abordar la percepción de la salud, 36

Resumen, 39

Abstract, 39

2.1 La interdisciplina en el abordaje de la salud-enfermedad, 41

2.2 De la salud-enfermedad al proceso salud-enfermedad-atención, 42

2.3 La interseccionalidad como perspectiva de abordaje de la salud, 43

2.4 La articulación de los enfoques interseccional e interdisciplinario para abordar la salud, 44

2.5 Intersección género-juventud en la percepción de la salud, 46

Conclusiones, 47

Referencias, 50



Resumen

El presente capítulo pretende abordar la temática salud-enfermedad a partir de las antropologías social y médica, y la psicología de la salud, en un intento por señalar los elementos y espacios analíticos y metodológicos donde estas logran integrarse en una dinámica interdisciplinaria, así como trazar algunas reflexiones que permitan pensar en la percepción de la salud y la enfermedad de hombres y mujeres jóvenes desde un enfoque interseccional para reconocer los procesos de desigualdad y dominación que atraviesan tanto en la percepción de su salud como en los procesos de atención a la salud-enfermedad. A través de esta

mirada imbricada se busca reconocer cómo los factores histórico-culturales influyen en la experiencia de la salud-enfermedad; por ende, por qué resulta primordial su integración en el análisis y en la visibilización de los desafíos que enfrentan las juventudes en el reconocimiento y tratamiento de su salud.

Palabras clave: juventudes-género, interdisciplina, interseccionalidad, percepción de la salud.

Abstract

This chapter addresses the topic of health and illness from the perspective of social and medical anthropology and health psychology, in an attempt to identify the analytical and methodological elements and spaces where these approaches can be integrated into an interdisciplinary dynamic. It also offers some reflections that allow us to consider the perception of health and illness among young men and women from an intersectional perspective. This approach recognizes the processes of inequality and domination they experience both in their perception of health and in the processes of health and illness care. Through this intertwined

perspective, we seek to recognize how historical and cultural factors influence the experience of health and illness; therefore, why their integration is essential in the analysis and visibility of the challenges young people face in the recognition and treatment of their health.

Keywords: youth-gender, interdisciplinarity, intersectionality, perception of health.

El concepto de salud no debe limitarse a la ausencia de enfermedad, sino abarcar las condiciones bajo las cuales el individuo puede realizar su potencial.

Marie Jahoda, 1958

Desde 1948, el constructo de la salud ha sido definido partiendo de las dimensiones físicas, mentales y sociales (Alcántara, 2008; Nzietchueng et al., 2023), dimensionando la salud más allá de lo individual, por diversas disciplinas sociales que han logrado complejizar el abordaje sobre las experiencias y percepción de la salud de las personas, principalmente en aquellas que viven realidades con características particulares que en algún momento las pueden hacer más propensas a ser vulneradas (Capriati & Wald, 2020).

Las ciencias sociales y de la salud, a lo largo de la historia, han aportado marcos teóricos para el desarrollo del estudio de la salud, bajo los cuales se generan perspectivas que buscan estudiar la realidad por medio de distintas variables, como en el caso de la antropología y la psicología. La primera, en su aplicación a la salud, incorpora la explicación sociocultural, histórica y significativa a la interpretación que hacen los actores sociales, en tanto sujetos del padecer (Barragán, 2011). Mientras la psicología de la salud opera, de manera individual o colectiva, realizando evaluaciones, diagnósticos y/o modificaciones conductuales con respecto a algún problema psicológico relacionado con la salud, tanto en sus diversos contextos como en diferentes niveles de atención (Oblitas, 2006). La conjunción de puntos en común de estas disciplinas permite el nacimiento de una dinámica interdisciplinaria para el entendimiento profundo de procesos de salud-enfermedad y para la creación

de propuestas de impacto positivo hacia la salud, no solo a nivel individual sino también social.

El proceso analítico de esta integración compleja exige un tratamiento profundo para hacer notorios aquellos filtros perceptivos que no suceden de manera homogénea y que solo pueden ser abordados desde enfoques sensibles y analíticos como la interseccionalidad que, en conjunción con la interdisciplinariedad, permiten hacer análisis interdimensionales desde las identidades y desigualdades que viven ciertos grupos en sus procesos de salud debido a su condición de jóvenes y de género, determinados y entrelazados por lo social, lo histórico y lo político (Aguado & Portal, 1999; Capriati & Wald, 2020).

