

Trayectorias de atención de la Enfermedad Renal Crónica en las y los jóvenes de la región centro de Tlaxcala. Una mirada desde la antropología médica y la perspectiva de género

I.- INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de investigación estará vinculada al proyecto: “Estrategias para la prevención, diagnóstico, registro y seguimiento de la enfermedad renal y de sus factores de riesgo socioambientales en poblaciones vulnerables de Tlaxcala” (clave 321320) del **PRONACE salud**, a cargo del Dr. Olivier Christophe Barbier, del Centro de Estudios Avanzados de Instituto Politécnico Nacional (CINVESTV), quien será el Responsable Técnico.

De manera particular, mi investigación se alinearé a líneas de interés y actividades relacionadas a la prevención, diagnóstico, registro y seguimiento de la enfermedad renal y de sus factores de riesgo socioambientales en poblaciones vulnerables de Tlaxcala, focalizando como grupo de intervención, las juventudes con enfermedad renal crónica. De manera que aporte al análisis de los datos hasta el momento obtenidos y profundice en aquellos que requieren mayor visibilidad, como son las trayectorias de atención reinterpretadas desde la antropología médica y de la teoría del género.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como el daño renal de tres meses o más de duración, asociado a cambios estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución del filtrado glomerular, que se diagnostican al observar alteraciones en la composición de la sangre, orina y/o modificaciones en estudios de imagen. La duración mayor de tres meses de alguna de estas alteraciones podrá constatarse de forma prospectiva o bien inferirse de registros previos. (Gorostidi et al., 2014).

En México, a pesar de los esfuerzos que la academia y la sociedad civil han realizado (FUNSALUD, 2014), no contamos con un registro de pacientes con ERC por lo que se desconoce su número preciso. Se estima que en el 2005 había 129, 306 casos de ERC en el país, mientras que, en 2015, la cifra se elevó a 163, 460, estimando que para el 2025, existan 214, 502 personas con ERC (López, 2021). En lo que tiene que ver con menores de 20 años, entre 2000 y 2014 fallecieron a nivel nacional 5,096 (Aguilar y cols.2019).

En este grupo etario mencionado, enfermar de manera crónica, implica una transformación en la vida de los sujetos, truncando los sueños y metas de quienes la padecen. Considerando que la juventud abarca la edad entre los 12 y 29 años de edad, periodo en el que los sujetos reafirman su identidad, reconstruyen sus redes sociales, culminan sus estudios, se inician en la vida laboral, en sí, forjan su proyecto de vida. Por lo que, presentar una enfermedad crónica trastoca todas las esferas de su desarrollo psicosocial.

Analizar las trayectorias de atención de jóvenes que padecen ERC, tratados con terapias de sustitución renal, abona al conocimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención de este sector poblacional, trascendente para el desarrollo económico del país. Conocer los detalles de las terapéuticas empleadas para su atención, nos mostrará las relaciones de hegemonía/subalternidad con las que se encuentran los jóvenes atendidos, aunado a profundizar en las esferas trastocadas por el padecer: Cuerpo, identidad, familia, productividad, redes, economía, afectividad, etc.

Una propuesta particular de análisis es el género, se plantea separar las trayectorias de atención de mujeres y hombres, con la intención de buscar posibles diferencias derivadas de la construcción social del género, posiblemente saldrán a la luz los significantes vinculados a los estereotipos de género que están relacionados con el sentido de pertenencia a lo femenino versus masculino. Se afirma que la construcción del padecer desde lo femenino tiene sus propias

características, dificultades, retos e insabores, así como la vivencia desde lo masculino; mostrando las relaciones de desigualdad marcadas para cada género.

III.- FORMULACIÓN DE INTERROGANTES

Las preguntas rectoras que guían este proyecto de investigación son:

- ¿Cuáles son las características en la construcción del padecer que emergen desde el ser hombre o mujer joven viviendo con ERC?
- ¿Cómo son las trayectorias de atención a la ERC en jóvenes que son atendidos con terapia de sustitución renal en Tlaxcala Central?
- ¿Cuáles son los principales saberes que interactúan en la búsqueda de atención a la ERC en la población joven?
- ¿Cuál es la utilidad de la transversalidad del género para el análisis de las trayectorias de atención de jóvenes que viven con ERC?
- ¿Qué elementos derivados del análisis de las trayectorias de atención se pueden incorporar para la promoción de la salud?
- ¿Cuáles son los elementos y estrategias de la metodología participativa que pueden aportar para promover la reflexión de los procesos de salud/enfermedad/atención en las y los jóvenes de Tlaxcala Central?