En los siguientes apartados se desarrolla una reflexión sobre el papel de categorías como la interdisciplinariedad y la interseccionalidad para comprender y analizar los procesos de atención a la salud-enfermedad en hombres y mujeres jóvenes. Se enuncian los procesos de salud-enfermedad en su vertiente relacional biosociocultural, para apuntalar la necesidad de un abordaje interdisciplinario e interseccional en la construcción de marcos explicativos más abarcadores/fronterizos que permitan visibilizar las dinámicas de interacción entre los sujetos y su entorno en la búsqueda de la salud. Finalmente, se decanta sobre la percepción de la salud en las juventudes con sus categorías analíticas transversales, principalmente desde el

género, y haciendo mención de otras como la clase social, la edad y la raza. La intersección de las categorías permite abordar a las juventudes que atraviesan problemas de salud-enfermedad, y se destacan las relaciones hegemonía/subalternidad en la búsqueda y respuesta que les es dada desde su conjunto social.

La interdisciplina en el abordaje de la salud-enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948). Desde entonces, el modelo propuesto por esta organización para entender la salud no ha sido reemplazado por ningún otro. Según Ramírez-Hita (2019), el éxito del modelo se debe a que completa un aspecto fundamental, y es que la salud no solo sería la ausencia de enfermedad sino un completo estado de bienestar.

Si el término salud va más allá de la ausencia de la enfermedad e incluso se plantea como el completo bienestar físico, mental y social del ser humano, necesariamente provoca involucrar elementos de orden sociocultural que coadyuvan a la búsqueda y mantenimiento de dicho estado, los cuales están instalados en las condiciones materiales de vida, relacionadas a su vez con la calidad de esta ligada a la satisfacción-insatisfacción de necesidades en su jerarquía biosocial (Peña, 2012).

Parte de estos modos de vida constituyen determinantes sociales de la salud, que la OMS define como los cambios macroeconómicos, macropolíticos, sociales, demográficos y ambientales, la tecnología y la educación, además de la propia biología humana. De manera concreta, son las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las que ejercen influencia relacional con el proceso salud-enfermedad (Rodríguez-Corredor, 2020).

Para Rodríguez-Corredor (2020) la salud y la enfermedad guardan estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en el que transcurre la existencia de las poblaciones; asimismo, las condiciones del entorno ambiental, los estilos de vida y los riesgos de sus integrantes son los que al cabo de la interacción contribuyen o no al bienestar de la población. Igualmente, Alcántara (2008) menciona que la salud es un hecho social tanto material como inmaterial, multidimensional y multicausal que trasciende y desborda el área meramente médica, yendo más allá de la biología y la psicología, para involucrar la economía y la política, logrando tejer un fenómeno individual y colectivo en constante interacción, de tal manera que la salud es el resultado de la interrelación de la biología humana con los factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

En la década de los setenta del siglo XX, mejoró el entendimiento de la salud desde la mirada biopsicosocial, cruzando la frontera de cada una de las aristas y constituyendo la interdisciplinaria para explicar la salud-enfermedad, lo que posteriormente se conformó como transdisciplina para explicar la interacción de las variables concomitantes de los procesos del binomio salud-enfermedad.

De acuerdo con Follari (1999), la interdisciplina puede entenderse como “un grado superior de construcción del conocimiento, que, para configurarse, supone necesariamente apelar a las disciplinas individuales previamente constituidas” (p. 29), por lo que se constituye por procesos generales de integración de segmentos de distintas disciplinas en donde el conocimiento se genera por el involucramiento de diferentes perspectivas en modelos colaborativos (Gibbons et al., 1994).

La interdisciplina es un concepto ambiguo y complejo, que no se compone de acciones sumativas del marco teórico de cada disciplina sin establecer alguna relación, sino que hay una integración disciplinar de un marco y metodología común

(Villa-Soto et al., 2004). En este sentido, se pueden encontrar propuestas integrativas como el campo teórico denominado “ciencias sociales de la salud” (Briceño-León, 2003), el cual pretende promover el diálogo y el trabajo interdisciplinario para dejar de entender a la salud desde el punto de vista netamente médico.

Como menciona Mascareño (2018), en la dinámica de sistemas complejos, los objetos de estudio y metodología se traslapan, por lo que las ciencias son capaces de establecer relaciones, y esto es necesario, pues, aparte de ser parte del progreso científico, los problemas actuales requieren de la integración de diferentes herramientas, provenientes de distintas disciplinas, para resolverlos (Mendoza & Barria, 2021). Con base en lo anterior, disciplinas propias de las ciencias sociales y las humanidades, como la psicología y la antropología, han transitado hacia marcos analíticos integrativos o comunes para el abordaje, entendimiento y comprensión de los problemas actuales de salud en diversas sociedades.