IV.- OBJETIVOS

Objetivo General:

Reconstruir y analizar las trayectorias de atención del padecer Enfermedad Renal Crónica en hombres y mujeres jóvenes de la región centro de Tlaxcala, contrastando la experiencia de género.

Objetivos Específicos:

1. Profundizar en las características en la construcción del padecer que emergen desde el ser hombre o mujer joven viviendo con ERC.
2. Analizar los principales saberes que interactúan en la búsqueda de atención a la ERC en la población joven.
3. Emplear la categoría de género como eje transversal del análisis de las trayectorias de atención de jóvenes que viven con ERC.

4. Derivar los elementos producto del análisis de las trayectorias de atención capaces de incorporarse en la promoción de la salud renal de las y los jóvenes de Tlaxcala Central.
5. Aplicar los elementos y estrategias de la metodología participativa que coadyuvan a promover la reflexión de los procesos de salud/enfermedad/atención en las y los jóvenes de Tlaxcala Central.
6. Emplear los resultados del análisis de las trayectorias para implementar acciones de promoción de la salud e incidencia política para plantear estrategias para la prevención, diagnóstico, detección y atención de la ERC en el estado de Tlaxcala.
7. Proponer talleres con estrategias reflexivas de promoción de la salud, en donde los principales tomadores de decisiones elaboren propuestas para el manual de salud renal del estado de Tlaxcala.

V JUSTIFICACIÓN

El cuidado de la salud renal cobra importancia dado que sus principales patologías, de no ser atendidas, desencadenan incapacidad o en el peor de los casos, la muerte. Con lo que se sabe de la enfermedad renal, se ha podido revisar que el registro en nuestro país no es tan riguroso, por lo que los datos de cuántos mexicanos padecen enfermedades renales no es exacto, aunado a ello, las patologías renales suelen ser silenciosas hasta que se encuentran en un grado avanzado, por lo que es fácil que puedan ir escalando en gravedad cuando se presenta en la vida de alguna persona.

Además, la atención de un padecimiento renal es muy costoso tanto para los sujetos enfermos y sus familias como para el estado, como se mencionó, la cronicidad de estas patologías hace que los tratamientos sean largos y costosos, pues en fases avanzadas las principales terapias serán: hemodiálisis, diálisis y/o trasplante, dependiendo de las condiciones de los pacientes.

Una patología tan compleja, requiere un abordaje que considere elementos más allá de lo biológico para analizar las diferentes aristas de un fenómeno biopsicosociocultural. Como punto de arranque, indudablemente es el cuerpo biológico de los enfermos con ERC, sin embargo, el padecer ha sido construido en un espacio doméstico particular, con características sociodemográficas particulares en este caso acotadas al estado de Tlaxcala. Vale la pena, puntualizar las principales características sociales y económicas de esta región, así como variables ambientales que estuvieran aportando a la construcción de la enfermedad.

De tal manera, se propone sostener una mirada antropomédica que pueda vincular dichos elementos, a su vez que centra su atención en los sujetos que viven con el padecer. La antropología médica, pone al centro a los sujetos enfermos como actores sociales con capacidad de agencia, donde a través de las trayectorias de atención se permean las decisiones que van tomando, relacionadas con las opciones que les brinda su conjunto social.

Para el caso de los jóvenes, resulta fundamental conocer ¿Cómo atienden una enfermedad crónica e incapacitante este grupo poblacional?, asimismo, cruzarlo con la mirada del género abona a conocer más a profundidad cómo operan estas relaciones de hegemonía/subalternidad, en relación con la medicina hegemónica. Será de gran utilidad esta información para poder aportar desde la promoción de la salud a la prevención de la ERC, enfatizando que los costos económicos, familiares y corporales son muy altos.

VI MARCO REFERENCIAL

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, su incidencia y prevalencia han aumentado en las últimas tres décadas, representando en nuestro país una de las principales causas de hospitalización, generando grandes costos para las familias y el sector salud (Guillén, Aristizábal, Flores y Beltrán, 2015).

La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una TFG $<60 \text{ mL/min/1.73m}^2\text{SC}$ o como la presencia de daño renal durante más de 3 meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albumina o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen; es una enfermedad crónico degenerativa resultante de otras patologías como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (Dehesa, 2008).

La enfermedad renal es una condición relativamente común, en tanto, una de cada diez personas a nivel mundial la padecen. Generalmente, es asintomática y en la gran mayoría de los casos, su progreso a niveles incapacitantes, pasa inadvertido, por lo que es de vital importancia su detección temprana. La prevención de la ERC ayuda a retardar la discapacidad, mejora la calidad de vida del paciente y disminuye la morbimortalidad asociada a ella, del mismo modo que evita su evolución y sus complicaciones. La adopción de estilos de vida saludables por parte de los jóvenes, depende en gran medida del conocimiento sobre salud y enfermedad, así como de los factores de riesgo que pueden conllevar al padecimiento de determinadas enfermedades (Miranda, Martínez y Fernández, 2020).

Es así que, la ERC no solo trastoca la esfera biológica del sujeto que vive con la enfermedad, sino que afecta otras esferas de la vida cotidiana de quien la padece. Malherio y Arruda (2012), llevaron a cabo un estudio sobre las percepciones de la calidad de vida en pacientes hemodilizados, resultado de una Insuficiencia Renal Crónica. En dicha investigación, encontraron que la hemodiálisis afecta la vida cotidiana de las personas que viven con la IRC, debido a que causan limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y su cultura.

Se puede entender que la ERC es un proceso de enfermedad que altera la vida personal, familiar y social de quienes la padecen. En otro estudio, Guillén,

Aristizábal, Flores y Beltrán (2015), a través de entrevistas a pacientes masculinos con ERC, concluyeron que los pacientes con la patología mencionada, al recibir un diagnóstico no esperado, experimentan diversidad de sentimientos que pueden entenderse como un proceso de duelo que pasa por la ira, la negación y la aceptación. En cuanto a las redes sociales, agregan que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta un enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a los que da lugar la enfermedad. Finalmente, enfatizan la importancia de la promoción de la salud para la identificación de síntomas tempranos, lo que sería de gran utilidad para las personas en riesgo de padecer la enfermedad.

En el campo de la antropología médica se estudian las problemáticas de salud, así como los recursos de atención a los cuales, los sujetos tienen acceso, sus profesionales se han encargado de dar cuenta de toda una serie de procesos estructurales que afectan las condiciones de salud-enfermedad, así como de la significación cultural de los padecimientos (Barragán, 2011). El proceso salud-enfermedad se vuelve un objeto de estudio antropológico que parte de la biología y se construye en el estado de bienestar-malestar de los individuos.

“Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurantes en todo sistema y en todo conjunto social y 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” (Menéndez, 1994:71).

Menéndez (1994) propone analizar los procesos de salud-enfermedad-atención (s/e/a) a través del estudio de los modelos que propone, a partir de retomar a Fábrega, éstos son: El modelo médico hegemónico, el modelo médico subordinado alternativo y el modelo de autoatención. Los modelos son construcciones teórico-metodológicas con un determinado nivel de abstracción que posibilitan aprehender desde un *enfoque relacional y dinámico* los procesos de producción, funcionamiento y organización de saberes teóricos-técnicos, ideológicos y socioeconómicos que establecen los conjuntos sociales, los

terapeutas, las instituciones respecto de los procesos de s/e/a, en contextos históricamente determinados (Osorio, 2001).

En la búsqueda del restablecimiento de la salud, los individuos generan una serie de alternativas provistas desde su cultura que les permiten tomar decisiones respecto de la manera en que abordaran aquello que interpretan como malestar corporal, llevándolos a buscar una solución. Este andamiaje entre saberes se conoce como *trayectoria de atención*.

La *carrera curativa o trayectoria de atención* es la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación como a las instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos, los curadores y los consejeros (Osorio 2001:40).

La carrera del enfermo deriva del concepto de “carrera moral” de Goffman, develada en su estudio sobre pacientes con trastornos mentales, la plantea como: “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida; la perspectiva adoptada es la de la historia natural, se desatienden los resultados singulares para atenderse a los cambios básicos y comunes que se operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros” (Goffman 1988:133 en Osorio 2001:40).

Para Kleinman (1974) la trayectoria de enfermedad genera intervenciones específicas de tratamiento constituyéndose tanto la experiencia de enfermedad como la de curar. Indica que los individuos en las diferentes culturas han aprendido a percibir, a sentir y a jugar el rol del enfermo, así como a conocer la estructura jerárquica de las necesidades de salud; los valores y expectativas que crean los sistemas médicos.