De la salud-enfermedad al proceso salud-enfermedad-atención

El proceso salud-enfermedad-atención se vuelve un objeto de estudio antropológico que parte de la biología y se construye culturalmente en el estado de bienestar-malestar de los individuos. Para Menéndez (1994, p.71):

Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurantes en todo sistema y en todo conjunto social; que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Una de las principales herramientas que emplea este autor para el análisis de la interacción cultura-biología es el binomio hegemonía/subalter-

nidad, el cual le permite reconocer la existencia de desigualdades socioeconómicas, así como las diferencias culturales que permean las relaciones entre los actores. Si miramos a la salud sin los componentes socioculturales, pareciera un fenómeno ajeno al sujeto; sin embargo, al contextualizar al sujeto, se vislumbran los medios que este emplea para atender sus problemas de salud y las acciones que están cruzadas por un sistema amalgamado en esta dicotomía relacional (Menéndez, 1990). La antropología médica propone que las enfermedades no constituyen solo procesos biológicos, sino una permanente interacción de procesos sociales, económicos, políticos y culturales (Menéndez, 2017).

Los sujetos que han perdido esta noción del bienestar o que inician con procesos de enfermedad toman decisiones de atención o desatención de los síntomas, de acuerdo con el contexto socio-cultural en el que habitan. Una de las miradas que ha contribuido al análisis de estas decisiones es la de la psicología de la salud, que opera de manera individual o colectiva, realizando evaluaciones, diagnósticos y/o modificaciones conductuales con respecto a algún problema psicológico relacionado con la salud, tanto en sus diversos contextos como en diferentes niveles de atención (Oblitas, 2006) esta es capaz de profundizar en el estudio de la relación salud-pensamiento-conducta, porque, al poder abordar a la persona bajo diversos modelos de salud, tiene la facultad de dilucidar las distintas variables involucradas en diferentes etapas del proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta atributos y creencias individuales, así como los elementos contextuales en los que se desarrollan, de tal manera que el aporte de este campo del conocimiento es que se puedan generar dinámicas informativas, reflexivas, modificadoras de las conductas en condiciones de salud (Pérez-Laborde & Moreyra-Jiménez, 2017), y sobre todo el cuestionamiento sobre el rol pasivo de las personas en sus procesos de salud-enfermedad con el fin de reconocer su rol activo.



En este punto, la antropología y la psicología logran tejer miradas comunes sobre las diversas dimensiones o elementos que integran la salud-enfermedad porque trascienden miradas reductivas sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud, para poner sobre la mesa de discusión la importancia de entender elementos orgánicos, psíquicos y socioculturales como un todo, como aspectos que están mutuamente relacionados.

Sin embargo, existen áreas de acción que pueden resultar difícilmente accesibles, ya sea para la antropología o para la psicología. Por ejemplo, para la primera, puede ser de difícil acceso la capacidad operativa de la psicología de la salud en los niveles de intervención, promoción y rehabilitación; aunque esta "imposibilidad" podría derivar de la legitimidad que las personas depositan sobre la psicología de la salud, para que esta actúe directamente sobre ellas. Por otra parte, la psicología de la salud encontraría limitaciones para acceder a las interpretaciones antropológicas que se concentran en entender la forma en que la cultura (formas simbólicas, cosmogonía, rasgos étnicos, históricos y más) configura el conjunto de creencias socialmente compartidas que determinan las percepciones y conductas de las personas en la relación salud-enfermedad, ya que la recomendación general para la praxis de la psicología de la salud es acotar el estudio, solamente, a los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención de alguna enfermedad y promover la salud (Piña & Rivera, 2006), con el fin de evitar ambigüedades interpretativas que interfieran en los procesos de intervención, aun si estos elementos tienen un aporte sustancial para el abordaje del fenómeno en su complejidad.

La interseccionalidad como perspectiva de abordaje de la salud

Consideramos que además de los retos paradigmáticos, epistemológicos y metodológicos que impone la salud en sus dimensiones orgánica,

psíquica, cultural y social, para ser analizada desde la interdisciplinariedad; también es necesario reconocer que estas dimensiones de la salud no acontecen de manera homogénea, sino que están imbuidas en relaciones de poder, de dominación, que obligan a pensar en la necesidad de construir trayectos interdisciplinarios que incluyan miradas críticas sobre las desigualdades y vulneraciones en el reconocimiento a la salud y la manera en que las personas desean y pueden vivirla a partir de sus peculiares condiciones y rasgos de vida.

En este sentido, observamos que la interdisciplinariedad tendría que ser capaz de mantener una postura crítica y analítica, para transitar de las interrogantes ¿qué es la salud-enfermedad?, ¿qué elementos la integran?, ¿cómo se expresa?, ¿cómo atenderla?, hacia nuevas preguntas como ¿de quién es la salud-enfermedad?, ¿a quién se le reconoce la salud-enfermedad?, ¿cómo se vive la salud-enfermedad en función de ciertas pertenencias sociales, políticas, culturales, históricas y económicas?, es decir, tendría que incorporar el enfoque de la interseccionalidad.

Según Golubov (2017), la interseccionalidad es una herramienta heurística que introdujo Kimberlé Crenshaw, una académica afrodescendiente especializada en estudios críticos del derecho, con el objetivo de visibilizar a las "mujeres de color" a la reflexión y quehacer político del feminismo. Dicha autora afirma que la interseccionalidad "es una herramienta útil para detectar las múltiples discriminaciones que se entrecruzan de tal forma que cotidianamente producen la subordinación y la marginación de las mujeres, en distintos niveles de la vida pública y privada" (p. 198).

La interseccionalidad es un concepto que nos permite identificar las interacciones entre el género, la raza y la clase, principalmente. Para esta autora, las relaciones de desigualdad existen si desembocan en discriminación y opresión o marginación. Estas condiciones no son ajenas a las experiencias, trayectorias y entramados de poder en los

que se teje la relación salud-enfermedad donde se expresan diferencias y discriminaciones entre los actores sociales involucrados (enfermos y cuidadores, por ejemplo); en función de las relaciones de hegemonía/subalternidad que establecen tanto con las instituciones de seguridad social como con otros actores sociales y políticos relacionados con la atención médica y hospitalaria que, en diferentes niveles, ejercen procesos de racialización, clasismo, miradas adultocéntricas y patriarcales, así como vulneraciones sobre la salud de las personas.

La salud en sus diferentes enfoques de prevención, atención primaria y tratamiento, y en distintas fases de las trayectorias de atención □ desde las decisiones paliativas sobre el malestar corporal tomadas en el hogar hasta la atención en espacios de especialización médica y hospitalaria □ se encuentran permeadas por interseccionalidades invisibles que se relacionan con la pertenencia o localización en espacios históricamente excluidos, empobrecidos, con alta exposición a factores ambientales que disminuyen la salud, donde también se expresa una centralización de servicios médicos en las ciudades y de bajos recursos que permitan influir sobre la procuración de hábitos saludables. De alguna manera, la interseccionalidad permite afinar la mirada sobre las desigualdades que posibilitan la prevalencia o crecimiento de algunas enfermedades en poblaciones de ciertas regiones, estratos sociales, etnias y más.

Bajo esta lupa, aspectos como la juventud, el género y la salud (temas que ocupan a este escrito) son entendidos como configuraciones que dependen de las coyunturas, contextos, procesos históricos y del conjunto de valores sociales de papeles y significaciones que les son conferidos a cada aspecto de manera social, política y económica. Por lo que apuntamos a cuestionar las miradas biologicistas, etarias o estigmatizantes que esencializan o invisibilizan la diversidad de expresiones abiertas e inacabadas en las que, constantemente, se

reafirman las juventudes, los géneros y los procesos de salud. Es imperativo explicar cada categoría aludiendo al sentido que adquieren en un contexto histórico y grupo determinado, así como el conjunto de rasgos materiales y simbólicos que las integran, las cuales pueden condensarse en identidad o identidades como ese conjunto de rasgos que marcan las fronteras entre grupos, aludiendo a cuestionamientos como quiénes son, cómo son, cuándo son, por qué, para qué y en relación con quién.

La(s) identidad(es) se corresponden con el enfoque interseccional, porque se define(n) por ser un “proceso de identificaciones, hacia adentro y hacia fuera del grupo, históricamente apropiadas, que le confieren sentido a un grupo social y le dan estructura significativa para asumirse como unidad” (Aguado & Portal, 1990, en Aguado & Portal, 1999, p. 33); en tanto, también son producidas y productoras de prácticas y discursos ideológicos, políticos, sociales y económicos. Por lo que, en la interseccionalidad asumida antropológicamente, las identidades funcionan como capas cuyos encuentros o intersecciones son productores de la toma de decisiones (a nivel individual) y de “las diferentes desigualdades y múltiples formas de discriminación” (Gutiérrez, 2021, p. 18) y estigmas, así como de la generación de posiciones de poder, de status y distinción engarzadas a sistemas y estructuras macrosociales.

La articulación de los enfoques interseccional e interdisciplinario para abordar la salud

Dicho lo anterior, la interseccionalidad puede apreciarse como un enfoque de abordaje crítico para mantener una vigilancia epistemológica constante sobre la manera en que se construye el entendimiento, el conocimiento y la explicación sobre las condiciones de vida, las decisiones y percepciones de las personas en relación con la salud y la en-



fermedad, a partir del entrelazamiento de diversos niveles identitarios u ontologías como el género, la edad, la clase social, la etnia (adscripción a un grupo) y la "raza". Por ejemplo: "un análisis estructural de las opresiones no pueden dar primacía a una sola división social, como es la clase o el género, sino que habría que resaltar la articulación entre ellas" (Thompson, 1984, p.130, en Gall, 2014, p.30).

Para tal fin, es importante abordar la evidencia "simple" del lugar donde se expresan la juventud, el género y la salud: el cuerpo humano. Este es "un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica, que es capaz de producir y reproducir significados." (Aguado, 2011, p. 25). La primera evidencia observable de la identidad de una persona, de su pertenencia a un grupo, así como de la objetivación de praxis de discriminación, racismo o inclusión, atraviesa por el conjunto de rasgos antropométricos y ornamentales que brindan performatividad a la apariencia de las personas. El cuerpo indica quién es un/a joven, una mujer o un hombre; asimismo, permite percibir condiciones de salud y de enfermedad. También es una unidad constituida con un sentido y una intencionalidad emotiva, psíquica, orgánica y simbólica. Es decir, todo lo que sucede a nivel orgánico y físico se percibe psíquicamente, pero es significativo en el plano de lo sociocultural.

Por lo que, para construir un abordaje interdisciplinario e interseccional sobre la salud, el cuerpo podría ser pensado como el dispositivo disparador de un diálogo común que, a medida que es analizado en esta interdimensión, podría gradualmente expresarse de manera compleja y problemática, que provoca la aparición de su relación con la salud y con las desigualdades y diferencias que impone el solapamiento de las identidades de género y juventud, más aún si para explicarlas es importante asir otros niveles identitarios como el de clase social, "raza", territorialidad, etnicidad y más, así como otros aspectos relacionados con las trayectorias, his-

torias, significados, cosmovisiones y prácticas en torno a la salud.

En este sentido, la antropología aporta a la comunicación interdisciplinaria la posibilidad de comprender cómo se interrelacionan las representaciones sociales, las conductas o las personalidades (roles, papeles) que a su vez, se expresan a través de conductas y emociones, con las explicaciones derivadas de los valores y creencias, así como las técnicas corporales y significaciones que permean a la salud.

La psicología, por su parte, principalmente la social, del desarrollo y de la personalidad, ha estudiado la constitución, variación y modificación de las identidad desde distintas variables y dimensiones, pero aún dista de llegar a una comprensión profunda de dichas interrelaciones, aunque ha tenido avances, sobre todo, en la comprensión de las dinámicas interconectadas entre la constitución de la identidad desde lo individual y lo social (Azmytia, Syed & Radmacher, 2008); por ejemplo, actualmente se puede hablar de modelos integrativos, como el de Topolewska-Siedzik Ciecuch (2019), que consideran diferentes dimensiones de las teorías de Erikson (1968) en una suerte de dinámicas que fluyen entre sí y cuyas correlaciones dependen de variables como la edad, el sexo, el género, la cultura, entre otras.

En este sentido, retomando la mirada antropológica y el enfoque de la interseccionalidad, ambas se integran como un marco de estudio que orienta a la psicología para evitar reducir a las personas a una sola categoría identitaria y aporta a la comprensión sobre el modelamiento de las experiencias y conductas que forman una identidad, principalmente para aquellas identidades que son interpeladas como marginadas, pues se ha reconocido a personas que con base en su género, sexo, estatus económico, etnia, edad, por mencionar algunas, difieren en sus niveles de acceso a la justicia y a la toma de decisiones políticas (Azmytia et al., 2008).

Recíprocamente, hacia la antropología, la psicología, principalmente, desde los estudios cuantitativos, que son ampliamente utilizados en psicología de la salud; es capaz de hacer aportes descriptivos sobre las correlaciones que existen entre las distintas combinaciones de identidades para predecir resultados de salud (Grzanka et al., 2020), pues esta actividad es más complicada desde los estudios cualitativos, sobre todo por la cantidad de trabajo analítico que supone para cada intersección. Para mostrar la complejidad que implica pensar en la interseccionalidad, es decir, en el conjunto de identidades que se cruzan en una misma persona, es importante aterrizar en las peculiaridades que encierran ontologías como el género y la juventud, las cuales se enuncian en el siguiente apartado.

Intersección género-juventud en la percepción de la salud

La categoría género ha permitido visibilizar el proceso de construcción de lo femenino y lo masculino en el cual estamos insertos. A través del proceso de socialización, los seres humanos aprendemos cuáles son las formas adecuadas de ser mujer o ser hombre. La construcción del género organiza dicotómica y jerárquicamente a la sociedad en masculino y femenino, logrando que en la expresión de estos estereotipos del género cada uno se apegue a su rol: proveedor, ama de casa, duro, suave, contenido, emocional, etcétera. Así como la construcción del género ha permeado el ámbito laboral, económico, las relaciones de pareja, también ha impactado en las formas de atender la salud, tanto de hombres como de mujeres.

Dicha categorización genérica se conoce como sistema sexo-género y hace referencia a las formas de relación establecidas binaria y dicotómicamente en el seno de una sociedad. Este sistema analiza las relaciones producidas bajo una estructura de poder que define condiciones sociales

distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignados socialmente y que perpetúan las inequidades sociales a nivel macroestructural, con impacto en el acceso a la salud (Couto et al., 2019).

El género, además de organizar socialmente a los sexos y estructurar actividades, analíticamente es una categoría que funciona como herramienta de análisis para diversos temas de interés, como pueden ser las juventudes y la salud. Bajo el análisis interseccional, la juventud debe pensarse desde diversas perspectivas heterogéneas que no son acumulativas, pues cada una implica diferentes identidades con sus respectivos atributos¹ (Taguenca, 2009). Existen algunos indicadores que se utilizan para medir estadísticamente la juventud, por ejemplo la edad;² sin embargo, este tipo de indicadores sólo constituyen una parte del constructo, pues hay dimensiones temporales y espaciales que permiten la adición de explicaciones histórico-culturales sobre la identidad de las juventudes y que evitan los esencialismos que solo los categorizan en estereotipos simples, que al ver a la juventud como una etapa transitoria, dan pie a discriminaciones para su estudio (Gutiérrez, 2021).

La noción sobre lo joven en función del grupo de pares con quienes se recrea la realidad y el ser y estar en el mundo funciona a manera de coordenadas sociales, donde se piensa más o menos cercano al otro en función de peculiaridades que atraviesa el mundo juvenil como es el caso del género, este permite explicar cómo ciertas conductas, actitudes, prácticas y desigualdades juveniles enmarcadas desde el género afectan la salud de manera diferenciada desde el ser varón o mujer (Moreno & Sobrevilla, 2018), en tanto la condición juvenil permite posicionar la mirada sobre el conjunto de dominaciones y tensiones que se construyen desde un momento particular de la vida, pues estamos hablando de sistemas complejos y dinámicos en los que interactúan



valores, representaciones, percepciones, etcétera, que permiten reconocer y visibilizar al grupo, pero sobre todo, afirmar sus luchas (Gutiérrez, 2019).

Desde estas miradas, masculina joven o femenina joven, se generan percepciones particulares que, tanto la psicología como la antropología valoran adentrándose en la percepción de la salud, entendiéndola como un indicador subjetivo que puede valorarse con base en múltiples factores psicosociales (Abellán, 2003) y culturales relacionados con los niveles de satisfacción de vida, estados afectivos positivos o negativos, la carga laboral, el desempleo, el uso frecuente de servicios de salud, entre otros; estos, a su vez, están relacionados con factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado civil, las creencias, valores e historia social y personal (Kaplan & Camacho, 1983; Schwartzmann, 2003; Toribio et al., 2018), pero no de una manera aditiva, sino más bien interactiva.

También implica procesos de identificación y percepción de la salud en relación con el grupo de pares, de la retroalimentación de imaginarios, hábitos, riesgos y más, que inciden en la manera de percibir, vivir y ser atendidos en los procesos de salud-enfermedad que, en el caso de los jóvenes, a manera de ejemplo, puede incidir en que sean percibidos socialmente con un buen estado de salud física dado que es menos probable que en esta etapa se presenten problemas de salud que afecten al cuerpo (Abellán, 2003; Nuviola et al., 2009; Toribio, 2018), pero esto no significa que no se perciban problemas de salud en otras áreas, ya que, al ser una etapa de desarrollo caracterizada por cambios biológicos y psicosociales, la percepción de salud es interpretada tomando en cuenta factores como el género, el bienestar psicológico, la presencia de síntomas psicósomáticos, el desempeño escolar, el autoestima, la identidad, las relaciones interpersonales (Piko, 2007), además de los factores ambientales de exposición a la salud que tienen en sus entornos cotidianos.

A manera de cierre, se puede decir que pensar interseccional e interdisciplinariamente la salud, desde la antropología y la psicología, implica apostar por observar la salud en un cuerpo cuya psique y biología también tienen una constitución simbólica que se expresa en distintos niveles de identidad (género y juventudes) y que son menor o mayormente significativos dependiendo del ámbito, proceso o prácticas desde las cuales se enfoca la salud (reproducción, muerte, asistencia, derechos humanos, etc.). Esta intersección puede complejizarse tanto como la realidad lo presenta, porque pueden sumarse condiciones de clase social, de adscripción urbana, rural, de interacciones racializadas, entre otras/u otras.

Conclusiones

Atender los procesos de salud-enfermedad, atención-desatención de las poblaciones representa un desafío para todo aquel profesional que decida profundizar en la complejidad del fenómeno, pues implica considerar la mayor cantidad posible de elementos que dan cuerpo al problema. En sí mismo, el entendimiento de la biología humana y su relación con los procesos enfermantes ha dado pauta a una de las disciplinas más complejas, la medicina. Otras disciplinas y ciencias sociales y humanidades se han sumado con la intención de resolver problemas que devienen de orden público. Históricamente, el modelo biomédico ha contribuido ampliamente al estudio de la salud desde el reconocimiento de múltiples variables que la determinan; sin embargo, enfrenta retos analíticos que se encuentran en proceso de construcción para resolver la mayoría, relacionados con disparidades sociales que vienen de relaciones de poder. Los procesos de salud-enfermedad necesitan de un análisis interdisciplinario e interseccional que puede desarrollarse desde los aportes de disciplinas como la antropología y la psicología, y crear puntos de convergencia para estudiar a la salud como fenómeno multidimensional y multicausal,

especialmente para el desarrollo de propuestas abarcativas que hagan frente a las violencias y desigualdades de género, y en las juventudes relacionadas con estados de enfermedad y de bienestar.

El abordaje interseccional en la salud invita a ir más allá del análisis de una o dos variables relacionadas con una condición de salud, y a identificar y reconocer múltiples identidades que se entrecruzan y contribuyen para describir diversas experiencias en materia de salud. En el caso específico de las juventudes, la construcción de su identidad es compleja, por lo que es necesario, primero, reconocerlos como grupos independientes de los adultos, es decir, no son adultos en potencia, son jóvenes, y como tales tienen sus propias representaciones y dinámicas del y en el mundo. Aunado a esto, hay una diversidad de juventudes, determinada por aspectos como el género y el sexo, por mencionar los comunes, donde se intersectan

otras capas identitarias como la etnia, la orientación sexual, el estatus económico, el nivel educativo, entre otros.

Para finalizar, la investigación de los procesos de salud-enfermedad en las juventudes tendría que ser planteada a partir de un enfoque interseccional que permita entender las experiencias, trayectorias, percepciones, cuidados y atención, configuradas desde el conjunto de relaciones de poder y posiciones históricas, económicas, identitarias y territoriales, a partir de las cuales se construyen las maneras de conducir y percibir la salud. En este sentido, se requiere de un abordaje analítico y metodológico interdisciplinario que logre asir las diversas dimensiones y factores que componen al fenómeno de la salud y de la enfermedad y que, al mismo tiempo, también logren captar las dinámicas, prácticas y tensiones que se expresan desde la interseccionalidad.

1. Desde la perspectiva de Deleuze y Guattari (1980), la juventud se comprende en tres segmentaridades empíricamente relacionadas: a) segmentaridad lineal, es decir, considera al joven como adulto prematuro; b) segmentaridad circular, en la que las redes de interacción del joven crecen al integrarse al mundo adulto y, por ende, genera identidades complementarias y contradictorias; c) segmentaridad binaria, que distingue y separa a los jóvenes de los adultos, principalmente, basándose en su "rebeldía" y "creatividad". Con relación a esto último, el autor menciona que lo joven se

construye desterritorializándose de lo adulto para generar una cultura propia entre pares, creativa y, por lo general, contraria a las estructuras adultas.

2 La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010), considera adolescentes a aquellas personas entre los 10 y 19 años, y a los jóvenes de 15 a 24 años; para la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, más allá de las características no uniformes, las personas entre los 12 y 29 años entran dentro de la categoría de joven.





Referencias

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340–342. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
- Aguado, J. C., & Portal, M. A. (1999). Tiempo, espacio e identidad social. *Alteridades*, 1(2), 31–41.
- Aguado, J. C. (2011). *Cuerpo humano e imagen corporal: Notas para una antropología de la corporeidad*. Instituto de Investigaciones Antropológicas; Facultad de Medicina, UNAM.
- Alcántara, G. (2008). La definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107.
- Azmitia, M., Syed, M., & Radmacher, K. (2008). On the intersection of personal and social identities: Introduction and evidence from a longitudinal study of emerging adults. En M. Azmitia, M. Syed, & K. Radmacher (Eds.), *The intersections of personal and social identities. New Directions for Child and Adolescent Development*, 120, 1–16.
- Barragán, A. (2011). El cuerpo experiencial en el proceso de salud-enfermedad-atención. En A. Barragán & L. González (Eds.), *La complejidad de la antropología física (Tomo II)* (pp. 491–517). Investigación/PROA.
- Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: Un diverso y mutante campo teórico. *Ciencia y Saúde Coletiva*, 8(1).
- Capriati, A., & Wald, G. (2020). Aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales al estudio de la salud en la adolescencia y la juventud. *Enfoques*, 32(1), 59–85.
- Couto, M. T., de Oliveira, E., Alves, M. A., & do Carmo, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: Revisión narrativa de las producciones teóricas y metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Follari, R. (1999). La interdisciplina en la educación ambiental. *Tópicos en Educación Ambiental*, 1(2), 27–35. <https://blogfcbc.files.wordpress.com/2012/05/interdisciplina-ea-follari.pdf>
- Gall, O. (2014). Interseccionalidad e interdisciplina para entender y combatir el racismo. *Interdisciplina*, 2(4), 9–34.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. SAGE.
- Golubov, N. (2017). Interseccionalidad. En H. Moreno & M. Alcántara (Eds.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 197–213). UNAM-CIEG.
- Grzanka, P. R., Flores, M. J., VanDaalen, R. A., & Velez, G. (2020). Intersectionality in psychology: Translational science for social justice [Editorial]. *Translational Issues in Psychological Science*, 6(4), 304–313. <https://doi.org/10.1037/tps0000276>
- Gutiérrez, N. (2021). *Jóvenes e interseccionalidad: Color de piel, etnia, clase*. UNAM.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3), 292–304. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113541>
- Mascareño, A. (2018). De la crisis a las transiciones críticas en sistemas complejos: Hacia una actualización de la teoría de sistemas sociales. *Theorein. Revista de Ciencias Sociales*, 3(3), 109–143. <https://shorturl.at/sxGLZ>
- Mendoza, Y., & Barría, M. (2021). La comunicación en

- salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 32(3), e1692.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS; Casa Chata.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. (2017). Antropología de la salud en las Américas: Contextualización y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353–357.
- Moreno, L., & Sobrevilla, J. (2018). Importancia de los factores socioculturales en el estudio del cáncer de cuello uterino en la era de la medicina molecular: Un enfoque desde la teoría de género. *Género y Salud en Cifras*, 16(3), 5–15.
- Nuviala, A., Grao, A., Fernández, A., Alda, O., Burges, J. A., & Jaume, A. (2009). Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 9(36), 414–430.
- Nzietchueng, S., Kitua, A., Nyatanyi, T., & Rwego, I. B. (2023). *One Health*, 16, 100491. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100491>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. Plaza y Valdés.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Peña, E. (2012). *Enfoque biocultural en antropología: Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya*. INAH.
- Pérez-Laborde, L. E., & Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 136–155. <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.3.2.2017.81.136-155>
- Piko, B. (2007). Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166, 701–708. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0311-0>
- Piña, L. J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669–679.
- Ramírez-Hita, S. (2019). Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica: Reflexiones desde el Sur global. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a15>
- Rodríguez-Corredor, Z. A. (2020). Los determinantes sociales y su importancia para los profesionales de la salud. *Generación de Contenidos Impresos*, 17. <https://doi.org/10.16925/gcnc.15>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9–21. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Taguenca, J. A. (2009). El concepto de juventud. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(1), 159–190.
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2019). Modes of personal identity formation: A preliminary picture from the lifespan perspective. *Personality and Individual Differences*, 138, 237–242. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.041>
- Toribio, L., González-Arratia, N., Van BarnEveld, H., Gil-Lacruz, M., & Mira-Tamayo, D. (2018). Percepción de la salud y factores psicológicos asociados en adolescentes mexicanos. En J. N. Soler, O. Díaz, E. Escolano-Pérez, & A. Rodríguez (Eds.), *Inteligencia emocional y bienestar III: Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones* (pp. 457–471). Unión de Editoriales Españolas.
- Villa-Soto, J.C., Moncada, A. & Mendoza, R. (2004). Clasificación de la interdisciplina. Relación entre los dominios material y conceptual de las ciencias. Universidad Nacional Autónoma de México.

Parte II

Investigación y salud en población que vive con VIH

3

Significado de estigma y discriminación por vih en hombres que tienen sexo con hombres



4

Resiliencia sexual y percepción de riesgo como predictores del uso del condón en hombres que viven con VIH



5

Cuestionario sobre el uso de condón en prácticas sexuales: evidencias de validez de contenido



Parte II. Investigación y salud en población que vive con VIH

El estudio de la salud en personas que viven con VIH constituye un campo prioritario para la psicología, en tanto revela la interacción entre factores emocionales, sociales y culturales que influyen en la calidad de vida. Esta segunda parte del libro ofrece un análisis profundo de fenómenos como el estigma, la discriminación, la resiliencia sexual y la percepción del riesgo, que inciden directamente en la prevención y el cuidado de la salud.

A través de investigaciones empíricas y el desarrollo de instrumentos psicométricos, los capítulos reunidos muestran cómo la psicología puede aportar estrategias de intervención y acompañamiento más eficaces, sensibles y pertinentes. Para profesionales, investigadores y estudiantes, esta sección representa una guía indispensable para comprender la complejidad del VIH desde una mirada científica y humanista, orientada a la promoción del bienestar integral y la reducción de desigualdades.