Dicho autor propone el análisis del proceso enfermante como una construcción en la experiencia de quien lo vive, relacionando el lado biológico, subjetivo y social de la enfermedad. Integra los conceptos de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*). *Disease* se refiere a la dimensión 'biológica' de la enfermedad, es decir, el mal funcionamiento o la alteración de órganos y/o sistemas, es decir, es la perspectiva médica de la enfermedad; *illness* es la percepción y la experiencia de la enfermedad, el sujeto enfermo percibe y expresa su malestar, el padecimiento es una construcción que parte de la interpretación de una sintomatología sentida e interpretada por el sujeto; finalmente, *sickness* se refiere a integración de la enfermedad y el padecimiento (biológico-subjetivo), dando cuenta de la dimensión social y cultural del padecer (Kleinman, 1988).

El análisis de los testimonios o la reconstrucción de las narrativas nos permite abordar la subjetividad desde un trabajo antropológico nos permite explicar las acciones de los sujetos sociales en el entramado de sentidos y significados abordados desde su contexto (Hamui, 2011).

Para analizar el proceso de salud-enfermedad, atención-desatención se requiere comprender e incorporar las diferentes esferas en las que se encuentra inmerso el ser humano. Hablamos de los procesos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, incluso los macroeconómicos que contextualizan el ciclo de vida de cada sujeto en un espacio y tiempo determinado. De tal manera que es menester de la antropología cuando se aplica al área de la salud el poder integrar, incorporar y cuestionar todos los elementos, para entonces brindar un análisis/explicación del propio fenómeno que se encuentre pormenorizando.

La inmersión de la antropología en las ciencias de la salud no ha sido una tarea sencilla, por su tradición culturalista, con un reconocimiento desde el área social se le ha complejizado el abrir camino en pro de la colaboración a las problemáticas de orden "biológico". El proceso histórico de la antropología

aplicada a la salud se encuentra vestido por propuestas que han abierto camino al trabajo que hoy los antropólogos podemos hacer desde este nicho.

La visión antropológica del proceso salud-enfermedad destaca la forma en que la sociedad ha respondido a la enfermedad y las dolencias. Como los sujetos con algún padecer toman decisiones de atención o desatención de sus síntomas.

Sin esta perspectiva parecería que las creencias y comportamientos de las personas en materia de salud son inexplicables, inclusive, irracionales. Las personas dependen de las estructuras cognitivas para organizar su comportamiento y tomar sus decisiones. Los sujetos interpretan sus síntomas y toman decisiones acerca de su proceso de cura (Kleinman, 1988). En el desarrollo de la antropología médica, Good (1994), Scheper-Hughes (1986) y Menéndez (2009) prestaron especial atención a la perspectiva de los sujetos y la experiencia del padecimiento (Bru, 2016).

Good (1994 en Bru, 2016) relata cómo algunas de las características del sentido cotidiano se ven interrumpidas por el padecer, donde se transforma el sentido de la realidad y se gesta la sensación de que el mundo se deconstruye y transforma. El padecer irrumpe en el cuerpo y se vuelve parte del sujeto, a la vez que escapa del ámbito del dominio del sí mismo. Cuando las actividades médicas dominan la vida de los sujetos, en pro de recuperar su salud, reemplazan las actividades que realizaba hasta entonces y el mundo de las clínicas, las terapias y las obras sociales comienzan a modelar su vida cotidiana.

En el proceso salud-enfermedad-atención se encuentran volcadas todas las emociones de los sujetos, derivadas de las significaciones propias, el mundo subjetivo de los sujetos de cuerpo a las acciones. La búsqueda de sentido y resolución del problema se conecta con el mundo íntimo y práctico del sujeto, de la familia, de la pareja en un contexto específico a donde tiene acceso a medios particulares de atención. La vivencia de una enfermedad trae consigo

transformaciones en la vida de los enfermos y sus familias. Para conocer el sistema de significados, Kleinman (1988) distingue cuatro tipos de significado:

1) *Símbolos de los síntomas*. Existe una interpretación del estado biológico del cuerpo y se asocia a significados planteados en su entorno cultural. Las concepciones del padecer están basadas en la integración del estado físico, el entorno social y el orden sociopolítico.

2) *Significación cultural como significado (importancia cultural en el significado)*. Los síntomas y sus categorías tienen un poder cultural significativo. Es decir, son interpretados de acuerdo a la cultura, cobran significado en un tiempo y espacio determinado. Dependen de un conocimiento local del cuerpo y sus patologías.

3) *Significado personal e interpersonal*. La enfermedad tendrá un impacto en la vida y manera de ver y vivir el mundo de quien lo padece. Su impacto en primera instancia es personal (en su mundo), en segundo lugar (su vida familiar y social).

4) *Los modelos explicativos de los pacientes y la familia (explicación y emoción como significado)*. Los padecimientos crónicos encierran una serie de emociones y efectos psicológicos en quienes los viven.

La antropología médica es la subdisciplina de la antropología social que entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprende el trinomio salud-enfermedad-atención, como universal, frente al cual cada localidad desarrolla una respuesta específica, lo que le otorga suficiente variabilidad. Enfatiza el estudio de las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas. Profundiza los sistemas de creencias y prácticas respecto a la salud en cualquier tipo de sociedad (Díaz, Aguilar y Linares, 2015). Los significados también esconden formas de dominación y las categorías biomédicas formas de mistificación de

desigualdades sociales y de relaciones de hegemonía subalternidad (Martínez, 2008).

La cultura es definida por Vargas (2015 en Díaz, Aguilar y Linares, 2015) como conjunto de conceptos y creencias creados por cada grupo humano, que se manifiestan en forma material como ideológica, a través del comportamiento individual y colectivo, en correspondencia con la estructura y el funcionamiento social.

En este orden de ideas, la comprensión de la otredad desde la perspectiva antropológica, procura la explicación de la construcción de necesidades, deseos, anclados en la historia y en los procesos socioeconómicos, como serían los determinantes de la salud. Así, la antropología médica aplicada a la salud, contribuye a la adecuada atención de las necesidades y exigencias de la población en cuanto a los servicios de salud que se le brindan. Permite comprender la diversidad cultural como parte esencial de la complejidad del mundo social, lo que resulta de gran utilidad para cualquier actividad salubrista.

Los problemas de salud que afectan a los individuos se convierten en elementos estructurales de todas las sociedades, cuyo comportamiento es diferencial, conformándose en ideas y prácticas encaminadas a solucionar dichas problemáticas. Para conseguirlo, constituyen curadores que organizan, transmiten y aplican las estrategias de atención respecto de los padecimientos específicos.

Aunque la biomedicina tiende a ser hegemónica y en la cotidianidad de la cura medicaliza y normaliza, los grupos sociales se apropian, transforman o sintetizan otros sistemas médicos que son complementarios y subordinados al sistema dominante (Barragán, 2005). La salud es una realidad profundamente política que los conjuntos sociales y la antropología no deben obviar. La antropología médica debe ser consciente del papel de las relaciones de clase, género y etnia en la desigual relación de los recursos sanitarios (Martínez, 2008).

Con respecto a la promoción de la salud, se enfatiza que no está centrada en el cambio de conductas, sino en apoyar la potencialidad que la gente tiene de organizarse y modificar las condiciones de vida adversas que dificultan vivir la vida a plenitud. Así, el trabajo en salud considera el punto de vista de los “otros” para entender las distintas maneras de interpretar y explicarse el mundo, particularmente la forma de enfrentar el proceso salud-enfermedad-atención. El trabajo en promoción de la salud pone en juego las creencias, nociones, conocimientos, prácticas y la manera en que los conjuntos sociales interpretan y entienden el fenómeno de la salud-enfermedad, así como todas aquellas acciones que realizan para conservar y potenciar la salud. En este sentido, es la antropología, la disciplina que brinda los elementos para comprender y tomar en cuenta el punto de vista de los actores (Paulo, 2001).

Se plantea que el abordaje a la salud debe migrar a la conceptualización de una intervención dialógica, tomando como base la multidimensionalidad, la bidireccionalidad y las relaciones simétricas frente a los enfoques jerárquicos e impositivos. Las experiencias participativas en salud pueden considerarse a grandes rasgos como dialógicas (Martínez, 2008); tratan de establecer relaciones simétricas entre sus diferentes actores. Uno de los principales desafíos en salud considerar los saberes de los conjuntos sociales y reconocer que son comunidades activas en la toma de decisiones en salud.

Para la presente investigación, además de considerar la salud como un proceso salud-enfermedad-atención, enmarcado por las relaciones de poder desde la relación hegemonía/subalternidad, en una migración importante hacia modelos dialógicos que contribuyan a la construcción de bienestar, aplicados a la promoción en salud; también, es importante sumar las reflexiones en torno de la perspectiva de género para mirar los tópicos de salud atravesados por este constructo. La incorporación de la categoría género en esta investigación, dignifica

una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud. Es una perspectiva para la transformación (Rohlf, 2010).

Para Scott (2008) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, es una forma primaria de las relaciones de poder. Como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género implica cuatro elementos interrelacionados: 1) Los símbolos disponibles que evocan múltiples representaciones, 2) Los conceptos normativos que llevan interpretaciones sobre los significados de los símbolos que intentan limitar y contener las posibilidades metafóricas de los mismos, 3) Idea de la política y una referencia a las instituciones sociales y a las organizaciones, es decir, concebir que el género también se construye a través de la organización económica y política; y 4) El género es la identidad subjetiva, la transformación social de los individuos en proceso de culturación.

Los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. El género, es entonces, la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actitudes que diferencian a mujeres y a hombres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social que no sólo produce diferencias en los géneros femenino y masculino, sino que a la vez estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Burín y Meler, 2001).

El género y la sexualidad son símbolos, son productos o construcciones culturales que dado su origen cultural son materia de interpretación y análisis, al acceder a las formas concretas de la vida social, económica y política. Al ser la sexualidad y el género construcciones simbólicas, estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social.

En términos de relaciones, Sosa (2014) menciona que la categoría analítica del género hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son los hombres y las mujeres, las cuales se han empleado para justificar la desigualdad a nivel de prácticas. La propia construcción de género y marcaje de comportamiento a partir de una evidencia biológica resulta un proceso alienador en los cuerpos de los sujetos sexuados, se producen asimetrías y relaciones de poder en los contextos sociales.

En el cuerpo cruzan los constructos sociales de la ideología de género, los estereotipos y todas las nociones socioculturales que son necesarias de reproducir desde cada uno de los géneros, de tal suerte, que la vivencia de un proceso enfermante desde el género, enuncia las asimetrías y relaciones de poder con las cuales lidian, en este caso, las y los jóvenes con ERC. El acceso a la salud, la prevención, diagnóstico y atención, están correlacionados por estructuras económicas, sociales y culturales en las que está adscrito este sector de la población, haciendo pertinente preguntarnos ¿cuáles son las resistencias y estrategias que las y los jóvenes de Tlaxcala Central generan para resistir, prevenir y atender su salud?

VII.- DISEÑO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN, CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS

Se llevará a cabo a través de la metodología de investigación participativa. La investigación-acción es un grupo de prácticas multidisciplinares orientadas a una estructura de compromisos intelectuales y éticos. La investigación-acción es investigación social desarrollada mediante una colaboración entre un investigador profesional y los dueños del problema en una organización local, una comunidad o un grupo intencional creado para un propósito específico. Juntos, estos colaboradores definen la meta del proyecto de investigación-acción, diseñan el proceso de investigación, desarrollan las preguntas y las capacidades investigadoras de todos los colaboradores, llevan a cabo la investigación, desarrollan y ponen en acción los resultados (Greenwood, 2000).

Dentro de estas prácticas multidisciplinares, se encuentran considerados los métodos etnográficos, donde una de las principales técnicas a emplear será la entrevista en profundidad. Esta forma de entrevista nos permite conversar con un informante para obtener información, con un método que favorece la comunicación entre el investigador y el participante, de manera que sea un encuentro fluido donde se construyan los datos con las narrativas de las participantes (Taylor y Bodgan, 1992).

VIII.-CRONOGRAMA

- Ajustes al diseño metodológico (diciembre 2022 y enero 2023).
- Ingreso a campo (enero 2023).
- Entrevistas a profundidad y semiestructuradas con la población objetivo (febrero a mayo 2023).
- Estrategias de intervención comunitaria, siguiendo la metodología participación acción.
- Escritura de artículo factible de publicación (septiembre 2023).
- Elaboración y análisis de grupos focales (octubre a diciembre 2023).
- Elaboración y divulgación de material con los resultados de los grupos focales (enero a marzo 2024).
- Grupos de intervención comunitaria (abril a junio de 2024)
- Actividades de divulgación de los resultados (septiembre 2024)
- Entrega de los resultados en comunidad y hospital (octubre y noviembre 2024)

IX.- PRODUCTOS ENTREGABLES

- Se elaborarán dos artículos para publicación en revistas nacionales y/o extranjeras con el tema de salud renal y relacionado con el PRONACE Estrategias para la prevención, diagnóstico, registro y seguimiento de la enfermedad renal y de sus factores de riesgo socioambientales en poblaciones vulnerables de Tlaxcala.

- Participación con dos ponencias con avances de la investigación en un evento académico
- Se fortalecerán las actividades de promoción de la salud, en la participación de los talleres y grupos reflexivos, señalados en el cronograma.
- Se propondrán talleres derivados del análisis de las trayectorias de atención, cuya finalidad sea incorporar los saberes de los jóvenes para la prevención y el autocuidado de la salud renal. Los talleres abordarán los temas de corporeidad, salud-enfermedad-atención, estrategias de autocuidado, colectividad y redes sociales, unidad doméstica, reflexiones de género, cuerpo-género-salud-enfermedad.
- Se plantearán estrategias de incidencia política para fortalecer el Eje 3: Difusión del material creado por la comunidad, a través de exposiciones fotográficas, fanzines, pinturas que permitan la visibilidad e importancia del tema en la comunidad de Tlaxcala.
- Grupos de reflexión con los diferentes tomadores de decisiones, además que produzcan ideas para la prevención y atención a la salud renal.

X.- REFERENCIAS

- Aguilar, T. (2008) El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis: Renué de Civilisation Contemporaine del Unisersité de Bretagne Occidentale*, ISSN-e 1764-7193, (8). Consultado el 20 de diciembre de 2017. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2870086>
- Barragán, A. (2005) La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco* volumen 12, número 33, enero-abril, 2005, México, ISSN 1405-7778. Pp.- 61-78.
- Barragán, A. (2011). *El Cuerpo Experiencial en el Proceso de Salud-Enfermedad-Atención*. En Barragán A. y González L. (Eds.) *La complejidad de la Antropología Física. Tomo II*. México, Investigación/PROA, pp.-491-517.

- Bru, G. (2016). *Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental*. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. No. 21 (8). Argentina. pp. 37-51.
- Burín, M. y Meler, I. (2001). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.
- Dehesa, E. (2008). Enfermedad Renal Crónica; definición y clasificación. Vol. 3 Núm. 3. Septiembre-Diciembre. Pp 73-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>
- Díaz, Z., Aguilar, T. y Linares, X. La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41 (4): 655-665.
- Esteban, M. (2010). Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra. Pp. 49-67.
- Goicoechea M. (2014) Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*;34:302-16.
- Gorostidi M., Santamaría R., Alcázar R., Fernández Fresnedo G., Galcerán J.M., Guillén, D., Aristizábal, G., Flores, B. y Beltrán, N. (2015). Anclado a una máquina: Vivencias de pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista CONAMED*, vol. 20, Suplemento 1 2015, págs. S16-S20.
- Greenwood, D. De la observación participante a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Revista de Antropología Social*. 2000, 9. Pp.27-49.
- Hamui, L. (2011) Las ventanas del padecer: una nueva ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18 (52), pp. 51-70, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

- Kleinman, A. (1974). Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad. *Ethnomedizin III*, 1/2.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition.
- López, E. (2021). Trayectoria de personas con Enfermedad Renal Crónica: Experiencias en la Unidad de Trasplante Renal del Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de Doctorado. México: COLMEX.
- Malherio, P. y Arruda, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Global*. N.28, Octubre. PP 257-275.
- Martin, A. (2006). Antropología del género, culturas mitos y estereotipos sexuales. España: Cátedra. Pp. 32-70.
- Martínez, A. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. España: Anthopos.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4 (7). Pp. 71-83.
- Miranda, D., Martínez, L. y Fernández, E. (2020). Enfermería Nefrología. Jul-Sep; 23 (3): 285-293.
- Osorio, R (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. INI-CIESAS-INAH, México, pp. 21-48.
- Paulo, A. Apuntes sobre cultura y promoción de la salud. *Bol Mex His Fil Med* 2001; 4 (1).

Rohlf, I. (2010). El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra. Pp.33-45.

Scott J. W. 2008. *Género e historia*. México: FCE/UACM.

Taylor, S y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós.