

Cuerpos excedidos en tiempos de escasez

Medicalización y prescripciones alimentarias en un contexto
precarizado de Nuevo León, México



José Alejandro Meza Palmeros

ESI ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
EDITORIA



FFyL

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

**Cuerpos excedidos en tiempos de escasez
Medicalización y prescripciones
alimentarias en un contexto precarizado
de Nuevo León, México**

José Alejandro Meza Palmeros

Meza Palmeros, José Alejandro

Cuerpos excedidos en tiempos de escasez : medicalización y prescripciones alimentarias en un contexto precarizado de Nuevo León, México / José Alejandro Meza

Palmeros. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-3713-59-0

1. Alimentación. 2. Antropología. I. Título.

CDD 301.01

Imagen de tapa: Elaborada por Marisol Cid.
Diagramación y corrección: Constanza Faracce Macia.

© 2025 Estudios Sociológicos Editora.
Mail: eseditora@estudiosociologicos.org
Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: Agosto de 2025.
Hecho el depósito que establece la Ley 11723.
Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial.

Este libro se origina en una investigación sobre obesidad infantil y medicalización en contextos urbanos marginados de Monterrey. Con la llegada de la pandemia, el proyecto se amplió al estudio “Percepción del riesgo, representaciones sociales y prácticas comunitarias ante la pandemia del COVID-19 en tres entidades de la República Mexicana”, financiado por el CONACYT (folio 312850). Es producto de una articulación entre el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través del Instituto de Investigaciones Sociales de la Facultad de Filosofía y Letras.

**Cuerpos excedidos en tiempos de escasez
Medicalización y prescripciones
alimentarias en un contexto precarizado
de Nuevo León, México**

José Alejandro Meza Palmeros

 **ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS
EDITORIA**

Estudios Sociológicos Editora

Estudios Sociológicos Editora es un emprendimiento de Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (Asociación Civil — Leg. 1842624) pensado para la edición, publicación y difusión de trabajos de Ciencias Sociales en soporte digital. Como una apuesta por democratizar el acceso al conocimiento a través de las nuevas tecnologías, nuestra editorial apunta a la difusión de obras por canales y soportes no convencionales. Ello con la finalidad de hacer de Internet y de la edición digital de textos, medios para acercar a lectores de todo el mundo a escritos de producción local con calidad académica.

Comité Editorial

Roberto Merino Jorquera. Lic. en Ciencia Política, Magister y Master en Ciencia Política, Université Paris 8, Vincennes Saint-Denis, Francia. Miembro del Centro Estudios Sociales y Políticos del Club Social y Deportivo Colo Colo; Miembro del Núcleo de Investigación Sociología del Cuerpo y las Emociones, Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Miembro del Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (CIES), Universidad de Buenos Aires, Argentina.

María Noel Míguez Passada. Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Magíster en Servicio Social (UFRJ) y Licenciada en Trabajo Social (UDELAR). Realizó un postdoctorado en la Universidad de Buenos Aires y otro sobre Prácticas y representaciones políticas en la Universidad París 7, Francia. Es profesora titular del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República de Uruguay. Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores

María Paula Zanini. Doctora en Estudios Sociales por la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina (2025). Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de Villa María. Becaria doctoral de CONICET (2019-2025). Integrante del Programa de Acción Colectiva y Conflicto Social - CIECS (UNC-CONICET, Córdoba, Argentina), del Centro de Investigaciones y Estudios Sociológicos (CIES) y del Grupo de Estudios Sociales sobre Discapacidad (GEDIS, Udelar). Co-coordinadora del WG 18 “Emotions and Disability” de RedISS (Red Internacional de Sociología de las Sensibilidades). Coordinadora editorial del Boletín sobre Acción Colectiva y Conflicto Social ONTEAIKEN.

Índice

Introducción	11
Obesidad infantil.....	13
Polifonía y Programas gubernamentales.....	18
Antecedentes.....	21
Medicalización de la infancia.....	27
Infancias precarizadas.....	31
Acercamiento metodológico.....	35
Estructura del libro.....	40
Capítulo 1. La campana y el contexto de precarización	43
Localización física, espacial y temporal.....	43
Fronteras físicas y simbólicas.....	47
Localizaciones temporales.....	52
Una zona precarizada.....	56
Precarización y espacio-cuerpo. El caso de Pepe.....	59
La Campana en un contexto de pandemia.....	65
Miedo, la religión como autoridad moral y el cuestionamiento del discurso biomédico.....	67
Colofón. Contextos precarizados.....	75
<i>Precarización laboral</i>	75
<i>Precarización espacial-corporal</i>	76
<i>Precarización intersubjetiva</i>	78
<i>Precarización política</i>	79
Capítulo 2. Medicalización, polifonía y prescripciones alimentarias	81
Redes de intervención en la Campana.....	86
Personal de salud.....	91
Sujetos prescriptivos y dispositivos de intervención.....	96
Expresiones prescriptivas.....	98
Sujetos, dispositivos y expresiones prescriptivas en la Campana.....	102
<i>Cronotopo 1. Seguimiento médico de un infante diagnosticado con obesidad</i>	102
<i>Cronotopo 2. Una nutrióloga en acción</i>	106
<i>Cronotopo 3. Medicamentación</i>	110
Medios de comunicación.....	112

Capítulo 3. Voces infantiles.....	117
Medicalización escolar.....	117
Medicalización, escuela y policía.....	120
La escuela como dispositivo semiótico de precarización.....	123
Dinámica escolar en el marco de la intervención.....	128
<i>Cronotopo 1. Las comidas favoritas.....</i>	<i>129</i>
<i>Cronotopo 2. Lo sano, lo malsano y la moral alimentaria.....</i>	<i>132</i>
<i>Cronotopo 3. El recreo.....</i>	<i>137</i>
<i>Cronotopo 4. Representación infantil sobre la dinámica alimentaria familiar.....</i>	<i>140</i>
Alimentos buenos, alimentos malos. La dimensión moral de la alimentación.....	141
Prácticas contradictorias.....	143
Accesibilidad y consumo.....	149
Percepción del riesgo y prácticas de apropiación discursiva.....	153
Capítulo 4. Disonancias. La dimensión emocional de la precarización.....	159
Natural y procesado. La nostalgia por los buenos tiempos.....	161
<i>Narrativa de don Toño.....</i>	<i>162</i>
Pureza y contaminación.....	166
Nostalgia y libertad.....	161
El “coraje” como expresión subjetiva de la precarización.....	171
<i>Narrativa de doña Lourdes.....</i>	<i>172</i>
Coraje y trabajo.....	176
Ethos del trabajo.....	181
Coraje y género.....	182
Transgredir el discurso biomédico.....	187
Rumores sobre los médicos.....	193
Humor y ridiculización del discurso biomédico.....	197
Una herida relacional.....	201
Placer y libertad.....	205
Coda. Palabras finales.....	207

Anexos.....214

Fotografías

Fotografía 1. Vista panorámica de la colonia La Campana desde el cerro de la colonia.....41

Fotografía 2. Vista lateral del mercado del Parque los Pinos.....54

Fotografía 3. Entrada a La Campana por calle lateral al parque de Los Pinos, de fondo una perspectiva del mural.....54

Fotografía 4. Oferta laboral en los alrededores de la Campana.....180

Imágenes

Imagen 1. Mapa de la Colonia La Campana.....51

Imagen 2. Expresiones prescriptivas encontradas en Facebook sobre alimentación, dirigidas a la población de La Campana.....113

Imagen 3. Expresiones comunicativas que cuestionan el discurso biomédico mediante el humor.....115

Imagen 4. Médicos como delincuencia organizada.....197

Imagen 5. El humor en las prescripciones alimentarias.....200

Referencias bibliográficas.....225

Sobre el autor.....245

Introducción

La obesidad infantil constituye en el discurso biomédico uno de los principales problemas de salud en México al considerarse como una de las causas más importantes para el desarrollo en el adulto, de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial. Estas enfermedades conforman desde hace algunos años las principales causas de mortalidad en el país. A partir de esta línea causal, la obesidad infantil se ha introducido en el discurso del riesgo, uno de los principales constructos explicativos y de intervención sobre la población de la modernidad (Beck, 2019). Esto ha incidido para que desde de la década de 1990 del siglo pasado, el discurso de los estilos de vida saludables se haya convertido en el principal objeto de intervención y gobernanza familiar. La prevención de los riesgos de la obesidad infantil ha devenido en la herramienta pedagógica más extendida para prescribir los comportamientos de la vida cotidiana, particularmente la actividad física y la alimentación (Parton, 1998). Dejando aparte las estrategias de regulación que han sido objeto de un debate importante en los últimos años, estas prescripciones han sido promovidas sobre todo a través de estrategias de educación para la salud, una de las intervenciones poblacionales más importantes en la historia de la salud pública (Rosen, 1985). En este sentido, me parece de interés que las prescripciones diseñadas desde el marco de la biomedicina se han convertido en políticas y programas de salud que interpelan las actividades de otras instituciones del Estado, particularmente las educativas. De esta manera sitúo el conjunto de intervenciones dirigidas a prescribir determinados comportamientos poblacionales como parte de procesos de medicalización que, además, señalan dos de sus aspectos más relevantes. En primer lugar, la incidencia del discurso biomédico para normar la vida cotidiana (Rose, 2007). En segundo lugar, la dispersión del discurso biomédico a través de otras instituciones con la participación fundamental del Estado

(Conrad, 1992). Esto por supuesto no es novedoso, Michel Foucault dedicó una parte de su obra para mostrar la medicalización de la vida a través de redes de poder que, en principio, situadas en el Estado como parte de estrategias de gobierno, se dispersan a partir de las acciones de los sujetos (Foucault, 2008a). Este planteamiento ha sido retomado por otros autores, que como Conrad (1992), han identificado la extensión de la medicalización mediante la vía de instituciones que en principio funcionan con cierta autonomía respecto al Estado y la institución biomédica.

No obstante, aún con la importante incidencia de la biomedicina en las prácticas de la vida cotidiana, algo que la presente pandemia de Covid-19 evidenció, también es posible apreciar que las modificaciones en la vida de los sujetos son completamente heterogéneas y dependen fuertemente del contexto en que se sitúa la interacción entre la biomedicina y la población. Como es de esperarse, en el caso de la obesidad infantil en México, los efectos de las prescripciones alimentarias han sido muy diversos. Por supuesto que estas modificaciones dependen de la interrelación de elementos complejos que incluyen aspectos concebidos como determinantes sociales, tales como el acceso a ciertos alimentos; a los significados que enmarcan los procesos alimentarios y a la agencia de los sujetos. Aspectos que constituyen una manera particular de apropiación de prescripciones por parte de los individuos y colectivos sociales (De Certeau, 1996).

Aunque como señalo, la dispersión de la reproducción del discurso biomédico ha sido bien identificada, su estudio se ha realizado de manera general, puedo decir que descontextualizada.¹ Por otro lado, en la literatura existe una tendencia a concebir a la institución biomédica como una entidad homogénea, que reproduce un discurso de estas mismas características. En el presente libro, realizo un acercamiento a estos procesos de dispersión discursiva y apropiación de determinadas prescripciones, situándome en un contexto que ubico como de precarización. Con este acercamiento pretendo dar cuenta de las tensiones entre las rupturas y las continuidades (Foucault, 2008b) en los procesos de medicalización, utilizando la obesidad infantil y la serie de intervenciones que se han desarrollado en Nuevo León para atender esta situación, como objeto de investigación. El objetivo general que planteo es describir y analizar los determinantes sociales y culturales de

¹ Michel Foucault analizó el discurso biomédico exclusivamente a partir de textos escritos.

la adopción de prescripciones alimentarias, dirigidas para prevenir la obesidad y sobrepeso infantil por parte de la población residente de una colonia precarizada de Monterrey. De esta aproximación general, desprendo los siguientes objetivos específicos:

- Describir y analizar las continuidades y rupturas de la reproducción del discurso biomédico en la colonia de estudio.
- Identificar los principales sujetos discursivos que prescriben prácticas alimentarias en la colonia de estudio y analizar de qué manera interactúan con del discurso biomédico.
- Determinar la manera en que el contexto de precarización interviene en la adopción de las prescripciones alimentarias por parte de la población residente.

Obesidad infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, lo que se considera un riesgo para la salud sobre todo por su asociación con la aparición de enfermedades como la diabetes. Su inserción como riesgo, apela a una cadena causal de factores de riesgo, amplificando con ello su daño potencial que trasciende el ámbito de la salud y se extiende en ámbitos sociales relevantes, como la economía. La obesidad, como sucede con la generalidad de categorías nosológicas, conforma una dualidad política. Primero, como categoría clínica en tanto afectación corporal, es decir, individual. En segundo lugar, como entidad epidemiológica o como distribución en una colectividad.

Partiendo de un marco analítico frecuentemente utilizado por la antropología médica, una entidad nosológica apela a tres categorías de infortunio: la enfermedad, que constituye la definición otorgada por parte de un sujeto al que le pertenece una legitimación popular, es decir, un terapeuta. Padecimiento, que refiere a la experiencia de aflicción que dicha entidad suscita en un sujeto que corporiza la aflicción, y un conjunto de sujetos, que debido a su cercanía con el primero, también son padecientes. Finalmente, el malestar, es decir, el entramado social que la entidad nosológica implica. Su ubicación en las relaciones sociales y su institucionalización. La obesidad constituye una categoría biomédica fundamentalmente, y, hasta ciertos lí-

mites, sin padecimiento. O por lo menos, cuyo padecimiento tiene implicaciones experienciales no tan evidentes como el dolor somático, por ejemplo. Su incapacidad, no constituye la generalidad y su aflicción emocional, no se encuentra siempre presente. Varía de manera mucho más clara que otras entidades de acuerdo al contexto donde se sitúe. El malestar que evoca no es muy claro. Asociado sobre todo a la posición social, un gordo rico se compara con valores estéticos. Un gordo pobre, ocupa un espacio mayor que el necesario, es negligente y es blanco de intervención. La obesidad es a veces símbolo de prestigio y bonanza. En algunas ocasiones es símbolo de ruina, auto descuido y debilidad. Pocas categorías nosológicas son tan fluidas y dejan tan evidente el carácter de su construcción social. Su identificación en un individuo corresponde al grado de alejamiento de determinados parámetros corporales (el peso para la edad en niños y el índice de masa corporal² en adultos) respecto a una población estadísticamente establecida. De acuerdo con esta definición, es posible identificar a la obesidad como una desviación de la norma, en este caso de una norma estadística relacionada con límites corporales. Si bien el enfoque de los determinantes sociales de la salud ha complejizado las relaciones causales de la obesidad, en el discurso sanitario internacional predominan dos supuestos: el incremento de calorías consumidas debido a su disponibilidad y accesibilidad y la disminución de la actividad física (Cameron *et al.*, 2013). Estas mismas son utilizadas para explicar la “epidemia de la obesidad infantil”, especificando que los niños gradualmente han sustituido las actividades lúdicas centradas en el movimiento físico, por aquellas enfocadas en los videojuegos o la televisión (Gard, 2011). Aunque en la literatura se reconoce como un riesgo para la aparición de otras enfermedades, particularmente diabetes, es interesante que, desde la Clasificación Internacional de Enfermedades en su sexta versión de 1948,³ la obesidad ha sido considerada como una enfermedad, de manera continua hasta su más reciente versión, la CIE 11.⁴ Esta clasificación ha constituido un importante esfuerzo por regular y homogeneizar la

² Índice de masa corporal es una relación estadística entre el peso y la talla de un individuo. Su cálculo se realiza mediante la división del peso en Kg entre la cuantificación de la talla elevada al cuadrado. A través de esta operación se determina la posición que guarda un individuo de acuerdo a dichos parámetros, respecto a un agregado de individuos.

³ Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organization, 1949.

⁴ <http://www.wolfbane.com/icd/icd6h.htm>

denominación de la morbilidad y la mortalidad con un alcance mundial, lo cual es significativo en términos de definición de un problema social por parte de un grupo de médicos expertos. Sin embargo, más allá de este consenso médico cuyo discurso domina en el ámbito público, existe un extenso debate respecto al significado social de la obesidad. Como señalan Warin, Moore y Davies (2015), la obesidad constituye una arena política en la que confluyen grupos con distintos intereses, aunque aglomerados en dos posiciones reconocibles. El primer grupo se encuentra representado por aquellos convencidos del grave problema que representa la obesidad. Dentro de este grupo, se encuentran aquellos que a partir de un discurso enmarcado en la epidemiología del riesgo han atraído a la agenda pública internacional la denominada “epidemia de la obesidad” (Gard y Wright, 2005).

El segundo grupo, conformado fundamentalmente por académicos de las ciencias sociales sostiene una posición marginal y crítica respecto a la obesidad y a los supuestos riesgos que esta representa, considerándola principalmente una patologización de cuerpos alejados de la norma (Gard, 2011). De acuerdo con este argumento, los individuos son culpabilizados por mantener comportamientos considerados negligentes, culpabilización que se señala implícitamente al diseñar intervenciones dirigidas a modificar, individualmente estos comportamientos ubicados como desviados (Gard, 2011). Como lo sugiere Moffat (2010), el mismo debate existe respecto a la obesidad infantil en donde se ubican dos posturas contra puestas: quienes abogan por una mayor atención principalmente presupuestaria para atender el problema en la población infantil, en oposición a los críticos que enfatizan el carácter de su construcción social, desde su consideración como entidad nosológica hasta su constitución en términos de epidemia. Esta perspectiva construccionista en relación a la obesidad infantil me permite epistemológicamente suspender la pretensión de verdad del saber biomédico y partir de que la obesidad infantil, más que un problema de salud, constituye un objeto de estudio que suscita una serie de discursos que disputan su definición y sus políticas. De esta manera, siguiendo a Good (1993), ubico al conjunto de saberes y conocimientos biomédicos como una formación cultural cuya posición de poder en la producción discursiva, se concibe de manera general como un conocimiento de referencia, a partir del cual se contrastan los demás saberes.

Debido mi interés en los estudios de medicalización, decidí enfocarme en el discurso biomédico, que considero se caracteriza por dos elementos: que concibe a la obesidad infantil como problema de salud y que en consecuencia coloca el problema y a los individuos como objetos de intervención. De esta manera, la institución médica interviene en la constitución de una normalidad dietética, promoviendo el desarrollo de competencias nutricionales y disciplinamientos corporales por parte de la población como lo señala Gracia Arnaiz (2007).

Siguiendo las consideraciones anteriores, es explicable que la educación en salud constituye una de las políticas más importantes para atender el problema de la obesidad infantil en el país. A través de ella se pretende lograr que la población adopte ciertos comportamientos considerados *saludables* mediante un disciplinamiento corporal: vigilancia del cuerpo, selección y restricción alimentaria y actividad física. Aunado a lo discutido anteriormente, la intervención del Estado, para prescribir determinadas prácticas corporales acorde con el discurso biomédico permite plantear el problema dentro de los estudios sobre la medicalización, particularmente de la medicalización de la vida cotidiana, que incluye la alimentación (Gracia Arnaiz, 2007).

Por otra parte, aunque la educación para la salud ha sido ubicada como uno de los dispositivos más importante para incidir comportamientos poblacionales por parte del Estado (Rosen, 1985; Donzelot, 2008) el enfoque predominantemente en el médico y en las interacciones que este gremio establece con la población, en los estudios sobre los procesos de medicalización, han dejado de lado el análisis de este tipo de dispositivos pedagógicos. Estos dispositivos son operados por actores sociales diversos en cuanto a su cercanía con la institución médica: nutriólogos, promotores de salud, educadores, trabajadores sociales y psicólogos. Esta diversidad permite cuestionar la homogeneidad de un tipo de construcción discursiva asociada a la institución médica. De acuerdo con esto último, retomo el señalamiento de Waitzkin y Britt (1989) al definir el discurso biomédico como una tendencia discursiva que se modifica de acuerdo a su contexto, más que una estructura invariante. Es este contexto de reproducción del discurso biomédico mi objeto de interés.

Inicié el trabajo de campo bajo el supuesto inicial de que las autoridades sanitarias de Nuevo León serían los actores protagónicos en la prescripción de prácticas corporales para la población. El establecimiento de la obesidad infantil como prioridad política, además de la centralidad que las actividades pedagógicas tienen en el marco de la promoción de la salud y la prevención de padecimientos crónico-degenerativos, asociados a la obesidad, justifica este supuesto. Por otro lado, la interacción cotidiana que tiene la población con la institución médica y la influencia que esta ejerce en las representaciones y prácticas de salud en general y de alimentación en particular, posicionaba las actividades de educación para la salud llevadas a cabo por el sistema de salud público como foco de interés. Lo que buscaba en primer lugar era conocer los procesos de significación de la población, a partir de su interacción con los programas de salud implementados para prevenir y atender la obesidad infantil. Con este propósito acudí en primera instancia a las autoridades sanitarias para solicitar el permiso de realizar observación durante la implementación de estrategias educativas. Ante las dificultades generadas por la institución para poder observar sus actividades pedagógicas, elaboré un directorio en el cual localicé 200 sitios posibles en donde tuvieran lugar este tipo de acciones, incluyendo el 100% de los centros de salud del Área Metropolitana de Monterrey, indicados por las autoridades sanitarias, a partir de una solicitud realizada mediante la plataforma de transparencia y acceso a la información.

Para mi sorpresa, en ninguno de los centros de salud señalados realizaban este tipo de acciones. Por medio de la utilización del directorio, me percaté que la mayor parte de los eventos de interés a los que acudía para realizar observación, me enteraba de su ocurrencia a través de medios electrónicos, particularmente de Facebook. Este hecho hizo que notara, por un lado, la enorme cantidad de información y prescripciones relacionadas con la alimentación que circula a través de estos medios y la importancia de considerar su relevancia en el proceso de construcción de significados asociados a prácticas corporales. Por otro lado, identifiqué la diversidad de sujetos discursivos involucrados en el tema y que a pesar de que sus acciones no se encuentran coordinadas con las autoridades sanitarias,⁵ como me lo hicieron

⁵ Esta descoordinación ha sido objeto de la recomendación general 39/2019 dirigida a las autoridades de salud federal por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

saber distintos informantes, prescriben prácticas corporales en la población. Estas prescripciones reproducen las preocupaciones y recomendaciones de la institución médica, a través del marco denominado de “estilos de vida saludables”. Las anteriores consideraciones contribuyeron a cuestionar mi principal supuesto respecto al protagonismo de la institución médica y ampliar mi foco de interés al aspecto polifónico de la reproducción del discurso médico concerniente al disciplinamiento corporal que este propone.

Polifonía y Programas gubernamentales

En México, la atención a la “epidemia de la obesidad infantil” se convirtió en una política pública en la primera década del presente siglo. En el año 2010, se presentó el primer programa nacional denominado “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria”, conocido también como ANSA (SEP y SS, 2010). Antes de este programa se presentaron algunas iniciativas como la intervención “vamos por un millón de kilos” promovida por la secretaria de salud del estado de México (Secretaría de Salud, 2013). Su objetivo era lograr que la población con sobrepeso y obesidad participara bajando de peso y en su conjunto, reducir un millón de kilos en un periodo de dos meses a nivel nacional. Como parte de sus acciones cada participante se le proporcionaron 28 dietas y recomendaciones para realizar actividad física.

A partir de esta década, la prescripción alimentaria se ha convertido en una de las principales prioridades de la política dirigidas a la infancia. Después del ANSA, han aparecido en cascada al menos 16 programas (véase anexo 1) cuyo objetivo central radica en la prevención del sobrepeso y obesidad infantil. Con algunas diferencias, en todos estos planes subyace la idea que el problema es producto de decisiones equivocadas, sobre todo alimentarias tomadas por la población, debido a la mala educación o falta de información. Por lo tanto, el objetivo predominante de las intervenciones que se plantean en este conjunto normativo que constituye la política prescriptiva, consiste en la promoción de los estilos de vida “saludables” a través de estrategias pedagógicas. Esto constituye con claridad una continuidad en las viejas prácticas de educación para la salud implementadas desde el siglo XIX, insertadas en el discurso de la higiene (Rosen, 1985). Su objeto de intervención continúa siendo la familia y las madres, como responsables

de la salud de la unidad familiar, son las principales interlocutoras de estos programas. A ellas se dirigen las intervenciones educativas y a ellas se les pide cuentas. No obstante, en esta nueva política dirigida a la prescripción alimentaria, aparece progresivamente la regulación del consumo como una estrategia para fortalecer la prescripción, podemos decir que a través de la prohibición de la venta de productos no saludables fundamentalmente.

Desde el marco discutido, la regulación supone una escalada en la intromisión de la selección alimentaria. Uno de estos se encamina a determinar la producción alimentaria bajo determinadas regulaciones, por ejemplo, al establecer lineamientos para la preparación alimentaria como en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Secretaría de Salud, 2013). Podría señalarse acertadamente, que el objetivo de la regulación se dirige principalmente a desincentivar las prácticas abusivas del mercado. Al mismo tiempo, también resulta interesante reconocer que el objetivo subyacente de esta regulación es normalizar la dieta y estandarizarla de acuerdo con lo que la biomedicina concibe como dieta sana. Esto supone un ejercicio de la autoridad aún más enfático que la educación para la salud. Por supuesto que la institución médica constituye, por lo menos desde el marco normativo, la organización protagónica. Organizaciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) integraron en sus prioridades de atención a la obesidad infantil. Las estrategias PREVENIMSS y PREVENISSSTE ordenan y sistematizan la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grupos poblacionales: niños (menores de 10 años), adolescentes (de 10 a 19 años), mujeres (de 20 a 59 años), hombres (de 20 a 59 años) y adultos mayores (mayores de 60 años). De manera que la prescripción de comportamientos se inserta en un entramado de intervenciones pedagógicas que, iniciando con la infancia, incluye potencialmente a toda la población. Sin embargo, al insertarse en un entramado normativo más amplio, su implementación requiere la intervención de múltiples actores de la política social, aunque bajo la rectoría, al menos en los lineamientos escritos, de la secretaría de salud, es decir, de la institución médica. La secretaría de educación, de desarrollo social y organizaciones no gubernamentales dividen normativamente la intervención. Esto supone el incremento de sujetos discursivos involucrados, que por supues-

to, resignifican la información que se implementa por los distintos niveles jerárquicos de su circulación, conformando un carácter eminentemente polifónico. En este conjunto de programas y normas, el argumento central de la intervención se acuerpa bajo el concepto del riesgo y sus factores. Asociados a la obesidad infantil como la alta ingesta de calorías, suponen la predisposición a enfermedades que generan preocupación en el ámbito de la política sanitaria tales como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. De esta manera, las prescripciones alimentarias, además de insertarse en un entramado prescriptivo que persiste durante toda la vida, constituyen la respuesta de un mapa de riesgos “infinito” en el que un factor es únicamente un eslabón de la cadena de riesgo que culmina con la muerte.

Además de la centralidad del concepto del riesgo, que justifica una serie de prescripciones a perpetuidad, estos programas manifiestan distintos elementos que pueden insertarse en lo que Armstrong (1983) concibe como un nuevo modelo biomédico centrado en la vigilancia: instrumentos de registro y control, inspecciones periódicas a la población sana en la consulta o en visitas a escuelas. Todas estas estrategias que finalizan con la observación comparativa del individuo, respecto a la generalidad abstracta de una tabla, emplean sistemáticamente una normalización. Son acompañadas de estrategias de comunicación que se brindan de manera importante a través de los propios sujetos, como los grupos de apoyo mutuo, tipo de intervención que ha sido incorporada cada vez con mayor asiduidad dentro del repertorio de intervenciones de los agentes de salud. Como vemos, una modificación de relevancia en este conjunto prescriptivo radica en la elección del sitio de intervención. Si durante el siglo XIX las intervenciones prescriptivas se centraron en el hospital, o en el espacio doméstico (Armstrong, 1983; Rosen, 1985), durante el siglo XX y XXI, la biomedicina y demás sujetos prescriptivos han empezado a ocupar nuevas posiciones en la cotidianidad de los sujetos. En el ámbito de la alimentación, la escuela se ha convertido en uno de los objetos de la prescripción. Si bien, estas se han intensificado en el espacio médico, particularmente la consulta de medicina general y los pasillos hospitalarios y es un discurso común en los medios de comunicación. Parte integral de la política asistencial consiste en la implementación de intervenciones de promoción de estilos de vida saludables, algunas veces como parte de incentivos o condicionantes. De acuerdo con lo expuesto,

me interesa subrayar dos aspectos: por un lado, que las acciones de educación en salud constituyen el objeto más importante de intervención para la prevención de la obesidad y el sobrepeso infantil desde la perspectiva de las autoridades sanitarias. Por otro lado, existe un claro ejercicio de intervención médica sobre los comportamientos en sectores cada vez más amplios de la población, lo cual es un aspecto determinante en el tipo de información que dicha población recibe y que como he señalado previamente, manifiesta un ejercicio de medicalización.

Sin embargo, es importante reconocer que, en la actualidad, además de la información de salud proveniente de las instancias gubernamentales, la población recibe información diversa, contradictoria y de manera continua a través de los medios de comunicación (Carpenter *et al.*, 2016). De manera reciente el espacio virtual y la información digital han transformado la manera en que la población busca y consigue información y, por lo tanto, el tipo de interacción que se establece con el discurso biomédico y sus actores (Lupton, 2012). Lo anterior señala el carácter polifónico de la medicalización, específicamente en su aspecto semiótico, cuyos efectos en la población deben ser estudiados, aspecto sustantivo de mi trabajo.

Antecedentes

Mi interés en los determinantes culturales y sociales de la adopción de prácticas de prevención o de atención consideradas para el discurso biomédico como deseables, surgió hace algún tiempo estando trabajando como médico “expatriado” en un proyecto de salud implementado por la organización Médicos Sin Fronteras en República Democrática del Congo. Una preocupación central para muchos actores involucrados en intervenciones de salud en el país consistía en que no obstante una campaña muy agresiva de promoción del uso del condón como medida de prevención del VIH/sida en la población y un incremento en su utilización reportado en diversas encuestas realizadas, la incidencia de infección no parecía mejorar, incluso, en algunos períodos la tasa de casos nuevos detectados parecía incrementarse. Las hipótesis de este fenómeno, aunque numerosas, tendían a concentrarse en importantes sesgos durante la recolección de información incluyendo que la población pudiera haber mentado. La explicación del fe-

nómeno surgió casi de manera accidental cuando uno de los informantes locales durante una charla informal con un funcionario de alguna organización, comentó que la población efectivamente utilizaba el condón como estrategia para prevenir infecciones de transmisión sexual, sin embargo, los hombres perforaban la punta del preservativo como una medida para no afectar la fertilidad, valor importante entre los hombres congolese. La población efectivamente había adoptado la información brindada por diversas fuentes, siendo una fundamental las charlas de educación en salud que se realizaban de manera importante en intervenciones promovidas por múltiples organizaciones, incluyendo el ministerio de salud. Sin embargo, la forma en que habían adoptado dicha información había sido evidentemente mediada por la cultura. Este fenómeno lo he observado posteriormente en diferentes intervenciones de educación y promoción de salud, en diversos contextos. La cultura como determinante de la adopción de prácticas preventivas o de atención a la salud ha sido uno de los objetos de estudio más importante para la antropología médica desde sus inicios y la manera en que la información en salud deriva en prácticas no deseables ha sido ampliamente documentada (Grant, 1952; Foster, 1987; Freyermuth, 2003; Menéndez, 1981; Polgar, 1963; Rivers, 1999; Rubel, 1960).

A esta evidencia etnográfica, hay que añadir la serie de estudios que han mostrado que la información brindada, e incluso el conocimiento que se tiene, es insuficiente para generar prácticas deseables relacionadas a la salud (Backet, 1992); Blaxter, 2003; Davidson *et al.*, 1991; 1992; Mullen, 1992) influyendo en éstas, una compleja red de determinantes culturales y sociales que incluyen procesos demográficos y macroeconómicos (Jofre *et al.*, 2018; Rosen, 1985; Sigerist, 1987), la disponibilidad y el acceso a determinados productos y servicios (Freyermuth, 2016; Sallis *et al.*, 2015; Wechsler *et al.*, 2002) y procesos de interacción social, particularmente entre miembros familiares (Backet, 1992). Dentro de estos últimos determinantes, los procesos de interacción social, es posible ubicar a las intervenciones de educación en salud,⁶ siendo estos procesos educativos una de las estrategias

⁶ Considero como intervención de educación para la salud, a cualquier actividad de comunicación cuyo objetivo sea la prescripción de prácticas recomendadas. Si bien, como he planteado parte importante de las acciones educativas son promovidas por autoridades sanitarias, también existen múltiples sujetos involucrados que actúan de manera autónoma a la institución médica, aunque reproduzcan un discurso biomédico.

mayormente utilizadas para incidir en las prácticas poblacionales y generar comportamientos preventivos (OMS, 1969; 2012). No obstante la relevante utilización que tiene la educación en salud como medida para influir en las prácticas poblacionales, su efectividad, salvo en casos específicos como la consejería durante la detección de VIH (Fonner *et al.*, 2012), puede cuestionarse,⁷ en el sentido de que no hay evidencia suficiente que la confirme debido a una heterogeneidad importante en los resultados (Ho *et al.*, 2012); Anderson *et al.*, 2017; Dorresteyn *et al.*, 2014; Duperrex *et al.*, 2009; Ker *et al.*, 2003; Kew *et al.*, 2017; Loveman *et al.*, 2015; Lumbiganon *et al.*, 2012; Reichow *et al.*, 2012; Shah *et al.*, 2009). Además, en muchas ocasiones las prácticas producidas por la población, mediada por las distintas percepciones respecto a la intervención médica, pueden incluso convertirse desde la interpretación biomédica, en factores de riesgo como sucede con la automedicación y el uso indiscriminado de antibióticos por citar ejemplos conocidos.

El debate en la antropología médica respecto a los determinantes de adopción por parte de la población de prácticas impulsadas a través del discurso médico es amplio, convergiendo en el campo diversas adscripciones teóricas. Siguiendo a Martínez (2008), es posible identificar dos corrientes principales: por un lado, la perspectiva interpretativa cuyo objeto de estudio se centra en la subjetividad, siendo para esta corriente el aspecto más explicativo de las prácticas implementadas por la población, aquellos significados que le son otorgados a las situaciones. Esta perspectiva ha orientado diversos estudios dirigidos a la obesidad infantil mostrando de manera relevante los procesos de socialización como constructores de significados otorgados a los alimentos y a la obesidad y que devienen en orientadores de determinadas prácticas (Navas, 2008; Collipal *et al.*, 2006; Cabello y De Jesús, 2011). Por otro lado, se encuentra la antropología médica crítica cuya explicación más importante la encuentran en las relaciones de poder y en determinantes económicos y políticos. Para el caso de la obesidad infantil, diversos estudios han demostrado la relación existente entre la menor posición socioeconómica y la prevalencia de obesidad en distintos contextos (Wang, 2001; Drewnovsky, 2012).

⁷ Esto no implica que las medidas de educación en salud sean inefectivas. De hecho, algunas de estas han tenido importantes repercusiones en las prácticas poblacionales como la utilización del suero oral para la prevención de deshidratación en los niños. Sin embargo, si implica que sus resultados no han tenido los mismos efectos en todos los sectores de la población estudiada.

Por su parte, Good (1993) clasifica las distintas perspectivas teóricas que dan cuenta del fenómeno en dos: en primer lugar, se encuentran la serie de estudios adscritos al modelo de creencias sobre la salud, que han influenciado fuertemente a diversas corrientes de la salud pública. De acuerdo con Good (1993), para este modelo, las prácticas preventivas y de atención, serán adoptadas según el valor que cada individuo otorgue a determinado objetivo y la estimación que se haga respecto a la probabilidad de que una acción alcance dicho objetivo. Bajo esta perspectiva se han desarrollado algunos estudios que intentan explicar la obesidad infantil a partir de la nula creencia en que ésta pueda ser un problema de salud (Núñez, 2007; Núñez *et al.*, 2013). La crítica de este modelo se ha dirigido a la perspectiva utilitarista y etnocéntrica que la orienta, al oponer las creencias a un conocimiento biomédico de referencia (Good, 1993). Finalmente, Good (1993) considera el modelo de las representaciones sociales, el cual ha sido adoptado para analizar las elecciones de escolares entre “la comida chatarra y la comida sana”, dando cuenta de la manera en que el discurso hegemónico de la salud estructura las experiencias de los sujetos respecto a la alimentación (Théodore *et al.*, 2011).

Sin desconocer los aportes de los trabajos citados para comprender la obesidad y el sobrepeso infantil, no son de utilidad para explicar los motivos por los que el discurso de la prevención pueda o no incidir en la adopción de las prácticas recomendadas. En primer lugar, porque fuera del estudio de Théodore *et al.* (2011) este discurso emitido por las instancias de salud no es incorporado al análisis, siendo que éste se encuentra extendido en amplios sectores de la población no únicamente a través de las interacciones directas como puede ser un espacio educativo, sino mediante diversas campañas radiofónicas y televisivas. Podemos agregar también que la presencia de este discurso se ha incrementado de manera acelerada en los medios electrónicos (Lupton, 2012), lo que ha contribuido a que el discurso biomédico sea una constante en la vida cotidiana. En segundo lugar, porque no dan cuenta sobre la forma en que se interrelacionan los determinantes culturales y sociales (procesos económicos, disponibilidad y acceso a alimentos, recursos y servicios) como elementos explicativos de la adopción de prácticas de

prevención.⁸ Finalmente, porque como apunta Nichter (2006), para que un individuo, familia o grupo genere prácticas de prevención específicas, tiene que existir previamente una percepción acerca de la posibilidad de estar expuesto a un daño. En este sentido la representación o el proceso de significación respecto a determinada situación, aunque es necesaria, no es suficiente para incentivar una práctica de prevención. Este proceso de significación tendría que encontrarse asociado a la posibilidad de un daño, elemento que no se encuentra presente en los trabajos referidos. Un antecedente relevante para el presente trabajo es la propuesta analítica de Nichter (2006), que consiste en la problematización de cuatro conceptos centrales: percepción del riesgo, de vulnerabilidad, prácticas de reducción de daño y agencia, por considerarla más útil para responder al objetivo de investigación. El riesgo, de acuerdo a la propuesta señalada constituye una construcción del discurso epidemiológico a partir de un cálculo de la probabilidad determinada, que tiene un individuo para enfrentar una situación adversa. En este caso, la población infantil con obesidad constituye, para este discurso, un grupo de riesgo debido a la posibilidad de que su condición determine alguna enfermedad, motivo que fundamenta discursivamente la necesidad de su prevención o atención. Dependiendo de la exposición que se tenga a determinada información preventiva, ya sea de manera directa (individual a través de un prestador de servicios o grupal, a partir de una intervención educativa) o indirecta, como hemos señalado, el sujeto y/o su familia podrán percibir este riesgo. Sin embargo, es la percepción de vulnerabilidad en el sentido de percibir la posibilidad real de enfrentar una situación indeseable, que motiva la producción de determinadas prácticas de reducción de daño como medida para evitar la situación y sentirse en control de esta y por lo tanto ser capaz de actuar o tener agencia. No obstante, estas prácticas de reducción de daño podrán ser coincidentes o no, con las recomendaciones emitidas por el discurso médico preventivo, de acuerdo a la mediación cultural, a la información de otras fuentes como la publicidad, la forma en que esta intervenga en las percepciones y a las posibilidades materiales con las que se cuenta.

⁸ Trabajos adscritos a la antropología médica crítica, especialmente de Menéndez y Freyermuth han estudiado importantemente la relación de la población con los servicios de salud en México, sin embargo, su objeto de estudio no ha sido con particularidad los procesos de educación en salud.

Desde este punto de vista, la educación para la salud constituiría un dispositivo para configurar la percepción del riesgo en la población respecto a la situación corporal de la infancia. Retomando la crítica a los trabajos citados previamente, considero que para comprender el impacto que el discurso biomédico de carácter preventivo tiene en las prácticas de la población es fundamental reconocer dos situaciones: en primer lugar, como apunta Gracia Arnaiz (2007), en la actualidad las prácticas alimentarias y la vigilancia del cuerpo se encuentran profundamente medicalizadas. La interacción que la población mantiene con el discurso biomédico es parte de la cotidianidad, por lo que sus advertencias y prescripciones estructuran significados generales sobre la salud, que a su vez explican la adopción de prácticas corporales (alimentarias, de actividad física y de vigilancia). En segundo lugar, es importante reconocer que, uno de los componentes que estructura el discurso de la educación para la salud es la noción de riesgo. Es decir, que su actividad sustantiva es la comunicación del riesgo (Lupton, 2013), por lo que la interacción entre la institución médica y la población, en este ámbito pedagógico se desarrolla a partir de este concepto. De acuerdo con esto, el impacto de las acciones discursivas de la institución médica en la población, es decir, su medicalización, pueden estudiarse a partir de la percepción que esta tenga acerca del riesgo de sus comportamientos y las prácticas que de esta percepción se derivan. Según este argumento, la percepción del riesgo en la población constituye un objeto de particular interés.

En la presente investigación pretendo hacer eco de algunas críticas que han merecido los abordajes dominantes al estudiar la percepción del riesgo. Quiero retomar los dos elementos que me parecen más importantes. La primera de estas críticas es el enfoque cognitivo predominante, el cual ha derivado en una individualización de la percepción del riesgo, que ignora el contexto en el que esta se genera (Douglas, 2002; Lupton, 2013). De acuerdo con esta crítica, los aspectos culturales, que podrían dar cuenta de una construcción colectiva y moral de los riesgos son explícitamente ignorados al considerárseles como sesgos (Douglas, 2002). El segundo aspecto criticado es la omisión de las relaciones de poder y los elementos políticos en su configuración. Desde este punto de vista, la comunicación del riesgo se lleva a cabo a partir de un conocimiento autorizado y legitimado, de manera que el saber experto adquiere un carácter normativo. Los comportamientos de

riesgo, o aquellos alejados de la norma, son considerados en consecuencia como irracionales, negligentes o producto de la desinformación e ignorancia y por lo tanto se convierten en objeto de intervención (Nelkin, 1989). Ambas críticas parten de la distinción entre el saber experto acerca del riesgo, y su percepción, o la manera en que dicho riesgo es significado por la población leiga. Sin embargo, la acentuación en el carácter polifónico de la reproducción del discurso biomédico supone cuestionar esta distinción. Es decir, ¿hasta qué punto los encargados de la comunicación del riesgo en salud, como promotores, trabajadores sociales y otros interventores generan modificaciones del discurso biomédico y del riesgo? Durante la reproducción discursiva ¿Es posible delimitar los actores considerados expertos de aquellos de la población leiga o más bien estos conforman un contexto particular de percepción del riesgo?

Durante mi aproximación inicial al campo, pude contrastar dos supuestos (Meza, 2021). En primer lugar, que dado el carácter polifónico y jerárquico de la reproducción del discurso biomédico (Briggs, 2003), este sufre modificaciones durante su reproducción, derivadas de la heterogeneidad de los sujetos involucrados y de la particularidad de su contexto. En segundo lugar, la población, en el caso de los riesgos alimentarios efectivamente genera prácticas de reducción de daño, de acuerdo a lo estipulado por Nichter (2006). Sin embargo, como pude constatar, la evitación del daño es solo un aspecto de las prácticas generadas por la población para salvaguardar la salud de los infantes.

Medicalización de la infancia

Durante mi ejercicio como médico, siempre me ha sorprendido el excesivo empleo de fármacos por parte de las mamás para tratar a sus hijos. Es muy frecuente que sean las madres quienes prescriben el medicamento. Al iniciar la consulta, es usual que un médico general, como yo, se percate que el motivo del encuentro sea la solicitud de un fármaco en particular o una generalidad como “un antibiótico”, “una inyección”, “un jarabe para la tos” o “unas vitaminas”. Hay médicos que aceptan sin chistar. Finalmente, evitar la pérdida de una cliente frecuente es un incentivo poderoso. Otros, dentro de los que yo me considero, intentamos convencer, cuando es el caso, de

su inconveniencia y la prescripción exclusivamente de medidas de sentido común nos tranquiliza. Las madres entonces podrán salir convencidas o no de la utilidad de haber acudido a consulta. Frecuentemente acuden después a otro consultorio o al botiquín familiar. La generalidad es que los médicos asumamos que la prescripción acelerada radique en un problema de educación. Si las madres se precipitan en medicalizar a la criatura, se debe a una inadecuada distinción entre una infección viral y una bacteriana. Aunque dicha incompetencia sea puesta en duda cuando la madre utiliza argumentos empleados por los agentes de salud y demuestre la necesidad del antibiótico por la fiebre o hallazgos clínicos como la presencia de supuración en la garganta. Entonces los médicos asumimos que la falla en la madre es el desconocimiento de los peligros de los fármacos. La explicación de la predisposición al empleo de fármacos siempre radica en la ignorancia y en la necesidad de la autoridad médica. Acaso en la necesidad de una intervención educativa, que sirva para tranquilizar nuestras conciencias, difícilmente para algo más. Cuando nos señalan nuestra responsabilidad profesional en la saturación farmacológica de las infancias, como ha sido denunciado por agudos trabajos como los de Illich (2002), Menéndez (1981) o Rosa María Osorio (2001), nos ofendemos. Voces enervadas, heridas en el corazón profesional reiteran lo predecible. La imperante necesidad de regular, controlar y educar a las “madres ignorantes”. Pocas veces reparamos en la complejidad subyacente en la que efectivamente, somos profundamente responsables. Por supuesto que algunas cuestiones necesitan ser discutidas en el ámbito de la ética profesional. Pero interpelado por la obra de Illich (2002), defendiendo la idea que el fenómeno trasciende el ámbito de las decisiones individuales que ocurren en la consulta médica.

Los procesos de medicalización se encuentran insertos en una relación paradójica. Por un lado, la importante difusión del discurso biomédico con contenido fundamentalmente prescriptivo. Por otro lado, los esfuerzos importantes de la institución médica de regular y controlar la utilización de tecnologías y saberes biomédicos por parte de la población. El eje de intervención de ambos mecanismos radica en distintas estrategias comunicativas englobadas bajo el concepto de educación para la salud. Considero que entender la dinámica de estos procesos que como he señalado, se encuentran insertos en una polifonía prescriptiva, es importante para comprender

la manera en que la población se relaciona y emplea el discurso biomédico, sus saberes y tecnologías. El trabajo de Michel Foucault ha sido particularmente fecundo para posteriores trabajos respecto a cómo la biomedicina ha incidido en la concepción y en la prescripción de la infancia. En Latinoamérica, Bianchi (2019) ha abordado el tema de manera prolífica. Aunque su objeto de estudio lo ha ubicado sobre todo en la medicamentación, que constituye un aspecto reducido del amplio panorama que cubre la medicalización, también ha estudiado el proceso más global de la medicalización de la infancia como un dispositivo de saber-poder que norma los cuerpos y comportamientos infantiles.

Los aportes de su trabajo son valiosos para la presente investigación ya que sitúan a la infancia como un objeto de saber biomédico que, a través de dispositivos como el riesgo, posibilitan que la prescripción biomédica se dirija no únicamente a la población considerada enferma desde este discurso, sino que incida en cada uno de los procesos de la reproducción biosocial. En este sentido, esta perspectiva me permite incorporar el discurso de la obesidad infantil y las prescripciones alimentarias articuladas en el discurso biomédico, como parte de la precarización, en el sentido que le da Isabel Lorey (2016). En sus más recientes trabajos, Zoya y Bianchi (2017) proponen que tanto la infancia como la vejez, posicionadas en los polos opuestos de la vida, permiten observar con claridad las transformaciones de los procesos de medicalización a partir de la segunda mitad del siglo XX. Para las autoras, la medicalización se ha insertado en un entramado mercantilizado dirigido a gobernar y normalizar la vida a partir de un complejo tecnológico que interviene en el nivel biológico, el cuerpo y las subjetividades. Desde esta óptica, su atención en la serie de articulaciones que se generan entre estos polos de la vida les permite vislumbrar el alcance del discurso biomédico para normar la vida cotidiana. Para las autoras, con similares conclusiones a las de Armstrong (1983), es el concepto de riesgo el dispositivo discursivo que permite que la biomedicina amplifique el espectro de intervención y abarque cada uno de los procesos de la reproducción biosocial. Este dispositivo discursivo configura una “epidemiologización” que articula los procesos vitales en un entramado estadístico y a su vez configura conceptos descriptivos de la población tales como factores de riesgo, comorbilidades, prevalencias, entre otros, que señalan probabilidades de peligros asociadas

a determinados comportamientos (Zoya y Bianchi, 2017). Trabajos como el de Conrad (2007) y Bianchi (2019) han demostrado que la medicalización de la infancia contemporánea sucede de manera importante fuera del consultorio médico. Medios de comunicación, la industria farmacéutica, la publicidad e incluso las redes sociales intervienen sostenidamente para incorporar problemas de la existencia cotidiana de los niños dentro de categorías biomédicas. La prescripción farmacológica constituye una de sus consecuencias. Los autores señalados han demostrado claramente estos procesos en el trastorno de déficit de la atención. Sin embargo, considero que, junto con los trabajos citados la intervención de la población infantil a través de los discursos y dispositivos de la biomedicina ha sido analizada predominantemente a partir de su medicamentación, es decir del empleo de la tecnología diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, este constituye uno de los aspectos de la medicalización que, siguiendo la línea argumental, en su connotación amplia incluye la normalización de la reproducción social y por supuesto la vida cotidiana. Propongo que las prescripciones alimentarias constituyen un buen ejemplo de estos nuevos procesos de medicalización centrados en personas sanas.

Las autoras citadas señalan el siglo XX como el período fundacional de estos nuevos procesos de gobierno para la población sana, particularmente por la emergencia de dispositivos tecnológicos y la inserción de la medicalización en el mercado. Por supuesto que estos elementos constituyen el núcleo de operación central de la medicalización actual. No obstante, su configuración puede ser reconocida en Europa en el siglo XIX. Ciertamente en sociedades como la mexicana la consolidación de la institución médica como centro normativo de la vida cotidiana ocurrió en la primera mitad del siglo XX, pero los actores involucrados en la polifonía prescriptiva de la infancia y su articulación debe ser rastreada en el siglo anterior. Solo de esta manera puede comprenderse el involucramiento de la filantropía, educadores, trabajadores sociales y la policía en una empresa biomédica.

Infancias precarizadas

Como proponen Illich (2002) y Conrad (1992), la infancia como categoría social es relativamente reciente. Ambos citan el mismo dato: durante la edad media la población infantil era considerada una versión del adulto. En las pinturas, el niño era representado como una miniatura de sus progenitores, incluyendo los mismos atuendos y adornos. Los niños trabajaban en el campo, en las fábricas e incluso eran juzgados y castigados con la pena de muerte. Es hasta entrado el siglo XVII que la infancia comenzó a adquirir un significado de vulnerabilidad y fragilidad. Por supuesto que este proceso determinó su inclusión como objeto de intervención. El centro de la intervención infantil fue tempranamente el ámbito moral, ya que a los niños había que instruirlos en la honradez y en el gusto por el trabajo. Posteriormente el disciplinamiento escolar constituyó la semilla para un conjunto de intervenciones sostenidas en la concepción de precariedad inherente a esta población. Es hasta el siglo XIX que la figura del médico se convirtió en la autoridad principal para normar la intervención. Interesante es que esta autoridad se configuró durante el proceso de medicar el comportamiento delictivo infantil. La negligencia parental, comenzó a ser la principal explicación de este comportamiento (Conrad, 1992).

De acuerdo con el conocido trabajo de Donzelot (2008), durante este mismo siglo XIX la intervención sobre la infancia se profesionaliza, emergiendo con ello actores que, como el trabajo social, convertirán a la infancia en su objeto principal de intervención. Su intención era detectar y tratar tempranamente familias y niños que se distanciaban de los criterios de normalidad. Con esto, el ejercicio normativo predominantemente religioso que operaba sobre el cuidado infantil transitó a un ordenamiento medicalizado. Esto configuró nuevas relaciones entre el Estado, la ley, la medicina, la escuela y la familia, ahora centradas en la intervención social. Para Parton (1998), la intervención social y el consiguiente proceso de medicalización de la infancia permitió al liberalismo reconciliar una contradicción. Por un lado, garantizar el bienestar familiar desde una perspectiva amplia: salud, educación, alimentación y otra serie de derechos dirigidos hacia la población dependiente como los niños, sin irrumpir en la autonomía y “naturalidad” de la vida privada de todas las familias. Originalmente esta función había sido ejercida por la filantropía, sin embargo, su profesionalización y

la incorporación de la intervención como parte de las políticas de Estado, permitió la articulación de diferentes sujetos prescriptivos que operaban siguiendo intereses muchas veces contradictorios. Hasta este punto, no hay que perder de vista que la promoción de la salud forma parte de este conjunto de intervenciones dirigidas al ámbito familiar.

Siguiendo con el trabajo de Donzelot (2008), la intervención en la familia y por consiguiente en la población infantil se llevó a cabo esencialmente a través de un trabajo de moralización y normalización. La moralización apelaba al reconocimiento por parte de los sujetos intervenidos de sus fallas, esforzándose por que estos individuos incorporasen un sentido de responsabilidad de manera que su condición social fuera explicada por sus debilidades volitivas. Por supuesto que esta moralización se dirigió particularmente a las familias carenciadas. La respuesta a estas falencias morales consistía en incorporar regulaciones para que los mismos sujetos se convencieran de orientar su comportamiento y el de sus hijos, de acuerdo con las prescripciones expertas, es decir una normalización. Si algo caracterizó la política social del siglo XIX fue la promoción de la higiene en el núcleo familiar y comunitario (Foucault, 2008b). Anterior a este periodo los infantes no habían sido vistos como sujetos de intervención, pero su consideración en este siglo como población lábil y dependiente la convirtió en un objeto de la vigilancia (Armstrong, 1983). Este meticuloso escrutinio acerca de sus hábitos configuró un extendido proceso de medicalización que involucró por supuesto a la burocracia médica, pero también otras instituciones que se dirigían a la atención familiar, fundamentalmente la caridad. La filantropía, cuya labor instrumental ha sido atender cuestiones morales de la población en situación de pobreza, se convirtió en un aliado estratégico del poder médico para prescribir a la familia (Rose, 2007). En este sentido, las organizaciones filantrópicas tienen un papel muy importante en las primeras intervenciones para la normalización familiar, dando origen a las organizaciones que, desde el Estado, o de manera paralela como las actuales ONG, han dado continuidad a esta labor de medicalización sobre la familia y la infancia (Coveney, 2006). La atención a los problemas de salud y la pedagogía nutricional ha sido una de las principales acciones de intervención dirigidas a la familia.

En México la conciencia colectiva de la infancia como sujetos de derecho, entre estos, la obligatoriedad de la enseñanza escolar sucede en el último tercio del siglo XIX (Granja, 2009; Aguilar, 2008). De acuerdo con Granja (2009), la categorización y clasificación de la infancia durante el final del siglo XIX y el siglo XX manifiestan el importante entrecruzamiento que se dio en el país entre los discursos pedagógicos, criminológicos e incluso eugenésicos con la biomedicina. “La higiene como política poblacional ocupó el lugar de componente fundamental en la vida social tanto en el plano individual como en el colectivo” (Granja, 2009: 220). La educación se convirtió en la respuesta al atraso nacional y su campo semántico moral: vicio, ignorancia y pobreza. Como lo muestra el trabajo de Agostoni (2007), durante las primeras dos décadas del siglo XX una de las empresas más importantes para el gobierno mexicano fue la atención a la infancia, población que preocupaba debido a su elevada tasa de mortalidad. El entonces Departamento de Salubridad Pública implementó distintas estrategias dirigidas a la atención de las mujeres embarazadas y la niñez. Una de estas fue el establecimiento de centros de higiene infantil en los barrios más pobres de la capital, que tendrían la función de establecer una “tutela médica” en estos hogares. Para este propósito se creó la figura de enfermera visitadora, que, ubicada en estos centros infantiles, realizaba la supervisión cotidiana de los domicilios. La enfermera visitadora además sería la encargada de orientar a las madres para erradicar los hábitos y comportamientos considerados irresponsables y contradictorios con el saber de la medicina científica. “El tema de la alimentación infantil era preponderante; por tanto, se ocuparon de enseñar como preparar de manera adecuada, higiénica y científica harinas, atoles, purés, legumbres y sobre todo leche” (Agostoni, 2007: 112). Durante el siglo XIX y principios del siglo XX una visión predominante entre los médicos consistía en el vínculo entre la mala alimentación y el “atraso social” en el que se encontraba el país, incluyendo la inmoralidad y el crimen (Aguilar, 2008). La visitadora además de servir como mediación entre la población y las autoridades sanitarias sirvió como medio de inserción laboral de personas no formadas en la biomedicina, lo que permitió una vinculación directa con actores que habían operado en los espacios filantrópicos. Esto último contribuyó a que se articularan con el discurso higienistas distintos enunciadores como la caridad, el discurso moral, religioso e incluso el nacionalismo.

Aunque esta articulación tenía la finalidad de gobernar a la familia subordinándola al Estado, las políticas de salubridad contribuyeron a generar espacios de participación política femenina, posibilitando la interlocución y la negociación con las autoridades, de acuerdo con sus intereses (Aguilar, 2008). Además de las labores de educación alimentaria e higiene materna, las enfermeras visitadoras tenían el mandato laboral de incentivar la importancia de tener un hogar organizado y limpio. Aunado a la promoción de determinados alimentos y el esfuerzo por desincentivar aquellos que más se consumían en los sectores populares de la población, puede interpretarse como un intento por imponer los valores y percepciones de la clase media (Aguilar, 2008). La medicalización de la infancia se articula a partir de una polifonía prescriptiva y perceptiva cuya dimensión moral es difícilmente cuestionable. Este entramado de pedagogía higiénica dirigido a normar la alimentación y los estilos de vida constituye un componente fundamental para la consolidación de la biomedicina. El concepto de riesgo, ya fuertemente insertado no solo en el discurso biomédico, sino en aquel de la intervención desde la primera mitad del siglo XX, permitió la consolidación de lo que Armstrong (1983), denomina la medicina de la vigilancia, dirigida a actuar sobre el sujeto sano. Actuar sobre los factores de riesgo ha fundamentado una masificación de la intervención, de modo que cualquier individuo puede fácilmente ubicarse como un sujeto de riesgo. La prescripción del comportamiento se vuelve un objetivo con una connotación moral. Desde la segunda mitad del siglo XX, casi todos los Estados Nación han tenido dificultades para sostener económica y políticamente un Estado de bienestar que garantice los derechos de la población infantil. El concepto de riesgo y la subsiguiente identificación de los factores y sujetos de riesgo han permitido a las burocracias discriminar la intervención de manera preventiva (Parton, 1998). Es decir, actuar de acuerdo con una racionalidad probabilística. Esta prevención adquiere doble connotación, como evitación de los daños a la salud y como evitación del desorden social. En la población infantil precarizada, las intervenciones para actuar sobre los riesgos alimentarios se articulan con las intervenciones para atender la criminalidad.

Acercamiento metodológico

La investigación partió de un abordaje etnográfico multisituado (Marcus, 2018). Empleé dicha metodología para posicionarme en el campo y como estrategia de triangulación y vigilancia epistémica. Esto me permitió conocer los procesos de medicalización en el área de estudio, particularmente los relativos a las prescripciones alimentarias desde dos ángulos principales: a partir de la institución médica y a partir de la población. Además, me permitió dialogar con diferentes sujetos de acuerdo a su implicación en dicho intercambio. En este sentido, defino mi abordaje epistémico a partir de tres líneas de situación etnográfica: una etnografía de y desde la intervención; de y desde el cuerpo (Wacquant, 2004) y desde el diálogo con mis interlocutores. Como abordaje inicial realicé 49 entrevistas semi estructuradas a actores “clave” en las prescripciones alimentarias (sujetos prescriptivos). Estos incluyen promotores de salud, nutriólogos, médicos, psicólogos, policías, periodistas, interventores sociales, coordinadores y directivos de programas relacionados con la prevención y promoción de la salud. Las entrevistas abarcan tres ámbitos: el aspecto biográfico, sobre todo aquellos elementos relacionados con la trayectoria escolar, laboral y la conformación de un acervo de conocimiento corporizado. En segundo lugar, indagué acerca de su vida cotidiana laboral e institucional y finalmente, exploré sus valoraciones morales a partir de sus opiniones respecto a las causas de la obesidad infantil y sus propuestas para solucionarlas. Todas las entrevistas fueron transcritas para su posterior análisis. Ante las dificultades para involucrarme como observador participante en las actividades de promoción a la salud dentro de la institución médica, decidí ubicar de manera exhaustiva los actores involucrados en la prescripción de estilos de vida “saludables” en la entidad e identificar los espacios en los que estas actividades tenían lugar. Con este propósito realicé un directorio en el que registré 200 sitios posibles a partir de una búsqueda electrónica. En este directorio incluí 40 centros de salud pertenecientes al municipio de Monterrey en donde se llevaban a cabo acciones pedagógicas y de interacción directa con la población, de acuerdo con los resultados obtenidos a través de distintas solicitudes de información realizadas a la secretaría de salud. Logré establecer contacto con alrededor de 90% de los espacios registrados en el directorio y acudí a cada uno de los eventos relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, inde-

pendientemente de que éstos fueran o no organizados por las autoridades sanitarias. En total acudí a 17 eventos de esta naturaleza, de los cuales cinco fueron organizados por el Centro Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León; tres por la Facultad de Nutrición de la misma universidad; cuatro por centros de nutrición privados; uno por el Instituto Estatal de las Mujeres; uno por la Policía Municipal de Monterrey; y uno por la Facultad de Medicina de la Universidad. Además de estos eventos, asistí a dos talleres correspondientes a grupos de ayuda mutua para personas con diabetes y que son usuarios de centros de salud de primer nivel de la secretaría de salud. Finalmente, estuve presente en dos charlas de prevención de diabetes y promoción de estilos de vida saludables realizadas en unidades médicas del IMSS. Acudí a los 40 centros de salud señalados, utilizando una metodología denominada usuario simulado (Meneses, Meléndez y Meza, 2018). De acuerdo con esta estrategia, simulé ser padre de un niño con obesidad infantil en búsqueda de charlas de educación para la salud. Para mi sorpresa y contrario a lo indicado en las respuestas a las solicitudes de información, en ningún centro de salud realizaban este tipo de actividades. Sin embargo, las visitas me permitieron conversar con médicos, promotores de salud y nutriólogos, además de recibir “orientación alimentaria personalizada”.

Dentro de la colonia La Campana, mi área principal de estudio, diseñé e implementé una encuesta para conocer los medios de comunicación utilizados por la población, así como su empleo para obtener y compartir información de salud, particularmente relacionada con mi objeto de interés. Dicha encuesta se llevó a cabo en 60 domicilios mediante un muestreo estratificado utilizando la manzana como unidad de estratificación y con índice de confianza de 90%. Añadí un monitoreo de prensa local, boletines informativos de la secretaría de salud, del contenido de la televisión y de Facebook, referente a las prácticas prescriptivas y reproducción del discurso biomédico. Elegí estos medios dada la frecuencia de su empleo de acuerdo con la encuesta realizada. Los canales de televisión seguidos fueron Multimedios y Televisa Monterrey, dado que son los mayormente vistos por los residentes de la colonia, según los resultados obtenidos en la misma encuesta. Su seguimiento fue durante 30 días, eligiendo mediante un procedimiento de aleatorización, dos horas diarias. Por su parte, para el monitoreo que reali-

cé en Facebook elaboré un perfil con el que interactué con residentes de la colonia de manera virtual. Asistí como observador participante a 20 talleres dirigidos a niños de entre 5 y 12 años, que consisten en una capacitación semanal sobre cocina. Dicha capacitación la brindan madres residentes de la misma colonia con el objetivo de fomentar su autonomía. Además, facilité 40 talleres a los cuales asistieron consuetudinariamente 12 mujeres de entre los 30 y 65 años que son madres y abuelas y por lo tanto están involucradas en la alimentación de la población infantil. Estos talleres fueron sobre todo espacios en los que conversé acerca de los alimentos que consideran sanos o no sanos y la relación que las asistentes mantienen con las autoridades sanitarias, así como los sujetos discursivos con los que dialogan en temas relativos a la salud y alimentación.

El 18 de marzo del 2020 sostuve una reunión con uno de los grupos de mujeres de la colonia para acordar las implicaciones de la suspensión de nuestras actividades por motivo de la pandemia y la campaña de sana distancia. Esta plática con las mujeres fue fundamental en muchos sentidos. En primer lugar, porque me brindó ciertas pistas acerca de la respuesta de la población a los riesgos. Hasta ese momento me encontraba inquieto ya que, pese a mi insistencia para que las mujeres expresaran más información sobre sus opiniones y valoraciones respecto a la alimentación infantil, percibía que ellas respondían lo que pensaban fuera a agradarme. Esto era hasta cierto punto explicable ya que desde un inicio me identificaban como médico. Me encontraba en este punto sin avanzar realmente en mis preguntas de investigación. Las preocupaciones que ellas expresaron en dicha reunión me ayudaron a percatarme que su contexto, que he planteado en términos de precarización (Lorey, 2016) constituye un determinante fundamental para que la obesidad infantil no sea considerada un problema prioritario para la comunidad, aunque sujetos externos e interventores percibamos su importante prevalencia en la zona. Finalmente, ante la contingencia que marca su vida cotidiana ¿qué importancia podría tener la obesidad infantil? No obstante, diversos actores intervienen en la zona para introducir el discurso de los “estilos de vida saludables”. En ese momento, el no dato, me llevó a ubicar el mismo contexto de precarización como una importante ruptura con el discurso biomédico, particularmente aquel dirigido a prescribir los comportamientos alimentarios.

En la misma reunión me percaté que ante la percepción del riesgo que la población había desarrollado rápidamente respecto a la pandemia, se configuró una barrera simbólica entre los sujetos en riesgo (los residentes de la colonia) y los sujetos de riesgo (los residentes fuera de la colonia). Por supuesto que esta barrera se encontraba sostenida en relaciones de confianza, considerando que algunos miembros de la familia continuaban sus actividades laborales fuera de la colonia, pero al ser parte de la cotidianidad no eran identificados como sujetos de riesgo (Meza, 2020). En ese momento yo me encontraba en una posición liminar que tarde o temprano me impediría continuar mi trabajo de campo ante dicho contexto de salud. Es así como decidí cambiar mi residencia temporalmente a La Campana y desde mayo hasta fines de noviembre residí en este lugar. Esta decisión me permitió vincularme estrechamente con la población, además de experimentar “desde el cuerpo” (Wacquant, 2004), las dificultades cotidianas para adquirir alimentos “saludables”. Considero relevante mencionar que durante mi estancia aumenté diez kilos, a pesar de que mi actividad física era considerable ya que diariamente realizaba recorridos y visitas a distintos domicilios.

En el mes de mayo la organización Barrio Esperanza solicitó mi colaboración para diseñar un plan de alimentación dirigido a la población considerada vulnerable para Covid-19 (adultos mayores con enfermedades crónicas) que pudiera servir para la entrega de apoyos alimentarios. Participé en el diseño y en la entrega, aprovechando esta última para brindar información acerca de las medidas de prevención contra la enfermedad. En el mismo mes CONACYT emitió una convocatoria dirigida a profesionistas e investigadoras (es) para sumarnos a acciones solidarias que incluía concursar en la obtención de financiamiento para realizar investigación sobre la Covid-19 y sus efectos. Dado que una de las afectaciones más importantes de la pandemia en la localidad de estudio fue en la alimentación, consideré necesario participar en dicha convocatoria y envié el protocolo *“Percepción del riesgo, representaciones sociales y prácticas comunitarias ante la pandemia del covid-19 en tres entidades de la república mexicana.”* Dicho protocolo resultó aprobado en la convocatoria 2020-1 *Apoyo para proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en salud ante la contingencia por covid-19* y me permitió continuar mi trabajo en el campo a pesar de la pandemia, ya que me facilitó insumos para preservar mi salud y la de la comunidad. El

proyecto fue realizado en colaboración con Graciela Freyermuth de CIESAS Sureste, Sandra Mancinas de la UANL y Gloria Uicab de la UADY.

Al mismo tiempo, dado que empezó a ser más conocido en la colonia mi formación de base como médico, miembros de la organización Barrio Esperanza me solicitaron que brindara consultas médicas con el objetivo de disminuir la asistencia de la población a instituciones de salud públicas y con ello se evitaran riesgos de contagio. De esta forma comencé a dar consultas médicas, primero de manera exclusiva a población considerada en riesgo. Sin embargo, con el cierre temporal del centro de salud local la demanda de consulta médica se incrementó considerablemente. Mi implicación como médico general no solo me permitió estrechar lazos con la población, sino percatarme que la relación médico paciente, objeto de estudio que yo había descartado en mis primeras aproximaciones a campo por considerarla irrelevante para los propósitos del proyecto de investigación, en realidad es muy importante. El personal médico continúa siendo un sujeto discursivo clave para las prescripciones alimentarias, además la importante historia de rupturas entre este profesional y los residentes de la colonia ha originado una desconfianza de éstos hacia los médicos del sector público.⁹ Esta desconfianza ha generado otra importante ruptura con el discurso biomédico dando pie a que la población constantemente ponga en duda las prescripciones no solo de estos actores, sino de la institución médica en general. Esta relación conflictiva la pude identificar con mayor claridad al acompañar profesionalmente a vecinos de la colonia en su trayectoria burocrática al enfermar de covid. Los obstáculos para encontrar oxígeno y las importantes dificultades para poder ser hospitalizados en caso necesario, me llevó a identificar la profundidad de esta herida.

Como médico general, brindé 400 consultas de las cuales 107 fueron de primera vez y el resto consecutivas. 60 consultas fueron en los domicilios de las personas y las restantes en un espacio facilitado por la organización Barrio Esperanza a manera de consultorio y en mi domicilio de La Campana. He aprovechado estos espacios para reconstruir, con previo consentimiento, 40 trayectorias terapéuticas seguidas por la población. Residí durante siete meses (mayo-octubre 2020) en la colonia, lo cual me permitió convivir

⁹ Enfatizo que, en el sector público, ya que la población mantiene vínculos afectivos con algunos médicos privados que atienden en consultorios aledaños a la colonia.

con la población y participar en las actividades cotidianas, incluyendo las alimentarias. Durante mi residencia, además de los recorridos que realicé para sostener mi vida cotidiana, como la compra de alimentos y productos de aseo, hice tres recorridos sistemáticos de la colonia que documenté mediante fotografías y se puede acceder a una selección de éstas a través del siguiente vínculo <https://www.artworkarchive.com/profile/alejandromeza-palmeros>. Las fotografías fueron analizadas mediante un instrumento que construí¹⁰ con el propósito de triangular la serie de apreciaciones sobre la colonia que fui documentando de manera sistemática en mi diario de campo, en las que incluí múltiples conversaciones informales que sostuve con mis vecinos y amistades del sector. Finalmente, para conducir un diálogo con la población infantil de acuerdo con mis objetivos de investigación, participé como facilitador de 12 sesiones de un taller para la promoción de estilos de vida saludables en quinto y sexto grado de la escuela 5 de octubre. A dicha escuela asiste una gran parte de la población infantil residente de La Campana. Dentro de estas actividades incluí un sociodrama y una estrategia de *photo-voice* lo cual me permitió indagar acerca de las valoraciones otorgadas a los alimentos y la interacción que mantiene la población infantil con el discurso biomédico desde su perspectiva. Repetí estas dos últimas actividades en la colonia, en el contexto de un curso de verano organizado por Barrio Esperanza. Además de las entrevistas semi estructuradas que fueron transcritas, documenté cada una de las interacciones y aquellas experiencias vividas que consideré más significativas en mi diario de campo. En conjunto, compilé un total de 744 documentos que constituyeron mis fuentes de análisis. Para este propósito llevé a cabo una codificación auxiliada por el programa ATLAS TI, a partir de un abordaje inductivo partiendo de las categorías teóricas antes expuestas.

Estructura del libro

El trabajo está compuesto por cuatro capítulos. En el capítulo 1 realizo una descripción etnográfica de la colonia La Campana. Utilizo información obtenida a partir de mis recorridos y mi residencia, misma que articulo con información oficial y aquella que obtuve producto de una revisión exhaustiva de literatura sobre la colonia. Defino el concepto de precarización y

¹⁰ Véase el instrumento en anexo 2.

argumento los motivos que me llevan a situar a La Campana como un contexto de precarización. Retomo el trabajo de Lorey (2016) acerca de las implicaciones teóricas del concepto de precarización, sobre todo en su relación con el de gubernamentalidad, atraído por la misma autora desde la obra de Foucault. Apoyado de los argumentos de Scheper-Hugues y Lock (1987), sostengo que el contexto de precariedad se conforma como una estructura de significación que permite a la población evaluar los distintos riesgos. Esta discusión me permite diferenciar cuatro dimensiones de la precarización en el área de estudio: precarización espacial, política, laboral e intersubjetiva.

En el capítulo 2 describo y analizo las interacciones comunicativas que se establecen entre la población de La Campana y distintos sujetos discursivos en el marco de las prescripciones alimentarias. Sitúo mi análisis desde la perspectiva de la medicalización desde un abordaje semiótico, que implica un énfasis en la reproducción y apropiación del discurso biomédico por parte de mis interlocutores. Empleo el concepto de polifonía a partir de Bajtín (2010), como metáfora que permite identificar la multiplicidad de sujetos discursivos que intervienen en las prescripciones alimentarias dirigidas a la población. Propongo finalmente el concepto de *expresiones prescriptivas* como mediador entre el contexto social y el contexto de interacción en el marco de la medicalización y la reproducción del discurso biomédico.

En el capítulo 3 discuto la manera en que el contexto de La Campana cristaliza en la relación que mantiene la población infantil con los sujetos prescriptivos. Con este propósito analizo la información que he obtenido a partir de mi interacción con dicha población y realizo un ejercicio de identificación de las vías a través de las que los niños interactúan directamente con el discurso biomédico, siendo de manera predominante la escuela. Finalmente, en el capítulo 4 incorporo una discusión de la dimensión emocional de la precarización. A partir de tres viñetas etnográficas, sitúo la forma en que las emociones constituyen un discurso moral a partir del cual la población corporiza la situación de precarización experimentada, que deviene en un determinante fundamental para la adopción o rechazo de las prescripciones alimentarias propuestas en el discurso biomédico.

Capítulo 1

La campana y el contexto de precarización

Localización física, espacial y temporal

El área metropolitana al sur de Monterrey es una alegoría de las desigualdades en las ciudades de México y, acaso, de Latinoamérica. Asentada sobre un cerro, en medio de dos de las regiones más acaudaladas de Nuevo León la zona Tec¹¹ y Valle Oriente¹² se encuentra el barrio de La Campana. Conforme se explora el cerro con la vista, un conjunto de casas que semejan construcciones incompletas se asoma mezclándose con la maleza: su presencia gris contrasta con los imponentes y modernos edificios aledaños, exhibiendo la profunda desigualdad social existente. De acuerdo con información oficial (INEGI, 2020), el barrio tiene 2 mil 456 habitantes, de los cuales 50% son mujeres (1216) y 23% son menores de entre 0 y 14 años (573). Es posible observar una ligera disminución poblacional respecto al censo anterior (INEGI, 2010), que registró una población de 2 mil 610 habitantes en el barrio. Esta ligera disminución podría manifestar el abandono de la zona a raíz de los continuos enfrentamientos entre cárteles de la droga entre los años 2011 y 2014 y un posterior retorno progresivo de la población como lo señalan interventores sociales con amplia experiencia en la zona (Fernández, 2018). El promedio de hijos nacidos vivos también presenta una disminución, de 2.67 reportado en el año 2010 a 2.29 en el año 2020, lo que constituye una explicación parcial de la disminución poblacional. Sin embargo, otros datos confirman movimientos poblacionales relevantes. Por ejemplo, el número de hogares censales cuya jefatura es femenina, se incrementó durante el período intercensal de 110 que representaban el 18% del total de hogares censales en el 2010, a 201, que corresponden al 33% de los hogares

11 Denominada así por su cercanía con el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

12 Perteneciente al municipio de San Pedro Garza García. Uno de los municipios con mayor ingreso per cápita en América Latina.

censales del censo del año 2020. Esta modificación coincide fuertemente con la versión de algunos de mis informantes, para quienes “las mujeres tuvieron que reconstruir el barrio con las cenizas de sus esposos”. Metáfora cruda que expresa la ausencia de una parte de la población masculina tras la violencia acaecida en la región.

Aunque la disminución poblacional no se refleja claramente en el número total de viviendas habitadas, la información recabada etnográficamente indica lo contrario. Por ejemplo, mientras que en el censo de 2010 se registraron 618 viviendas, en 2020 fueron 610. No obstante, el abandono de viviendas es un tema recurrente en las conversaciones entre vecinos. En diversas charlas informales, varios residentes mencionaron sucesos relacionados con la migración de familiares a otras colonias, entidades federativas o incluso a Estados Unidos. No pocas personas, de acuerdo a estas versiones huyeron después del asesinato o desaparición de algún familiar, o por amenazas directas. Por encima de la séptima avenida existe una zona conocida por los vecinos como la de “los callejones”. Durante mis recorridos pude percatarme de diversas casas en ruinas. Saqueadas por “los malitos”, como conocen los residentes de la Campana a los miembros de cárteles que disputaban la zona. “Quienes estaban en malos pasos ya se fueron, los mataron o están en la cárcel” constituye una expresión recurrente, recuperada también en el trabajo de Celina Fernández (2018).

Según el INEGI (2020), el 99% de la población cuenta con los servicios básicos (agua, luz, gas y drenaje), aunque he podido constatar que el suministro es problemático. Por ejemplo, la provisión del agua potable en la parte superior del cerro es únicamente durante veinte minutos al día. Además, al seguir la ruta de aprovisionamiento, a través de diversas mangueras que se bifurcan conforme descienden de la cúspide del cerro, lugar donde se encuentra la pila principal, he podido percatarme de la existencia de innumerables fugas, mismas que, además de mermar el suministro del líquido, constituyen fuentes de contaminación. Esta situación explica en parte la gran cantidad de infecciones intestinales que pude constatar en mi consulta y que coincide con la morbilidad referida por el personal médico de la zona que entrevisté. El gas constituye otro de los suministros que considero como problemático. Dicho suministro se realiza a través de camiones repartidores de gas que surten una vez por semana en la zona, sin embargo, conforme se

asciende en el cerro, el terreno se vuelve más accidentado, por lo que existen calles con la posibilidad de transitarse en auto hasta cierto límite. A partir de ese límite, que está conformado por la séptima avenida, el aprovisionamiento de gas lo llevan a cabo los mismos residentes quienes tienen que subir el tanque de gas, a pie, a través de escalinatas y de una pronunciada pendiente. Problemas similares relacionados con el aprovisionamiento de energía eléctrica y el alumbrado público han sido objeto de señalamiento en un trabajo realizado por De Jesús y Garay (2017).

De acuerdo con el INEGI (2020), el 80% de la población cuenta con cobertura de salud. De esta población, 73%, al contar con un trabajo asalariado, está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 3% está afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El porcentaje restante corresponde a personas no asalariadas, cuya cobertura en salud dependía del extinto Seguro Popular y actualmente depende del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El 50% de la población se considera económicamente activa. De esta, el 98% se encuentra ocupada de acuerdo al censo. A su vez, de la población ocupada, el 60% corresponde a población masculina (INEGI, 2020). Las ocupaciones predominantes de los moradores de la Campana se ubican en la construcción como albañiles o ayudantes, como dependientes de pequeños comercios y en el trabajo doméstico en el caso de las mujeres. Las condiciones de trabajo son precarias, con bajos salarios, (alrededor de 6000 pesos al mes) e inestabilidad laboral. De este modo, la cobertura de salud también es inestable. Como si las adversidades se acompañaran de nuevos infortunios, reiteradamente constaté entre mis interlocutores de la colonia que la pérdida del trabajo acarrearía la cancelación del acceso a los servicios de salud del IMSS, muchas veces cuando mayor falta les hacía. De esta manera, la población atiende con frecuencia sus enfermedades en tres consultorios privados aledaños, pertenecientes a médicos ampliamente conocidos en la zona y en consultorios anexos a farmacias (Similares, Farmacias del Ahorro y Benavides). En estos casos, los usuarios deben pagar por los servicios médicos y los medicamentos; si no cuentan con dinero en el momento de tener una necesidad de atención, tendrán que endeudarse pidiendo prestado con sus conocidos, en las Cajas de Ahorro del barrio y con los agiotistas. Es práctica común vender algún electrodoméstico o llevar a cabo alguna rifa para

obtener dinero con el fin de atender alguna enfermedad. De lo contrario, la posibilidad de recibir la atención y las medicinas necesarias se ve cancelada. Durante una entrevista, un residente me decía con el llanto contenido: “ya a puros ánimos nos vamos doctor... Si ya la ciencia nos abandonó, pues nos tocan los remedios caseros...”. Un año después de que a su esposa le fuera diagnosticado cáncer de mama, la angustiante carrera de búsqueda de atención continuaba. La larga y penosa carrera burocrática se encontraba detenida debido a un pago de 2,500 pesos que no podían realizar. Doña Chofi miraba silenciosa mientras se enjugaba las lágrimas. El inminente avance del cáncer la angustiaba diariamente sin que, como lo expresaba su esposo con esa cruda claridad, fuera iniciado el tratamiento médico. Al fondo de las voces de la pareja, emergiendo de un viejo televisor, el en ese momento nuevo presidente del país, anunciaba la desaparición del Seguro Popular para dar paso a un sistema de salud nuevo y universal. Paradójicamente, la atención de Doña Chofi se había visto interrumpida con la desaparición de aquel cuestionado modelo de financiamiento de la salud.

Prolongadas carreras burocráticas¹³ para atender algún padecimiento es un problema frecuentemente referido por la población, incluso para padecimientos urgentes. La población ubica este problema con claridad y lo considera en sus decisiones durante la búsqueda de atención. El sistema público de salud es utilizado cuando no se cuenta con recursos económicos. De lo contrario, los residentes de la Campana prefieren acudir a los consultorios privados antes señalados de cuyos profesionistas la población conoce sus horarios, sus fortalezas y sus debilidades, variables que son incluidas en sus decisiones. Por ejemplo, saben que tal médico es “grosero” pero atiende desde muy temprano. Si no se trata de una emergencia, posiblemente vayan con el Dr. X quien atiende muy bien, pero la espera es larga.

El barrio cuenta con cinco planteles escolares, desde preescolar hasta bachillerato. Existe una decena de pequeños expendios de alimentos en los que predomina la comida chatarra y únicamente en tres de ellos se ofertan frutas, verduras y hortalizas. Un camión acude semanalmente a la colonia para surtir frutas y verduras, sin embargo, la oferta es poco variada, por lo

13 Retomo el concepto de Abadía y Oviedo (2010) para referirme como carreras burocráticas a las trayectorias dentro de la institución médica, que involucran una serie de trámites y entrevistas con personal no médico como las trabajadoras sociales, dentro del marco de la búsqueda de atención.

general verduras de uso común como tomate y frutas de temporada. Aunque algunas viviendas cuentan con árboles frutales, no existen huertos urbanos.

La colonia se encuentra catalogada como de alta marginación (CONAPO, 2009; 2020)¹⁴ y es considerada, por algunos autores como Cerda (2013), como una de las más peligrosas de Monterrey. Sin embargo, esta caracterización también responde a una estigmatización de la colonia, que reproduce ciertos prejuicios extendidos ampliamente. Estas situaciones contribuyen a la presencia de múltiples interventores: organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, policía municipal y universidades.

Fronteras físicas y simbólicas

Como una especie de castillo antiguo, un arroyo habitualmente con poca agua delimita el norte de la colonia, que se extiende desde las faldas del cerro hasta la cima, señalada por una cruz de madera. Múltiples pasos peatonales son utilizados por sus habitantes para cruzar el arroyo. En la parte sur, en las faldas del cerro, se observa pintado sobre el conjunto de viviendas “el Colosal”, un mural de gran tamaño de un ave mitológica gigantesca. Además del arroyo, la colonia está bordeada por instituciones de gobierno y de organizaciones caritativas e iglesias que configuran un cerco simbólico que separa la colonia de las zonas boyantes del Área Metropolitana de Monterrey (AMM). Este cerco simbólico se hace más evidente al considerar que al norte de la colonia, cruzando el canal, las autoridades municipales construyeron un paseo recreativo lineal de unos 500 metros de longitud. De acuerdo con algunos informantes, para su construcción tuvieron que desalojar antiguos residentes de esa zona. La motivación de su construcción fue, según la versión de una informante, hija de una mujer desplazada, algunas denuncias de vecinos de la colonia colindante, cuya queja fue que las casas precarias de los antiguos habitantes “afeaban” el paisaje.

¹⁴ Ver mapas en anexo 3.1.

La Campana colinda al norte con las colonias Altamira, Privada Roma, Jardines Roma y México. Estas últimas tres, consideradas de clase media alta, mientras que la Altamira es considerada un barrio popular (véase la fotografía 1 y la imagen 1). Al este, se localizan las colonias AltaVista y Balcones de AltaVista. Al oeste, se encuentran las colonias Valle del mirador y una parte de la Altamira. Finalmente, el límite del sur está conformado por las colonias Burócratas Municipales y Laderas del Mirador, ambas colonias populares. En su interior, la colonia se encuentra dividida en “parte alta” y “parte baja” cuya delimitación social es la novena avenida. Dicha delimitación está constituida en parte por sus fronteras físicas sostenidas en las condiciones del terreno. Mientras la parte baja es predominantemente plana, las pendientes caracterizan la parte alta. En esta última zona, algunas condiciones orográficas son utilizadas como muros para la construcción de las viviendas, de manera que, en la parte alta, las viviendas se encuentran dispuestas en dos o tres niveles aprovechando las pendientes naturales.

Esta división, entre la parte y baja del cerro, también se sostiene fuertemente en las condiciones sociales. Mientras que en la parte baja, por su mayor antigüedad todos los predios se encuentran regularizados, las viviendas cuentan con todos los servicios (agua, luz, drenaje y alumbrado público) y sus condiciones son en términos generales mejores que en la parte alta. La distinción respecto al material de construcción entre la parte alta y baja ha sido señalada en la literatura. Por ejemplo, Solís y Puga (2011) en un estudio sobre el material de construcción de la vivienda y la estratificación social en Monterrey, señalan que “una parte está construida de con material de concreto, pero en la parte alta del cerro, al ser asentamientos irregulares, las viviendas están construidas por lámina y madera” (p. 246).

Fotografía 1. Vista panorámica de la colonia La Campana desde el cerro de la colonia Altamira



Fuente: tomada por Sandra Elizabet Mancinas Espinoza, agosto 2020.

En este último sector, la irregularidad de los terrenos es casi la norma y pasando la séptima avenida, las calles se convierten en veredas, callejones y escalinatas. Estas diferencias determinan en los residentes una especie de adscripción de clase según en el lugar donde se habita: “arriba” o “abajo”. En los años ochenta, el surgimiento de pandillas estuvo atravesado por esta misma delimitación, de tal manera que estos grupos sociales demarcaron su territorio según se controlara el “arriba” o el “abajo” de la colonia. En conjunción con la venta de drogas, iniciada en los años noventa, esta demarcación fue heredada en la adscripción a distintos carteles, lo cual determinó que en “la época de la violencia” como nombran los habitantes de la colonia a los años 2010 y 2011, hubiera frecuentes enfrentamientos y asesinatos entre miembros de distintos grupos del crimen organizado siguiendo la misma demarcación. El asentamiento gradual de la colonia ha contribuido a delimitar y diversificar otros espacios de socialización cotidiana o mundos sociales en su interior. La parte norte comenzó a construirse en los años se-

tentas a partir de población migrante, la mayoría proveniente de San Luis Potosí. Esta población comenzó a ocupar terrenos y construir sus viviendas primero como edificaciones precarias de madera o tejabanés, a los que fueron incorporando mejoras. Progresivamente, otras secciones del cerro se han ido poblando a partir de una dinámica similar, configurándose una distinción sectorial de acuerdo con la situación de la vivienda, los servicios urbanos disponibles y la regularidad del predio no únicamente entre la parte “alta” y “baja” del cerro, sino también entre la parte norte, la parte sur y el sector suroriental de más reciente conformación (ver anexo 4). De tal manera que La Campana ejemplifica con nitidez el carácter de desbordamiento de las “periferias urbanas”, que producen coexistencia e interculturalidad no necesariamente de manera constructiva. Por el contrario, este desbordamiento geográfico, puede generar fenómenos de segregación, aislamiento y exclusión (Portal y Ziri6n, 2019).

Como es de suponerse, estas delimitaciones tienen un correlato generacional que se manifiesta en las actividades sociales. En la parte norte predomina una poblaci6n adulta y adulta mayor, perteneciente a los primeros pobladores del barrio (ver anexo 4.1). Para esta generaci6n, un aspecto importante de socializaci6n ha sido la m6sica y los bailes que tanto en la colonia, como en barrios aleda6os comenzaron a organizarse a finales de los setenta. La “m6sica colombiana” como se le conoce a una apropiaci6n musical del Vallenato y la Cumbia proveniente de dicho pa6s (Olvera, 2005), ha marcado con profundidad a este sector. Indiscutiblemente la relevancia que suscita este estilo musical se debe a que, en el sector norte, creci6 Celso Pi6a, importante expositor de la m6sica colombiana. Tan profunda es la marca de esta m6sica que, en la cima del cerro, al lado de la cruz que la se6ala desde la distancia, corona la bandera de Colombia. El sector norte, es identificado por sus residentes como La Campana-Colombia.

Es f6cil percatarse la delimitaci6n de la Campana-Colombia de los otros dos sectores del cerro simplemente por la m6sica que envuelve el paisaje. La calle Mina, al oeste de este sector, conforma una frontera evidente. El hip hop del paisaje sonoro, caracter6stico de una poblaci6n joven, se6ala que uno ha salido de Colombia y se encuentra en La Campana-Colosal, por el nombre del gran mural que adorna las viviendas y cuya ave se aprecia desde la lejan6a. Finalmente, se encuentra el sector suroriental, el m6s reciente y

que aloja a población migrante que continúa llegando predominantemente de Oaxaca, Veracruz y Chiapas. Si consideramos que cada uno de estos sectores (Campana-Colombia; Campana-Colosal y el sector suroriental) se encuentra nítidamente delimitado entre el arriba y el abajo, podemos distinguir seis mundos sociales existentes en el cerro. La conjunción de barreras físicas y sociales han delimitado profundamente el espacio social, de tal manera que los residentes de cada uno de los sectores de la colonia conforman espacios de socialización separados y sobre todo los jóvenes, procuran evitar uno u otro espacio.

Imagen 1. Mapa de la Colonia La Campana



Fuente: elaboración Eliam López López, usando Google Maps.

Localizaciones temporales

Como he expuesto, la constitución progresiva de la colonia y su carácter predominantemente migratorio a partir de los años setenta, ha dado lugar a una delimitación clara de la colonia en seis mundos sociales. Además, es posible identificar ciclos de la vida cotidiana que contribuyen a conformar el contexto de la colonia. Un ciclo importante es el climático. En verano, las temperaturas que llegan hasta los 40 grados orillan a la gente a salir por la noche y escapar de viviendas cuyo material de block y techos de lámina, que constituye el material del techo más frecuente en la zona alta, generan temperaturas al interior insoportables. Es así como, en el verano, las familias conforman espacios de socialización en el exterior. La “placa” (techo), constituye un espacio de socialización importante. Ahí, en la temporada de calor (abril-octubre) las familias que cuentan con techo de concreto socializan, los individuos se relajan y es el sitio que acoge las reuniones familiares de los fines de semana. En verano, los niños socializan al exterior de las viviendas y es frecuente ver de 10 a 20 niños reunidos por la tarde, hasta las diez u once de la noche, hora en que las calles se van vaciando de risas y gritos infantiles. El invierno, con temperaturas que bordean los cero grados, la dinámica social es la opuesta. Las familias permanecen en el interior, constituyéndose así espacios que, considerando que una vivienda puede llegar a ocuparla dos o tres familias, pueden ser interpretados como claustrofóbicos. Al respecto, recuerdo que una tarde en la que regresaba a mi casa acompañado de una vecina, me platicaba sobre la saturación que a veces sentía por las responsabilidades de casa, después de una jornada laboral extenuante y sin el apoyo del esposo. No obstante, las demandas familiares, de una hija pequeña y dos hijas jóvenes no cesan. “A veces hay que mandar todo a la chingada, me dijo una amiga”, soltó, antecediendo a una pausa en la que pareció reflexionar. — Pero, doctor— prosiguió volteando hacia el horizonte — los mando a la chingada, pero se van 5 metros y como quiera ahí los tengo. Los dos reímos de su queja. Nuestra risa, tomaba con humor su señalamiento acerca de la sensación de falta de espacio y de privacidad.

Como hemos visto, el clima constituye en La Campana un ciclo social que determina las reuniones, los escapes y los recogimientos. Sin embargo, el cotidiano conforma un ciclo de actividad social no menos importante. La colonia despierta a las seis de la mañana. Ruidos de automóviles que parten.

Murmullos, pasos y la música de las viviendas marcan la apertura del telón. Grupos de hombres descienden a través de las escalinatas dirigiéndose a las paradas de los camiones. Algunos portan herramientas que los identifica como empleados de la construcción. Los niños, de la mano de sus madres se encuentran en las mismas escalinatas para dirigirse a las escuelas. Otras mujeres, con uniformes de fábricas o de expendios de cadena, se apresuran. A las ocho de la mañana, solo algunos perros se pasean lánguidamente por las calles solitarias. Su situación, refleja con nitidez las diferencias en el cerro. Abajo, perros gordos, arriba perros flacos, huidizos, que muestran los colmillos al tiempo que emprenden la fuga. El sol rompe el cielo junto con una sensación de pesadez en agosto y de alivio en diciembre. Una vez por semana, la tranquilidad de las nueve o diez de la mañana se interrumpe con gritos que anuncian la oferta de gas, altavoces que anuncian compra venta de fierros viejos, la venta de tostadas, tortillas, los camiones de Coca-Cola, cerveza, el camión de la basura los martes, jueves y sábado, y los viernes, la venta de frutas y verduras. Los sábados y domingos por la mañana, algunos vecinos exponen afuera de sus casas ropa en venta, nueva o de segunda mano. Ropa, calzado usado y algunas herramientas viejas se exponen siempre en la misma esquina de la novena avenida. Los miércoles desde las cinco de la tarde, un mercado ambulante se pone en el parque de los pinos, en donde se encuentra una cancha de futbol a un costado de la parte oriental del cerro (véase la fotografía 2). Frente a esta cancha, separada del cerro por el arroyo, aparece el Colosal perdiendo su nitidez, conforme los vecinos comienzan a pintar sus casas sin respetar el rol cromático de su vivienda en la gama de colores que forman el mural (véase la fotografía 3).

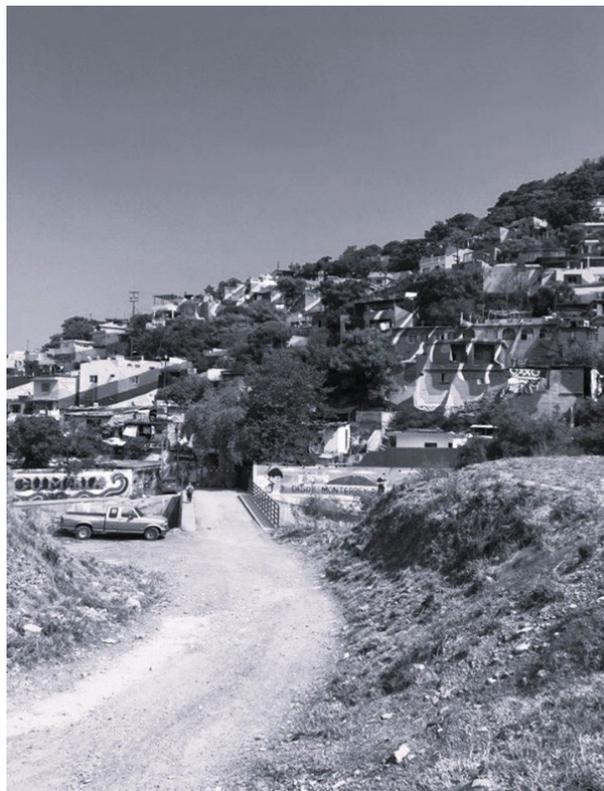
Siguiendo la misma disposición rectangular de la cancha, se disponen los puestos de comida, de ropa, de música, de antigüedades y electrodomésticos. A un costado unas cincuenta personas hacen fila frente a un puesto de elotes preparados, cuyo vendedor tiene amplio prestigio. A la distancia, en el extremo sur del parque, en el trayecto de la Avenida Santos Cantú, se deja ver un bar. Una marca de cerveza se anuncia en grande, en la parte superior de una caseta en donde atienden a quienes buscan cerveza para llevar.

Fotografía 2. Vista lateral del mercado del Parque los Pinos



Tomada por Sandra Elizabet Mancinas Espinoza, agosto 2020.

Fotografía 3. Entrada a La Campana por calle lateral al parque de Los Pinos. De fondo una perspectiva del mural El Colosal



Fuente: fotografía propia, octubre 2020.

Los sábados y domingos desde temprano la cancha da lugar a partidos de equipos locales. Distintos puestos de comida “chatarra” y de refrescos se disponen a un costado de la cancha, a una distancia prudente para no recibir los balonazos del partido. A un kilómetro de distancia de esta cancha, siguiendo por la Santos Cantú, y bordeando el Centro de Bachilleres Tecnológico, Industrial y de Servicios (CBTIS), se pone un mercado ambulante. Similar al de los miércoles, sólo que mucho más variado. Además de puestos de comida chatarra, tacos, hamburguesas, chicharrón, ropa y flores, se exponen platillos, frutas y productos artesanales y alimenticios de Veracruz e Hidalgo. El murmullo de la aglomeración y de la música que sale de casi cada uno de los puestos se mezcla con una voz grabada que después de enlistar algunos derechos laborales, oferta, sin especificar su costo, los servicios para tramitar la jubilación del IMSS.

Estos mercados, además de uno mucho más reducido, que abarca una decena de puestos de ropa, frutas y verduras en la Avenida Leopoldo, los domingos por la mañana, constituyen los espacios más importantes de surtimiento, consumo y de esparcimiento para los habitantes de La Campana. Los vecinos de la campana suelen hacer un ahorro semanal para acudir a alguno de estos mercados y pasar el rato con la familia.

Por las tardes, la dinámica se torna en sentido contrario. Las y los trabajadores regresan y es posible observar grupos de hombres que comienzan a reunirse para tomar dos o tres caguamas, “para relajarse, refrescarse y dormir a gusto”. Los niños comienzan a salir persiguiendo al camión de los helados, el carrito de los “yukis¹⁵” y una media hora más tarde, las mujeres atienden el llamado del camión del pan, que anuncia su llegada reproduciendo a todo volumen a través de un alta voz, “El panadero”, una vieja canción popular interpretada por el cómico de la época del cine de oro mexicano, Germán Valdez, Tin Tan. En algunas casas, es posible apreciar grupos de mujeres jugando lotería. Las cartas son voceadas o reproducidas por una voz monótona que emerge del celular. Por las noches, grupos de diez o doce jóvenes se reúnen afuera de alguna casa para tomar unas cervezas o fumar mariguana acompañados de músicaailable. Monterrey refresca a medianoche, hora en que las calles se vacían y sólo se contempla algún trasnochado tambaleante, portando en sus manos un recipiente de caguama. Los fines de semana, múltiples reuniones familiares suceden en las placas de las casas y

15 Bebida azucarada, congelada.

es posible escuchar hasta la madrugada música acompañada con el canto de los integrantes de la reunión. Es frecuente ver a jóvenes arreglados caminar en dirección a algún baile organizado en alguna casa, siempre respetando la demarcación territorial. Estos bailes, pueden estar amenizados con un grupo, cantante o sonidero¹⁶ reconocido localmente.

Una zona precarizada

Una de las características de la Campana es la situación contingente en la que se desenvuelven la reproducción social y la cotidianidad. Para muchos de sus habitantes, elementos fundamentales de la subsistencia como la alimentación se convierten en objetos de una lucha diaria cuyo resultado es incierto. El ciclo vital de enfermar y reponerse o morir, peculiaridad de la vida, nos asemeja a todos los seres vivos, pero al enmarcarse en relaciones sociales, paradójicamente nos separa infranqueablemente. La vida en la Campana recuerda insistentemente esta separación.

La atención médica ante la enfermedad, considerada convencionalmente como una necesidad fundamental, se convierte para los residentes de la colonia en un privilegio momentáneo. La vida que un día sonríe puede convertirse al estar enfermo en el origen de una serie de “infortunios” que convierten la enfermedad en un hecho social total. Enfermar en La Campana, puede ser la causa de un endeudamiento o incluso la ruptura familiar, la pérdida del patrimonio, o de una muerte injusta. Injusta por su evitabilidad, por lo injusto que puede ser morir durante una carrera sinuosa para buscar atención médica. La cotidianidad de sus habitantes se encuentra marcada por la precarización.

Isabel Lorey (2016) señala enfáticamente que la precarización

significa más que puestos de trabajo inseguros, más que una cobertura social insuficiente dependiente del trabajo asalariado. En tanto que incertidumbre y exposición al peligro, abarca la totalidad de la existencia, los cuerpos, los modos de subjetivación... La precarización significa vivir con lo imprevisible, con la contingencia. (p. 17)

16 De acuerdo con José Juan Olvera (2005), el “sonidero” o equipo de sonido que de manera ambulante ameniza el barrio en alguna celebración, ha tenido una gran importancia como definición identitaria y como difusión de la “música colombiana” en la zona metropolitana de Monterrey.

Es en la administración de la contingencia, en la regulación del “mínimo de protección social” en donde se establecen los nuevos presupuestos de gobierno en su modo neoliberal (Lorey, 2016).

En la Campana, la intervención social se convierte para el Estado, la manera de regular las condiciones mínimas de subsistencia. En otorgar “los granos de sal” que permiten hacer tolerable lo intolerable. Las intervenciones sociales son en la colonia, la forma predominante de vinculación entre el Estado y su población. Y es a partir de diversas redes de intervención por medio de las cuales sujetos tan disímiles en su naturaleza y en sus intereses, convocan, en el acto de administrar la precariedad, en un interés más amplio: el control poblacional.

Esto por supuesto no es novedoso en el país. La articulación de dispositivos de intervención para el control social, atender las desviaciones y encaminar moralmente a la población ha constituido un aspecto central en los procesos de intervención desde que estos comenzaron a burocratizarse a principios del siglo XX (Lorenzo, 2018). Lo novedoso según Lorey (2016) es la modificación de la articulación entre el gobierno y la población. Hasta la primera mitad del siglo XX la manera de gobernar se centró en la seguridad, es decir, en controlar la contingencia a partir de dispositivos de gobierno identificados ampliamente por Michel Foucault. Con la consolidación del neoliberalismo las estrategias de gobierno, o la gubernamentalidad, expresión que Lorey retoma de Foucault, se ha convertido en la administración de la inseguridad, convirtiéndose esta en un “modo normalizado de gobierno” (Lorey, 2016: 74). Si bien Lorey refiere al contexto europeo, observé este proceso en la población de la Campana. Para su población fundadora, la seguridad social, expresada en la posibilidad de atender la salud, disponibilidad de servicios como la luz y el agua y obtener una pensión de retiro, constituyó una aspiración política fundamental. Esta aspiración contribuyó a delinear proyectos laborales y conformaciones familiares, pero, además, permitió articular a pobladores en distintas agrupaciones que sentaron las bases de los comités vecinales, la forma predominante de interlocución con el gobierno.

Cuando llegamos aquí a esta comunidad (1974), no había luz, agua, drenaje, nada... entonces pues de ahí entre los vecinos que eran muy pocas casas, no eran muchas, contaría unas 30 casas, otra acá otra

más para allá, y entonces ahí empezó la unión de vecinos. Cuando empiezan a meter los servicios yo veía que se juntaban los grupitos de vecinos y pues hablaban de cómo le hacían, si se cooperaban para las tuberías para meter el agua, principalmente que fue lo primordial y así le hicieron, y así empezaron a pedirle a gobierno... (Vecina y líder de la Campana).

Para las nuevas generaciones, las hijas y nietas de las familias fundadoras, la interlocución con el gobierno es completamente distinta. La asistencia a necesidades puntuales se ha convertido en la manera predominante de gobierno. Sin embargo, este tránsito al gobierno de la precariedad en términos de Lorey (2016), se ha dado a expensas de dispositivos que, como la intervención social, construyen un discurso individualizante en el cual se resalta la responsabilidad de los sujetos de su situación social. Es así que la mayor parte de las intervenciones actuales gestionadas dentro de las dependencias estatales, se dirigen a incentivar “iniciativas empresariales”.

Talleres de repostería, artesanías, preparación de dulces locales y de “estilos de vida saludables”, constituyen la serie de intervenciones en las que nos involucramos quienes intervenimos en el barrio. Aunque con amabilidad, las caras de mofa, conteniendo la risa, de las mujeres a quien doy los talleres de alimentación, me dejan ver la vacuidad de mi discurso. “Es importante comer con calidad y variedad” les recomiendo a quienes ya lo saben. Un discurso repetido hasta el cansancio. “El problema es con qué”. “Lo que ustedes recomiendan, no se consigue fácil”. Hipertensión, diabetes, insuficiencia renal. Los interventores siempre podemos “gestionar” donaciones de medicamentos.

Conozco mucha gente, desde pues de los embarazos y así, siempre he andado de arriba para abajo y conozco a mucha gente. También he ayudado a mucha gente, este a veces andamos en lo de la pintura y conocimos ahí gente y ya les decimos oyes, nos puedes ayudar con sillas de ruedas... también ayudo a la maestra a llevar oficios al DIF para recibir ayudas y cosas así, y ya me agarra a mi “si ándale ya vámonos” pues ya yo te ayudo, aunque no tenga niños, aunque no tenga nada, pero me gusta apoyar (Promotora de salud voluntaria).

Al comparar esta narrativa con aquella de la líder fundadora, podemos observar con nitidez la transformación de las formas de vinculación que la población de La Campana mantiene con el gobierno, así como la representación que la población tiene respecto a las acciones organizativas. Mientras que, en la primera narrativa, la organización tiene el propósito de fortalecer el poder de interlocución con el Estado, la narración formulada por la promotora voluntaria de salud, una mujer de 30 años de edad, la organización mantiene el propósito de conseguir alguna “ayuda” puntual por parte del gobierno. Una clara subjetivación de los nuevos mecanismos de interlocución. En el marco de este conjunto de dispositivos de intervención, la asistencia social como un derecho social, se desplaza discursivamente y se subjetiva como una acción de benevolencia y de las redes sociales disponibles.

Precarización y espacio-cuerpo. El caso de Pepe

Guardé mi equipo médico bajo la mirada impaciente de Lupe, una de las promotoras que trabaja en una asociación civil que interviene en la zona. Habíamos acordado que al final de la consulta, iríamos a visitar a Pepe, uno de los chicos que han sobrevivido la violencia. Su fortuita presencia en un fuego cruzado entre grupos representantes de cárteles, le paralizó literalmente su proyecto de vida. Un proyectil le arrancó casi el total de la masa encefálica del hemisferio derecho, teniendo 14 años, en el 2011. Para llegar a casa de sus abuelos, donde él vive, tenemos que subir una pronunciada pendiente de concreto. Pulida por la lluvia y el intenso calor, numerosos tramos de aquella subida son muy resbalosos. El trayecto se convierte tanto para la trabajadora social que me acompaña, como para mí, en un continuo derrapar que hace errática nuestra marcha, lo que provoca la risa de nuestras acompañantes locales. Ellas caminan ágilmente, si acaso agitadas y con gotas perceptibles de sudor en la frente, debido al intenso calor de 40 grados.

“Todos los días con estas caminatas. Así cruzamos el cerro diario,” comenta una de las promotoras. “Si no estoy delgada, es por tanta Coca-Cola”. Reímos. Efectivamente se requiere de cierta condición física para desplazarse a través del cerro. Franqueando las escalinatas centrales, que han sido mejoradas por las gestiones de la organización interventora, el camino alterna lajas de piedra con algunos tramos más o menos regulares de concreto. El

vapor que expele la tierra circundante convierte el trayecto para mí, en una travesía soporosa. Empapado en sudor, respiro agitado y peleo contra una sensación nauseosa.

En las partes más altas del cerro, algunos ancianos se quedaron atrapados al hacerse incompatible la pérdida de la movilidad corporal, con las rutas accidentadas del barrio. Cualquier objetivo de la cotidianidad fuera de casa, como la compra de víveres, o la asistencia al médico, se imposibilita por estos trayectos, devenidos infranqueables. Evidentemente en la Campana, el espacio y las condiciones del terreno se convierten en una dimensión importante del contexto de precariedad. Es en esta situación de contingencia, cuando se tornan visibles los vínculos y la dialéctica entre el cuerpo físico y el cuerpo social. Solo en el contexto de precarización corporal, el espacio se convierte en una resistencia a la movilidad tan importante.

Administrado bajo el esquema de los mínimos posibles, las mejoras del espacio han sido derivadas a ONGs cuyas iniciativas conjuntan donaciones de material con el trabajo vecinal. Los funcionarios del municipio, “ayudan” esporádicamente haciendo, ante la presión y determinadas gestiones llevadas a cabo, en el marco de intervenciones sociales, actividades que deberían ser de su competencia cotidiana, como mejoras en el alumbrado público o limpieza del escombros. Cada solicitud implica una gestión. La mayoría de las ocasiones a través de la emisión de una solicitud formal por medio de un oficio. En otras, las promotoras utilizan sus redes personales para agilizar o lograr el trámite.

A través de la seña de una de las promotoras, nos enteramos de que hemos llegado a la casa. Una puerta metálica se dispone en la cúspide de unas escalinatas de unos 5 metros de concreto, rotas e irregulares. Del otro lado del umbral, las escalinatas se bifurcan en dos caminos. El primero, un desnivel de tierra que conduce a una construcción gris, “en obra negra”. Dos ventanas, de cuyos marcos se sostienen frágilmente algunos lienzos de tela multicolor, sustituyendo el cristal que tal vez nunca se colocará, sobresalen del muro monótono de block. El pasillo de tierra, que aloja pequeños montículos de escombros, bultos de cemento y utensilios de construcción, termina un recorrido irregular, contorneando la parte inferior de la vivienda en unas viejas bases de colchón colocadas a modo de cerca de un gallinero. Del otro lado, ocultándose del rayo del sol bajo un lavadero, tres gallinas

inmóviles miran distraídamente con los picos abiertos. Subimos a través de unas escaleras de concreto hacia el segundo piso del inmueble. La abuela de Pepe abre la puerta sonriendo. No obstante, es una sonrisa de cordialidad, algo rígida, que acompañada de los ojos entrecerrados y la mano izquierda sosteniéndose de la pared, conforman un gesto que evidencia un profundo cansancio. Explica agitadamente que apenas ha tenido tiempo de llegar de la casa en donde trabaja como “empleada doméstica”, para involucrarse inmediatamente en los cuidados de su nieto. Bañarlo, cambiarle los pañales y darle de comer. Después, hacerle de comer al esposo y limpiar con esmero, los dos cuartos y el baño que conforman la vivienda. El involucramiento en actividades que implican un doble o a veces hasta triple jornada de cuidados es común en las mujeres de la Campana. Las mujeres de la Campana, como ellas dicen, “se parten en mil partes”. Una metáfora que claramente remite no únicamente a su significado espacial, de dispersión geográfica de la presencia. Uno puede fácilmente imaginarse a una persona que corre de un lugar a otro. Pero también evoca la sensación corporal de escindirse¹⁷ ante los requerimientos de alguien más, de manera simultánea. Siguiendo los argumentos de Moruno (2018), el cansancio crónico y la experiencia opresiva de la escasez de tiempo constituyen dos componentes más de la precariedad, en este caso particular, de su experiencia. Agregó que son una manifestación encarnada de la vida en estado permanente de contingencia.

La habitación de Pepe, desde el trágico evento, consiste en un cuarto color crema de unos 2x3 metros. La pintura de un Cristo sonriente vestido con una túnica blanca y con los brazos extendidos como ofreciendo un abrazo, se encuentra colocada justo al centro de la habitación, por encima de la cabecera de latón dorado de la cama. Rodeando esta pintura se encuentran retratos familiares y a un joven Pepe, de pie y acompañado de otros jóvenes. Una pintura de la virgen de Guadalupe se encuentra en el costado derecho de la habitación, seguida de un conjunto de imágenes de santos católicos. Una cortina rosa con blanco separa este espacio de la habitación contigua. Dirijo mi vista hacia abajo del Cristo, encontrándome directamente con los ojos de Pepe. Su mirada aparenta estar extraviada, aunque noto que sigue mis movimientos mientras me aproximo. La cabeza afeitada permite ver con

17 Marcela Lagarde (2016), nos refiere que las mujeres se escinden en la vida cotidiana, en la reproducción social del trabajo al verse obligadas (cautivas) a asumir con exclusividad las labores de cuidado, representados en la figura de la madre-esposa.

nitidez el cráneo hendido. La redondez de su contorno izquierdo se pierde precipitadamente justo en la línea media, dando lugar a una caída oblicua que señala la parte de hueso y cerebro arrancados por el proyectil. - Buenas tardes, Pepe – exclamo incrementando el volumen de mi voz. - Buenas tardes, - me contesta con una voz nítida y clara. Me siento desafiado por su mirada fija en mi rostro y me aproximo con dubitación. No tengo una remota idea de qué funciones sensoriales, motoras y comunicativas puede tener Pepe, considerando que ha perdido prácticamente la mitad del cerebro. Emprendo el performance médico. Una serie de actividades rituales que conjugan el “interrogatorio”, la “inspección”, “palpación”, “percusión” y “auscultación”, según los manuales de exploración clínica. Por supuesto que, en parte, es un ritual de presentación y posicionamiento. Con este, me coloco en un espacio semiótico que fuertemente cargado de relaciones de poder, pretende cumplir una serie de expectativas intersubjetivas que de alguna manera justifican mi presencia. Esta responde a una demanda articulada en relaciones sociales: la percepción de conveniencia o necesidad manifestada por la abuela, la legitimidad y reconocimiento por parte de las promotoras que me buscaron, pero sobre todo me interesa destacar que mi presencia responde a un requerimiento burocrático para que la mujer obtenga asistencia social en el DIF y en otras organizaciones.

Después de un prolongado interrogatorio,¹⁸ me percató con cierta sorpresa que las funciones cognitivas de Pepe se encuentran respetadas. Con la mirada fija en la pared de enfrente, contesta a cada una de mis preguntas, refiere hora, día, lugar y narra los eventos de su “accidente” con cierta calidad maquinal, como quien ha repetido la misma historia decenas de veces. Su cuerpo completamente laxo, con el torso recargado en unos cojines se balancea frágilmente entre los brazos de su abuela y la trabajadora social, que me ayudan inclinándolo hacia adelante para que pueda colocarle en la espalda, la cápsula del estetoscopio. Recorro los cuadrantes pulmonares, repaso los puntos del corazón y el abdomen. Con cierta teatralidad extraigo de mi maletín rojo una lámpara con la que reviso meticulosamente los ojos y los oídos. Una exploración completa y minuciosa convierten a Pepe en un

18 Podría referirme a diálogo, no obstante que conservo el mismo término empleado en la práctica biomédica para resaltar el carácter autoritario que toma dicho “interrogatorio”. En este, el médico dirige al paciente una lluvia de preguntas que denotan la relación de poder en la que se desenvuelve la interacción médico-paciente.

cuerpo maleable, que se somete a los requerimientos del performance, con la ayuda y ante la mirada complacida de su abuela. Afirma con la cabeza, es una buena revisión.

Como apunta Amy Cooper (2015), las expectativas de la población respecto a la atención médica involucran determinadas prácticas corporales que conforman todo el ritual de la consulta. Las rutinas clínicas y otros elementos que constituyen el repertorio de prácticas corporales como la ceremoniosidad medida del saludo, palmadas de afecto expresadas prudentemente, el acercamiento cuidadoso, gestos empáticos o antipáticos, la mirada atenta y comprensiva o, por el contrario, la expresión de impaciencia o reprobación. Cada gesto está inserto en un entramado de relaciones políticas con un efecto importante en las subjetividades. El momento de la consulta constituye un espacio que corporiza relaciones de poder conformadas en escalas más amplias tal y como lo ha señalado Waitzkin (1984), aunque este último analizando con exclusividad las interacciones verbales. De manera que es posible plantear que la manipulación de la precariedad corporal que ejemplifiqué con mi práctica reproduce en este espacio microsocial de interacción, el entramado de control de la asistencia social.

A continuación, el turno de la trabajadora social. Sentada a un costado de los pies inertes de Pepe, alterna su mirada entre una libreta y la abuela que, parada bajo el marco de la puerta, llama con una seña a su esposo. Este se aproxima lentamente con una cojera sobresaliente y apoyándose de un bastón. La trabajadora social escudriña con sus preguntas la conformación familiar, los motivos de la ausencia de los padres de Pepe, las posibilidades de asistencia y el ingreso. Estas últimas son escasas. El abuelo, pensionado del IMSS debido a un accidente de trabajo, gana 1.700 pesos al mes. Se encuentran inscritos al extinto seguro popular sin otro tipo de seguridad social. Durante algún tiempo Pepe estuvo recibiendo rehabilitación en el DIF Nuevo León; su traslado era posible gracias al apoyo vecinal recibido durante los primeros meses posteriores al evento. Sin embargo, conforme han transcurrido los años, este apoyo ha disminuido dificultando el traslado y motivando la suspensión de las sesiones de rehabilitación. Al finalizar la entrevista nos despedimos con el compromiso de llevar al otro día el “dictamen” necesario para que la abuela consiga asistencia. Pañales, medicamentos, ayuda para la rehabilitación, quizás alguna grúa que pueda aligerar el

peso para la señora. Ella tendrá que “tocar puertas” mostrando el “certificado” de la necesidad, emitido por un profesional de la salud.

A través de lo que he mostrado, considero que es claro el importante grado de medicalización en la que se desenvuelven la asistencia y la intervención social, aspecto que ha sido estudiado con profundidad por Carballada (2019). Pero quisiera resaltar, además, la manera en que esta medicalización, se inserta en el entramado burocrático para administrar la precariedad. Alguna ayuda aquí, algún apoyo allá. Además de las iniciativas empresariales, la intervención se convierte en una instancia medicalizada de búsqueda y gestión de asistencia puntual.

¿Somos acaso tan ingenuos para no verlo? Por su puesto que no ¿Acaso en nuestros adentros sabemos que nuestras acciones se encaminan exclusivamente a sobrellevar la precariedad? La respuesta es afirmativa. Quienes intervenimos en el contexto de precariedad, somos conscientes que nuestras acciones sirven para el momento. Conseguir un equipo, una medicina, insumos alimentarios o facilitar un trámite burocrático. Sin embargo, lo consideramos indispensable. ¿Acaso debería recomendarle a la abuela de Pepe insertarse en la acción colectiva, como me sugirió alguna vez una colega? Esto únicamente incrementaría su precarización, solicitándole más tiempo del que dispone tan poco, como plantea sarcásticamente Castel (2004). Sin embargo, las intervenciones en La Campana generan para muchas personas este tipo de contra prestaciones que puedo llamar vulneradoras. Se les asiste, pero se les solicita estar presentes en una capacitación. Se les orienta, pero tendrán que acudir a un programa. Se les otorga el medicamento, pero a costa de una una trayectoria burocrática extenuante.

El contexto de precarización se encuentra inserto en un entramado económico y político que subsume las acciones de la intervención centradas en la asistencia social, en las capacitaciones, en las acciones empresariales, en las acciones médicas y en las acciones “educativas”. La intervención social se convierte, inserta en este contexto, en un mecanismo fundamental para mantener el umbral de subsistencia (Lazzarato, 2006). En el núcleo central de este entramado, la intervención médica, además de legitimarlo, le brinda reanimación para mantenerlo con vida por utilizar una cruda metáfora Illichiana. Envueltos en esta maquinaria de precarización, formamos parte como víctimas y victimarios. En mi caso, como médico me desenvuelvo

activamente en su administración al mismo tiempo que la vivo diariamente como miedo al desempleo. Hipertenso, demoro mi atención para que esta no interrumpa mi producción académica. Así como yo, la mayoría de los interventores sociales trabajan bajo el asedio del vencimiento de su contrato o el fin de los fondos de una ONG siempre funcionando bajo el principio de la escasez, con financiamiento limitado e incierto.

La Campana en un contexto de pandemia

Considero que los comportamientos poblacionales en La Campana, como respuesta a la pandemia pueden generalizarse y agruparse en dos fases distintas: la primera, determinada por la incredulidad y el miedo selectivo y la segunda, que da lugar a la aceptación y el miedo generalizado. Como en cualquier situación de peligro, el miedo constituye un elemento siempre presente. No obstante, el miedo, aunque si bien tiene un correlato fisiológico y fenomenológico, en el sentido de ser una experiencia corporizada, corresponde a una construcción social. Cuando señalo que el miedo es sobre todo una construcción social, pretendo enfatizar que es a través de los procesos de socialización que determinada situación es ubicada como un riesgo o peligro. En la noción de riesgo encontramos una serie de valoraciones morales que definen la responsabilidad, esto es: quién corre el riesgo, qué lo motiva, y cómo se contiene (Lupton, 1993). Por otra parte, la percepción de riesgo se estructura colectivamente, pero está atravesada por la experiencia, la confianza, o el nivel de autoridad otorgado a quienes definen un evento como peligroso (Davidson *et al.*, 1992). De acuerdo con esto anterior, en la percepción del riesgo, componente fundamental para comprender los comportamientos poblacionales ante la pandemia, podemos ubicar tres niveles de análisis:

Estos tres niveles corresponden a la propuesta de Scheper-Hugues y Lock (1987), quienes distinguen el cuerpo individual, el cuerpo social, y el cuerpo político. El cuerpo individual es una noción fenomenológica que describe la forma particular en la que una persona experimenta el bienestar, el dolor, la enfermedad, y su propia vulnerabilidad o fortaleza ante una situación amenazante. El cuerpo social comprende las representaciones del cuerpo individual y su(s) uso(s), así como su relación simbólica con el espacio social;

por ejemplo, la construcción de fronteras como una forma de protección ante el peligro. A su vez, la noción de cuerpo político se refiere al control, regulación y vigilancia ejercida sobre los cuerpos. La medicalización es una de sus formas más extendidas: en el contexto de la pandemia por Covid-19 se han utilizado argumentos de tipo sanitario para justificar prescripciones como el correcto lavado de manos, la distancia que debe existir entre personas, y el confinamiento domiciliario; estas medidas varían en su grado de obligatoriedad.

La primera fase que transcurrió desde mediados de marzo, cuando las autoridades sanitarias anunciaron las primeras medidas, como la sana distancia, hasta junio, está marcada por una mezcla de miedo e incredulidad. El primero, es un miedo específico de la población adulta, determinado por la percepción de su propia vulnerabilidad. Hasta ese momento, el discurso de las autoridades sanitarias había enfatizado que tanto la edad, así como la presencia de comorbilidades constituían las situaciones de mayor peligro para la población. Este sector poblacional evidentemente se sintió interpelado debido a su percepción de vulnerabilidad, elemento que como Nichter (2006) ha señalado, es fundamental para explicar los comportamientos ante el peligro. La población juvenil, por su parte, mantenía la certeza de su seguridad, brindada por la percepción de su fortaleza corporal. En el transcurso de mi discusión profundizaré en esta percepción de fortaleza/vulnerabilidad corporal como un elemento central para comprender la percepción de riesgo.

Sin embargo, lo interesante del miedo que señalo, es que no constituye como en circunstancias de desastres, un miedo absoluto. Como me referí anteriormente, es un miedo en cual se mezcla la incredulidad, en primera instancia como una respuesta psicosocial para obtener tranquilidad. Pero quizás de manera más importante por el contexto de precariedad de la colonia. Como lo he argumentado anteriormente (Meza, 2020), esta precariedad conforma una estructura de significación que permite valorar la naturaleza de los peligros, así como su jerarquización.

Siguiendo a Lorey (2016), utilizo el concepto precariedad con un doble sentido: en tanto que *precariousness* es una condición existencial de carácter relacional que implica la interdependencia; *precarity* se refiere a relaciones de dominación que tienen como efecto la jerarquización de la vida y el re-

parto diferencial de esta *precariousness* en el cuerpo de los individuos. De esta manera, la precariedad es producto de relaciones sociales materiales y simbólicas que se articulan condicionando las posibilidades materiales para contener un riesgo y configurando una estructura de significación corporizada que determina su percepción. De acuerdo con mis observaciones de campo, el contexto de precariedad fue determinante en los comportamientos de la población. Pese a las demandas desesperadas del sector de clase media para detener todas las actividades, la preocupación central en La Campana fue la pérdida del empleo. La orden de cerrar las actividades “no esenciales” en un contexto laboral como este, en donde predominan los empleos en el sector de los servicios, determinó que mucha gente fuera “desocupada” en los primeros días después de ser declarada oficialmente la campaña nacional de sana distancia. La conversación cotidiana de estos primeros días estuvo marcada por relatos de despidos o el miedo de que integrantes de la unidad doméstica perdiesen el empleo.

Aunado a la disminución del transporte, impuesta en Nuevo León en los primeros meses de la pandemia, la pérdida del empleo generó un descontento social que contribuyó a poner en duda la veracidad de la pandemia, sobre todo en los sectores poblacionales más jóvenes. Además, como señalaron mis informantes en reiteradas ocasiones, se temía más a las dificultades para la subsistencia condicionada por la falta de empleo, que el riesgo de enfermar o morir. Finalmente habría que “arriesgarse” para vivir. Por otro lado, las condiciones de vivienda antes expuestas, imposibilitaron para la población, principalmente los jóvenes y niños quedarse en casa, es así que los espacios de socialización prácticamente no se modificaron.

Miedo, la religión como autoridad moral y el cuestionamiento del discurso biomédico

El 18 de marzo de 2020 por la noche recibí por *WhatsApp* un mensaje de Doña Lourdes;¹⁹ me pedía urgentemente que acudiera al día siguiente a la colonia. El grupo de mujeres con el que trabajo temas de salud desde hace algunos meses había convocado una “junta extraordinaria” para decidir la continuidad de las reuniones semanales que cotidianamente tenemos, ante la contingencia sanitaria. Ese día, más temprano, me habían cancelado ya

19 Los nombres reales de las participantes han sido modificados para proteger su confidencialidad.

otros compromisos de trabajo. Pese a que en México las medidas de distanciamiento social impuestas por las autoridades sanitarias para hacer frente a la pandemia del Covid-19 se decretaron oficialmente hasta el 23 de marzo; en las redes sociales ya circulaban mensajes demandando la implementación de medidas preventivas. Algunos sectores de la población, influidos por estos mensajes, adelantaron el “gran confinamiento”.

Al día siguiente acudí a la junta extraordinaria: estacioné mi auto frente al centro de salud municipal, observé que estaba abierto y que las actividades eran las cotidianas; a 30 metros puede ver una decena de personas sentadas esperando la consulta médica. Atravesé el puente peatonal que se encuentra sobre el arroyo y recorrí las estrechas calles en ascenso hasta llegar al lugar de la reunión. Las mujeres me esperaban alrededor de una mesa rectangular; la junta transcurrió siempre en un tono informal, alternando risas, miradas inquietas y, sobre todo, silencios que expresaban una sensación de incertidumbre generalizada.

Doña Lourdes espera impaciente a que me acomode en la mesa, me mira directamente, y ante la mirada expectante de las demás asistentes pregunta — “Bueno Alejandro, ¿Tú qué sabes de todo esto? [refiriéndose al Covid-19] ¿Es verdad?” — Respondo su pregunta reproduciendo la información dispersa que tengo a mano, afirmando la gravedad de la pandemia. Aunque percibo incredulidad. Otras asistentes comentan una noticia que circula en las redes sociales acerca de la intención de los “poderosos” de reducir a la población, como la causa de la pandemia. Otras participantes se refieren a la intención de controlar a la gente “encerrándolas” en sus casas. Me sorprende el empleo de términos biomédicos en sus explicaciones. Algo novedoso en esta crisis es la exposición inédita de la población al discurso epidemiológico. Desde el inicio de la pandemia, el gobierno de México a través de la Secretaría de Salud estableció una conferencia diaria vespertina para dar seguimiento puntual a su desarrollo en el país, transmitida por radio, televisión abierta e internet. Varios gobiernos estatales, incluyendo el de Nuevo León, imitaron estas conferencias diarias: esto ha generado un flujo constante de información mediática cuyos protagonistas son las autoridades sanitarias, pero que es reproducida por múltiples voces. En La Campana, el uso común y cotidiano de los medios electrónicos y redes sociales como Facebook, contribuyó a que tempranamente se tuviera contacto con el dis-

curso epidemiológico y las primeras atribuciones causales sugeridas en este. Sin embargo, la primera reacción de la población fue la duda. La relación clientelar que históricamente han mantenido los residentes del barrio con autoridades municipales y la frecuente “traición” de estas últimas al incumplir distintas promesas, ha contribuido a generar un clima de duda y desconfianza que incluye a las autoridades de salud. Ante la duda, se impone la religión, la autoridad moral más importante en la colonia.

— “Lávate las manos Alejandro” — me dice en tono imperativo Doña Lourdes antes de darme unos platos para que los reparta entre las asistentes, al tiempo que algunas mujeres bromean sobre la importancia de tener las manos limpias como señalan las autoridades sanitarias. A mi lado escucho la conversación de tres mujeres acerca de las acciones del presidente el día anterior.

Participante 1: [el presidente mostró] tres estampitas y el de un dólar... que son sus amuletos [ríe]

Participante 2: yo me acuerdo de que una vez dijo que él lo cargaba... [el billete de un dólar]

P1: sí, que se lo dio un este... un migrante.

P2: pero pues igual tiene que estar haciendo frente del pueblo, de los programas, dando como buenas vibras para que no estemos tan paniqueados...

Participante 3: sí, aunque la gente lo critique, pero tiene que estar al frente.

P1: yo estoy en un grupo de proverbios y cosas bíblicas y dice que son cuarenta días y la cuarentena que está diciendo el gobierno, eso lo dijo Jesús, [...], debes de guardar cuarenta días, [...], es cuando Satanás tentó a Jesús [...], te lo está diciendo el presidente y te lo dice Jesús.

P3: sí, es bíblico.

P2: pues mientras son peras o manzanas, te paniqueas como quiera. (Conversación sostenida con el grupo de mujeres, abril 2020)

En este fragmento narrativo el presidente representa una autoridad moral, y la contradicción que existe entre sus acciones y el discurso sanitario es explicada por una de las participantes como un acto para tranquilizar a la población. Pese a que el miedo a la pandemia es evidente en la conversación, esa contradicción descalifica a la autoridad sanitaria y las recomendaciones

de las autoridades médicas son explicadas por las mujeres en términos religiosos. La analogía que ellas hacen entre la cuarentena religiosa y la sanitaria exhibe una equivalencia discursiva entre el presidente como autoridad política y Jesucristo como autoridad religiosa. El carisma presidencial es capaz de articular estas dos autoridades debido a que su discurso se inserta en la malla de significación con que las mujeres del grupo califican las acciones propias y ajenas. Así, el discurso religioso se convierte en un *artefacto político* y sus prescripciones son fundamentales para entender las prácticas adoptadas por la población para reducir el daño de la pandemia (Alyanak, 2020).

Por otra parte, la figura del migrante que regala un billete de un dólar al presidente como agradecimiento, introduce un elemento moral que vincula ese acto de generosidad con los valores religiosos de los mexicanos, transformándolos en una especie de barrera de protección para el país frente al Covid-19, como se muestra en la siguiente conversación:

P1: México nunca ha restringido las entradas, [...]. Estados Unidos no tan fácil deja entrar a la gente, pero México sí, tiene todas las puertas abiertas, todas las entradas para que toda la gente venga. Si México restringiera las entradas, otra cosa sería.

P2: pero es que porque aquí somos personas de amor al prójimo.

P1: por eso, por eso. Porque en Estados Unidos tienen la pena de muerte y aquí no. Estados Unidos dice: voy a cerrar la puerta a tal Estado y no lo deja entrar. ¿Cómo andan los inmigrantes? y México no, México abraza a todo el que viene.

P3: yo creo que por eso vamos a ser el país menos lastimado [por la pandemia] vas a ver. (Conversación sostenida con el grupo de mujeres, abril 2020)

¿Qué es lo que harán entonces para protegerse? (voltean a verse entre ellas, y luego responden)

P1: buena pregunta (ríen)

P2: pues... ¿Qué podemos hacer?

Yo: me dicen que les gusta salir mucho, pero de las recomendaciones de no ir a grupos numerosos, lavarse las manos...

P2: pues sobre todo no salirnos, si a una cuadra está lo que necesitamos, evitar ir más allá...

Yo: ¿van a seguir reuniéndose?

Lourdes: no, esta es la última reunión. Pero está en ustedes también, -dirige la mirada a las participantes- No es salir de la comunidad, es dentro. Si quieren que nos juntemos el otro martes, está bien, ustedes digan, nada más el Doctor va a traer el virus de la calle [ríen].

P2: cuando entres Alejandro, te vamos a rociar [ríen]. (Conversación sostenida con el grupo de mujeres, abril 2020)

En sus respuestas es patente el carácter simbólico de las fronteras que se utilizan como primera respuesta para enfrentar la pandemia. La mayoría de las personas que integran los espacios domésticos de estas mujeres, sus hijos, sus maridos, sus nietos, salen cotidianamente. Afuera protegen sus cuerpos empleando barreras como los cubrebocas; adentro de las casas y de la colonia la convivencia y la intimidad se mantienen. Más aún, sin importar qué ocurre en el exterior, las interacciones que realizan quienes salen a trabajar o los peligros que enfrentan, adentro existe un espacio sin riesgo. Considero que, para estas mujeres, al menos en la primera etapa de la pandemia, el factor que separa un espacio de riesgo de un espacio sin riesgo son los lazos de confianza existentes adentro: el peligro yace afuera. Como se registra en el diálogo, yo mismo formo parte de él. A partir de esta reflexión, tomé la decisión de radicar “adentro” y mudarme a La Campana.

La contradicción entre la percepción de vulnerabilidad y la puesta en duda del discurso biomédico ocurre en un contexto religioso muy presente en la colonia. La autoridad religiosa constituye un actor normativo en los comportamientos de la población que los ordena y clasifica según su coincidencia con un tipo de moralidad religiosa. La auto adscripción religiosa constituye un elemento que conforma este tipo de moralidad. Por ejemplo, José, un trabajador de la construcción que me asistía en la realización de arreglos de mi casa mientras me mudaba, me preguntó, mientras batía el cemento, acerca de la religión que yo profesaba. Ninguna, contesté percatándome que detuvo unos instantes su actividad para mirarme con sorpresa. Bastó esta respuesta para que una incipiente amistad, se convirtiera en una prudente distancia. A partir de ese momento, cuando me acercaba para conversar mientras trabajaba, notaba una cierta incomodidad y sus gestos deliberados de cansancio y prisa me indicaban que debía alejarme.

Una situación similar ocurrió tiempo después mientras visitaba a una mujer en su casa, con motivo de dar seguimiento a un dolor “neuropático”

en ambas piernas a consecuencia de la diabetes. La simpatía que desperté, tanto a ella como a su esposo, se convirtió en una reserva recelosa después de que me excusé de acompañarlos como asistente a un grupo católico que se reunía con periodicidad. A partir de ahí, fue común que el esposo, a quien me encontraba con frecuencia en la calle, esquivara la vista y evitara saludarme. Aunque la religión católica es predominante en La Campana, otras iglesias han ido ocupando un espacio importante. Mientras que en su interior se han erigido dos templos que se adscriben como evangélico y bautista respectivamente, algunos de mis pacientes se profesan cristianos. En los grupos de salud que organicé, con frecuencia se generaban enfrentamientos sutiles sobre determinadas prácticas que podrían ser interpretadas negativa o positivamente según la religión profesada. Una confrontación de este tipo se generó en la reunión referida, a la que acudí a petición de doña Lourdes para “aclarar” algunas cuestiones sobre la pandemia.

La dilucidación que realizaban las mujeres respecto al origen de la pandemia, condujo la conversación hacia una interpretación eminentemente moral de la situación. Es decir, reproduciendo algunas versiones que circulaban en los medios de comunicación, atribuían el origen de la propagación a un comportamiento indebido de carácter alimentario al haber ingerido un alimento prohibido en la biblia. Esto generó una confrontación entre dos participantes, una católica y la otra cristiana, aunque la prohibición alimentaria coincidía totalmente y la fuente bíblica era en apariencia la misma.

Participante 2: ahí en la biblia dice los animales que te puedes comer y los que no, que los que tengan la uña hundida y no sé qué... todo dice, todo.

Participante 1: en la biblia esa de ustedes...

Participante 2: es la misma.

Participante 1: no, porque ahí vienen cosas diferentes que la católica tiene, no es la misma, chécalo bien y no es la misma...

Participante 2: entonces, ¿Cómo se llama?

Participante 1: se supone que la de nosotros es porque está escrita por el arzobispo, está, o sea ahí es donde diferencias una biblia por quien está firmada la autorización y si, mira chécalo, las traen y si son diferentes, como la cuentan, cómo la relatan es diferente también, no es lo mismo.

Participante 2: porque hemos checado una cita y nada más cambia

como te lo explica, o sea es diferente, pero es lo mismo... (Conversación sostenida con el grupo de mujeres, abril 2020)

Sin embargo, más allá de este tipo de confrontaciones que pueden fracturar amistades y generar divisiones al interior de la colonia, la religión ha actuado como una estructura de significación que permite a los vecinos interpretar el origen, las consecuencias de la pandemia, además de constituir una barrera moral de protección en caso de asumir comportamientos alineados con valores religiosos. De acuerdo a mis observaciones en campo, la religión confronta la autoridad del discurso biomédico, aunque dicha confrontación pueda suponer prácticas contrarias a las prescripciones médicas o ser favorables a este. En el primer caso, las prácticas adquieren ya sea un tono de resignación o, por el contrario, de fortaleza moral que incentiva prácticas consideradas de riesgo por las autoridades sanitarias como las reuniones. En el segundo caso, el discurso biomédico permanece subordinado al religioso y sus éxitos o fracasos son explicados como parte de designios divinos.

A continuación, presento algunos fragmentos de una entrevista que realicé a Don Juan, durante su recuperación de Covid-19. Don Juan es un hombre de 63 años a quien acompañé como médico y como amigo durante el transcurso de la enfermedad. El diagnóstico de Covid-19 fue corroborado por parte de dos médicos distintos antes de que su hermano me solicitara por teléfono asistirlo en casa y encontrarlo en una verdadera lucha para lograr retener un poco de aire. Un mes y medio después, sentados en el patio de su casa, a lado de un concentrador de oxígeno, me narra su experiencia.

Don Juan: nosotros la verdad, primero agradecidos con Dios y luego ustedes, que nos han estado echando la mano, este y pues ahí vamos.

Yo: don Juan, ahora que ya pasó todo eso, usted ¿Por qué piensa que está ese coronavirus? ¿Qué piensa ahora de eso?

Don Juan: mmm, ¿en qué tono quiere que...?

Yo: no, el que usted quiera, el que usted quiera.

Don Juan: como uno ha leído el libro ese llamado biblia, sabemos que hay un ser muy poderoso que está cometiendo mucha maldad, yo siempre he dicho que esta enfermedad fue creada por ese ser maligno que disfruta que la gente muera, usted ¿por qué cree que disfruta él?

Yo: pues por la maldad ¿no?

Don Juan: el mejor disfrute para él doctor, es que de todo le echamos

la culpa a dios, no sé si usted ha oído a alguien decir: pues es que el diablo... ¿nadie verdad?, todos “ay diosito tan malo”; pero esa es una, porque esta enfermedad está muy bien pensada, una, porque me dice una de mis clientes: pero ¿usted por qué no se preparó antes?, yo le digo que una semana antes ya la traemos y no se manifiesta, yo digo que me dio ya cuando estaba enraizada y ahí ¿Qué hace uno?, eso no es la casualidad, esa está muy bien pensada, esa está muy bien pensada, ahora que busque donde anclarse, también no es casualidad ¿verdad?, busca donde anclarse y ya de ahí no la mueve, si no hay donde anclarse pues batalla un poquito más. Porque igual hemos sabido de gentes que traen los síntomas y a los cuantos días se les quita.

Entonces, lo que usted me dijo: uno trae los achaques, le da, aparte si usted ha leído ese libro, ahí habla de que iba a pasar todo esto, de que iba a haber pestes, terremotos, hambre, en las pestes está metido todo esto, o en lo otro, lo que dice el libro de Apocalipsis, los cuatro jinetes del Apocalipsis... (Entrevista realizada a Don Juan vecino de La Campana y recuperado de Covid-19, octubre 2020).

Como puede apreciarse, aún después de un proceso de curación en el cual Don Juan tuvo un estrecho contacto conmigo, y por consiguiente con el discurso y el modelo explicativo biomédico de la pandemia, él explica la enfermedad a través de una concepción eminentemente religiosa. En esta explicación, una inteligencia maligna ha obrado de manera intencional y planificada para que se pierda la fe en Dios. Aunque durante el proceso de curación, aceptó cada una de las prescripciones médicas que incluyeron el uso de medicamentos y de un concentrador de oxígeno, su curación forma parte de un designio divino que incluye su contacto temprano con la biomedicina. Es decir, su explicación confronta francamente el discurso biomédico, aunque su comportamiento sea favorable a este. La anteposición de Dios a las acciones médicas fue un hecho discursivo que he encontrado con frecuencia durante las consultas médicas y las conversaciones informales con los vecinos de la colonia. “Agradezco primero a Dios y luego a usted” me han dicho reiteradamente después de considerar efectivo algún tratamiento prescrito.

Colofón. Contextos precarizados

Debido a que la reconfiguración societaria deviene de la relación entre los modos de producción y las funciones políticas del Estado, de acuerdo con Lorey (2016), la situación de contingencia, característica fundamental de la precarización, no sólo atraviesa el trabajo remunerado sino el modo de vida que abarca los cuerpos y las formas de subjetivación. Estas últimas se constituyen de manera relacional haciendo que la vulnerabilidad sea siempre colectiva; es decir, los cuerpos son vulnerables no por una cualidad intrínseca, sino porque son sociales. Justo por eso la condición precaria siempre es compartida con otras vidas precarias. En contextos de precariedad existen condiciones estructurales que marcan la biografía de las personas y sus relaciones intersubjetivas. Por ello es necesario problematizar en torno a cuatro elementos que dado lo expuesto anteriormente, considero fundamentales para una definición de la precariedad como objetivación y subjetivación de la existencia en permanente contingencia.

Precarización laboral

La precarización laboral consiste en la serie de arreglos institucionalizados que despojan a los trabajadores de derechos individuales y colectivos establecidos históricamente. Este conjunto de violaciones se manifiesta objetiva y subjetivamente como la pérdida del control del tiempo, de la producción, y se corporiza como un estado de incertidumbre permanente que obstaculiza la construcción de un proyecto individual, familiar o comunitario. Sin embargo, como también hemos señalado, al ser el trabajo el eje vertebrador de la estructura social, la precariedad laboral, en tanto que articula la “incertidumbre y exposición al peligro, abarca la totalidad de la existencia, los cuerpos y los modos de subjetivación” (Lorey, 2016: 17). En este sentido, propongo otras dimensiones de la precarización que, al trascender su ubicación en el ámbito laboral, constituyen dimensiones de la vida cotidiana de los sujetos.

Precarización espacial-corporal

Dado que la corporización del contexto constituye una de las manifestaciones más importantes de la precarización, la propongo como una categoría articuladora de la dimensión fenomenológica como experiencia vivida de la precariedad por parte de los sujetos, con el contexto más amplio, que puede ser percibido y objetivado por un interventor social. En una acepción estrecha, la precarización espacial se refiere a las condiciones laborales o del contexto espacial, como la distancia, las dificultades del terreno, la falta de servicios, entre otras circunstancias que incrementan el desgaste corporal. Para una acepción más amplia, a partir de los trabajos de Douglas (2002) y Scheper-Hugues y Lock (1987), considero que la categoría de precarización espacial-corporal permite articular el cuerpo físico y vivido con el representacional o social y el cuerpo político, es decir, las pautas heterónomas que prescriben comportamientos individuales y colectivos. El espacio y sus accidentes pueden conformar parte del paisaje de precarización cuando suponen resistencias al tránsito y se traducen en mayor esfuerzo y dificultades extenuantes, en ocasiones para conseguir lo necesario para subsistir. No obstante, algunas de las prescripciones médicas, por ejemplo, la adquisición de medicamentos o ciertos insumos necesarios para seguir algún lineamiento alimentario, ignoran esta dimensión. En este caso la misma intervención puede incrementar la precarización. Las condiciones del espacio pueden asociarse a la precariedad laboral ya que incrementan los tiempos y dificultades de traslado al trabajo, que finalmente se manifiestan en un mayor desgaste corporal. También puede implicar deficiencias en el espacio o en la calidad de la construcción o de los materiales. Por ejemplo, la precariedad de los techos genera la desprotección ante el clima y la naturaleza, incluyendo animales y vectores. En épocas de lluvia las viviendas se inundan, mientras que en época de calor los techos lo incrementan en su interior, haciendo insostenible permanecer dentro. Esta ha sido una de las principales dificultades para acatar las medidas sanitarias de quedarse en casa en tiempos de pandemia. El deterioro del material —de por sí precario— de la vivienda manifiesta la continuidad de la situación de precariedad de algunas familias que subsisten sin la posibilidad de tener un excedente que pueda destinarse a los arreglos de las habitaciones.

Sumado al deterioro de la vivienda, la provisión de servicios suele ser inestable. Importantes dificultades con el servicio de electricidad pueden comprometer el estado de salud en el verano, cuando las temperaturas son mayores a 40 grados Celsius. De igual forma, el abastecimiento inestable de electricidad compromete su economía porque sus viviendas pueden tener riesgo de incendio o de que sus aparatos electrónicos se fundan. Similar a la electricidad, la inestabilidad en servicios como el agua o la provisión de gas suele implicar un incremento considerable del esfuerzo físico para llevar la vida cotidiana.

En los contextos precarizados la lejanía no es exclusivamente un componente geográfico relativo dependiendo de dónde se parta y cuál sea el punto de llegada. Es el recorrido de distancias prolongadas, que para algunos vecinos supone desgaste físico, pero para otros, como los adultos mayores, supone una limitación similar al encierro. También se traduce en una mayor distancia respecto al sector de impacto de los interventores sociales, lo que conlleva mayor precariedad política y mayores dificultades para el ejercicio de derechos sociales y políticos, como obtener una identificación oficial.

Una de las características de la precariedad espacial es la falta de espacio público. Ésta constituye un eje importante de significación entre la población (Meza, 2020) y un objeto de intervención para los interventores que han reconocido este problema sobre todo en la población infantil. Los niños utilizan frecuentemente espacios como las zonas de tránsito como sitio de juegos, mientras que los adultos los utilizan para diversos tipos de eventos sociales, incluyendo actos funerarios. Uno de los aspectos de la precarización son las distintas fronteras físicas y simbólicas que se establecen y que manifiestan las relaciones sociales de exclusión o de pertenencia. Las fronteras físicas, que generan una situación precaria al exponer a sus habitantes al clima, muestran la nocividad de la permeabilidad de las barreras. En otros aspectos estas barreras se vuelven infranqueables. Relaciones sociales profundamente determinadas y excluyentes que limitan el tránsito o el acceso a servicios y derechos. Como denunciaba Paul Farmer (2001) respecto a la permeabilidad de las fronteras en el sistema mundial, éstas son permeables para el mercado, pero impermeables para los servicios, la salud y para los mismos residentes. En este sentido, en los contextos precarizados la creciente cobertura de las compañías de telefonía celular y de internet,

que representan la “democratización” del consumo a través de la expansión del mercado, contrasta con la cobertura precaria de los servicios públicos de agua, basura y electricidad.

Precarización intersubjetiva

La precarización intersubjetiva se configura a partir de la erosión de las relaciones de interdependencia, considerando una situación existencial de vulnerabilidad según Lorey (2016). De esta manera, la manifestación de esta precariedad tiene profundos lazos con los cuidados y la violencia. Ésta constituye un elemento fundamental en la precarización. Se vincula fuertemente con la precariedad laboral ya que implica, por ejemplo, en los niños, la ausencia de los padres, y un elemento de gestión de precarización a partir de la intervención notoria en estos contextos. En el caso de una de las niñas con la que conviví durante el trabajo de campo, el padre tenía un problema de alcoholismo asociado a la violencia familiar; la niña, entonces, era una asidua participante de las intervenciones como estrategia para estar lejos de casa. Como pude observar, el tema del alcoholismo del padre descalificaba a la familia para ser beneficiaria de algunas intervenciones de asistencia. Por ejemplo, había un rechazo a repartir víveres a la familia durante la pandemia por el miedo a que el señor los utilizara para obtener alcohol. De este modo, la precariedad intersubjetiva se torna un elemento que perpetúa la situación de precariedad general en la que involuntariamente participan los y las interventoras sociales.

Este tipo de precarización constituye un correlato del desgaste corporal al asociarse con múltiples ocupaciones; sobre todo para las mujeres que tienen doble o triple jornada laboral, incluyendo los cuidados de la familia directa o extensa. Debido a condiciones laborales que podemos definir como de explotación y que obligan a muchas mujeres a tener distintos empleos, los hijos son cuidados por las abuelas. Esto genera un vínculo particular con estos miembros familiares en este tipo de contextos. Asimismo, ante la ausencia de los padres los niños permanecen solos o son incluidos en las múltiples intervenciones sociales. Esto convierte a muchas interventoras también en cuidadoras. Por supuesto que este tipo de intervenciones contribuyen a sostener la cotidianidad de muchas familias, pero también con el efecto perverso de la precarización.

Precarización política

Utilizo la categoría de precarización política a partir de una de las dimensiones fundamentales del trabajo de Lorey (2016). En este sentido, la precarización adquiere esta connotación cuando es empleada como instrumento de gobierno, además de ser un fundamento de la acumulación capitalista al servicio de la regulación y el control social. Dentro de esta categoría incluimos la serie de discursos y dispositivos que ejercen un poder para definir a un sujeto dentro del entramado social, sobre todo dentro de categorías sociales que pueden ubicarse como amenazas. Asimismo, incluyo en esta categoría el conjunto de intervenciones desarrolladas para gestionar o convivir con la precariedad y que sostienen o dan continuidad a una condición de precarización. En contextos precarizados es común la presencia de múltiples interventores sociales que gestionan vacíos en ciertos derechos que deberían ser garantizados por el Estado. Considero que esto permite la subsistencia de muchos residentes, pero tienen el efecto perverso de despolitizar y fomentar que la relación con el Estado se reduzca a la gestión de necesidades identificadas y solucionadas por los distintos interventores.

Gran parte de la precariedad política se fundamenta en discursos afectivos que utilizan la asociación con ciertos principios éticos como el nacionalismo, regionalismo, localismo o éticas arraigadas en la zona como el trabajo. Esta vinculación afectiva constituye un mecanismo despolitizador y que invisibiliza o legitima la explotación, el desgaste u otras manifestaciones de la precarización. La intervención social puede paradójicamente incrementar las condiciones de precarización y, aun sin que ello implique dejar de situar la precariedad y sus determinaciones en el espectro de la colectividad.

Como parte de las políticas de precarización se han debilitado las organizaciones que se habían configurado como defensa ante la explotación, o para buscar el incremento de mejoras en la situación de manera colectiva, especialmente los sindicatos. No obstante, estos cambios en la manera de dialogar y negociar con el Estado desde los espacios comunitarios también se han modificado radicalmente. Si anteriormente la mayor parte de las organizaciones comunitarias pugnaban por el mejoramiento de las condiciones de existencia de manera colectiva, actualmente este papel de interlocución lo han retomado distintos actores que “gestionan” servicios y derechos para individuos concretos.

Desde las primeras aproximaciones diagnósticas los interventores se encuentran con un conjunto de individuos y de organizaciones que se establecen coyunturalmente, con intereses diversos y muchas veces contradictorios. Si algo caracteriza los contextos precarizados es la multiplicidad de intervenciones que históricamente han transitado en las zonas; ya sea porque muchas de las intervenciones persiguen intereses particulares, como impulsar alguna agenda; ya sea porque actúen coyunturalmente y, cuando se cumplen determinados indicadores, parten de la comunidad; o porque, aunado a la situación estructural y los profundos cambios políticos y sociales, las intervenciones que implementan no generan una percepción de beneficio en los pobladores. Esto ha contribuido a producir una experiencia acumulada de desconfianza en la intervención social, difícil de romper. Además, distintos actores políticos han promovido estrechar lazos de simpatía con la comunidad a través de distintas intervenciones. Entregas de ropa, de despensas, organizaciones de brigadas médicas, son comunes y siguen con mucha claridad coyunturas electorales. Frecuentemente las entregas de objetos y servicios, que forman parte de derechos sociales, se encuentran condicionadas implícita o explícitamente por adscripciones o apoyos concretos a partidos políticos. Por supuesto que esto es reconocido ampliamente por la población, que, sumado a la profunda desconfianza en los interventores sociales, contribuye a configurar una especie de pragmatismo participativo a partir de la búsqueda de beneficios individuales mediante la asistencia a alguna intervención, muchas veces también promovida por quienes intervienen en la zona.

Capítulo 2

Medicalización, polifonía y prescripciones alimentarias

Como lo he planteado en otro trabajo (Meza, 2021), un elemento fundamental en los procesos de la medicalización es la inscripción del discurso biomédico en la reproducción social. Considero que esto debe distinguirse de otro componente igualmente importante de la medicalización de la vida, como lo es la incorporación de aspectos de la realidad social, entre estos sus conflictos y contradicciones, bajo la definición profesional de la biomedicina (Conrad, 1992). Aunque ambos procesos son complementarios, su dinámica es diferente y los sujetos que intervienen en ambos procesos de medicalización son distintos.

Este segundo aspecto de la medicalización, la definición del conflicto social a partir de categorías biomédicas tiene un carácter centrípeto.²⁰ Es decir que tiende a la homogeneidad semántica al reducir el rango de significaciones ya que su proceso de construcción discursiva radica en la intervención de profesionales especializados. Dichos profesionales usualmente están inscritos en disciplinas biomédicas, que atienden códigos discursivos con mayor formalización. Esta formalización, garantiza una relativa estabilidad semántica entre los conceptos utilizados.

Por el contrario, la medicalización de los procesos de la reproducción social tiene un carácter centrífugo. En este proceso participa una multiplicidad de sujetos discursivos, lo cual incide en que exista una continua apropiación y resignificación de los conceptos biomédicos. Muchos de estos sujetos discursivos participan de manera autónoma, mientras que otros reproducen el discurso biomédico como parte de una institución o a través de

20 Utilizo la distinción que realiza Bajtín (1982) respecto a las dos fuerzas que de manera opuesta configuran el lenguaje. Las fuerzas centrípetas tendientes a la homogeneización y formalización. Por el contrario, las fuerzas centrífugas generan la variedad lingüística al operar en su transformación paulatina.

una red de intervención. Denomino redes de intervención a individuos y organizaciones que actúan en una realidad social de acuerdo con un ordenamiento discursivo institucionalizado. A su vez, con orden institucionalizado me refiero a un conjunto de prácticas discursivas articuladas respecto a un fin teleológico compartido por un grupo social, sea este fin sostenido por un ordenamiento moral, religioso, político, biomédico o mercantil. Si bien, sólo una parte de este conjunto de prácticas articuladas discursivamente pueden ser denominadas intervención social y son aquellas que reproducen una serie de convenciones cohesionadas en una política social formalizada y por lo tanto cumplen una función de Estado (Montaño, 2000). Aunque una intervención social puede ser el producto de la labor cotidiana de una institución, por lo general es implementada a través de redes de intervención. Esto convoca muchas veces la participación de instituciones que, como la iniciativa privada, mantienen un fin teleológico exclusivamente mercantil si se les observa en su función autónoma, pero que participan en las redes de intervención ya sea en el financiamiento o en la implementación de intervenciones sociales. Algunos ejemplos de estas redes de intervención son las vinculaciones entre instituciones del Estado como la escuela y los servicios de salud; la industria farmacéutica y el Estado, o la institución médica (sea pública o privada) con las organizaciones no gubernamentales (Morales, 2019).

En estos ejemplos es clara la articulación entre los distintos sujetos discursivos, ya sea por que comparten sujetos de intervención, discursos, dispositivos de intervención como la educación para la salud, o porque se organizan para intervenir en una realidad social compartida, a través de su convención en la definición de un objeto de intervención: la pobreza, la delincuencia, la obesidad, etc. Otros vínculos son menos evidentes y a veces contra intuitivos o incluso paradójicamente contradictorios con el discurso biomédico al mismo tiempo que lo reproducen. Por ejemplo, los vínculos entre la industria alimentaria y la investigación biomédica como lo ha expuesto Marion Nestlé (2018), o la utilización del léxico biomédico en la publicidad de comida chatarra. En estos ejemplos la articulación ocurre de manera instrumental, ya que ambos sujetos se utilizan mutuamente.

Digamos que los procesos antes señalados ocurren en un ámbito institucional, cuyos participantes interactúan y reproducen el discurso biomédico como sujetos adscritos a una organización, aunque interpelando intencionalmente a sus sujetos de intervención. Denomino a este tipo de reproducción discursiva, como una reproducción institucionalizada y considero fundamental señalar que en este caso la reproducción discursiva es intencional, como parte de la función organizativa a la que se inscriben los sujetos emisores, o sujetos discursivos, utilizando el término propuesto por Bajtín (1982). La intervención discursiva sobre los sujetos ocurre en ámbitos dispares desde el mercantil, por ejemplo, la publicidad o aquella ubicada como parte de la intervención social.

En el ámbito de la reproducción social, el discurso biomédico se inscribe de manera convivencial. Es decir, en nuestra vida diaria nos apropiamos de este discurso siguiendo tácticas de subsistencia, utilizando la expresión de Michel De Certeau (1996). En esta dimensión de la realidad cotidiana, los sujetos reproducimos el discurso biomédico a través de prácticas alimentarias, de auto atención, prácticas de higiene, aunque también, de manera muy importante en los procesos de socialización cotidiana durante las interacciones comunicativas.

Considerando lo anteriormente expuesto, en el ámbito de la vida cotidiana el discurso biomédico se presenta y se reproduce de dos maneras: recibiendo como parte de sujetos de intervención, y a través de la reproducción biosocial. Siguiendo el planteamiento de De Certeau (1996), es importante distinguir entre los discursos que nos son impuestos, de aquellos que son producto de una apropiación de dichas imposiciones. La multiplicidad de sujetos involucrados y el amplio dominio de reproducción discursiva, posibilita una continua resignificación y reactualización del discurso biomédico y por lo tanto la medicalización se configura necesariamente a partir de una polifonía discursiva.²¹

Quiero retomar la inquietud expresada por Briggs (2005), respecto al descuido de los procesos de interacción comunicativa en la antropología médica crítica y la medicina social. En el trabajo citado, el autor reconoce los

21 Coexistencia de “un determinado conjunto de ideas, pensamientos y palabras que se conduce a través de varias voces separadas, sonando cada una de ellas de manera diferente” (Bajtín, 1982: 190).

aportes de Eduardo Menéndez y Jaime Breilh, para comprender los procesos por medio de los cuales la biomedicina mantiene su hegemonía y reproduce, tanto en la construcción del conocimiento, así como durante la intervención en individuos y colectivos, la estructura social que favorece y legitima la inequidad. Uno de los daños más importantes de la medicalización es reducir las posibilidades de acción social a emprendimientos individuales prescritos por la biomedicina, asunto que para Briggs (2005), los autores citados han reconocido y documentado brillantemente.

Sin embargo, Briggs (2005) reprocha que tanto Menéndez como Breilh no hayan atendido los procesos comunicativos como objetos de sostenimiento de la hegemonía biomédica y por lo tanto de la medicalización de la vida. En este sentido, las inequidades sociales son reproducidas en las prácticas comunicativas implementadas por la institución médica, y yo agregaría que por todos los sujetos que reproducen el discurso biomédico institucionalmente. La inequidad social es reproducida no solo por las diferencias en el acceso a la información entre distintos grupos poblacionales. Según el autor, es fundamental reconocer otros dos aspectos:

El primero de ellos es la estructura jerárquica en la que se reproduce el discurso biomédico. Dicha jerarquización responde en primer lugar a la división social e ideológica entre quienes producen conocimiento y quienes lo reproducen. En segundo lugar, a la estructura jerárquica en la que se organiza la institución médica y que determina un distanciamiento del espacio de producción discursiva, conforme se desciende en la jerarquía organizativa (Briggs, 2003; 2005). De esta manera, entre menor nivel se ocupe en la jerarquía de la institución, menor poder de decisión respecto a la emisión discursiva y menor acceso a la información “original”.

Durante mis conversaciones con promotoras de salud, me llamó la atención el empleo reiterado de la metáfora “bajar la información” para señalar justamente este proceso jerarquizado de reproducción discursiva. En este caso se referían a las actividades de reproducción discursiva al nivel inmediatamente inferior dentro de la jerarquía organizativa hasta llegar al momento de interacción comunicativa entre la población y las encargadas de la institución médica directamente responsables de la comunicación con dicha población. En el caso particular del municipio de Monterrey estas son las promotoras voluntarias de salud, quienes como expondré en un aparta-

do posterior de este capítulo, son residentes de la colonia que a cambio de fungir como replicadoras de información, entre otras actividades, reciben algunos beneficios, pero no una remuneración económica.

El segundo aspecto que según el Briggs (2003) es fundamental reconocer, es la proyección ideológica de los sujetos de intervención, es decir a quienes va dirigida la información, por parte de los diferentes sujetos discursivos. Como señala el autor, la construcción del discursiva se realiza dirigida a un público imaginario. Un público abstraído que se configura esencialmente por el conjunto de representaciones que los sujetos discursivos mantienen respecto a sus sujetos de intervención. De esta forma, se construye un discurso aleccionador que representa a un sujeto necesitado de información, representación que a su vez se conforma en conjunto con otras asociaciones semánticas tales como la pobreza/negligencia/ignorancia.

Finalmente, este tipo de comunicación constituye el producto de una concepción lineal y unilateral de los procesos de comunicativos subyacente en la perspectiva hegemónica. Desde este punto de vista, el emisor construye un mensaje que es consumido pasivamente por un receptor, siendo este último desplazado de la producción discursiva y puesto en una posición de subordinación. Esta crítica es resonante con aquella formulada por Bajtín (1982) y Volóshinov (2009), respecto a lo que denominan el objetivismo abstracto de la comunicación, representado fundamentalmente por Ferdinand de Saussure. Este tipo particular de reproducción discursiva que Briggs denomina “comunicabilidad” reproduce las jerarquías sociales y constituye un dispositivo fundamental de medicalización y mantenimiento de la hegemonía médica. Agrego que, además, la comunicabilidad justifica, legitima y permite configurar dispositivos que prescriben determinados comportamientos a la vez que genera discursivamente una autoridad prescriptiva.

Bajtín (1982) y Volóshinov (2009) conciben, en oposición, una participación bidireccional y dialógica en los procesos de comunicación. Cada sujeto responde a un discurso, sea a través de su conformidad, rechazo o su silencio, incorporándose entonces a una cadena de reproducción discursiva que permite concebir la polifonía. La participación y dialógica que se establece constituye un reflejo de las relaciones sociales por lo que la estructura de un enunciado discursivo se encuentra determinada “por la situación social más inmediata y por la situación social más englobadora” (Volóshinov,

2009: 138). Es decir, por el contexto de interacción y el contexto social en donde se sitúa dicha interacción.

En el presente capítulo describo y analizo la polifonía que configura el contexto prescriptivo, particularmente aquel relacionado a las prescripciones alimentarias en la colonia de estudio. Me enfocaré, primeramente, en la reproducción institucionalizada del discurso biomédico. La inscripción de este, en la reproducción social y la vida cotidiana será abordado en un apartado posterior. En el primer apartado, describo la conformación política de La Campana, poniendo especial énfasis en la manera en que su población se vincula con la institución biomédica tanto pública como privada. Pero también con otros sujetos discursivos que funcionan de una manera relativamente autónoma, o al menos, mantienen intereses distintos a la institución biomédica, pero que en conjunto se articulan en la reproducción del discurso biomédico. Dicha articulación fui conociéndola durante mi interacción cotidiana como vecino de La Campana, pero también como médico a partir de las conversaciones que sostuve con mis pacientes, todos residentes de esta colonia y con distintos agentes de la institución biomédica presentes en este espacio.

Considerando la relevancia del contexto social en la reproducción discursiva, utilizo el concepto de cronotopo acuñado por Bajtín (1982), como herramienta para situar las interacciones que los sujetos discursivos identificados mantienen con la población, en los límites espacio temporales del momento de interacción. De esta manera presento distintos cronotopos elegidos por que representan de manera más nítida la interacción general y las prescripciones propuestas por los sujetos discursivos identificados.

Redes de intervención en la Campana

Como señalé anteriormente, múltiples interventores sociales tienen presencia en el barrio. A continuación, expondré los interventores que de acuerdo con mis observaciones y consideraciones resultan ser lo más relevantes en la zona. Los describiré de acuerdo con su cercanía o lejanía con el discurso biomédico y su reproducción. Iniciaré exponiendo los más lejanos, aunque intentaré mostrar la manera en que se conforman las redes de intervención como sujetos prescriptivos.

Desde el punto de vista jurisdiccional, La Campana pertenece a la localidad de Monterrey, que a su vez es parte del municipio homónimo. En los términos en que, en el capítulo anterior, planteo el vínculo entre el gobierno y la población de la Campana, sugiero que este vínculo nominal y legal, tal cual aparece en los documentos oficiales, adquiere una dimensión política a partir de la intervención social y los dispositivos que se usan con este fin. De acuerdo con la percepción de algunas informantes, la presencia de este actor en la colonia es predominantemente electoral. Teniendo así una presencia esporádica que se intensifica en el período de elecciones. Es común que pobladores utilicen como ropa de trabajo camisetitas y gorras alusivas a algún partido o figura política, por ejemplo, el actual presidente municipal, lo que mantiene la huella de esta presencia electorera.

Las y los Jueces de Barrio constituyen un vínculo fundamental entre el municipio y la población y es quizás la evidencia de la presencia permanente del municipio, aunque no sea percibida como tal por los residentes. Estos actores son elegidos por votación a mano alzada en asambleas, por lo que se encuentran conformados por personas reconocidas o apreciadas, por lo menos por grupos políticos fuertes de la zona. De esta forma, es común que las distintas iglesias se vinculen al aparato político de la colonia a través de esta figura organizativa.

La labor cotidiana de las y los jueces de barrio es el mantenimiento del vínculo entre el Estado y la población. En su día con día asisten a la población a tramitar documentos oficiales además de que ejercen una especie de testimonio autorizado en el caso de que algún residente tenga que demostrar su residencia o su situación socio económica. Para muchas organizaciones como el DIF, uno de los requisitos para brindar asistencia económica o brindar algún servicio como de rehabilitación, es el aval de la necesidad de la persona demandante por parte del juez o jueza de barrio. Además, esta figura sirve las veces de mediadora en algunos conflictos cotidianos entre vecinos. Como es de suponerse, estos actores tienen un poder relativo importante en la prescripción y vigilancia de comportamientos, sobre todo si mantienen vínculos con la religión, situación que como dije, es frecuente en la colonia.

Sin embargo, es aún más fuerte el poder normativo de ciertos “vigilantes” de zona, quienes ejercen este poder totalmente por fuera de las relaciones oficiales. De alguna manera estos vigilantes son una especie de herederos de los jefes de plaza pertenecientes a los cárteles que se disputaron de manera sangrienta la zona en la primera década del siglo XXI. Su presencia sigue y de alguna manera determina la pertinencia de la demarcación territorial antes expuesta, teniendo control de ciertas zonas. Encontrarse al amparo de estos “jefes” garantiza la seguridad física y de las pertenencias. Por fortuna, mi presencia pareció ser del agrado de uno de estos actores y de acuerdo con algunos informantes, al contar con dicha simpatía no corría ningún riesgo y podría transitar con seguridad por la colonia, mientras no infringiera otro territorio en donde no me conocieran. En una ocasión, mientras recorría la zona por la tarde, un anciano me advirtió que de continuar mi ascenso a través de las escalinatas me encontraría con jóvenes armados. A menos que conociera al “bueno” de la zona podría transitar sin peligro. Cuando le dije el nombre de mi protector, alzó los hombros, acompañado de un “ah, bueno”, manifestando que casi por sentido común podría continuar mi proyecto sin preocuparme por ser molestado.

En otra ocasión, al terminar la consulta en el dispensario que monté junto con una colega trabajadora social, una paciente refirió mientras la acompañaba a la salida, que atribuía el buen control que llevaba del azúcar en sangre al cambio de comportamiento. Básicamente el cambio más importante había sido “dejar la fiesta y pistear menos”. No obstante, esta modificación había sido requerida por el vigilante en cuestión, quien un día la buscó en su casa directamente para conminarla a que “se portara bien”, lo cual significaba dejar de organizar fiestas con tanta frecuencia y de paso, dejara de beber. Muestras de este tipo de regulación en el comportamiento personal y colectivo que el vigilante ejerce en la zona, tuve oportunidad de conocer.

Otra presencia importante en la zona, son como mencioné anteriormente las organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles que intervienen en la zona. Aunque son diversas las intervenciones que realizan, se encuentran enmarcadas en acciones de desarrollo de competencias grupales para que sus beneficiarios puedan emprender proyectos de producción y venta. La mayoría de estos emprendimientos tiene que ver con la comida y repostería, aunque también la producción de manualidades. Si bien la

mayor parte de estas asociaciones se ha generado, digamos orgánicamente, a partir de comités de participación ciudadana vinculados directamente con el municipio, otras se han escindido de esta vinculación para funcionar de manera más autónoma.

La mayoría de estos comités mantiene un estrecho vínculo con el municipio a instancias de la Dirección de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. De manera reciente, esta dirección comenzó un programa denominado “regios trabajando” que se dirige sobre todo a actividades de mejoramiento y recuperación del espacio público, aunque en los últimos dos años se han interesado por otro tipo de actividades tales como la capacitación para prevenir la violencia de género y la promoción de la alimentación saludable. Estas últimas se han emprendido de acuerdo con una visión amplia de la prevención del delito promovida por el actual director, quien como pude constatar en algunas conversaciones y en presentaciones oficiales, concibe el bienestar social, incluyendo la alimentación como parte indispensable para la prevención de actos delictivos.

De acuerdo con algunas entrevistas que sostuve con él y algunos miembros de su equipo de trabajo, pude percatarme que esta visión “novedosa” de la prevención articula a las labores policiales, elementos de la noción de riesgo, que como en el caso de la biomedicina, permiten ampliar el espectro de la vigilancia de mayores aspectos de la vida. Además del empleo común de los factores de riesgo, dentro de los cuales destaca la alimentación, según la versión del funcionario, la identificación de los riesgos de acuerdo con niveles de acción posibilita el diseño de intervenciones desde lo menos a lo más “policial”. Adoptando un marco muy similar al de la salud pública, los niveles de intervención identificados a partir de un análisis de riesgos se dividen en prevención primaria, secundaria y terciaria. Actuar antes del delito es, desde esta perspectiva, una cuestión fundamental.

Muchas violencias que no están visibilizadas o son microviolencias. Como hay un principio general del derecho que compete al delito, que dice que lo que no está prohibido es porque está permitido. Entonces – dibujando una línea imaginaria en el aire - todo lo de aquí para allá está permitido, entonces ¿a quién le toca sancionarla? Quizás es a la misma a sociedad el señalamiento o la moral, “oye no hagas eso porque está mal”. Pero no hay un reglamento que lo sancione y hay

una serie de violencias como dice Pierre Bourdieu, un francés que hizo muchos estudios sobre las violencias invisibles, violencias simbólicas. Que las violencias las vemos tan naturalizadas en la sociedad porque así lo hacía mi papá... Como titulares de las áreas de prevención debemos generar programas precisamente para llevar a las comunidades y educar para visibilizar todo este tipo de violencias para desestructurarlas para reestructurar esa cultura de todas estas generaciones, para poder escenificar hacia un futuro más promisorio... Las personas tenemos la capacidad para percibir mucha información del entorno y mucha de esa información es quizás esta violencia. Necesitamos educar a la gente y ponerle como unos anteojos decirle mira lo que hay en tu casa, mira lo que hay en la escuela. Parte de nuestra responsabilidad es que, a través de programas, estrategias de comunicación poco a poco que la sociedad vaya teniendo sensibilización de esas violencias para poderlas prevenir. Es ahí donde tenemos la responsabilidad de generar contenedores sociales para cerrar este paso a las violencias... (Entrevista realizada a funcionario de la Dirección de Prevención del Delito de Monterrey, junio 2019).

Tal vez sean razonable su propuesta, aunque desde el momento que, con pasión, las formula, no dejo de sentir incomodidad de que sea la institución policial la implicada en aspectos “educativos”. Sin embargo, es justamente a partir de esa visión de la labor policial, sostenida en dispositivos educativos que mantuve una interlocución interesada en mi proyecto. Fue de hecho la policía, a partir de la dirección de prevención del delito una de las primeras puertas para entrar en la Campana. A partir de esta visión, en donde la labor policial ocupa dispositivos ajenos a una función represora con la que la identificamos, resultó de interés una intervención para promover estilos de vida saludables, mi propuesta de interlocución.

Considero que la metáfora de “contención de la violencia” que emplea en la entrevista es clara respecto a la función de la intervención social para administrar, es decir contener, la violencia en un contexto de precarización, tal como lo discutí en el capítulo anterior. Es dentro de este contexto y en una función “inmunológica” según Lorey (2016), que podemos ubicar en primer lugar, la intervención social en la configuración de “contenedores so-

ciales”, de cercos simbólicos que separan ciertos sectores de la población en el transcurso de convertirlos en sujetos de intervención. En segundo lugar, podemos comprender la participación de la policía en la intervención social.

A partir del año 2018 se conformó, a instancias del Tecnológico de Monterrey, la iniciativa Campana-Altamira. Dicha iniciativa pretende de manera explícita conjuntar esfuerzos para promover el mejoramiento de este polígono considerado de alta marginación y con alto índice delictivo. Esta iniciativa ha logrado agrupar desde empresas hasta universidades e iniciativas de distinta naturaleza, incluyendo la investigación como ha sido mi caso. Además de continuar con el tipo de intervenciones arriba mencionadas, parte fundamental de esta iniciativa es la vinculación con las autoridades estatales y municipales en un ejercicio de gobernanza.

Durante los inicios de la pandemia este conjunto heterogéneo de actores se involucró en acciones de asistencia social, fundamentalmente alimentaria, en un esfuerzo por incidir en el hambre que vivió gran parte de la población de la colonia al afectarse el empleo. De abril a agosto, fue parte del cotidiano de la colonia el reparto de víveres casa por casa.

Personal de salud

En la entrada principal de la colonia se encuentra una unidad perteneciente a la Secretaría de Salud que oferta consulta médica general, servicio de vacunación y promoción de la salud. Una reja separa la unidad médica, del resto de la colonia. A su vez, un jardín atravesado por un pasillo de concreto separa la reja principal de otra reja color ocre que protege la puerta de cristal de la unidad. De lejos, el centro de salud parece una prisión. Detrás del edificio, el arroyo constituye una barrera natural entre éste y el cerro, cuyo alcance se encuentra a un puente peatonal, colocado a unos 10 metros de la unidad. La unidad cuenta con dos consultorios y una farmacia. Frente a los consultorios, tres hileras de sillas plásticas sirven de sala de espera. Aguando sentado desde donde observo una fila de tres personas esperando su medicamento. A diferencia de otros días, la sala de espera se encuentra vacía.

La consulta médica es atendida actualmente por una mujer joven que labora ahí desde hace un año. Por lo que me han comentado algunas de las mujeres del grupo, a diferencia de médicos que han estado anteriormente, ella mantiene más bien una relación distante con la población. Extrañan que no acuda a visitarlas a sus casas a sabiendas que algunas tienen dificultades motoras para acudir al centro. Estas dificultades son pronunciadas en adultos mayores y se incrementan conforme su residencia se ubica más alto en el cerro. Esta médica, por su parte, reconoce este hecho y se excusa en que protege su seguridad. Por algunas conversaciones que he mantenido con ella, percibo que reproduce algunos prejuicios dominantes para caracterizar a la colonia, como el consumo generalizado de drogas y prejuicios muy presentes en el discurso médico, como la asociación de la enfermedad a la negligencia personal y falta de higiene. — Usted ¿cuáles considera que son los temas de salud prioritarios en la colonia? — pregunto sentado frente a ella y sosteniendo mi libreta — Educación, por supuesto — contesta mientras me observa detenidamente, con la misma mirada de interrogación con la que me recibió y atendió la explicación de mi presencia. Ante mi gesto expectante, completa su aseveración. — Hace falta mucha educación en esta zona. Sobre todo, de higiene. Frecuentemente las mamás traen a la consulta a sus hijos muy sucios. Con las uñas largas, sin bañarlos. Hace falta mucha higiene — repite con vehemencia. — Las mujeres se hacen mamás muy jóvenes — prosigue — Ahí las ves, de trece o catorce años cargando huerquillos. Obviamente no tienen idea de cómo criarlos. Además, muchas de ellas consumen droga. Así que ahí tienen a los niños, abandonados... — ¿Cómo considera el problema de la obesidad infantil en la zona? — pregunto — No considero que sea un problema — ¿No hay niños con obesidad? — Claro que si los hay — responde haciendo un gesto que señala la obviedad de mi pregunta — ¿Entonces? — Pregunto con una mirada interrogante — Ya se lo he dicho, el verdadero problema es la educación. (Entrevista realizada a médico del Centro Municipal de Salud Cerro de La Campana, agosto 2020).

Me parece interesante la asociación que realiza implícitamente la médica, entre distintos elementos que, situados como factores de riesgo, constituyen atribuciones de responsabilidad que, al constituirse en rupturas del orden moral se convierten en las explicaciones de la situación de salud general,

tal y como lo ha estudiado Deborah Lupton (1993). Por supuesto que esta carga moral supone una distinción explícita entre individuos “higiénicos” y “no higiénicos” (Briggs, 2003). Estos últimos, son aquellos que requieren una intervención educativa ya que es la ignorancia, el elemento causal más importante. De esta manera, la médica elimina la complejidad del contexto social, convirtiéndola en un problema de índole pedagógico.

La promotora de salud es una mujer de unos 50 años, trabajadora social residente de una colonia cercana y de igual manera, precarizada. Su trabajo consiste en desarrollar algunos programas de promoción a la salud, sobre todo la realización del censo de mujeres embarazadas e invitar a las mujeres residentes a que acudan al centro de salud para detección temprana de cáncer de mama y cáncer cervicouterino. No obstante, como señalé, he tenido conocimiento de casos que, aunque hayan sido diagnosticados tempranamente, la demora para iniciar el tratamiento ha sido hasta de dos años. La promotora es auxiliada por ocho mujeres voluntarias residentes de la colonia. Una de las promotoras que entrevisté, participó hace años en esta actividad, pero la abandonó debido a que no recibía retribución económica y las actividades, “muy absorbentes” generaron, desde su perspectiva, conflictos con su esposo. En Latinoamérica, las promotoras voluntarias constituyen un vínculo ente la institución médica y las poblaciones marginadas. Una interacción que frecuentemente reproduce jerarquías sociales y relaciones de subordinación (Briggs, 2003). De acuerdo con entrevistas que realicé a seis de las ocho promotoras voluntarias del centro de salud, pude percatarme que, aunque, frecuentemente se les reconoce un “amplio conocimiento de la zona”, no participan en ninguna de las decisiones. Por lo general se les convoca para cubrir “eventos” de manera particular, por ejemplo, las campañas de vacunación en cuya actividad se involucran visitando los domicilios de las casas que pertenecen a su jurisdicción para “convencer” a la población a que acudan a la unidad de salud. Esta periodicidad en las actividades de promoción de la salud constituye una constante en todas las acciones impulsadas regionalmente y replicadas localmente. El año se encuentra dividido en distintos períodos de actividades que incluyen vacunación, desinfección de pozos y cisternas, fumigación y alimentación.

Participaban los niños de que, de que se vestían de, de leche o de... y a parte los platillos que nosotras llevábamos. Cada platillo que fue-

ra conforme a la alimentación, que fueran nutritivos... cada quien llevaba un platillo y lo ponías en la mesa, y a parte los niños hacían como un desfile, este muy bonito y, o sea, que más que nada ahí, ahí participaban hasta los, hasta los hijos de nosotros. Les poníamos fresas, un disfraz de la alimentación, y nosotros con los alimentos y ya. Los mandabas o lo llevaban, o venían ellos (personal de la jurisdicción sanitaria) y ya te calificaban (Entrevista con promotora de salud voluntaria, agosto 2020).

El anterior fragmento narrativo constituye una descripción realizada por una promotora voluntaria acerca de las actividades implementadas en el barrio para la promoción de “estilos de vida saludables”, que como he discutido en capítulos anteriores, constituye en el discurso de las autoridades de salud estatales, una de las principales prioridades políticas de salud. Además de mostrar una actividad “tipo” de promoción de la salud, me interesa destacar el tipo de vinculaciones entre la población y los servicios de salud, mediadas por las promotoras voluntarias. Como lo mostré en el capítulo I del presente libro, las acciones de promoción a la salud adquieren un carácter performativo no exclusivamente en su sentido comunicativo, que claramente es fundamental. Sino por el hecho de que se conforman en eventos representacionales como en el ejemplo que expongo, donde la promoción de la alimentación “saludable” se reduce a un evento por medio del cual la población expone, para las autoridades sanitarias, una manifiesta subordinación al discurso biomédico que es incluso “calificada”. Esto hace, como lo he señalado anteriormente, que las acciones de promoción constituyan una simulación en donde la realización del evento político sea lo fundamental. Por otro lado, este es el tipo de vínculos con la población, que las autoridades sanitarias conciben discursivamente como “participación”, en la que esta, más que en un ejercicio de diálogo se convierte en una situación de dominio (Fassin, 2008).

Las promotoras de salud voluntarias se inscriben en estas relaciones de subordinación que incluye la ausencia de retribución económica. Aunque las mismas promotoras entrevistadas, conciben que su involucramiento con las autoridades de salud constituye un compromiso. “Nos dicen que es voluntario, pero a la mera hora uno se compromete demasiado hasta el punto de arriesgar la salud”, me comenta una de las promotoras después de con-

tarme una anécdota relacionada con su labor. De acuerdo a su narración, una noche recibió una llamada telefónica de una autoridad jurisdiccional. El recién nacido de una de las mujeres residentes del área de su jurisdicción, había muerto transcurridos unas horas después del parto. El propósito de la llamada era para que la promotora ordenara para el día siguiente todos los registros de sus visitas al domicilio de la madre. De acuerdo a su interpretación, el tono de la llamada sugería que podía estar involucrada en un problema legal.

Las mujeres voluntarias señalaron de manera general, una inclinación solidaria el motivo fundamental para involucrarse en los servicios de salud, y la participación colectiva es por lo general una constante en su trayectoria de vida. Pese a que no obtienen retribución económica, obtienen algunos “beneficios” que responden a su papel como cuidadoras del grupo doméstico. Por ejemplo, una de las entrevistadas reconoció que además de la motivación personal y de ciertas habilidades sociales desarrolladas durante su vida, el motivo fundamental para insertarse como promotora voluntaria fue que le prometieron contar con atención médica tanto para ella, como para sus hijos. Incluso, una de las hipótesis que plantea para explicar la reducción de 30 promotoras hace una década, a 8 que operan actualmente, es la cobertura a servicios de salud adquirida.

— Ya no todas participamos, ya nomás muy poquitas, porque cuando comenzamos, comenzamos muchas como veintitantas y luego ya después se fueron saliendo por lo mismo de que ya entró que el Seguro Popular y que ya entró no sé qué, y no sé qué tanto, y se empezaron a ir. Pues como le digo de que llegó por decir el Seguro Social...ah, pues ya para que voy si ya tengo seguro y ya no tengo necesidad de andar acá... (Entrevista realizada a promotora de salud voluntaria, septiembre 2020).

De lo mostrado hasta este momento, quiero señalar el hecho de que, en un contexto como la Campana, las mismas autoridades sanitarias y la lógica institucional de los servicios de salud configuran la atención médica como un bien de intercambio que sustituye la retribución económica. En este sentido, es una muestra de la importante precarización de este contexto en donde un derecho social se intercambia en estos términos mercantiles. Además, demuestra el importante valor que las mismas mujeres otorgan a la posibilidad de contar con atención médica, es decir, una comunidad pro-

fundamente medicalizada. Por otro lado, considerando como lo expuse en el capítulo anterior, las múltiples jornadas de cuidados en las que se encuentran insertas las mujeres de la Campana, nos permite cuestionar los términos de su “participación” en los servicios de salud institucionales. Considero que esta situación muestra con claridad el papel de la institución médica en la precarización y su administración, en este caso, instrumentalizando la solidaridad orgánica y la precariedad.

Como señalé en el capítulo anterior, la población utiliza con frecuencia servicios privados de salud básicamente a través de consultorios anexos a farmacias y de tres médicos cuyos consultorios se encuentran aledaños a la colonia. Los tres médicos se disputan la preferencia de la población y cada uno tiene un importante reconocimiento y prestigio. Estos han sido sumamente importantes durante la pandemia, debido a que el centro de salud dejó de operar los primeros meses y desde julio su personal atiende únicamente dos veces por semana. Además de mí, otro médico independiente consulta de manera gratuita. En dos años que tiene de asistir semanalmente a la colonia, ha obtenido reconocimiento y afecto por parte de la población. Su presencia fue gestionada por la dirección de prevención del delito. Debido a sus implicaciones económicas y en consecuencia en la alimentación, esta ha sido parte fundamental de la reproducción del discurso biomédico. Aunque las prescripciones alimentarias han cobrado interés en el marco de la promoción de los estilos de vida saludables, su asociación con la Covid-19 las ha puesto en el centro de muchas intervenciones, las cuales como discutiré en el próximo capítulo han sido de naturaleza fundamentalmente alimentaria. De esta manera, el contacto con las prescripciones alimentarias se ha intensificado notoriamente.

Sujetos prescriptivos y dispositivos de intervención

Aun reconociendo el papel activo de los sujetos en la producción/reproducción discursiva, es necesario señalar que, particularmente en el contexto de una interacción institucionalizada, considerando la “comunicabilidad” antes planteada, dicha interacción se inserta en una relación de poder desequilibrada. Dicho desequilibrio se sostiene del marco institucional que legitima y autoriza la posición de enunciación del sujeto emisor. El espacio

semiótico que se configura para la comunicación reproduce la mayoría de las veces este posicionamiento. Por lo general las interacciones se llevan a cabo en espacios que marcan de manera explícita asimetrías de poder y que, en cualquier contexto, emulan el carácter de un auditorio. Es decir, dichas asimetrías se disponen sistemáticamente con el objetivo de reproducir de manera simbólica la distinción institucionalizada del sujeto de enunciación. Considero que estos mecanismos simbólicos de poder son tales debido a que se inscriben en dispositivos. Explicaré a continuación a qué me refiero con esto.

Agamben (2011), retomando para este propósito la obra de Foucault, identifica cuatro características que definen un dispositivo:

1.- Conformar una red que articula un conjunto heterogéneo de elementos discursivos: espacios arquitectónicos, saberes, medidas, leyes, instituciones etc.

2.- Se desarrolla como parte de una estrategia concreta (constituye un fin teleológico).

3.- Resulta del entrecruzamiento entre relaciones de poder y de saber

4.- Tiene como finalidad el gobierno de los comportamientos, pensamientos y gestos de las personas.

Retomo estas características para identificar como dispositivos de medicalización al conjunto heterogéneo de medios institucionales que tienen como finalidad la prescripción de comportamientos, en el caso particular que nos ocupa, de comportamientos de índole alimentaria. Considero que su carácter institucional permite identificarlos como entidades que ejercen un poder tanto en la producción, como en la reproducción discursiva. De aquí que su rol en lo que Briggs (2005) denomina comunicabilidad, radica en su capacidad para operar en tanto dispositivos. El poder institucional permite situar a estos dispositivos y a determinados sujetos discursivos tales como profesionales de la salud, en una posición prescriptiva, entendiendo como tal a todas aquellas aseveraciones dirigidas a normar un comportamiento ya sea obligatoriamente o a manera de recomendación.

Identifico tres tipos de dispositivos de medicalización (y por consiguiente de prescripciones alimentarias). El primer tipo está conformado por aquellos que son derivados directos del ejercicio del Estado, como las prácticas de educación para la salud y que pueden ejercerse, como he señalado antes,

mediante distintos vínculos entre la institución médica y otras dependencias estatales, de particular interés la escuela. Rosen (1985) estudió con profundidad la manera en que la educación para la salud que consolida como uno de los principales dispositivos de la biomedicina durante el siglo XIX. Cobra relevancia que las prescripciones alimentarias han constituido desde entonces un papel fundamental en la injerencia de la biomedicina en la reproducción social de la población.

El segundo tipo de dispositivos corresponde a las prescripciones inscritas en la intervención social implementada por ONG. Aunque ciertamente articuladas con la institución biomédica, me interesa distinguirla ya que, como en el caso de la Campana, pueden mantener una autonomía relativa respecto a esta institución e incluso, mantener cierto rechazo o criticarla abiertamente. Por otro lado, en algunas ocasiones el discurso que reproducen puede no ser reconocido por la institución biomédica, como aquel inscrito en las medicinas alternativas o el psicoanálisis.

Finalmente, el tercer tipo de dispositivos corresponde al mercado. A partir de este dispositivo se reproduce el discurso biomédico mediante la prescripción de determinados tipos de consumo ya sea como productos, por ejemplo, las vitaminas o como prácticas, como la prescripción de determinadas dietas. Considero indispensable distinguir estos dispositivos, de los sujetos discursivos que los implementan. Desde un enfoque Bajtiniano, con sujeto me refiero a un sentido amplio sin una referencia vinculada a la persona. De esta manera, un sujeto discursivo puede ser el personal de salud o los medios de comunicación.

Expresiones prescriptivas

Waitzkin en distintos trabajos (1979; 1984; 1986) ha demostrado la importancia del análisis del discurso para comprender los procesos de medicalización en general, y en particular la manera en que este discurso se convierte en una práctica despolitizadora. En un sentido similar al trabajo de Illich (1975), concibe la medicalización dentro de procesos de legitimación del orden y las desigualdades sociales al reducir las contradicciones estructurales del sistema, a hechos patológicos sujetos a la intervención médica. A partir de su consideración de la biomedicina como un aparato ideológico

del Estado, según la terminología de Althusser, la coloca como una superestructura del poder, interviniendo como mecanismo de control poblacional y reproduciendo la estructura de clases y la jerarquía social. El complejo médico-ideológico no únicamente legitima el tipo de relaciones sociales jerarquizadas, sino que las reproduce, ejerciendo un claro dominio a partir del control de la información.

Para el autor, durante la interacción médico paciente el médico reproduce las relaciones de producción a partir de tres vías: en primer lugar, replicando la división del trabajo entre la concepción y la ejecución. De hecho, como lo he mostrado, las dinámicas jerárquicas dentro de la institución médica se encuentran estructuradas de esta manera. Esto determina el control de información que ejerce el personal médico, concretándose de manera usual en información ejecutiva o lo suficientemente simple para que el paciente ejecute instrucciones. En segundo lugar, el médico reproduce las relaciones de producción mediante su posición como certificante. Esta posición lo sitúa en un lugar privilegiado para decidir y legitimar la continuación o suspensión laboral de un trabajador. Con frecuencia el médico hará todo lo posible para garantizar la continuidad laboral, incluso empleando fármacos o comandos, pasando muchas veces por alto el padecimiento del paciente.

El trabajo de Waitzkin es fundamental para comprender de manera crítica los procesos de medicalización a partir de relaciones semióticas. Sin embargo, considero que su énfasis en la relación médico paciente no permite observar procesos de medicalización que, a partir del empleo de distintos dispositivos fuera del consultorio médico se inscriben en la vida cotidiana de manera más pertinaz. En este sentido, su trabajo no repara en la importancia de las estrategias de educación para la salud y menos posibilita el estudio de procesos de medicalización en otros espacios semióticos como los medios de comunicación.

Por otro lado, el tránsito de procesos macrosociales o estructurales hacia aquellos que ocurren en el ámbito de las interacciones comunicativas tiende a homogeneizar y desdibujar a los sujetos participantes. Además, de manera similar a las críticas que ha recibido el concepto de violencia estructural empleado por Farmer (1996), la ausencia de mediaciones entre los ámbitos macro y microsociales, no permite comprender con claridad la articulación de estos dos ámbitos en la vida cotidiana.

Kuipers (1989) y Wilce (2009), reconociendo estas dificultades epistemológicas proponen el concepto de “entextualización” como una mediación entre el ámbito estructural y el microsocioal. Dicho concepto hace referencia a la abstracción que se lleva a cabo de la experiencia de los sujetos, en el ámbito discursivo. De esta manera, el discurso biomédico se constituye de experiencias que han sido cosificadas y devenidas en texto. Este proceso es posible ya que la producción del texto y su reproducción se inserta en complejas relaciones de poder y saber que posicionan determinados discursos con mayor legitimidad que otros. Con una clara influencia del trabajo de Foucault, entextualización permite situar al discurso biomédico como producto de relaciones de poder, además de adquirir una mayor comprensión de su producción/reproducción.

Es importante considerar que Foucault estudió el discurso biomédico escrito, con la consecuencia de que su análisis se redujo a cierta élite de la biomedicina (Gaines y Davis, 2004). Por otro lado, la influencia de Foucault en los autores antes señalados hace que estos mismos planteen el discurso biomédico como una construcción homogénea que puede dar cuenta de los procesos centrípetos de la medicalización. Pero no permite dar cuenta de sus transformaciones y resignificaciones durante su reproducción, es decir de su carácter centrífugo. Considero que para este propósito tiene mayor utilidad la propuesta de “comunicabilidad” formulada por Briggs (2003), que además de visibilizar las relaciones de poder en la configuración discursiva, nos ayuda a situar la reproducción discursiva en un contexto comunicativo más amplio.

Claramente el concepto de “comunicabilidad” se fundamenta en el de “gubernamentalidad” de Foucault (2008b). En este sentido Briggs pretende situar los procesos de medicalización fuera de la interacción médico paciente, articulándolos, según el planteamiento de Foucault en una red de dispositivos que se imprimen en la subjetividad, deviniendo en mecanismos de autocontrol. De esta manera, el poder médico se instala en la vida cotidiana a partir del despliegue de tecnologías de gobierno que los mismos sujetos implementan en el ejercicio de su autonomía.

Quiero retomar la crítica planteada por Castro-Gómez (2012), respecto a que el énfasis en los dispositivos y tecnologías de sujeción o disciplinamiento, desdibuja paradójicamente la subjetividad. Los sujetos que producen y

reproducen el discurso biomédico quedan fuera, lo que también constituye un obstáculo para considerar la heterogeneidad del discurso biomédico, así como sus contradicciones y modificaciones en la vida cotidiana. De acuerdo con esto, el concepto de “comunicabilidad” solo permite parcialmente situar el discurso biomédico en el marco de la polifonía. Como intentaré demostrar, el concepto de “expresiones prescriptivas” que propongo, constituye una manera de analizar el discurso biomédico desde un punto de vista polifónico, considerando que éste se inserta en un entramado de relaciones de poder desplegadas a partir de sujetos con intereses diversos y contradictorios.

Entiendo “expresiones prescriptivas” al conjunto de enunciaciones que tienen la finalidad de incidir en el comportamiento, ya sea a través de su evitación, control, modificación o su adopción. Para su concepción he retomado en términos generales la noción de “expresiones performativas o realizativas” de Austin (1990). Con esto el filósofo llamaba la atención acerca de expresiones lingüísticas cuya finalidad no es describir ni constatar la realidad, sino la realización de acciones. En este sentido, participar en la conformación de una realidad, directamente a través del lenguaje. Por supuesto que, como Austin (1990) afirmaba, dichas expresiones se generan en el marco de convenciones sociales y una aceptación explícita o implícita de la autoridad de quien las formula.

Esta perspectiva ha sido bien aceptada en el activismo político, argumentando que dicha clase de enunciaciones actúan sobre de quien se dirigen reforzando situaciones sociales y estableciendo relaciones de poder; “la enunciación performativa es en este sentido, asimilable a una conducta” (Lazzarato, 2006: 14). Desde este punto de vista, las “expresiones prescriptivas” conforman un tipo de “expresiones realizativas”, considero que identificables con claridad en el discurso biomédico, con la salvedad de que su función se limita exclusivamente a normar determinadas conductas, en el contexto de la reproducción de este tipo de discurso.

No obstante, considero muy importante las observaciones que realiza Lazzarato (2006) respecto a la indeterminación inherente que radica en los resultados de las “expresiones realizativas”. Para este filósofo estos siempre estarán determinados por “agenciamientos corporales y enunciativos”, es decir, en la autonomía relativa que disponga el público. Lazzarato (2006) retoma la perspectiva dialógica de Bajtín y la noción de poder de Foucault,

afirmando que “la polivocidad de los componentes de enunciación implica que los procesos de subjetivación no se pueden reducir a un simple resultado de operaciones significantes” (p. 20). En este sentido, al enunciarse en un determinado contexto, que incluye la participación de múltiples sujetos discursivos, las “expresiones prescriptivas” no solo son la manifestación de una polifonía discursiva, sino que metodológicamente permiten aprehenderla y con ello captar la naturaleza heterogénea y contradictoria del discurso biomédico y su reproducción.

A continuación, presentaré algunos ejemplos con los cuales pretendo mostrar la utilidad de mi propuesta.

Sujetos, dispositivos y expresiones prescriptivas en la Campana

Cronotopo 1. Seguimiento médico de un infante diagnosticado con obesidad

El mes de agosto del año 2019 acompañé a una mujer a consulta de su nieto. Aunque ponía en duda la veracidad del diagnóstico, le preocupan unas manchas oscuras debajo de las axilas, cuya presencia, según un médico que la consultó de manera privada, podrían anunciar la presencia inminente de diabetes mellitus. Así que nos quedamos de ver en el centro de salud, cuya entrada aparentaba un crónico descuido. El marco de la puerta apenas sostenido por una estructura oxidada y el olor penetrante del sudor, anunciaba la concurrencia.

Conforme avanzamos por el pasillo, este se estrechó debido a una estructura superpuesta a la derecha que tenía la puerta abierta. Adentro se encontraba una familia y dos trabajadores del centro, un hombre y una mujer que portaban una filipina blanca. Una mujer joven sujetaba a un niño de unos dos años que se lamentaba mientras la mujer de blanco le aplicaba una inyección. Aprovechando que la puerta estaba abierta y haciendo uso de cierta indiscreción nos asomamos. El hombre de blanco se percató de nuestra intromisión y volteó sus ojos enmarcados en unos anteojos de armazón plástico grueso hacia nosotros.

— Dígame — expresó

— Venimos a consulta, — le contestó Doña Rosa, la mujer a la que yo acompañaba. Con una seña invitó a que nos sentáramos.

Doña Rosa tomó asiento en el único asiento disponible, colocando frente a ella a Roberto, su nieto. La habitación se notaba descuidada, la pared blanca dejaba ver que hacía tiempo no había sido retocada. Al fondo de la habitación, rodeada de anaqueles avasallados de papeles había un lavabo. Sobre el escritorio de madera, se encontraban de manera desorganizada distintos papeles que indicaban el constante uso de este servicio.

— ¿En qué puedo ayudarles? — señaló el médico para iniciar la conversación. — Un hombre joven que no ocultaba su cansancio. Su mirada atenta se dirigió hacia nosotros.

— Mi nieto se está poniendo como gordito y le salió esto — Destapó el brazo del niño enseñándole las zonas oscurecidas de la piel, debajo de las axilas. Después de preguntarnos si el niño contaba con cartilla de vacunación, el médico sacó de un cajón del escritorio un ejemplar para mostrárnosla, — ¿Cuándo decimos que un niño tiene obesidad o sobrepeso o bajo peso, o peso normal? en niños desde el nacimiento tenemos esta pequeña escalita que es una media estandarizada a nivel internacional. Obviamente esta es una base, no es cien por ciento fidedigno. Cuando un niño rebasa los cinco años se le hace un cálculo que se llama un índice de masa corporal — Añadió que posterior a su valoración, referiría a Roberto con el servicio de nutrición en otro centro de salud, más grande. En ese no se contaba con dicho servicio — La obesidad puede condicionar otras enfermedades muy peligrosas que pueden matar. En la actualidad, — continuó — han aumentado mucho las personas con obesidad por ende problemas del corazón, diabetes, que casi siempre van de la mano — Prosiguió explicando a detalle las consecuencias de la diabetes. — La diabetes lo que ocasiona es que va deteriorando nuestra circulación en la sangre — enfatizando con un gesto de terror, que muchas de sus complicaciones terminan en la amputación de miembros como seguramente habríamos visto.

— Con la obesidad, también vienen problemas de hipertensión. Casi siempre vienen de la mano la diabetes y la hipertensión. La presión arterial alta es que está el corazón así —levantando las manos y haciendo como si apretase algo, acompañando la seña con un gesto facial que indicaba que apretaba con fuerza — haciendo mucho esfuerzo para bombear la sangre a todo nuestro cuerpo y llega el punto en que aumenta demasiado la presión— a lo que agregó que esta situación pasa con frecuencia en adultos

mayores — presión alta y no pues que le dio un derrame a Don tal. Eso pasa por que se aumenta demasiado la presión y aumenta demasiado la presión intra craneana que se rompen los vasos sanguíneos.

— Ay qué miedo — Interrumpió Doña Rosa.

— Y así se producen los derrames cerebrales. Todo eso se puede derivar de la misma obesidad y sobrepeso. En cuanto qué alimentos no comer — continuó — Todo lo que son carbohidratos... Los carbohidratos son todos los azúcares— Interrumpió alzando la cabeza y dirigiendo su cuerpo hacia el frente haciendo una expresión de severidad — Mucho ojo con lo que les voy a decir, todos necesitamos de azúcar para sobrevivir. El único órgano que funciona con azúcar es el cerebro, pero a veces abusamos y viene la diabetes. Lo que hay que evitar a toda costa es la Coca-Cola. Esa es Satanás personificado. Hay que quitar el refresco, los dulces, doritos, gansitos, todas esas chucherías. Todas esas porquerías hacen que todo el azúcar se va condensando en nuestro cuerpo, y ahí se hace grasa, la panza, barriga y eso... entonces, pues eso va generando la obesidad en una persona.

Terminando esta explicación, indicó que a partir de la misma tendría que asesorar un nutriólogo. Pero él había dicho lo básico.

Como podemos observar, el cronotopo mostrado presenta de manera general tres partes: la primera consiste en la situación del evento que culmina hasta el encuentro con el personal de salud. En esta se muestra una situación espacial que evidencia la precariedad del inmueble, aunque con esto intento mostrar, como lo hice en el capítulo anterior, el contexto de precarización en general, que sitúa la interacción que se muestra sucesivamente, pero que enmarca de manera general la interacción que la población de la Campana mantiene con el personal de salud. La segunda parte muestra el posicionamiento del médico, que incluye su argumentación. Es notorio que el espacio dispuesto replica la interacción cotidiana con el personal de salud, que se configura como un ámbito semiótico que señala una interacción centrada en el intercambio de información. En este caso, el conjunto de elementos proxémicos²² enfatizan la marcada asimetría de información que el médico construye durante su argumentación. En esta última, se muestra claramente

22 “La proxemia se refiere a la manera en que el espacio se concibe individual y socialmente, a cómo los participantes se apropian del lugar en el que se desarrolla un intercambio comunicativo y a cómo se lo distribuyen” (Calsamiglia y Tusón, 1999: 66).

una apropiación del discurso del riesgo que enfatiza su carácter amenazante y focalizado en la responsabilidad individual. Ambos aspectos constituyen elementos que interpelan a los sujetos de intervención a partir de un discurso moral (Lupton, 1993). Finalmente, la tercera parte constituye la expresión prescriptiva propiamente. Claro que como he argumentado previamente, su configuración solo puede ser captada a través de su contexto. A través de este contexto de interacción, podemos observar los elementos centrales de una expresión prescriptiva: una relación de poder que posiciona a uno de los sujetos discursivos en la posición relacional de formular una normativización del comportamiento. En este sentido, que posicionan su discurso como parte de un conocimiento autorizado (Browner y Press, 1996). Un segundo elemento es la naturaleza de la prescripción, que según lo mostrado corresponde a una serie de restricciones alimentarias.

A partir de la interacción con los médicos, la población se encuentra familiarizada con restricciones alimentarias generales, dirigidas sobre todo a personas diagnosticadas con alguna enfermedad asociada a la alimentación, particularmente diabetes. Al encontrarse asociadas a situaciones patológicas, las prescripciones médicas han sido consideradas por la población intervenida como un conjunto de prohibiciones. Estas fueron señaladas de manera reiterada durante los talleres de “alimentación saludable” que organicé con un grupo de mujeres residentes de la Campana. Las mujeres frecuentemente hacían alusión a que “pecan” o han comido “veneno” cuando se consumen ciertos alimentos que se hallan “prohibidos” por los médicos”, como pan, tortillas de harina, carne de res o café.

A diferencia de otros estudios (Théodore *et al.*, 2011), que señalan la generación de categorías opuestas entre prácticas saludables y no saludables, en el caso que presento se ha generado un orden de clasificación alimentaria sobre aquello prohibido o permitido. Esto ha producido tres situaciones: en primer lugar, dichas prohibiciones, al ser contradictorias con las prácticas cotidianas, son llevadas a cabo de manera episódica al ser relacionadas con enfermedades o descontroles corporales. En segundo lugar, al ser asociadas con situaciones patológicas o anormales, las prescripciones han sido identificadas con población adulta o enferma, lo que tiende a excluir de ellas a los niños, por considerarles una población sana. En tercer lugar, este orden de clasificación entra en contradicción con las propuestas elaboradas por otros sujetos discursivos, como mostraré a continuación.

Cronotopo 2. Una nutrióloga en acción

Agosto 2020. Momento crítico de la pandemia, me enteré por una paciente que la dirección de prevención del delito gestionó una charla sobre “estilos de vida saludables”. La reunión se realizaría en una casa que sirve como oficina de reuniones de un comité vecinal de la colonia. Acudí por la tarde a la hora programada. En lo que sería la sala de una vivienda, unas 7 mujeres con cubrebocas, se encontraban sentadas alrededor de una mesa de plástico blanco. De pie frente a ellas, la nutrióloga, una mujer de unos 30 años, preparaba su charla. Tomé asiento. Minutos más tarde, la nutrióloga proyectó sobre la pared blanca, una presentación en power point que anunciaba en letras grandes lo que trataría: “alimentación saludable”. Como reproduciendo una clase, apoyaba su charla con diapositivas que señalaban algunas ideas acompañadas de coloridos objetos visuales.

La charla comenzó con una introducción acerca de la digestión, posteriormente la nutrióloga distinguió entre los beneficios de una buena alimentación, y los riesgos de una mala alimentación. Como en el ejemplo anterior, los principales riesgos señalados fueron la diabetes y la hipertensión arterial.

Estamos hablando un poquito de la buena nutrición y los hábitos saludables, también de las enfermedades. Estaba mencionando que (una buena alimentación) da tratamiento al controlar muchísimas enfermedades, este, a disminuir el riesgo también de padecer muchas de las enfermedades y dar bienestar a nuestros músculos...entonces también tener una buena alimentación nos ayuda muchísimo a mantener nuestros huesos, conservarlos sanos, también mencionaba, que cada uno de nuestros aparatos de nuestros órganos necesita de nutrientes, esa es su gasolina para poder funcionar, entonces son como una maquina cada uno, o sea del estómago todo eso entonces necesitan los nutrientes para hacer todas sus actividades. Entonces en realidad los necesitamos día a día para pues estar sanos y bueno, este es el plato del buen comer, esta es una imagen que se implementa aquí en México y es como un ejemplo de cómo debería tenerse nuestro plato y que nosotros llevemos una alimentación. Entonces aquí vemos que el plato está dividido en tres colores, no sé si se alcanza a ver, son los tres grupos principales de alimentos que tenemos y son los colores del semáforo entonces los colores del semáforo son... Primero, en nues-

tro plato la mayor parte de nuestro plato va a estar conformado por frutas y verduras que es el primer grupo de alimentos. Estas frutas y verduras pues predominan, son más a comparación de los otros grupos, ¿por qué? porque necesitamos en mayor cantidad consumir estos alimentos, en realidad estos alimentos no nos provocan ningún riesgo ningún daño si se consumen en esta cantidad pues aportan muchísimas vitaminas y muchos minerales. Están en color verde porque, así como en el semáforo, podemos consumir mucho más... luego sigue el grupo de alimentos de color amarillo. Estos alimentos son la tortilla de maíz, el pan, la avena, el arroz, la papa y el elote también son carbohidratos. Muchas veces o muchas personas piensan que son verduras, pero en realidad son tubérculos el elote y la papa se considera carbohidratos ¿ok? mayormente como también la conocen... Entonces están de color amarillo porque estos tienen que ser con precaución, deben de ser suficientes o sea sí podemos comerlos, pero hay que tener un poquito más de cuidado en las porciones que le dejemos. Luego el tercer grupo son alimentos de origen animal y leguminosas, alimentos de origen animal, están las carnes, el pollo, el pescado, está la leche, el queso, la crema, el huevo y todos estos alimentos de origen animal y las leguminas son como el frijol, el garbanzo, la lenteja, el chícharo... entonces están de color rojo más que nada porque, sí las podemos consumir pero hay que considerar mucho más la cantidad en las que las consumimos, consumirlas un poquito menos que los otros grupos alimenticios, en los otros que tenemos. (Taller de nutrición realizado en la Campana, noviembre 2020).

De manera similar al cronotopo anterior, observamos tres etapas discursivas. La primera, el posicionamiento que realiza la nutrióloga como sujeto prescriptivo. Dicho posicionamiento está fortalecido por la disposición del espacio, que replica un auditorio. Además del empleo de tecnologías pedagógicas usuales en las clases tradicionales, conforma un marco semiótico que estructura relaciones asimétricas de poder asociadas a la información. En la segunda etapa, también es posible observar el desarrollo de una argumentación sobre los riesgos de una “mala” alimentación, que, de una manera más nítida, permite desentrañar la dimensión moral subyacente a la noción del riesgo. No obstante, a diferencia del discurso del médico analizado

anteriormente, los riesgos son precedidos por una argumentación acerca de los beneficios de una alimentación “saludable” que constituye la carga más importante del discurso desarrollado. Finalmente, la nutrióloga concluye con una expresión prescriptiva opuesta a las restricciones formuladas por el médico y en la que se prescriben prácticas alimentarias con mayor especificidad.

De acuerdo a lo que señalo, los profesionales de la nutrición proponen un discurso centrado en prescripciones alimentarias denominadas “saludables” y de carácter permanente, en oposición al discurso médico, episódico y estructurado en la prohibición y patologización. A través de la interacción con nutriólogos y promotores de salud, la población se ha familiarizado con ciertos temas como el “plato del buen comer” y con significaciones como la asociación entre “energía” y azúcar. Me parece interesante la metáfora de “máquina” que emplea la nutrióloga como recurso pedagógico para explicar el metabolismo fisiológico. De acuerdo con esta metáfora, la energía proporcionada por los alimentos sirve de combustible de la máquina corporal. Esta metáfora, que escuché ser empleada por diversos profesionales de la salud, manifiesta la cosificación del cuerpo, lo que constituye uno de los ejes centrales del determinismo biologicista, a partir del cual se estructura el discurso biomédico (Menéndez, 1990). La transformación discursiva del cuerpo como máquina, cuyo funcionamiento posibilita la intervención externa para su regulación, legitima y posibilita un discurso prescriptivo. No obstante, la fuerza prescriptiva de esta metáfora, radica en su poder de conexión con una manera particular de considerar en el capitalismo el funcionamiento general de la sociedad, de manera que se posibilita su control (Szasz, 1958). Cualquier desviación de la regulación, justifica una intervención.

A diferencia de los nutriólogos, que atienden principalmente en consultas individuales, la educación para la salud constituye la actividad sustantiva de los promotores. En su mayoría trabajadores sociales, aunque reproducen, de manera similar a los profesionales de la nutrición el discurso de los estilos de vida, no reciben formación biomédica e incluso en el caso de Nuevo León, su programa de estudios no incluye ninguna asignatura relacionada con la salud. La información que transmiten se basa en distintos manuales otorgados por las autoridades que ellos “traducen” y “adaptan” a la población (Meza, 2021). Esta forma de reproducción discursiva evidencia la existencia

de resignificaciones durante la circulación del discurso biomédico, aún dentro de la misma institución como he planteado anteriormente.

En La Campana, el contacto con el discurso de los “estilos de vida” se intensificó con el programa gubernamental Prospera,²³ que consistía en realizar transferencias monetarias condicionadas. Una de estas condiciones era la asistencia a “charlas” de prevención que incluía un considerable temario, dentro del cual cobraba relevancia la alimentación. Junto con este programa, la población interactuó con nutriólogos y promotores de salud, sujetos discursivos que, como expuse, aún situados dentro de la institución biomédica, estructuran un discurso distinto al de los médicos. El programa desapareció a principios de 2019, por lo que la población dejó de asistir a las charlas y, por tanto, las acciones de educación en salud comenzaron a centrarse en la consulta individual o en las escuelas. Sin embargo, en el espacio de la consulta no se implementa un programa pedagógico, aunque que la interacción dominante se estructura a partir de la prescripción. Las expresiones prescriptivas son socializadas por la población fuera del consultorio y su resignificación constante genera una apropiación discursiva (Bajtín, 2010), concepto al que me referiré posteriormente.

Siguiendo a Menéndez (2009), el discurso biomédico, a partir de la segunda mitad del siglo XX comenzó a incorporar la noción de riesgo como una estrategia para intervenir a través de la prevención. Es decir, la intervención sobre factores causales de la enfermedad (factores de riesgo), cuya eliminación o control pudiese evitar o reducir daños a la salud. Sin embargo, pese al reconocimiento discursivo de la multicausalidad y la importancia del contexto socio cultural, su tendencia epistemológica se dirige a la monocausalidad o a la menor cantidad de factores explicativos identificados, reduciendo con ello, la realidad a asociaciones estadísticas. De acuerdo con el autor, esta reducción responde al interés de intervenir en la realidad de una manera simplificada.

La noción del riesgo epidemiológico se ha articulado con el discurso de los “estilos de vida” que, aunque reconoce explícitamente la importancia del contexto social, al centrarse epistemológicamente en individuos o agrega-

23 Prospera fue un programa gubernamental dirigido a atender pobreza, salud y educación de la población mexicana, con vigencia de 1995 a 2018.

dos estadísticos de la población, desdibuja las relaciones sociales. Esta descontextualización incentiva el diseño de intervenciones sobre las acciones individuales (Menéndez y Di Pardo, 2009), que, sin reparar en las condiciones materiales de la población, reproduce un discurso moralizante que responsabiliza a los sujetos y tiende a proponer prácticas ideales que son insostenibles en el mediano plazo. Considero que además de incentivar el carácter episódico en la adopción de las prácticas prescritas, genera una invisibilización del contexto sociopolítico. En conjunto, esta individualización de los problemas sociales, permite configurar intervenciones que como he sostenido, administran y reproducen la precarización.

Cronotopo 3. Medicamentación

En mis recorridos por la colonia me percaté de la existencia de tres “clubs de nutrición” de empresas como *Herbalife*, que proponen prácticas de medicalización centradas en el consumo. De acuerdo con su discurso, los productos ofertados, elaborados a partir de “conocimientos científicos”, proporcionan mejores aportes nutricionales que los alimentos considerados “saludables”. Es relevante señalar que esta industria de reducción del daño, como la denomina Nichter (2006), ha logrado articular el discurso biomédico, paradójicamente con su cuestionamiento. De esta manera, ha atraído la atención de sectores poblacionales que por diferentes motivos desconfían de la biomedicina y sus profesionales. Distintos interlocutores me comentaron que consumían ciertos productos para evitar los daños que, en ocasiones intencionalmente, provocaba el personal de salud con distintos fármacos, por ejemplo, la insulina.

Durante mi asistencia a uno de estos clubs, por invitación de una vecina diagnosticada con diabetes la “promotora”, en cuya casa se había organizado una charla de nutrición, mencionaba que al consumir una de las malteadas elaboradas por la empresa se podían obtener muchos más nutrientes que al ingerir cualquier alimento, de manera que tomar una malteada en la mañana y otra en la noche era suficiente para “nutrirse”. El espacio de reunión consistía en una mesa rectangular de plástico blanco colocada en un pequeño patio que fungía a la vez de cocina. Una manta cubría, a modo de techo, la mitad del cuadrado cerrado parcialmente por dos bardas de block, dispuestas en la parte anterior y del lado poniente. A través del lado norte del patio,

cubierto de una reja se asomaba el acantilado que dejaba ver una extendida vista del barrio. Hacia el fondo, se contemplaban los imponentes edificios del centro de la ciudad. Encima de la mesa, se encontraban distintas latas del producto ofertado y que tomaban disuelto en agua, a modo de malteada, cuatro mujeres. La promotora me alcanzó un vaso servido con un líquido rosa que indicaba que el licuado era de fresa. Tomé sitio en donde se combinaba una especie de charla estructurada a priori, por parte de la promotora, con la plática informal de las vecinas. Escuchaba, reconozco que, con cierta sorpresa, que una comentaba que desde que inició la terapia, es decir, acudir cada mañana a comprar su malteada y un té, se encontraba muy bien “del azúcar”. Esta mañana se la había checado y su nivel de glucosa se encontraba en 400.²⁴ No obstante, explicaba dicho incremento, que en la noche había pasado por un coraje. La promotora interrumpió la conversación, invitando, con un perceptible aumento del volumen de voz, a escucharla.

—Desafortunadamente, vivimos en un mundo en el que todo está procesado. La carne que comemos está llena de hormonas. Comentó la promotora siguiendo con una pregunta —¿Ustedes comen verduras, verdad? — Si — contesté de manera enfática — Se cuidan — respondió acompañando su respuesta con una sonrisa inclinada hacia la izquierda, enfatizando cierto sarcasmo. ¿Comen ensaladas y frutas? Está muy bien — terminando con una sonrisa burlona. — Si viviéramos en el campo y cosecháramos nuestras manzanas, nuestras acelgas, estaría muy bien. Pero no. La manzana que hoy te comiste — señalando a una de las asistentes — estuvo meses congelada. Ya no tiene nutrientes... ¿Por qué creen que hay tanta obesidad? No tenemos nutrientes que ayuden a nuestro metabolismo...”

Un elemento central de este discurso radica en su concepción de lo “natural” y de la “pérdida” de nutrientes que conlleva el proceso de distribución y almacenamiento de productos. Esa carencia general de nutrientes es la principal justificación para que las personas compren sus vitaminas y malteadas. A diferencia de los tipos anteriores de medicalización, que prescriben prácticas restrictivas o selectivas, el discurso de las medicinas alternativas propone un consumo que genera un tipo de medicalización mercantilizado que podemos definir como “medicamentación” (Williams *et al.*, 2011).

Identifico, así, tres tipos de expresiones prescriptivas alimentarias: a la primera la denomino “restrictiva”. Consiste en disminuir o eliminar ciertos

²⁴ Lo considerado aceptable es una cifra no superior a 110.

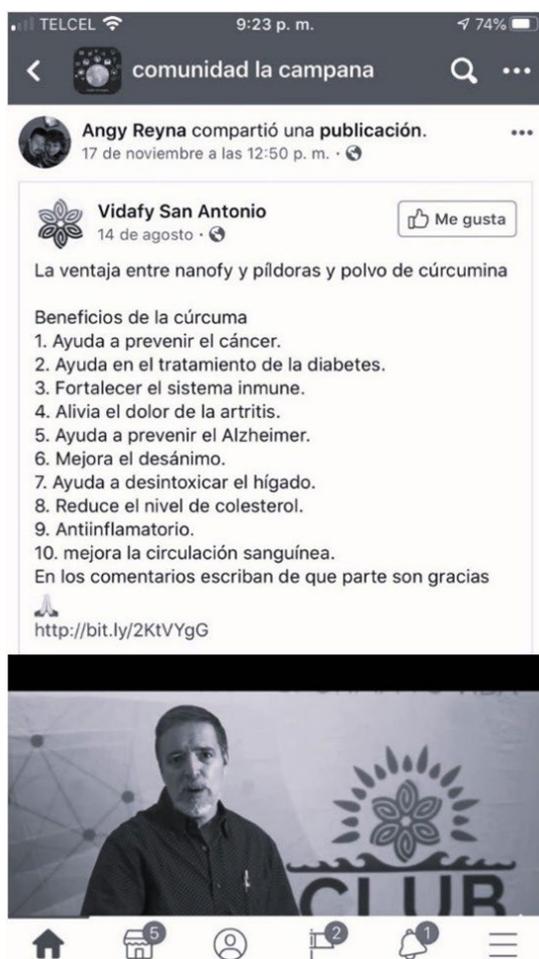
alimentos y aunque está asociado con los médicos, su lógica se manifiesta en distintos tipos de “dietas”. La segunda, “selectiva”, propone discriminar los alimentos según su identificación con lo saludable. La tercera corresponde al orden de la “medicamentación”, a través de productos que “prometen” mejor salud a través de su consumo. Como señalan los autores citados, una dimensión fundamental de este tipo de medicalización es el uso cada vez más frecuentes de medicamentos. Sin embargo, su empleo, como podemos ver puede extenderse al consumo general, además de la utilización de fármacos. Esta práctica ha comenzado a desdibujar el papel de los profesionales de la salud. La medicamentación apela a nuevas formas de medicalización en donde intervienen otros sujetos y tecnologías cuya lógica es el mercado. Como un producto más del neoliberalismo, en estos nuevos procesos de medicalización, el Estado ejerce un papel mínimo, prácticamente limitado a la regulación. Considero que este aspecto es fundamental para comprender la medicalización en un contexto de precarización.

Medios de comunicación

Como documenté en un trabajo previo (Meza, 2021), en los medios de comunicación circulan simultáneamente las tres expresiones prescriptivas mencionadas: restrictiva, selectiva y asociada a la medicamentación. Por ejemplo, durante un taller sobre “estilos de vida saludables” facilitado por mí, la discusión se centró en “dietas” que las mujeres siguen cotidianamente. Nombraron varias que habían conocido en *Facebook* o que se compartían vía *WhatsApp*, como la dieta “keto”, que consiste en consumir sólo proteínas, es decir, acatando una prescripción restrictiva. También señalaron algunas recomendaciones asociadas al discurso selectivo, por ejemplo, comer primero ensalada antes que cualquier platillo. Por supuesto, abundan los anuncios de medicamentos y productos “milagro” para “bajar de peso” (véase la imagen 2). Estos hallazgos tienen que ser considerados bajo el supuesto de que la población en La Campana utiliza dichos medios. Situación que demostré realizando una encuesta, donde además de mostrar que la mayoría de la población utiliza con frecuencia plataformas como Facebook, estos medios son empleados considerablemente para obtener información de salud (Meza, 2021).

Imagen 2

Expresiones prescriptivas encontradas en Facebook sobre alimentación, dirigidas a la población de La Campana



Fuente: seguimiento en Facebook de abril 2019 a septiembre 2020.

De acuerdo con la misma encuesta, en los canales de televisión más vistos por la población (Multimedios y Televisa Monterrey), aparece con frecuencia un producto llamado “Sabifrut”, que la población consume como una práctica de reducción de daños (Nichter, 2006), para sustituir otras bebidas azucaradas. Esta bebida se anuncia como “una bebida hecha con sábila de verdad”, lo cual enfatiza su carácter de natural. Un atributo considerado de manera muy positiva por la población en La Campana. La primera toma del promocional encuadra a una mujer, presumiblemente madre de dos niñas sonrientes. Su voz en “*off*” explica el proceso de producción de la mercancía a partir de imágenes propias de un contexto rural. La mujer enuncia la frase

“es bueno para mi familia”, acompañada por la imagen de un médico, quien enlista los componentes de la bebida y sus beneficios: “vitamina A, que contribuye a la visión; vitamina B5, al rendimiento intelectual; vitamina C, al sistema inmune. Por eso, “Sabifrut” es reconocida por la Asociación Mexicana de Pediatría”.

Vemos claramente la utilización de objetos discursivos y de un registro lingüístico propio de la biomedicina²⁵. La utilización de símbolos asociados a la salud, como lo natural, y la figura de autoridad del médico es frecuentemente usada por la industria de la reducción de daño, como Nichter (2006) la ha denominado. Esta estrategia discursiva ha sido bastante efectiva. De acuerdo con la encuesta realizada, “Sabifrut” es una de las bebidas azucaradas más consumidas por los niños de la comunidad estudiada.

Este despliegue discursivo concretado en las expresiones prescriptivas, permite comprender desde otra perspectiva, el papel de los sujetos prescriptivos en el control social, de manera que conceptualmente, las expresiones prescriptivas funcionan como mediadores de los ámbitos macro y micro-social como he defendido anteriormente. Considero que esto contribuye a mostrar empíricamente la forma en que las intervenciones sociales y médicas se articulan en dispositivos dirigidos a administrar o regular la precarización, como lo he sostenido en el capítulo anterior. En este sentido, podemos observar con nitidez la heterogeneidad discursiva que existe en el discurso biomédico. La perspectiva polifónica cuestiona la posibilidad de hablar de un discurso biomédico, más allá de ciertas generalidades.

Para Briggs (2005), las prácticas comunicativas constituyen un espacio en donde se establecen consensos, pero también se disputan y se negocian los significados de los conceptos biomédicos durante su reproducción discursiva. Por lo que también podemos observar expresiones comunicativas en las que se cuestiona el discurso biomédico, muchas veces utilizando el humor o la burla (véase la imagen 3). Además, podemos observar también expresiones que muestran las distintas apropiaciones del discurso biomédico. En este sentido, plataformas como Facebook permite que el discurso biomédico se reproduzca no únicamente de manera institucionalizada sino a partir de interpelaciones mutuas.

25 Registro lingüístico se refiere a la variedad de actos lingüísticos que se consideran apropiados para una determinada situación comunicativa (Ure y Ellis, 1977).

Imagen 3

Expresiones comunicativas que cuestionan el discurso biomédico mediante el humor



Fuente: seguimiento en Facebook de abril de 2019 a septiembre 2020.

Capítulo 3

Voces infantiles

Medicalización escolar

— ¿Para qué nos sirven las frutas y verduras? — Pregunto al grupo con voz fuerte, intentando motivar a los participantes — Para nuestra piel — Nos dan vitaminas y minerales — Sirven para la digestión — Señalan las voces infantiles de manera desordenada. Saco de un bolso rojo una zanahoria y la muestro. — ¿Para qué sirve la zanahoria? — Pregunto — Para la vista — señala una niña que desde hace rato alza la mano para hacerse escuchar por delante de las respuestas atropelladas de sus compañeros — ¿En dónde aprendieron todo esto? — pregunto

— En la escuela lo aprenden — me contesta María, una de las fundadoras de la organización barrial más importante de la zona, ante mi mirada sorprendida.

Una de las actividades realizadas por esta organización, en donde labora María es “minichef”, una capacitación periódica dirigida a niños de entre cinco y doce años. La finalidad es fomentar la autonomía e independencia mediante la impartición de conocimientos de cocina, ya que muchos de ellos permanecen solos en casa mientras sus progenitores trabajan. Las capacitaciones son llevadas a cabo por mujeres, que, como María, residen en la zona. Una vez por semana, los niños y las facilitadoras se reúnen en una casa convertida en salón, alrededor de una mesa rectangular. Cada sesión sigue más o menos la misma rutina: la facilitadora muestra los ingredientes que serán utilizados e inicia la preparación con la ayuda de los niños. Al final, el platillo elaborado es consumido por los asistentes.

Mi participación en estos talleres tenía el objetivo de introducir gradualmente alimentos “sanos” en la vida cotidiana de las y los participantes. No obstante, el objetivo de estos espacios de interacción es mucho más amplio.

Durante una conversación con una de las fundadoras de la organización, increpándome delicadamente por mi perspectiva un tanto reducida del alcance de los talleres, me comentó que estos cumplían distintas funciones. La más evidente es que servían de una especie de guardería, en conjunto con todas las demás actividades dirigidas a la población infantil, como talleres de manualidades, música y matemáticas. En segundo lugar, durante estos talleres los niños se involucraban en actividades de los cuidados, ya que participaban al igual que las niñas, en la preparación de alimentos y en la limpieza. La idea es que esta incorporación en actividades que tradicionalmente en la colonia han sido ubicadas como propias de las mujeres, permita generar cambios a largo plazo. Finalmente, para algunos de los participantes, el consumo alimentario llevado a cabo en este espacio constituía en algunas ocasiones el alimento más importante o incluso el único del día. Este tipo de actividades sostenidas en el trabajo diario de las residentes constituyen estas “fisuras” y capacidades de resistencias a la precarización referidas por Lorey (2016). Particularmente la organización a la que me refiero hace un esfuerzo considerable por “nadar a contracorriente” de la “lógica instrumental” que caracteriza el tipo de intervenciones dominantes en la zona. Esto mantiene a la organización de alguna manera aislada de financiamientos y gestiones facilitadas por las autoridades municipales. Durante una conversación con una de estas autoridades, intentó disuadirme de mi involucramiento con la organización barrial diciéndome que él la consideraba como “rebelde” y “poco cooperativa”. Inevitablemente me cuestiono sobre qué tan valioso pudiera haber sido mi involucramiento en la zona a través de las consultas médicas o esta introducción de alimentos “sanos” en los talleres.

Como mostré en el capítulo previo, es muy importante el papel de las redes de intervención para reproducir el discurso biomédico y las prescripciones alimentarias. Estas incluyen distintas organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles, comités vecinales y otras colectividades que pueden ser ubicadas bajo el rubro de la filantropía. Sin embargo, la incorporación del discurso biomédico, particularmente el relacionado con la alimentación por parte de la población infantil sucede, como los niños y los mismos actores reconocen, fundamentalmente en la escuela.

La escuela se ha convertido en el transcurso del siglo XX en uno de los sitios más importantes para medicalizar y normalizar a la población infan-

til desde la perspectiva de la vigilancia. Como sugiere Coveney (2006), la escuela ha sido situada como un objetivo estratégico para introducir el discurso biomédico de la nutrición en el ámbito de la familia sin la importante inversión de tiempo y de recursos que requiere la intervención comunitaria. Esta última supone tantos conflictos y requerimientos logísticos que cuestionan la pertinencia de intervenir en esta forma tan extendida. Reunir a la población en contextos donde escasea el tiempo supone uno de sus principales inconvenientes, por lo que focalizar la intervención estratégicamente subyace en esta selección de la escuela como el objeto de la prescripción alimentaria.

En este sentido, la elección de la escuela como centro de intervención no solo es una técnica de gobierno. También responde a intereses pragmáticos del orden de la organización burocrática. De acuerdo lo que pude constatar durante mi búsqueda por espacios pedagógicos sobre estilos de vida saludables en Nuevo León, las charlas educativas dirigidas a las madres se llevaban a cabo fundamentalmente a través del programa Prospera. El esquema de condicionar el apoyo económico brindado a las beneficiarias a su asistencia a los espacios educativos garantizaba una población “cautiva” para que promotores de salud “orientaran respecto a la alimentación “correcta” independientemente del interés de sus interlocutoras. El programa desapareció a principios de 2019, por lo que la población dejó de asistir. Las acciones de educación en salud se centraron en la consulta individual o en las escuelas.

En Nuevo León, de acuerdo a la postura oficial, sostenida por los funcionarios de salud, los planteles escolares constituyen un dispositivo importante para introducir el discurso de los estilos de vida a la población infantil a través del programa nacional “Salud en tu Escuela”. Como parte de sus líneas de acción se establece la promoción de “hábitos saludables y cambios de comportamiento” (Secretaría de Salud, 2017), mediante charlas dirigidas a escolares acerca de la nutrición, impartidas por promotores de la Secretaría de Salud que acuden una vez por mes a las escuelas.

Sin embargo, el alcance biopolítico de los estilos de vida se obstaculiza a consecuencia de eventos que podemos incluir también como parte de la organización burocrática propia de un contexto precarizado. Cuando me entrevisté con las dos autoridades educativas de las escuelas aledañas a La Campana que visité, cada una me mostró un calendario de planificación

acordado con autoridades sanitarias, aunque el personal de salud tenía algunos meses de no acudir. Esto no resta en absoluto la relevancia que tiene la escuela como ámbito de medicalización, pero si implica el involucramiento de otros sujetos en la polifonía prescriptiva. Aunque de acuerdo a los planes estipulados son las autoridades sanitarias quienes interactúan directamente con la población infantil, en la cotidianidad de la escuela, son los mismos docentes los principales reproductores del discurso biomédico dentro del ámbito escolar.

Medicalización, escuela y policía

Eliam, mi asistente de investigación y yo acudimos a una reunión en donde nos hicieron pasar a una sala. Una mesa rectangular de seis plazas ocupaba un tercio del lugar; un sillón rojo frente a la mesa y un escritorio vacío constituían los únicos decorados. Nos sentamos evitando la cabecera en la que se sentó el funcionario de seguridad. A su lado, un funcionario menor, quien se convertiría mi principal interlocutor con la institución policíaca, nos escudriñaba con libreta en mano como dispuesto a tomarnos alguna declaración. Instantes después, la sala fue poblándose. Una mujer ocupó el desolado sillón, otra, se sentó a mi lado y dos hombres ocuparon las sillas restantes de la mesa.

Presenté entonces, con una voz pausada el objetivo de nuestra presencia: me encontraba realizando una investigación sobre los “estilos de vida saludables” y queríamos intervenir en una de las escuelas primarias donde acudía la población infantil de La Campana. Me miraron con atención y cada uno, salvo el funcionario mayor, anotaba en su libreta cada detalle de lo que se hablaba. Ninguna interrupción. Algunas muestras de asentimiento enfáticas, sobre todo cuando declaraba cosas que se han convertido en verdaderos dogmas tales como que la obesidad infantil constituye uno de los principales problemas de salud en el país. Para mí, era evidente que este discurso era bastante familiar para las y los asistentes de la reunión. Para los miembros de la policía tanto la colonia como el tema propuesto es considerado parte de su ámbito de acción. Como señalé en un capítulo previo, el tema de la alimentación se inserta, al menos desde la posición del director, dentro de las preocupaciones de la seguridad pública y la prevención del delito. Por su parte la colonia constituye una de las zonas prioritarias para

la intervención policial por su consideración de ser espacios residenciales de “alta inseguridad”. Dentro de las actividades que se llevan a cabo, destacan los recorridos, según me dijeron, acompañados de residentes para ubicar los espacios de mayor peligro y ciertos “factores de riesgo” para el crimen como la falta de alumbrado.

Al igual que para la institución médica la escuela constituye un espacio de intervención estratégico. De acuerdo con los argumentos que defendieron ese día, así como en las entrevistas y encuentros que sostuve con algunos de sus miembros, la exposición de la población infantil con el discurso de la seguridad puede contribuir a reducir la criminalidad. No solo porque los infantes llegarán a ser adultos expuestos tempranamente a la presencia y discursos policiales. Sino porque los asistentes a los talleres brindados por elementos de la policía comunicarán el contenido a sus familiares, generando así una reproducción de este tipo de información en el ámbito doméstico. Dentro del repertorio de talleres se incluyen charlas informativas sobre el uso del cinturón de seguridad, los riesgos del empleo de armas, violencia “doméstica” y por supuesto, “estilos de vida saludables”.

Sin embargo, este tipo de intervenciones no son realizadas en todas las escuelas del municipio de Monterrey. La intervención policial se encuentra particularizada de acuerdo con ciertas características atribuidas a la población. El concepto de riesgo permite discriminar y distribuir intervenciones específicas de acuerdo con el nivel de amenaza identificado.

...o sea no es lo mismo ir a intervenir a Sierra Ventana que a Country,²⁶ y no estoy hablando precisamente por el nivel socioeconómico, pero por las circunstancias, este por el tipo de población, en todo el municipio o en todas partes siempre hay una, una estadística conflictiva. En todas las colonias, en todos los municipios, al final de cuentas las colonias que tienen mayor incidencia (delictiva) vienen arrastrando, un tipo de factor de riesgo en específico...ósea, no le vas a ir a hablar o no vas a intervenir con una persona de Country donde no hay incidencia delictiva o a lo mejor la incidencia delictiva por poner un ejemplo, no digo que así sea, a lo mejor en Country la incidencia

26 Las colonias referidas representan dos polos opuestos respecto a su situación socioeconómica y el prestigio tienen ante la población general de Monterrey. Mientras que, en Country, habita un sector de clase media alta y alta, en Sierra Ventana, colonia aledaña a la Campana, habita un sector popular que se encuentra profundamente estigmatizado como delincuente.

delictiva es robo tipo cristalazo y bueno al llegar el policía no va a intervenir de la misma manera que si iré no sé, a la Gloria Mendiola donde también, digo no, no quiero afirmarlo pero digamos que ahí la incidencia delictiva sea por violencia familiar y violencia en contra de la mujeres, entonces no es el mismo vocabulario que, que debe de usar el policía... (Entrevista realizada a funcionario policial de Monterrey en agosto 2020).

En la escuela la policía realiza periódicamente operativos de vigilancia que consisten en revisar de manera aleatoria las mochilas de algunos de los infantes en búsqueda de drogas o armas. Aunque personalmente nunca presencié uno de los operativos, en alguna ocasión la directora comentó que unas horas antes de mi visita habían realizado una revisión en el grupo en donde se llevaría a cabo mi taller. —¿Encontraron algo? — Pregunté con curiosidad — Si — respondió mostrándome unas tijeras que no cumplían los estándares de seguridad para fines escolares — como que estas sean sin filo y un compás, cuya punta puede ser fácilmente empleada como arma — concluyó.

Considero que la precarización es clave para comprender tanto la ubicua presencia policial en la zona, como su “alianza estratégica” con la institución médica en la intervención escolar. La construcción de la infancia como sujeto de intervención responde a una doble acepción que para Lorey (2016), define la precarización y su ensamblaje en torno a la amenaza. Por un lado, la infancia se convierte en un grupo cuyas características de desarrollo y dependencia lo definen como vulnerable y sujeto a eventos y relaciones amenazantes. La infancia en consecuencia se convierte en un sujeto gobernable cuya precariedad ontológica justifica la necesidad de conducir su conducta, evitando con ello “factores de riesgo” para sí mismo.

Por otro lado, la infancia en La Campana es construida como una otredad peligrosa y amenaza para el orden social. Incursiones y rondines policiales siempre acompañan la vida cotidiana, operativos que constituyen una delimitación simbólica en tanto que protegen a un grupo, de otro, de los riesgos. Como propone Lupton (1993), el dispositivo de riesgo constituye un ordenamiento social ya que su definición implica una separación entre los sujetos en riesgo, de aquellos que portan la amenaza. Esta serie de dispositivos articulados en la intervención social se dirigen a “las clases menos

favorecidas” privilegiando la patología de la infancia en su aspecto doble: la infancia en peligro, caracterizada por las carencias en sus cuidados y la infancia peligrosa o delincuente (Donzelot, 2008: 95).

La población de La Campana, encasillada como población de riesgo, se encuentra cercada por un entramado policial, de acuerdo con su acepción amplia, es decir como un entramado de ordenamiento social en el que confluye la institución policial, la institución médica y otras agencias dedicadas a la intervención. Este entramado constituye una red semiótica que contribuye a la configuración y reproducción de un orden social jerarquizado, en el cual los sectores populares son sometidos a un escrutinio sistemático. Al mismo tiempo, de manera similar a un adoctrinamiento religioso, se reproduce un discurso fundamentalmente moral dirigido a normalizar la posición de subordinación de la población. Propongo que el análisis del paisaje visual contribuye a comprender este ordenamiento social configurado en un dispositivo semiótico.

La escuela como dispositivo semiótico de precarización

La escuela se encuentra ubicada a unos 200 metros de la entrada principal a la colonia. Forma parte de este cerco simbólico del que hablé en un capítulo previo, conformado por distintas instancias dedicadas a la intervención social y la caridad. Asilos, casas hogar, iglesias, autoridades municipales y los cotidianos rondines policiales. Todos tienen un carácter vigilante del comportamiento de los habitantes, pero me interesa destacar su papel de enunciadores y su función prescriptiva. A continuación, presento material diverso que fue registrado fotográficamente en distintos recorridos y visitas a la escuela durante los tres meses que duró nuestra intervención. A partir de este, describo los distintos enunciadores, es decir, perspectivas discursivas generales (Ducrot, 1986) que se encuentran presentes en el espacio semiótico.

“La fe es la única salvación, demuéstrole a Cristo tu amor”, reza una de las distintas iglesias a través de grandes letras en sus muros. A unos pasos, a través de la reja de la entrada del centro de catequesis de damas bizantinas se aprecia un letrero que oferta cursos dirigidos a mejorar las competencias maternas y de esposa. “¿quieres ser mejor esposa y madre? cursos

de formación familiar y religiosa. Cocina, manualidades, corte y belleza; inscripciones gratis”. Creo que es innegable que este anuncio manifiesta explícitamente una representación de la mujer cuyo valor es ubicado en la labor de los cuidados y en una relación de subordinación. Sin embargo, su enunciación puede considerarse como parte de un entramado semiótico y de precarización más amplio que se inserta en una moral de comportamiento que establece los roles de género.

Unos pasos más adelante, sobre el muro de una escuela de educación media superior, se encuentra inscrito en letras azules un listado de oferta educativa. “Bachillerato tecnológico, industrial y de servicios; secretariado ejecutivo bilingüe, programación, contabilidad, construcción”. En la Campaña, la oferta educativa se dirige predominantemente a los empleos de servicios a través de la que autoridades políticas e interventores sociales contribuyen a configurar relaciones de dominio/subordinación desde la formación. En este caso se ofrece instrucción de acuerdo a las relaciones que esperan se establezcan entre los residentes y otros pobladores. Estas relaciones quedan establecidas y se hacen visibles en el espacio semiótico. Esto por supuesto que es percibido por los mismos residentes de la colonia. Por ejemplo, durante una conversación una vecina me comentaba que a pesar de que ella había propuesto en una reunión de un comité vecinal que se llevaran a cabo talleres de arte como pintura, teatro y fotografía para los niños, los interventores se habían negado con el argumento de que estos no les servirían para insertarse laboralmente. — ¿Por qué nuestros niños no pueden como en los ricos aprender de pintura o de teatro, doctor? — me interrogaba, — Yo lo he propuesto varias veces, pero siempre regresan con lo mismo. Que aprendan oficios — insistió alzando los hombros con resignación. De acuerdo con ella, sus hijos tenían importantes habilidades artísticas particularmente en la pintura, algo que había sido observado por amistades, familiares y sus profesores. Yo pude observar posteriormente el enorme entusiasmo que mostraron durante una actividad de fotografía que realicé en la colonia junto con una colega.

Al llegar a la reja de la escuela pagado con cinta canela sobresale un colorido cartel que oferta entretenimiento dentro de la escuela. La imagen central consiste en una fotografía panorámica tomada en el patio de una escuela en donde aparece un grupo de niños cuyos ojos se ocultan tras unos anteojos

3D. Sus cabezas ligeramente inclinadas hacia atrás y los miembros tensos con las piernas extendidas sugiere que viven un momento emocionante. En la parte superior aparece un collage conformado por distintas alusiones a películas infantiles y de acción. No falta por supuesto Spiderman y algunos personajes de cómics que no logro identificar. En la parte inferior aparece la leyenda: “películas en tercera dimensión; aquí en tu escuela” mientras que en el costado superior un añadido de papel deja ver en letras rojas hechas a mano la aclaración de que por 50 pesos se incluye jugo y frituras. Considero que a primera vista este anuncio manifiesta la aparición del mercado y la empresa privada como enunciador presente en el ámbito escolar. Su función a simple vista es poner al alcance del sector infantil de la zona entretenimiento a un precio accesible, en este sentido se manifiesta como un actor que convierte la precariedad en una oportunidad de negocios. Este paisaje empezó a cambiar durante el confinamiento por la pandemia. En los primeros dos meses, posterior a la declaración oficial la pandemia, el espacio semiótico en torno a la escuela comenzó a poblarse de comunicados sobre medidas preventivas dirigidas a organizar las clases de manera virtual.²⁷

El edificio de la escuela 5 de octubre se dispone a partir de la entrada en una especie de L. Después de cruzar su umbral, se encuentra a la derecha una estructura que alberga las oficinas de la dirección, mientras que un patio gris se extiende hacia el lado izquierdo de nuestra perspectiva, quedando en medio de dos edificios compuestos por salones dispuestos en la típica estructura panóptica escolar, alineados por un barandal que recorre la fila entera y delimita los salones del precipicio. Desde este barandal, los niños se asoman con curiosidad hacia el patio, encontrándose las miradas con aquellos asomados en el edificio frontal. Detrás de unos salones que se encuentran a mano derecha de la entrada principal, existe una segunda cancha para jugar basquetbol y futbol. Ese espacio denota un mayor descuido en cuanto a limpieza que el resto de la escuela. En el edificio sur, frente al patio central, se encuentra el periódico mural, un espacio en donde se encuentran

27 Como sabemos, la pandemia reconfiguró totalmente las actividades escolares por motivos sanitarios, dando cuenta entre otras cosas de la incidencia que tiene la institución médica en la vida institucional, en este caso de la escuela y en la vida cotidiana. Aunque también mostró algunos lados de la precariedad no siempre visibles, por ejemplo, la carga escolar y de cuidados que recae fundamentalmente en las madres y la frágil estabilidad de la educación que existe en contextos precarizados. En la Campana, muchos niños no pudieron sostener la educación a distancia.

fijados con cinta múltiples anuncios. A su lado, colgado en una ventana, un gran letrero anuncia un concurso de pintura denominado “vigilantes de la honestidad” organizado por Jumex. Las letras gigantes de esta marca sobresalen de unas mucho más pequeñas, colocadas en la parte inferior del letrero en las que se invita a los niños a participar. El marco del anuncio son unas caricaturas que conforman en conjunto la representación de un árbol, figura característica de la publicidad de esta empresa. En el costado izquierdo del cartel, un encabezado señala: “come frutas y verduras”. Indudablemente la presencia de este enunciador en la escuela es completamente paradójica, considerando que los valores que en este letrero promueve, particularmente alimentarios, contrarios al ámbito de acción de su sistema productivo que consiste en bebidas con exceso de azúcares. Por otro lado, el enunciador policial se revela a través de la interpelación por la honestidad, mensaje que se reitera en diversos comunicados pegados en el periódico mural, uno de estos invitando a los padres de familia a una “charla” sobre seguridad escolar”. Si esta interpelación a la vigilancia se interpreta en conjunto con la presencia policial antes descrita, es posible identificar una clara criminalización de la población.

Eliam me llamó para que pudiera observar unos dibujos realizados por los niños y expuestos en el periódico mural, que consistía en una vitrina de un metro por un metro más o menos. El tema del periódico versaba sobre valores y en esta ocasión dedicado al valor de la humildad. La mayoría de los dibujos aludían a la humildad como equilibrio en relaciones de poder económicas caricaturizando de cierta manera el comportamiento que había de evitarse: mostrar de manera deliberada una posición de privilegio, que en los dibujos de los niños se materializaba con algún bien, desde dinero hasta un teléfono celular. En uno de los dibujos cuyo encabezado dice “humildad es no sentirse superior”, se contraponen la representación de un niño colorido con cara feliz de la de otro, dibujado en blanco y negro cuya expresión denota tristeza. Considero que este dibujo expresa muy bien la percepción infantil acerca de la realidad sementada en la que viven en contraposición a otras infancias con mayor poder adquisitivo, el cual emplean como herramienta de humillación. De acuerdo con el dibujo, esta realidad se encuentra vinculada a las emociones percibidas como estar triste por ser tratado como inferior. Al lado del cartel anterior realizado por algún infante, aparece un conteni-

do construido en contrapunto, no solo porque evidentemente fue elaborado por alguna autoridad escolar, sino por el contenido de su mensaje. El encabezado señala “autoestima”, seguido de un conjunto de enunciaciones como: “aquí tu eres aceptado, “único”, “importante”, “nuestra felicidad” y “la razón por la que estamos aquí”. El cartel finaliza resaltando la importancia de la autoestima como valor social. Sin caer en una crítica exacerbada, considero que es importante atender este tipo de mensajes más allá de la intención de las autoridades educativas de construir un espacio en el que la población infantil se sienta incluida. Sin duda es un bonito mensaje, que, considerando el contexto, genera una interferencia discursiva. El discurso de la autoestima no es para nada aislado ni corresponde exclusivamente a las autoridades educativas sino una construcción que más bien es dominante en todos los ámbitos de la intervención. El tema de la autoestima se reproduce en la Campana incluso con mayor frecuencia que los “estilos de vida saludables” y constituye uno de los contenidos más frecuentes en las intervenciones centradas en talleres, charlas o estrategias pedagógicas. Si hay una explicación de la pobreza que ha permeado en casi todos los espacios de intervención social es la baja autoestima, de manera que es el sujeto el responsable de su situación. Con un discurso renovado, la debilidad moral continúa siendo la explicación fundamental de la precariedad. Más allá de constituir un mensaje dirigido a movilizar y gestionar emociones para que estas se conviertan en el foco de la intervención, es profundamente individualizante al ser un mensaje reiterado en donde el sujeto es el responsable de su situación social.

Con este recorrido descriptivo, he pretendido mostrar la manera en que distintos enunciadores se inscriben de manera semiótica y enunciativa en el espacio, delimitándolo material y simbólicamente, generando una separación social de los pobladores de la Campana, de sus alrededores, zonas concentradoras de riqueza. Aun teniendo una naturaleza predominantemente polifónica, el conjunto opera como un dispositivo que contribuye a materializar la precarización.

Dinámica escolar en el marco de la intervención

La intervención realizada en la escuela comenzó a fines de enero del año 2020 y finalizó a mediados de marzo una vez que fue decretada la campaña de “sana distancia” por motivos de la pandemia y la escuela cerró sus actividades. Durante este tiempo, Sandra Mancinas, colega trabajadora social e investigadora, Eliam, también trabajadora social y yo, acudimos dos veces por semana para interactuar con los grupos de quinto y sexto año del turno vespertino de una de las tres escuelas primarias aledañas a la Campana. En total se realizaron 11 sesiones en las que implementamos algunas técnicas participativas dirigidas a explorar la alimentación infantil, particularmente las categorías a partir de las cuales esta se inscribe en el discurso biomédico, como alimentación sana o comportamientos de riesgo. Las principales dinámicas empleadas fueron las discusiones de un capítulo de la serie televisiva de los Simpson, a partir de la que pudimos conversar sobre las consideraciones infantiles respecto a lo sano, a los cuerpos sanos y sus valoraciones morales respecto a las conductas alimentarias mostradas en el capítulo. Otra técnica empleada fue el socio drama, a partir de la cual los niños representaron la dinámica alimentaria de sus espacios domésticos y nos permitió observarla desde su experiencia y percepciones. En otra sesión se discutieron las valoraciones surgidas a partir de la lectura de un cuento infantil sobre alimentos poco comunes. La actividad de *photo-voice*, a partir de la que queríamos explorar la dimensión relacional de la alimentación no pudo llevarse a cabo al suspenderse las clases. No obstante, pudimos replicar la intervención en el interior de la colonia en el marco de un curso de verano organizado por una organización barrial. Siguiendo la misma lógica que en el capítulo previo, presento distintos cronotopos con lo que pretendo dejar ver las interacciones que mantuvimos con la población escolar respetando lo más posible el contexto de la interacción. El cronotopo no sigue el orden ni por supuesto la extensión de las actividades desarrolladas. Es más bien una construcción de distintas escenas etnográficas. A diferencia de los cronotopos presentados en el capítulo anterior, centrados en la actividad performativa de los distintos sujetos discursivos, los cronotopos que presento a continuación se centran en la voz de las y los niños en el marco de la cotidianidad escolar interrumpida por nuestra presencia. Con esto pretendo dar cuenta de la interacción que mantiene la población infantil con el discurso biomédico.

Cronotopo 1. Las comidas favoritas

Aproximadamente a las 4 de la tarde llegamos a la escuela donde ya nos esperaban dos personas de la policía regia. Después de saludarnos tocamos en la puerta principal de la escuela que se encontraba cerrada con llave. Una mujer de unos 20 años, después de preguntarnos nuestra identidad y el asunto que nos llevaba a la escuela, nos abrió la puerta y nos indicó el lugar en que se encontraba la directora del plantel. En el trayecto pude observar que en el periódico mural de efemérides había alusión al festejo del día de reyes, al día de la enfermera y a algunos próceres de la historia de México. Frente a nosotros, los cerros de la campana y de Altamira se muestran coloridos y llenos de casas, dispuestas de manera irregular desde sus faldas hasta la cúspide. Después de solicitar autorización a la directora, quien se encontraba comiendo junto con otras profesoras en una cocina improvisada a lado de la dirección, personal de la escuela nos condujo hasta la segunda planta de uno de los edificios de salones. Mientras subíamos las escaleras de cemento, pude darme cuenta de que los espacios de la escuela tienen los nombres de los pasillos, salones, escaleras tanto en castellano como en mixteco, lo que manifiesta la presencia de pueblos originarios en la zona. Sin embargo, tengo que aclarar que en los dos años que estuve acudiendo con asiduidad a la zona y durante los siete meses que residí en la colonia, no tuve contacto con ningún hablante de lengua indígena. Según me han comentado algunos residentes, el motivo se debe a que la mayoría de este grupo reside en la colonia Altamira, aledaña a la Campana, la cual visité sólo superficialmente.

Entramos al salón, un espacio de unos tres metros de largo por cuatro de ancho, que reproduce estándares arquitectónicos de una escuela pública. En la parte frontal se ubica un pizarrón y el escritorio de la docente y frente a este, una veintena de pupitres acomodados en hileras con unos centímetros de separación entre cada una. El espacio se encuentra bordeado en sus partes laterales por amplios ventanales cubiertos por cartulinas de colores. En la parte posterior del salón, a espaldas de los niños, un viejo mueble de plástico blanco, reutilizado para hacer las veces de librero aloja algunos libros deteriorados, de temáticas diversas, aunque con predominio de historia y nutrición. A un lado, en el muro un gran cartel presenta la pirámide alimentaria. Una jerarquización de los alimentos cuya amplia base son los alimentos sin riesgo, recomendados para que sean consumidos sin restric-

ción y conforme se asciende en la pirámide, se colocan de manera horizontal grupos de alimentos con mayor nivel de riesgo por lo que se su consumo debe ser más vigilado. Sentados en las bancas, con miradas de sorpresa se encontraban 18 niños y ocho niñas formando dos grupos separados. Saludamos a la maestra del grupo (una persona que no rebasa los 30 años) y a los estudiantes. Eliam, en su rol de facilitadora se presentó y explicó a los niños, la actividad que iban a realizar. Se trataba de un ejercicio de presentación a través del cual los niños aludían a sus gustos y preferencias alimenticias, así como el uso de las redes sociales, interacción familiar, actividades y programas de televisión favoritos.²⁸

La mayoría de los niños aparentaban unos 10 u 11 años. A un costado del escritorio de la maestra se encontraban Toño, un niño con Síndrome de Down y Valentín, un niño bastante inquieto que es considerado por las autoridades educativas que tiene “problemas de comportamiento”, fundamentalmente “pobre autocontrol y violencia”. Pude percatarme que la cercanía con la maestra era para establecer un control más directo sobre ellos. En un momento determinado, Valentín molestó a Toño y éste le mordió superficialmente la cabeza. El primero, en actitud delatora comentó — ¡Ahhh, Toño el caníbal! —, generando la hilaridad grupal que fue silenciada casi de inmediato por un fuerte grito de la maestra. Desde las primeras participaciones pude darme cuenta de que, salvo dos niñas, las mujeres emplean un tono de voz bajo para expresarse, a diferencia de los niños. Es notoria su timidez frente a nosotros, pero también frente a la maestra y sus pares hombres. Después de unos minutos para que los niños llenasen sus instrumentos Eliam los instó a contestar — Ok, vamos a empezar en esta fila chicos, ¿listos? Vamos a empezar en esta fila de atrás para adelante, usted se va a poner de pie y nos va a leer su hojita a ver qué puso — La maestra se apresuró a asistir — Isaías, ¿lo contestaste? Dime Isaías, te pregunto y tu contestas.

Eliam: ok tu nombre es

Isaías. Isaías

Eliam: ¿cuántos años tienes?

Isaías: once

Eliam: once, muy bien ¿cuáles son tus platillos favoritos?

Isaías: pizza

28 En el anexo 5 pueden observarse los instrumentos utilizados en la intervención escolar.

Eliam: la pizza y ¿tu bebida favorita?

Maestra: levántate Isaías

Isaías: coca

Eliam: la coca, ¿con quién vives?

Isaías: con mi mamá, mis hermanos y mi abuelita

Eliam: ¿qué es lo que más te gusta hacer?

Isaías: jugar

Eliam: ¿a qué?... Párate, ¿ya te cansaste?

Isaías: futbol

Eliam: ok ¿cuál es tu postre favorito?

Isaías: la hamburguesa

Eliam: la... ¿qué? (risa grupal)

Eliam: ¿usas redes sociales?

Isaías: si

Eliam: ¿cuáles?

Isaías: *facebook*

(sesión en la escuela primaria, enero 2020)

Los niños señalaron de manera predominante que su platillo favorito era la pizza²⁹ y en segundo lugar las hamburguesas. Una niña rompió la constante del grupo en cuanto a su gusto por la comida rápida, al expresar que su comida favorita era “los huevitos estrellados” tanto ella como el resto del grupo estalló en carcajadas. Yo estaba cerca de un niño y le dije — a mí también me gustan los huevitos — y él me respondió — Sí, a mí también, pero como dice que era favorita — Dándome a entender la imposibilidad de que la comida de consumo común fuese al mismo tiempo la favorita. Por su parte, la bebida de preferencia fue la Coca-Cola, aunque también se mencionó el jugo, agua o limonada. El postre más gustado fue el chocolate y el pastel. Javier, uno de los niños que estaba sentado cerca de mí, mencionó que su bebida favorita era la Coca-Cola, aunque sabía que hacía daño — por eso tomo poca coca y mucha agua — afirmó. Respecto a las actividades favoritas, la mayoría de los varones mencionó que jugar futbol era lo que más les gustaba. La mayoría de los niños manifestó vivir con su familia y entre los programas de preferencia se encuentran los Simpson. En el salón los niños utilizan de una manera más frecuente a lo que imaginaba el teléfono celular.

²⁹ Las frecuencias de respuestas se presentan en una tabla en el anexo 6.

Para algunos, el uso del YouTube o la televisión por internet ha desplazado la televisión convencional, al menos en algunos horarios. Sin embargo, mi apreciación general es que los niños utilizan ambos tipos de medios. La televisión sigue produciendo un espacio de convivencia familiar y debido a esto, los niños la ven en algún momento del día. Por lo general el uso de dispositivos electrónicos son más personalizados lo que me inquieta en el sentido de que su empleo propicie fragmentaciones en la comunicación de los miembros de la familia.

La chicharra escolar marcó el final de la sesión. Nos despedimos agradeciendo la participación y recordando al grupo que la siguiente sesión sería el próximo lunes.

Cronotopo 2. Lo sano, lo malsano y la moral alimentaria

Unos instantes después de nuestra llegada sonó la chicharra. Los niños y nosotros subimos las escaleras. Al parecer sorprendimos a la maestra, aunque como la vez anterior pareció muy dispuesta. Se notaba cansada y esa queja la compartió a mí y a Eliam. Realiza dos turnos como maestra: en la mañana en Santiago en un sexto año de primaria, por contrato, mientras que en La Campana tiene su plaza, turno vespertino. Se quejó de dolor de cabeza debido a que como me comenta, se puso a dieta. Su esposo está muy gordo dice, mientras que ella come más que él. Ríe. En Santiago acudió con una nutrióloga. Me lo dice haciendo un gesto con su mano derecha que coloca de forma rápida un poco más arriba de su cabeza y flexionando un poco la palma tensa de la mano. Entiendo que es un gesto que significa altura. Ella dice — fui con una nutrióloga muy... — haciendo un gesto que aludía a altura, al renombre, al prestigio. Sin embargo, menciona que le duele la cabeza y que tiene mucha hambre.

Bullicio. Los niños se muestran más inquietos que el pasado lunes. Tal y como lo planeamos, Eliam proyectó un capítulo de los Simpson. Los niños se mostraron encantados con el ejercicio. El capítulo de los Simpson se eligió con base en las preferencias televisivas que los niños indicaron durante la reunión de presentación. Pero también con la intención de analizar “lo bueno” y “lo malo” en torno a la obesidad. El capítulo seleccionado narra cómo Homero Simpson al darse cuenta de que su jefe, el Sr. Burns, está incluyendo la realización de ejercicio como una parte importante de

la estancia de los trabajadores en la planta nuclear, prefiere engordar para evitar hacer ejercicio, pero también para que al llegar a un estado de obesidad mórbida ésta sea considerada una discapacidad que le permita faltar a la planta y trabajar desde su casa. Para llevar a cabo su plan, acude con dos médicos, uno que se niega a prescribirle una dieta para subir de peso, y otro que lo apoya, e incluso reconfigura la pirámide alimenticia sustituyendo los alimentos que originalmente aparecen en dicha pirámide para colocar alimentos ricos en grasas y carbohidratos. En el camino a la obesidad mórbida, se muestran los conflictos que se gestan en la familia Simpson, pues la manera de comer de Homero genera preocupación en Marge y Lisa, esposa e hijas respectivamente, que derivan en fricciones entre ellos. Por su parte, Bart proyecta como parte importante de su futuro, imitar a su padre y engordar de manera mórbida para evitar trabajar y colocarse como una figura importante dentro de los medios de comunicación. Dicha escena emula los programas de “Kilos Mortales” que se transmiten en *Discovery Home & Health*, lo que causa hilaridad generalizada en los niños. Homero, se dedica a comer alimentos grasosos y azucarados hasta llegar al peso que las autoridades laborales consideran como incapacidad. Cada vez que él se pesa, involucra a su hijo Bart, lo que sugiere que éste apoya a su padre. Mientras que Lisa, su hija, se preocupa por la condición física de su padre y también porque él es objeto de burlas por su obesidad. Un día Homero decide ir al cine, pero no lo dejan entrar porque no existen butacas para personas con su complexión. Homero se siente discriminado y reivindica los derechos de las personas con obesidad, cuestionando los estereotipos sobre ellos. Dado que Homero se fue al cine en horas que se supone tendría que estar trabajando desde su casa, al regresar se encuentra con que, debido a su descuido, la planta nuclear en la que trabaja está a punto de explotar. Intenta salir corriendo para salvar la planta, pero al subirse a su auto se le truenan las llantas por el excesivo peso de Homero. Luego de muchas peripecias, logra llegar a la planta y se dirige al reactor que está a punto de estallar, con la intención de desactivarlo manualmente, para ello tiene que subir a la zona más alta del reactor, pero la escalera que usa no logra soportar su peso y se rompe. Esto ocasiona que Homero caiga justo en el centro del reactor nuclear, obstruyéndolo con su voluminoso cuerpo. De esta manera impide que estalle y ocurra una tragedia. Homero es recompensado por ello. Durante

la proyección del capítulo, me di cuenta de que, a los niños de sexto grado, no les causaba tanta risa las escenas chuscas. Pero sí noté que las escenas que les causaban risa eran aquellas en las que se usaba la violencia como forma de interacción. Por ejemplo, cuando Homero, al salir corriendo de su casa hacia la planta, saca a empujones al conductor del camión de los helados para poder llegar a tiempo y evitar una catástrofe nuclear.

Desde que entramos al salón de clase noté que los niños estaban un tanto renuentes a hacerlo. Me comentaron que estaban inquietos porque tenía que hacer una tarea de geografía e incluso con el libro en la mano, le gritaban a la maestra (quien se encontraba en la planta baja, preparándose para entrenar a las niñas de la escolta) qué era lo que tenían que hacer.

Una vez en el salón de clases, muchos niños adoptaron una posición corporal como si estuviesen durmiendo sobre el pupitre de sus bancas. Además, algunos niños continuaron escribiendo en sus libretas, lo que generó que Eliam dirigiera su mirada hacia ellos. Uno de los niños se percata de eso y le dice al otro — te está viendo — en tono de advertencia, para que dejara de escribir, después de eso, el mismo niño, se cambió de lugar para adoptar una posición de “dormido” en su pupitre, sin sentirse observado. Una vez terminado el capítulo, que aproximadamente duró unos 25 minutos, Eliam formó cuatro equipos y les entregó una cartulina de colores, en la que había dos columnas, una para indicar “lo bueno” y otra para “lo malo” que cada una de las personas que aparecían en el capítulo (Homero, Bart, Lisa, Doctores, Marge, Sr, Burns) había hecho. La indicación fue trabajar en equipo y una vez realizada la tarea, cada equipo pasaría al frente a exponer.

Todos los equipos consideraron la “gordura” de Homero como algo “malo”. Respecto a “lo bueno” de Homero las opiniones estaban divididas: dos equipos consideraron que era bueno que él después de estar gordo intentara bajar de peso, en tanto que otros dos, señalaron que algo bueno que hizo éste fue que “Salvó al mundo”. Respecto a Bart, la tendencia fue considerar que él no hizo nada bueno, no obstante, uno de los equipos mencionó que algo bueno fue “que no se burló de su papá” por haber engordado. Por otro lado, los equipos tuvieron opiniones divididas en relación con Lisa. Dos equipos identificaron como algo negativo que ella le contara mentiras a su papá para persuadirlo de que fuera a la cocina para hablar con su mamá. Marge, quiere hablar con Homero para ponerle un ultimátum e inicie a bajar de peso, en

aras de cuidar su salud y ser un buen ejemplo para sus hijos. La división de opiniones también se observa hacia Marge. Tres de los cuatro equipos consideraron que ella no hizo nada malo, aunque uno de ellos indicó que hubo un momento en que Marge no hizo nada para impedir que Homero subiera de peso. En oposición, existe un consenso en todos los equipos al considerar que intervino (hablando con él o no dándole más comida) para que Homero no subiera más de peso. Los niños identificaron como “mala” la actitud de los doctores al no impedir que Homero engordara e incluso que uno de ellos lo ayudara de manera directa a subir de peso. Por último, los equipos señalaron que fue “malo” que el Sr. Burns permitiera que Homero trabajara desde su casa. Incluso uno de los equipos valoró eso como un “premio” para que Homero engordara. Lo “bueno” del Sr. Burns fue por un lado que le dio a Homero un premio por impedir que explotara el reactor y por otro lado que le ayudó a Homero a bajar de peso.

Eliam — Okey, ¿por qué piensan que estaba mal que homero se hiciera gordo?

Andrés — Mhm, porque es malo. Porque le podía dar un ataque al corazón por su sobrepeso.

La discusión entre los equipos continúa y los niños señalan que otra de las cosas por las que estuvo mal que Homero engordara es porque puso en riesgo su salud. La exposición de los acuerdos que cada equipó plasmó en las cartulinas de colores fue hecha en voz muy baja. Lo que motivó a Eliam a preguntar abiertamente a los niños qué fue lo que más les llamó la atención del capítulo de los Simpson. Uno de ellos responde — no me gustó que pusiera en riesgo su salud — Otro dijo — puso en riesgo su salud, por flojo, para no trabajar — Homero se puso a engordar porque no quería trabajar — Los niños continúan hablando — puso a trabajar a un pajarito — Lisa quiso ayudar a su papá — Me doy cuenta de que la mayoría de las voces que sobresalen, son masculinas, las mujeres son significativamente más calladas.

En los mensajes escritos por los niños podemos identificar tres tendencias. Una de ellas es que los niños identifican que engordar es malo para su salud e incluso pueden morir por eso o quedar incapacitados. Dentro de esta tendencia, hubo dos niños que señalaron que para cuidar la salud es necesario comer frutas y verduras y hacer ejercicio. Una segunda tendencia fue señalar que no hay hacer *bullying*, discriminar o burlarse de las personas

obesas. Algunos niños consideraron que una buena razón para evitar ser objeto de burlas es no engordar. Una tercera tendencia identificada fue asociar la obesidad a la flojera para no ir a trabajar, o sólo señalando que engordar “es malo” o que “no se debe” engordar. Incluso hubo un niño que en su mensaje está ausente toda alusión a la obesidad, pero no a la moral: “aprendí que no tengo que hacer cosas malas para no ir a la escuela o a alguna parte que me quieran llevar mis papás y no apoyar a las cosas malas”

En una segunda parte de la actividad, entregamos a los niños unas hojas en las que venían, en un primer apartado, ilustraciones de distintos alimentos. Para diseñarlo intentamos incorporar la mayor variedad, desde frutas, verduras, carne, huevos, frituras y comida preparada como hamburguesas. En el segundo apartado colocamos imágenes que representaban cuerpos humanos de distintas complexiones. Los niños tenían que elegir, de las opciones señaladas, entre aquello que consideraban sano, de lo no sano para comentarlo posteriormente en plenaria. Respecto a los alimentos considerados “buenos”, como los niños los denominaron, había un consenso en las frutas, verduras y la leche. La misma unanimidad se estableció en alimentos que como la pizza, las hamburguesas, o bebidas como la Coca-Cola, habían sido señalados previamente como alimentos favoritos. El azúcar y los pasteles también fueron considerados de esta manera. No obstante, las opiniones se dividieron al momento de clasificar alimentos como carne, huevo, pollo o pasta y en bebidas como los jugos azucarados. Para defender alguna de estas posturas, los participantes utilizaron argumentos que dejaron ver la influencia del discurso biomédico, por ejemplo, la presencia de vitaminas, minerales, la cantidad de calorías y los riesgos que presentaban para incrementar algunos parámetros bioquímicos como el colesterol. Algunos utilizaron argumentos que habían sido parte de noticias que circularon en la televisión o en medios digitales particularmente en Facebook e incluso que son parte de la publicidad.

Eliam: a ver, ¿quiénes dicen que sí? ¿y quiénes que no? ¿las pastas son sanas?, ¿por qué? a ver, uno que diga que sí que se ponga de pie y uno que diga que no que se ponga de pie.

Rubén: yo

Eliam: tú dices que no, ¿por qué?

Rubén: yo digo que porque es plástico

Mónica: yo digo que no es saludable porque tiene más calorías

Eliam: el helado ¿es bueno o es malo?

Varias voces: malo, malo

Andrés: ¡es bueno!

Rubén: es malo

Andrés: es bueno, tiene proteínas

Eliam: a ver, quién más dice que es bueno, ¿por qué es bueno el helado?

Mónica: tiene frutas y vitaminas (sesión en la escuela primaria, enero 2020)

Cronotopo 3. El recreo

El descanso para los estudiantes de turno vespertino ocurre cada día de 3 a 3:40 de la tarde. Inmediatamente después del sonido de la chicharra, los estudiantes comienzan a descender por las escaleras poblando poco a poco el patio. Niños corren, juegan al balón y algunos se agrupan para comer. La mayoría sostiene en envases de refrescos en una mano y alguna bolsa de frituras en la otra. Algunos sostienen un elote, aunque los más, solo la mitad de este preparado con crema y salsa. Ocasionalmente identifiqué dos o tres niñas que estaban comiendo fruta picada que traían en un recipiente; por las características de éste y dado que, esos alimentos no se venden en la cooperativa de la escuela, deduzco que la traían desde sus respectivas casas. El día de nuestra primera visita, dos maestras sentadas en unos mesabancos con la mirada vigilante hacia los niños comían unas hamburguesas de *McDonald's*. A lado de ellas, una mesa larga exponía tres hileras de golosinas de todo tipo. En otra mesa más pequeña había una olla de elotes y unas botellas de refresco de naranja. Pese a que durante el recreo la mayoría de los niños comen frituras y toman bebidas azucaradas, pude identificar a un niño comiendo huevo con salchicha y frijoles.

La subdirectora de la escuela nos explicó que el recreo se hace escalonado: primero salen los niños de primero, segundo y tercer año, luego de 20 minutos dichos grupos regresan al salón de clase y salen los niños de cuarto, quinto y sexto. Cuando preguntamos los motivos, la maestra comentó que era con el fin de evitar conflictos entre ellos, ya que el espacio era reducido y los bebederos eran pocos. De esta manera, se evitaba que los niños más

grandes empujaron a los pequeños. Durante una de nuestras visitas, Sandra me señaló el hecho que, a diferencia de las demás profesoras, la de quinto año no tiene descanso durante el recreo. Ella está a cargo del cuidado de Toño, quien tiene Síndrome de Down. La maestra, al mismo tiempo que se come una manzana, corre detrás de Toño cada vez que él trata de traspasar los límites imaginarios entre el patio central y el patio trasero. En un momento en que la maestra se sienta a nuestro lado, en la barda del huerto de la escuela, Sandra le pregunta si Toño está en la escuela debido a las políticas educativas de inclusión. Ella responde que sí y que es muy cansado para ella. — Yo creo que les hace mucho mal, porque debo repartir mi tiempo entre él y el resto de los niños. Además, yo no soy maestra de educación especial — externó. Le pregunté si Toño no iba a la USAER (instancia de apoyo pedagógico y psicológico para niños con alguna discapacidad) a recibir apoyo de maestros especialistas en educación especial. Ella me dijo que no, antes era obligatorio, pero “ahora todo depende de la mamá”. Nuevamente, la maestra tiene que salir corriendo detrás de Toño, a su regreso me dice — es muy difícil, porque a veces él está bien, como hoy, que puede jugar, pero otras veces viene muy inquieto y se pelea con otros niños.

Unas niñas de quinto año se acercan a mí para platicar, durante nuestra interacción me preguntan si sé hablar inglés, les respondo — sí, un poco y ¿ustedes? — una niña me responde que no y que ella prefiere hablar otros idiomas, pero no inglés porque no le gusta — ¿Ah sí, qué idiomas sabes hablar? — pregunté — náhuatl — respondió. Poco a poco se empiezan a aproximar más niñas y me empiezan a decir que ellas también saben hablar náhuatl y que son de Juchitán. Otro niño dice que él es de Chiapas. Mientras platicamos, les pregunto a las niñas dónde viven. Laura (una de las niñas de quinto año) dice que ella tiene dos casas y que vive tanto en La Campana como en la Altamira, pues sus papás están separados y vive unos días con su mamá y otros con su papá. Ante mi pregunta de dónde se siente más cómoda, me responde que con los dos. Con su mamá sale de compras y ve a sus primos y familia mientras que con su papá va al parque y come pizza. Por su parte Andrés dice que él vive en La Campana, en la parte de “arriba” y también me cuenta que su hermano de 12 años, el sábado pasado desapareció todo el día y apareció en Escobedo “muy lejos, pero no quiere hablar, no quiere decir donde estaba”. El hermano en cuestión es un niño

que también estudia en la escuela que visitamos, Andrés lo señala con el dedo al tiempo que dice — mire es aquel. Las niñas se van a seguir jugando y me quedo nuevamente con la maestra. Le pregunto sobre la presencia de niños con ascendencia indígena en la escuela, ella me responde que la mayoría de los niños son de origen mixteco, por eso los nombres de algunas cosas en la escuela, tienen el nombre tanto en castellano como en mixteco.

Durante el recreo, Eliam cumple lo dicho desde que llegamos a la escuela — hoy me voy a comprar un elote, desde la otra vez se me antojó — Ella nos comentó a Sandra y a mí, que se dio cuenta que los elotes que se venden en la cooperativa de la escuela sí están completos y que la razón por la cual se venden partidos a la mitad es porque completos cuestan 20 pesos y partidos 10. Eso me sorprendió, ya que antes de ello yo inferí que, en aras de cuidar la salud de los niños, sólo les vendían la mitad del elote. También me pareció excesivo el precio de los elotes completos, pues representa el 20% del salario mínimo diario correspondiente al año 2019 en Nuevo León, que era de 102.60 pesos. Por esa razón, no me resulta extraño que la mayoría de los niños durante el recreo consuman frituras de las que se venden a granel. Algunos niños, llegan a la escuela prácticamente con el estómago vacío y no compran nada debido a la falta de dinero. En una ocasión, unos tres niños llegaron a mi encuentro corriendo por indicaciones de la maestra de quinto para que pudiera ir a ver a una niña que se sentía mal y que estaba por desmayarse. Subí apresuradamente los escalones y me introduje en el salón indicado por los niños. La maestra sostenía las manos temblorosas de Maribel, que se encontraba sentada evidentemente palidecida y con los ojos hundidos. Después de escuchar la conversación que sostenía con la maestra e intervenir con algunas preguntas, inferí que se trataba de una ligera disminución de la glucosa en la sangre. — ¿Comiste algo antes de venir? — Le pregunté — Negó con la cabeza al mismo tiempo que colocó sus dos manos en el abdomen — ¿No quieres un elote? — Si — contestó sin perder la seriedad. Mientras nos dirigimos hacia el puesto de elotes, la maestra comentó que casos como el de Maribel, de niños y niñas que llegan a la escuela habiendo comido “cualquier cosa” o nada, son frecuentes.

Suena la campana para indicar que terminó el recreo, nos dirigimos al salón de quinto año y antes de entrar al salón, me llama la atención la cantidad de cicatrices que tiene Andrés en el cuero cabelludo. Le pregunto, al

tiempo que toco suavemente su cabeza, — ¿qué te pasó aquí? — Me caí — responde y clava la mirada en el piso. Cambiamos de tema, pero no le creí. Además de las cicatrices que tiene en el cuero cabelludo, tiene otras en el rostro. También su actitud rebelde ante las reglas y de agresión física y verbal a sus compañeros (principalmente a las mujeres), me sugiere que es un niño que posiblemente esté siendo víctima de violencia familiar.

Cronotopo 4. Representación infantil sobre la dinámica alimentaria familiar

Llegó el esperado día. Día de “la obra de teatro” como le llamaron los niños al socio drama realizado. Los niños se muestran sorprendidos cuando nos ven llegar con distintos objetos: disfraces, pelucas, bigotes falsos, frutas, ollas, un sillón, una pantalla de unicel que emula las veces de televisor y una mesa. Grandes sonrisas iluminan sus rostros. Después de que todos toman su lugar, Eliam explica que se trata de hacer una obra “como si estuviesen comiendo en sus casas”. La actividad sería en equipo, así que todo mundo corre para elegir a sus compañeras y compañeros que representarán una familia mientras come. — ¿Quiénes van a pasar primero? — Pregunta Eliam. Después de unos segundos de silencio, Andrés se levanta de su asiento y corre para colocarse de inmediato unos bigotes, unos anteojos oscuros y un sombrero de unicel. Marcela toma un muñeco que representa un bebé de unos meses de edad y lo comienza a mecer en sus brazos. Otros niños se colocan alrededor de la mesa en donde están ya preparadas para la dramatización unas ollas, unos vasos y algunos sobres de sopa de pasta. Andrés arrebató el bebé de las manos de quien representaba el rol de una hermana mayor y comienza a lanzarlo por los aires para cazarlo después, lo que provoca la hilaridad de todos los niños presentes. Eliam hace esfuerzos por ordenar la actividad animando para que cada uno explique el rol que juega y lo que se encuentra haciendo. Inicia con María quien ha tomado el rol de mamá y que emula vaciar frijoles en una de las ollas. — ¿Qué estás cocinando? — pregunta Eliam — frijoles charros — contesta María que revuelve el contenido ficticio de una olla con un cucharón de plástico. — ¡No!, queremos pizza — grita Andrés que se aproxima a la mesa tambaleándose, imitando la marcha torpe y accidentada de un borracho.

— ¿Pero con qué vamos a hacer la pizza? — Pregunta Eliam. — Ah, la

compramos— contesta Andrés. Y continua —Arroz y caldo de pollo, ándenle váyanse al super — dice dirigiéndose imperativamente hacia María. Inmediatamente después se lanza a abrazar al bebé de plástico — ¡ay como está miya! — Repite en voz alta mientras la mece en sus brazos. Eliam retoma la representación. — Bueno vamos a comprar las cosas que vamos a ocupar, ¿qué llevan los frijoles? — salchicha — contesta Marcela — ¿Quién va a querer coca? —Pregunta Eliam en tono festivo — ¡yo! — Responde el equipo al unísono, lo que produce una risa generalizada en el salón. La maestra me voltea a ver atenta a mi reacción, pero yo también participo de la hilaridad general. Después de la representación Eliam, siguiendo la carta descriptiva que preparamos, realizó algunas preguntas sobre la alimentación cotidiana, intentando profundizar en un ejercicio previo acerca de las comidas favoritas. Además, se buscaba indagar acerca de normas establecidas en el ámbito familiar durante la comida desde la perspectiva de los y las participantes. Respuestas usuales fueron las siguientes:

Lupe — Me gusta convivir con la familia y comer con mis papás y las indicaciones es no comer cuando hablas.

Jonathan — Me gusta comer con mis padres, me gusta ver a mis padres en la mesa conmigo, me gusta comer también con mi hermana, me gusta comer espagueti con carne empanizada. Las reglas son no jugar con el celular en la mesa y no molestar a los demás cuando comemos.

Sebastián — En mi casa comemos sopa y frijoles en la tarde, en la mañana tomamos café con pan, a medio día comemos blanquillos con salchicha, lo que más me gusta es el espagueti y las indicaciones es no hablar con la boca llena y no jugar.

Casi todos los que participaron refirieron el gusto y el consumo de alimentos como sopa, espagueti, frijoles además de asociar el gusto de la comida con la convivencia familiar. La Coca-Cola constituyó una bebida de consumo cotidiano, aunque no todos la señalaron.

Alimentos buenos, alimentos malos. La dimensión moral de la alimentación

Es un consenso en la antropología social que todos los grupos sociales distinguen de entre una serie muy amplia de posibilidades alimenticias aquellos alimentos considerados buenos para comer (Harris, 2009). Las ex-

plicaciones al respecto son controversiales y han generado un importante debate. Desde explicaciones fundamentadas en el aspecto material de la alimentación (Drewnowski y Damon, 2005), hasta aquellas que reconocen con exclusividad los significados de los alimentos (Arcan *et al.*, 2018). Son conocidas las posiciones que sostienen un razonamiento ecológico y económico en donde cada grupo elige aquellos alimentos más eficientes desde el punto de vista energético (Harris, 2009) que han controvertido posturas sostenidas en la dimensión simbólica y normativa, particularmente los argumentos de Levi-Strauss (1968[1964]) y Douglas (2002).

Sin embargo, siguiendo a Douglas (2002), considero que es insoslayable el carácter moral de la alimentación ya que esta trasciende la naturaleza de los alimentos en sí mismos e implica relaciones sociales. Con quién se come, en dónde, qué alimentos se consumen de acuerdo a la situación y bajo qué normas se es permitido el consumo, son, por un lado, elementos que estructuran las prácticas y las experiencias alimentarias. La alimentación se inserta en órdenes sociales que definen los roles y el tipo de participación desde comprarlos, prepararlos, hasta servirlos. Como vimos anteriormente, la dinámica alimentaria de los niños participantes se encuentra inserta en un entramado normativo acerca de lo que se come, las formas permitidas y asigna a las mujeres el cuidado familiar que incluye el aspecto alimentario.

Por otro lado, la elección y clasificación alimentaria obedece a un conjunto de valoraciones configuradas en el contexto sociocultural e informativo de los sujetos que les brinda herramientas cognitivas para evaluar y atribuir propiedades a los alimentos. Como hemos podido constatar, los niños realizan una clara distinción entre alimentos considerados mejores que otros según sus propiedades, estas últimas, concebidas de acuerdo a los argumentos sostenidos predominantemente por la biomedicina, aunque también por los medios de comunicación. Esta estructuración de la experiencia alimentaria por la biomedicina coincide con lo observado por Théodore *et al.* (2011) también en el ámbito escolar.

En algunos alimentos existe un claro consenso en considerar las frutas y verduras como alimentos buenos y las frituras como alimentos malos, lo que indica el establecimiento de una norma alimentaria (Villagómez, 2019). En otros alimentos las opiniones parecen estar divididas como en los alimentos cuya asignación en determinado grupo depende más de la cantidad

consumida que de las propiedades del alimento *per se*. Aun así, las características de estos alimentos ambiguos, que los hacen entrar en una de las dos categorías de bueno o malo, son calificados de acuerdo con propiedades establecidas en el discurso biomédico como sus aportes calóricos, proteicos o vitamínicos.

Finalmente, como hemos podido observar en los cronotopos presentados, el concepto del riesgo constituye un dispositivo discursivo que permite no solo clasificar los alimentos de acuerdo a ciertos fenómenos como la elevación del “colesterol”, asociados al consumo de determinados alimentos. También permite valorar comportamientos a partir de una estructura moral articulada con y desde el discurso biomédico. Como he sostenido en otros apartados, el discurso del riesgo se configura a partir de una estructura valorativa en donde la responsabilidad es un elemento fundamental (Lupton, 1993). En este sentido a partir del riesgo, se configura una estructura cognitiva que permite valorar comportamientos en términos morales y asociarlos con eventos adversos de salud. Esto por supuesto que favorece la construcción discursiva de que es el sujeto el único responsable de su situación social y de su salud. De esta manera, sostengo que el discurso del riesgo constituye un dispositivo de gobierno que desdibuja las contradicciones sociales, siendo entonces una herramienta para gestionar la precariedad. Es en este sentido un dispositivo de precarización dirigido a gobernar la subjetividad. Como pudo observarse, la población infantil participante ha incorporado este discurso a su estructura valorativa.

Prácticas contradictorias

Quizás uno de los hallazgos más comunes en los resultados de intervenciones de educación para la salud, es la serie de contradicciones entre lo que se sabe, se dice y se hace. Esto parece ser la norma en lugar de la excepción (Backet, 1992); Blaxter, 2003; Davidson *et al.*, 1991; Mullen, 1992). En los cronotopos presentados podemos notar sobre todo contradicciones discursivas y algunas contradicciones entre discursos y prácticas que atañen exclusivamente el ámbito escolar. Sin embargo, discutiré este tipo de discordancias situándolas en un contexto más amplio, utilizando la serie de observaciones y conversaciones que sostuve durante mi trabajo de campo como médico y residente de la Campana.

En primer lugar, considero relevante matizar y situar la información obtenida en el marco de la interacción entre nosotros, los interventores y la población infantil. Es lugar común en las ciencias sociales verificar que la información enunciada durante la interacción entre el investigador y su interlocutor se encuentra mediada por el enorme peso de las representaciones mutuas. Siempre existe un vacío informativo que es llenado con expectativas y supuestos acerca del “otro”, del interlocutor. Del lado del investigador, aun siendo lo más transparente posible acerca de las expectativas que tiene en el campo, es imposible explicar la totalidad de estas, así como de su identidad (Goffman, 1989). Por otro lado, los interlocutores construyen un discurso mediado por los supuestos acerca del tipo de información que el investigador desea obtener. Como observan Théodore *et al.* (2011), durante una interacción relacionada con la salud, se suelen sostener “posturas normativas” (p. 221) que coinciden con el discurso biomédico que se reproduce en los diversos canales de divulgación. Parte de estas posturas, corresponden a lo que piensa la gente de lo que se espera de sus respuestas. Frecuentemente las respuestas constituyen clichés discursivos como que las frutas contienen muchos minerales. Es cuestión de tiempo para percatarse que la persona que calificó previamente de nociva la Coca-Cola, muestre que no fue totalmente “sincera”, o que simplemente el conocimiento que tiene no lo lleva cabalmente a la práctica. Al respecto, en una encuesta que realicé en la colonia de estudio (Meza, 2021), 43% de las personas respondieron que consumen con asiduidad comida chatarra, mientras que el refresco es consumido por el 56% (p. 5). Sin embargo, la reputación de estos productos es negativa, en el 55% para la comida chatarra y el 72% para el refresco. Agrego que durante los primeros meses de una intervención que realicé con mujeres cuidadoras, durante una plática que sostuvimos acerca de los alimentos, la mayoría de ellas me indicó que por prescripción médica habían abandonado el consumo de la comida chatarra y el refresco. Así mismo, evitaban que estos productos fueran consumidos por los niños que pertenecían a sus respectivos hogares. Días después me encontré a una de ellas que regresaba del supermercado y cargaba unas bolsas. Me detuve a saludarla percatándome que al menos una de estas bolsas había sido llenada con frituras y dulces, mientras la mujer hacía esfuerzos sutiles para ocultar el contenido de esta bolsa. En otras ocasiones, cuidadoras y niños aceleraban el paso intentando evitar mi

encuentro, mientras yo veía a la distancia que llevaban bajo el brazo algún paquete de galletas o un envase de refresco. Solo con el transcurrir del tiempo, ya siendo yo residente de la colonia y después de haber sido invitado a convivios familiares y fiestas infantiles, mi presencia no pareció importar para que se sirvieran y consumieran este tipo de productos. En una ocasión, con una familia con la que entablé una relación cercana y tiempo después de que terminara mi trabajo de campo, Ofelia, la abuela, pareció tener la confianza suficiente para decirme durante una comida en su casa “nosotros pensábamos que eras muy estricto con las comidas Alejandro”, comentario que generó risa en todos los miembros de la familia presentes. Por supuesto que quedé sorprendido por el mensaje, ya que siempre cuidé de no realizar prescripciones alimentarias fuera del ámbito de la consulta médica, en donde estas me parecían inevitables, sobre todo si se trataba de personas con diabetes. Difícil mantener una posición “distante” en estas circunstancias. No obstante, estoy de acuerdo con Théodore *et al.* (2011) en pensar que aún si las aseveraciones no son completamente “sinceras”, si manifiestan el grado de permeación que tiene el discurso biomédico en la población.

En segundo lugar, considero que las contradicciones que se presentan entre los discursos y las prácticas reflejan en buena medida el carácter profundamente contradictorio de los discursos prescriptivos presentes. Esta polifonía discursiva, que discutí en el capítulo anterior se expresa en diferentes tipos de prescripciones alimentarias, que reflejan la apropiación que realiza cada uno de los sujetos prescriptivos, del discurso biomédico. Las fuentes de información sobre la alimentación son distintas y se encuentran mediadas por miembros de la familia, los medios de comunicación, programas e intervenciones sociales y el personal médico presente en distintas instituciones. Desde las mismas, se accede a información relacionadas a la obesidad, la alimentación lo que genera múltiples nociones sobre estos temas en los y las cuidadoras y en la población infantil. Otras investigaciones abordan específicamente esta temática y cito fragmentos de una de estas por la claridad que brinda.

Javier: “antes de hablar de sus hijos, ¿ya sabía usted que era la obesidad?”. Verónica: “sí, ya”. Javier: “¿y dónde supo?”. Verónica: “pues en la tele, en el internet” (Quintana, 2016: 170).

Esta polifonía discursiva y prescriptiva, se manifiesta no solo mensajes contradictorios en la población, sino también en discrepancias en distintos niveles de interacción: entre individuos con sujetos prescriptivos institucionales, como lo han documentado Uicab *et al.* (2011) y Herkovits (2008), relacionadas con desacuerdos acerca de alimentos considerados sanos o no sanos; entre los mismos sujetos discursivos, aún si estos pertenecen a una misma institución como sucede con frecuencia entre profesionales de la medicina clínica, salubristas y profesionales de la nutrición. Es usual que discrepancias de esta naturaleza se manifiesten entre los integrantes de un mismo ámbito familiar o doméstico. Por ejemplo, en una ocasión llegó una persona a consulta médica manifestando casi inmediatamente después de ocupar su sitio frente a mí — vengo a consulta sólo porque mi esposa me obligó, pero ya he ido con bastantes médicos y sé que lo mío es de otra cosa — La esposa en cuestión llevaba con frecuencia a que consultara a sus dos hijos para “control de niño sano” es decir, realizar un chequeo general sobre todo medir el peso y la talla. En otra ocasión, después de hacerle una revisión de azúcar en sangre a una señora que había sido diagnosticada con diabetes dos años atrás, me percaté que la actitud algo hostil que yo había notado, se debía a que el esposo, también diabético, de alguna manera la había coaccionado para que aceptara una consulta médica. La mujer se mantuvo más bien en silencio hasta que mi pregunta sobre si tomaba algún medicamento, generó una discusión entre los esposos. Ella defendía sentirse mejor debido a que había dejado de tomar los medicamentos prescritos por un médico y en su lugar había comenzado a tomar productos que le daban en un club de nutrición de Herbalife al que había comenzado a asistir con regularidad. Dentro de los argumentos sostenidos por la mujer se encontraba que los médicos recetan fármacos caducos o prescribían con la intención de prolongar la enfermedad para “seguir ganando dinero”. Lo cual deja ver una profunda desconfianza en la biomedicina. Mencionó incluso que un camillero le había aconsejado dejar de acudir a la clínica y él, vecino también de la colonia, la había acompañado al club de nutrición señalado. El esposo, optó por guardar silencio mientras que yo me despedí cordialmente y me retiré del domicilio.

En tercer lugar, se encuentran los obstáculos materiales para adquirir los alimentos prescritos por distintos sujetos, incluyendo el personal de la biomedicina. Estos por supuesto que pueden ser económicos, tal y como lo señalé en un trabajo previo (Meza, 2021) y ha sido también resultados de investigaciones previas (Serrano, 2008; Aranceta *et al.*, 2009; Uicab *et al.*, 2011). A estos hay que añadir los obstáculos geográficos. Como señalé en el primer capítulo, la venta de frutas y verduras se lleva a cabo de manera predominante en las afueras del barrio. Al interior de la colonia, existen alrededor de tres expendios que venden estos productos, localizados en la parte baja. Esto supone con claridad importantes dificultades para su adquisición si se vive en la parte alta como fue mi caso. Muchas veces, con el calor de verano a 40 grados me sentí realmente desmotivado para descender el cerro, comprar productos que yo considero “sanos” para después subir las pesadas escalinatas. Así que comprendí las risas que se generaban en los talleres de alimentación para cuidadoras ante mi observación de que había visto algunos expendios de verduras y mi cuestionamiento acerca de porqué preferían comprar comida “chatarra”. Tal vez realicé la aventura en dos ocasiones, percatándome que la carga, de por sí pesada si se llevan legumbres o pollo, se vuelve en verdad dolorosa conforme las pendientes del cerro se hacen más pronunciadas conforme se asciende. Es así, que muchos vecinos realizan compras relativamente pequeñas de estos productos, que fue lo que yo opté, lo que incrementa su precio. Por lo general, las personas prefieren comprar frituras o alimentos procesados que son más accesibles y se preparan de manera rápida, como ha sido observado en otros contextos (Villagómez, 2019).

En la Campana, algunos productos con frecuencia prescritos son en realidad mercancía de lujo. Sin embargo, los obstáculos para muchas personas en la Campana no solo consisten en la imposibilidad de seguir prescripciones, sino la dificultad para conseguir cualquier alimento. Durante un taller con cuidadoras, jugábamos “la lotería de la salud”, emulando el conocido juego, que además es muy gustado por mis interlocutoras. Para propósitos del ejercicio, las cartas que iban siendo “voceadas” al azar por mí, representaban alimentos “saludables” como distintos tipos de frutas, verduras y cereales. Conforme iban apareciendo estos alimentos en los tableros de las participantes, cada una tenía que ir diciendo los motivos por los que le

gustaban o no. Cuando llegó el turno de Martha, una asidua participante a los talleres, contestó: “doctor, yo como lo que me regalen. No me voy a andar poniendo a pensar si me gusta o no. Si me regalan unas galletas, me las como, una coca, me la tomo. A mí me gusta de todo”. Martha se dedica a vender flores y como muchos vecinos, sus ingresos se vieron importante-mente comprometidos sobre todo durante los primeros meses de la época pandémica. Me tocó ver que, en algunos domicilios, lo que tenían para consumir era lo entregado en las distintas “despensas” que fueron repartidas por distintos actores en la zona, incluyendo el presidente municipal. De hecho, debido a que la organización con la que colaboraba me solicitó que diseñara una dieta para que pudiera entregarse a los vecinos, pude constatar que realizar un “paquete nutricional” que tuviera alimentos considerados “sanos” y “equilibrados”, era mucho más costoso que entregar productos basados en harinas y galletas. Estos últimos productos, fueron predominantes en los distintos apoyos alimentarios repartidos en la zona en los primeros meses de la pandemia cuando la mayoría de las personas dejó de percibir ingresos. Definitivamente hubo hambre y muchas veces me pregunté si este tipo de entregas habrían detenido un inminente estallido social y qué tanto evitar traspasar el umbral que protege el orden social, no fue el motivo principal de estas entregas, sobre todo para los actores de la política.

Finalmente, seguidores de Bourdieu como Lutz (2020), han insistido en que la posición socio económica es un elemento de importancia para la apropiación de normas alimentarias no únicamente por su acceso y disponibilidad, que, por supuesto son aspectos fundamentales, pero también por su dimensión simbólica. Particularmente por los recursos léxicos que se disponen los padres y los infantes para interactuar con el discurso biomédico y con el personal de salud. Por supuesto que este capital cultural, genera valoraciones alimentarias, preferencias y gustos que discrepan de aquellas del personal biomédico, por lo general situado en una posición social distinta. Por lo tanto, existen resistencias a las prescripciones alimentarias que se encuentran fundamentadas en este tipo de valoraciones socializadas en un contexto existencial. Las negociaciones que llevan a cabo para adoptar las prescripciones propuestas se encuentran cargadas de tensiones y “sacrificios” que no sufren otras familias para quienes la relación con los alimentos se encuentra enmarcada y socializada en la moderación y las preferencias de

alimentos considerados “saludables”. En la Campana, muchas veces escuché a mis interlocutoras expresar las rupturas a prescripciones alimentarias en términos de “pecados” o de “veneno” (Meza, 2021).

Definitivamente el tiempo constituye un elemento fundamental para la elección alimentaria. Muchas mujeres me comentaron que después de levantarse de madrugada, hacer el desayuno para sus hijos y esposo, salir a trabajar, regresar a preparar la comida y después cuidar a sus nietos, encontrar alimentos “prácticos” que ahorraran tiempo podía darles unos “cinco minutos para sentarse” y tener energía para continuar con “el jale”. Sobre todo, si los productos pueden comprarlos en una de las tantas “tienditas” presentes en la colonia. Por supuesto que detrás de este pragmatismo se encuentran la feminización de los cuidados, dimensión importante en la precarización (Lorey, 2016). Lo frecuente en la Campana, es que una importante carga de trabajo recae en las abuelas, quienes ayudan a sus hijas a cuidar de los niños mientras ellas cumplen sus horarios laborales. Tiempo y espacio son elementos indispensables para comprender el trayecto de la precarización en el cuerpo. De manera que como señalan Uicab *et al.* (2011), las pretensiones biomédicas respecto a “enseñar a la población” cómo alimentarse, resultan ciertamente ingenuas.

Accesibilidad y consumo

En alguna ocasión tuve la oportunidad de estar presente en una sesión de consultas brindadas por una nutrióloga, a niños que habían sido diagnosticados con obesidad en el marco de una intervención implementada por una ONG y que tuvo lugar en el domicilio de una residente de la colonia. Debido al tipo de convocatoria que se hizo, a través de invitación personal, todas las asistentes se conocían y eran vecinas en un radio no mayor a las 10 cuadras. Durante la consulta, de los 16 infantes consultados, acompañados por sus madres o abuelas, todos señalaron comer alguna golosina o alimento “chatarra” en el transcurso del día, diario o al menos tres o cuatro veces por semana. En una de estas consultas, que reconstruí a partir de mis notas y presento a continuación, la nutrióloga preguntó con cierta insistencia a Tomás, un niño de 10 años si el día anterior había comprado alguna golosina. Él, dudando, volteó a ver a Mayra, una de las abuelas reunidas para consultar a una de sus nietas — Di la verdad — insistía la mamá de Tomás y él

volteaba a ver insistentemente a Mayra. La escena provocó carcajadas en las personas reunidas, incluyendo los niños y las niñas, ya que Mayra era dueña de una pequeña tienda a unos cuantos pasos de donde se llevaba a cabo la consulta y por lo visto, todas las asistentes eran sus clientes.

Nutrióloga: por ejemplo, ayer ¿qué comiste? ¿qué desayunaste?

Tomás: comí una torta³⁰

Nutrióloga: ¿en la mañana? ¿desayunaste una torta?

Tomás: si

Nutrióloga: ¿de qué era tu torta?

Tomás: era de huevo

Nutrióloga: ah, y, ¿qué tomaste?

Tomás: con agua

Nutrióloga: ¿agua natural? o ¿agua de sabor?

Tomás: agua de la llave

Nutrióloga: ¿qué más comiste más tarde?

Tomás: nada más me comí eso, no me acuerdo

Nutrióloga: pero en la tarde, ósea, ya en la tardecita, ya cuando salió el sol

Tomás: no cuando salió... todavía ya se andaba haciendo de noche

Nutrióloga: entonces no comiste en la tarde hasta que se hizo de noche

Tomás: ¡no! Si comí, pero cuando se hacía de noche

Mamá de Tomás: las gorditas de picadillo³¹ que te dio mi mamá ayer

Nutrióloga: ah, gorditas de picadillo, ¿cuántas te comiste? ¿cuántas gorditas?

Tomás: nada más tres, yo quería más

Nutrióloga: y, ¿qué tomaste con las gorditas?

Tomás: agua

Mamá de Tomás: coca, di la verdad

Tomás: bueno coca

Nutrióloga: hay que decir la verdad no pasa nada. y, ¿cuántos vasitos de coca te tomaste?

30 Preparación popular consistente en un pan tipo bolillo o telera partido a la mitad y relleno de guisos, embutidos o carnes frías, aderezado con frijoles, jitomate, chile y otros ingredientes, servida generalmente como alimento completo.

31 Masa de maíz rellena con carne molida guisada (picadillo), cocida en comal o frita, característica de desayunos y almuerzos populares en el norte de México

Tomás: uno

Nutrióloga: y luego más tarde de las, de las gorditas de picadillo, ¿qué más te comiste? o ya no te comiste nada hasta que se hizo de noche, te comiste unas galletas o unas papitas...

Tomás: ¿me comí unas papitas a la noche mamá?

Mamá de Tomás: no, comiste... te ibas a comer una paleta payaso³² que te la cambiaron por unas papitas³³ y en la noche te comiste las miguitas³⁴ con huevo que te di

Tomás: ah, sí cierto (voltea a ver a Mayra)

Nutrióloga: y las papitas, ¿de qué eran? de chile...

Tomás (voltea nuevamente a ver a Mayra): son unas papitas así como mi pantalón... azules

Nutrióloga: unas papitas azules, pero eran de la tienda

Tomás: chetos³⁵

Nutrióloga: ah, chetos, y, ¿qué tomaste cuando te comiste los chetos azules? ¿qué tomaste?

Tomás: nada no tome nada, ¿verdad que no?

Mamá: no

Nutrióloga: entonces cenaste, ¿qué cenaste?

Tomás: unas miguitas, si me gustan mucho esas

Nutrióloga: muy bien, oye y luego las miguitas con huevo, ¿con que te las tomaste? con coca, con jugo, con agua

Tomás: con agua... o con coca, no se

Nutrióloga: no te acuerdas

Mamá: di la verdad mijo que al cabo no pasa nada

Tomás: bueno, con coca (consulta de nutrición, septiembre 2020)

A partir de que el mercado comenzó a normar los intercambios y eliminó el marco ritual en el que se situaba la alimentación, esta se insertó en

32 Dulce industrializado compuesto por una malvavisco cubierto de chocolate con gomitas simulando un rostro sonriente, ampliamente distribuido en tiendas escolares y tienditas de barrio

33 Rebanadas delgadas de papa frita, empacadas industrialmente o preparadas de forma artesanal, comúnmente acompañadas con salsa, chile en polvo o limón.

34 Platillo típico del noreste mexicano elaborado con tortilla seca cortada en tiras o cuadros, frita y posteriormente revuelta con huevo batido; asociado a contextos de aprovechamiento doméstico y economía popular.

35 Botana industrial de maíz inflado con cobertura sabor queso (en su versión clásica) o chile (en su versión picante), marca registrada pero de uso extendido como genérico.

la dimensión del consumo, configurándose como posibilidades de compra, identidad y aspiración (Falk, 1994). Como lo reporta Lutz (2020), para las familias precarizadas el consumo alimentario es una dimensión central en el ejercicio de poder de compra debido a que la comida representa el bien de consumo más accesible para estas familias. En La Campana, la situación laboral inestable en el que participa la mayor parte de sus habitantes ha determinado la creación de frecuentes empresas familiares de alimentos. Muchas de estas han sido promovidas por la intervención social que sucede en la zona en donde las capacitaciones sobre repostería, dulcería regional y cocina ha sido apropiada por la misma población que ha articulado conocimientos culinarios previos a estos nuevos saberes adquiridos en distintas intervenciones. De esta manera, la comida en la colonia se ha convertido en un bien de intercambio que en muchas ocasiones sustituye al dinero. Por ejemplo, ante mi negativa de cobrar la consulta médica que otorgaba, muchas familias retribuían este “favor” con productos alimentarios con los que normalmente comerciaban como gorditas o tamales. En muchas ocasiones fui convidado en alguna reunión familiar para comer barbacoa, carne asada o hamburguesas. Sin embargo, la misma precarización laboral ha orillado a muchas familias a ver en el negocio de la venta de alimentos “procesados” un componente importante para la economía familiar. Ya sea como complemento o sustituto de la falta de empleo, la instalación de “tienditas” dentro de los domicilios ocurre con frecuencia y parece incrementarse.

Durante los meses que radiqué en la zona, frente a mi casa, existía un espacio desocupado en donde la organización con la que colaboraba había instalado algunos juegos infantiles. Cada atardecer veía por la ventana a la veintena de niños que se juntaban para jugar hasta el anochecer. Sus risas constituían una parte fundamental del paisaje sonoro de mi espacio y el silencio me indicaba que ya era el momento para prepararme para cerrar mi consultorio. Un día me enteré de que el dueño del terreno en el que se había instalado este parque infantil, había reclamado el espacio y los juegos fueron removidos para dar lugar a una “tiendita”. En unas cuantas semanas, los niños comenzaron a reunirse para socializar en torno al consumo de los distintos productos que se comercializaban en este nuevo espacio, desde “papi-tas”, galletas, helados, pan dulce, refrescos y golosinas. Creo que este evento constituye una buena metáfora de la manera en que el mercado se inserta

en los contextos precarizados, convirtiendo determinado tipo de productos alimentarios como los más accesibles para el consumo infantil cotidiano.

Percepción del riesgo y prácticas de apropiación discursiva

Habiendo llegado hasta este punto, considero indispensable discutir si con la información mostrada es posible pensar en términos de una percepción del riesgo en torno a la obesidad, mediada por las diversas prescripciones alimentarias. Como he señalado en los primeros capítulos, uno de mis supuestos fundamentales al comenzar esta investigación radica en la percepción del riesgo como condicionante para la adopción de prescripciones formuladas en el discurso biomédico, particularmente las alimentarias. Esto ha sido un objeto de estudio importante en el tema, y diversos estudios han sugerido que las contradicciones entre la información de salud conocida por la población y sus prácticas pueden ser explicadas por una inadecuada percepción del riesgo (Hossain *et al.*, 2019; Hyman *et al.*, 2000; Oyewande *et al.*, 2019; Warschburguer y Kroller, 2009; Amuta *et al.*, 2015).

No obstante, quisiera tomar distancia de las perspectivas dominantes respecto a la percepción del riesgo a partir de dos críticas. Para la primera, retomo los cuestionamientos que han sido expuestos tanto por Mary Douglas (2002) como por Deborah Lupton (1993). La primera de ellas, desde una perspectiva cultural, considera que el problema con la aproximación cognitiva dominante radica en su individualismo metodológico. Al dimensionar el problema a partir de la aplicación de pruebas estandarizadas, descontextualizan el problema y eliminan los aspectos normativos, aspecto fundamental para comprender la percepción del riesgo y que, al ser eminentemente colectivos, no pueden ser vistos a partir de sujetos aislados metodológicamente. Para Lupton (1993), la concepción del riesgo desde la psicología cognitiva presupone una razón normativizada en la que las acciones del sujeto que se separan de las expectativas del evaluador constituyen reductos de una irracionalidad e ignorancia. En este sentido, la perspectiva criticada constituye un reduccionismo explicativo que deja fuera las experiencias y los conocimientos situados de los sujetos. Finalmente, como puede observarse a partir del material etnográfico que he presentado, la percepción del riesgo no constituye una herramienta que por sí misma pueda explicar la adopción de las prescripciones alimentarias por parte de la población.

En un trabajo etnográfico, Davidson *et al.* (1992) muestran el cuestionamiento constante que realizan las personas a la información biomédica a partir de contrastarla con un acervo de experiencias que los autores denominan epidemiología local. Por ejemplo, respecto al consumo de tabaco, es frecuente que la población identifique contradicciones con las aseveraciones biomédicas y lo experimentado a través de sus referencias cercanas, de modo que identifican que cierta persona fumadora vivió longevamente mientras que determinado sujeto, no fumador, que además era delgado y deportista, falleció del corazón. Considero que este trabajo se aproxima más a los hallazgos obtenidos en la presente etnografía específicamente en las contradicciones señaladas que la determinación de la percepción del riesgo *per se*. Existe una brecha epistemológica entre el riesgo dimensionado desde el punto de vista epidemiológico, configurado de manera abstracta en el universo de las probabilidades y el riesgo situado fenoménicamente en las experiencias y conocimientos situados de los sujetos. En este sentido la experiencia propia o cercana con un evento adverso de salud constituye un incentivo más poderoso que la información obtenida de manera polifónica. La experiencia sería entonces un determinante para percibir un riesgo y actuar en consecuencia.

Desde una perspectiva similar, Nichter (2006) propone que para que un individuo, familia o grupo genere prácticas de prevención específicas, en este caso que adopte determinadas prácticas alimentarias, tiene que existir previamente una percepción acerca de la posibilidad de estar expuesto a un daño. Para este antropólogo, percibir un riesgo no es suficiente para implementar alguna medida que reduzca la posibilidad de un daño. Dependiendo de la exposición que se tenga a determinada información preventiva, ya sea de manera directa (individual a través de un prestador de servicios o grupal, a partir de una intervención educativa) o indirecta, el sujeto y/o su familia podrán percibir este riesgo. Sin embargo, es la percepción de vulnerabilidad en el sentido de concebir la posibilidad real de enfrentar una situación indeseable, que motiva la producción de determinadas prácticas de reducción de daño como medida para evitar dicha situación y sentirse capaz de actuar en consecuencia. Sin embargo, en la Campana pude constatar situaciones que cuestionan esta aseveración o al menos permiten problematizar su generalización. En una ocasión, fui llamado para visitar a un enfermo de diabetes

que presentaba desde hacía algunos días una lesión en el dedo. Al entrar a la habitación me percaté por el penetrante olor que emanaba desde un vendaje verdoso que envolvía el pie, que la infección se encontraba en un estado avanzado. Al desenvolver el vendaje, un abundante líquido amarillo emergió de una cavidad que se encontraba entre el primer y segundo dedo. Este último, se encontraba prácticamente desprendido del resto del pie. Don Ramiro, postrado en cama, se encontraba evidentemente deshidratado y su camisa adherida al cuerpo por el sudor, delataba que ardía en fiebre. Mientras lavaba la herida, escuché que se dirigió a su esposa —Ándale tráele una coquita al doctor —No, muchas gracias, pero le acepto un poquito de agua — respondí inmediatamente. Don Ramiro soltó una carcajada —No tenga miedo doctor — exclamó después de dar un prolongado trago a un refresco naranja intenso que sostenía en su mano izquierda. Medí entonces su azúcar mediante un glucómetro portátil — Caray Don Ramiro, tiene usted la azúcar elevadísima, no debería de seguir tomando Coca — le dije mientras le enseñaba la cifra de 500 que indicaba con luz parpadeante el instrumento. Volvió a reír —Eso no es nada, la he tenido más alta y no pasa nada — Contestó mostrando una gran sonrisa desdentada. Conforme fui estrechando lazos amistosos a partir de visitarlo con frecuencia, me contó que su padre había tenido la misma enfermedad “que le iba comiendo el cuerpo”, hasta que dos muñones crónicamente supurantes fueron progresivamente sustituyendo sus miembros inferiores. Don Ramiro participaba cotidianamente en las demandantes y extenuantes curaciones — Nombre, le teníamos que meter las manos en las llagas y se nos hundía la mano doctor. A veces le teníamos que limpiar hasta gusanos — Pero usted sigue tomando coca Don ramiro — le decía yo sin disimular mi perplejidad —Pus si — contestaba alzando los hombros con resignación — La imposibilidad de “dejar” la Coca-Cola fue una narrativa que escuché con frecuencia. “Si no fuera por la coca estaría delgada”; “mucho dieta, mucha dieta, pero eso si siempre con mi cocón”. Definitivamente la percepción del riesgo constituye una explicación con importantes limitaciones, al menos para explicar el abandono de productos considerados no sanos tanto en el discurso biomédico, como por algunos residentes de la Campana.

Alicia la esposa de Ramiro, también diabética, ha “intentado dejar la coca” en varias ocasiones. La experiencia con la enfermedad no es reciente, pero

está determinada casi por experiencia. Además de su esposo, no recuerda haber tenido algún familiar cercano con diabetes, aunque “su mayor vicio” es el pan dulce y no el refresco. El pan no “lo perdona”, sobre todo por las mañanas y en las tardes que comienza a “sentir una ansiedad por comerse algo dulce”. Para “dejar” el refresco, ha adoptado varias medidas. Primero intentó tomar coca light pero no le agradó el sabor por lo que ha preferido desde hace unos meses diluir la coca con agua; mitad y mitad. La medida no aplica para sus nietos porque ellos “no están enfermos” y por lo tanto si pueden tomar refresco. Para ellos, dos hombres que rondan los 8 y 9 años lo mejor es darles productos “naturales” como algunas bebidas que tienen sábila — Dicen que la sábila es buenísima para los niños doctor. Limpia la sangre — Busca en su teléfono. Me enseña un video reproducido en Facebook en donde habla una persona que se presenta como científico e insiste en los componentes naturales de la sábila y en su efecto *purificador de la sangre*. No se señala la posibilidad de evitar ninguna enfermedad, simplemente estar mejor, con más salud y *energía*. Se puede decir que doña Alicia, al contrario de su esposo, sí ha implementado ciertas estrategias de reducción de daño para sí misma. Para sus nietos aplica una lógica distinta que deja fuera la posibilidad de un daño y, por el contrario, persigue una mejor situación de vida. En estas se muestra una articulación con diferentes enunciadores. La biomedicina, las medicinas alternativas y el mercado configuran prácticas que desdibujan a los sujetos discursivos y exponen un pragmatismo transparente.

De acuerdo con los cronotopos presentados y la discusión que he sostenido hasta el momento, considero que queda claro que mis interlocutores, particularmente la población infantil muestra una apropiación del discurso del riesgo. Con apropiación me refiero al conocimiento adquirido acerca de un dispositivo discursivo, para incorporarlo a distintas situaciones enunciativas (Bajtín, 2010). Esta apropiación discursiva, como podemos constatar se realiza de manera relativamente autónoma a la realidad de la vida cotidiana. En este sentido, no podemos esperar que el discurso del riesgo sea adoptado necesariamente de acuerdo a las intenciones de los sujetos prescriptivos. Me parece que esto sería impensable simplemente al considerar la polifonía prescriptiva presente. En la vida cotidiana también es posible ver la apropiación discursiva respecto a determinadas prescripciones alimen-

tarias que manifiestan la articulación de diferentes enunciadores y sujetos discursivos y que muchas veces contradicen el discurso biomédico, aunque pueden ser argumentadas a partir de dicho discurso. A continuación, reproduzco una cita textual de un trabajo de Valencia, Mata y de Lira (2018) ya que refleja de manera excelente lo antes dicho.

Las hamburguesas me gustan mucho por lo que tienen...es algo que te gustaría comer y que puedes hacer...y también me gusta porque tiene carne que...o sea, proviene de los animales o de...tiene verdura... que viene del plato del buen comer...cosas que te pueden nutrir...y por una parte el pan también, pero... pero no sé...y te ayuda. Pero...por decir, el refresco no te ayuda muy fácil, pero como un jugo...te lo puedes tomar...o algo...y las papas...las papas fritas no mucho, pero de vez en cuando sí. [Pero, ahorita me dijiste que dibujaste tu hamburguesa con papas y refresco, me dijiste ¿no?] No es saludable, pero me gusta...más o menos no lo tomo seguido (...) me gusta porque mi mamá las hace ricas, y porque sabe que me gustan, y porque contiene cosas que a mí me gusta comer. Me gusta porque también mi mamá trabajaba en un restaurante y me llevaba” (p. 258).

Como expuse en un trabajo previo (Meza, 2021) las articulaciones discursivas se manifiestan en determinadas *prácticas de apropiación* que reflejan la incorporación de distintos enunciadores a la vida cotidiana, de acuerdo a las posibilidades materiales y simbólicas presentes en un contexto determinado. En la Campana he detectado tres tipos de prácticas de esta naturaleza. El primer tipo son las *prácticas de sustitución*, cuando un producto considerado como dañino es reemplazado por otro, como en el caso de adultos que consumen productos light o en los niños distintos tipos de jugos. El segundo tipo de prácticas, son las de restricción que se manifiestan en la reducción del consumo de un determinado tipo de producto ya sea en la cantidad o al espaciar los lapsos de su ingesta. Estos dos tipos de prácticas persiguen reducir un daño, por lo que pueden identificarse como estrategias que obedecen a una percepción del riesgo. Sin embargo, también existen otro tipo de prácticas de consumo que operan con una lógica diferente a la del riesgo. Estas pueden buscar una mejor salud, tener mejor rendimiento, sentirse con mayor energía o simplemente transgredir el discurso prescriptivo.

Capítulo 4

Disonancias. La dimensión emocional de la precarización

De acuerdo con Heble (2013: 40), citando el trabajo de Ulanov (1946), cuando el conocido jazzista Duke Ellington se dirigía a su audiencia para comentar algo respecto a la situación social de los negros, tocaba un acorde disonante al piano. Con esto quería metaforizar musicalmente la contradicción identitaria y social vivida por esta población, siendo al mismo tiempo parte integrante de la identidad nacional estadounidense. Disonancia, “ate-r-rizar en la nota equivocada”, constituye a su vez un cuestionamiento de los “supuestos aceptados de las estructuras y categorías sociales” (Heble, 2013: 41). No obstante, esta transgresión al orden normativo ocurre en el plano simbólico, siempre en tensión emocional y sensitiva con la posibilidad de materializarse.

Las ciencias sociales han recurrido con frecuencia al empleo de la metáfora de la “disonancia” para situar la contradicción. Quizás el concepto más empleado en la literatura es el de disonancia cognitiva que es la tensión psicológica que sufre un individuo cuando una información novedosa contradice información previamente corporizada. Es decir, que es el sujeto que percibe esta contradicción lo cual puede motivar un cambio de conducta (Ovejero, 1993). Por su parte, Bernard Lahire (2004) identifica como disonancias culturales a las variaciones interindividuales en la utilización de objetos culturales dentro de un mismo grupo. Cuando me refiero a disonancia, no quiero perder de vista su sentido musical. Disonancia es contradicción, tensión en los límites armónicos sin llegar a colapsarlos y sin romper la coherencia de la totalidad musical de una pieza. Es en este sentido una metáfora de las tensiones producidas al orden social y en este caso particular, al orden biomédico, con la contradicción de que, al mismo tiempo, conviven y se estructuran dentro de estos, siendo parte integral de la polifonía discursi-

va. Como discutiré, las disonancias se enuncian en clave emocional a partir de categorías que como nostalgia, coraje o desgaste señalan la percepción de injusticia y de opresión de la vida laboral y cotidiana de mis interlocutores. Siguiendo a Lutz (2011), la dimensión emocional constituye un discurso moral construido de manera colectiva y no como una emocionalidad psicológica e individual con la que tienden a explicarse transgresiones alimentarias en el discurso biomédico. Para este, la “alimentación emocional” constituye una manifestación de la imposibilidad volitiva, fisiológica o patológica del individuo para contenerse (Van Strien, 2018; Small y Aplasca, 2016). De esta manera, el discurso biomédico constituye una herramienta no solo para individualizar problemas de naturaleza colectiva, aspecto que ya he señalado. También para justificar estrategias de gobernanza a través de intervenciones dirigidas a la gestión de las emociones. Contener la emoción del individuo para administrar el conflicto y ocultar las contradicciones constituye una manera frecuente de intervenir en las relaciones sociales (Mancinas, 2023). En este sentido, el discurso emocional se convierte en un aspecto central de la precarización, al devenir una estrategia para mantener el umbral del conflicto, pero al mismo tiempo como reducto de la población para expresarlo. Las emociones constituyen marcos de expresión, interpretación y significación de las relaciones sociales (Le Breton, 1999). De este modo, el discurso emocional constituye un espacio simbólico para expresar el malestar, señalar la injusticia, y configurar afectos necesarios para subvertir el orden considerado opresivo.

Aclaro que el reconocimiento del discurso emocional fue parte de un hallazgo inesperado, que en ese momento me fue asequible a través de la perplejidad que me provocaban las continuas contradicciones que percibía durante mi trabajo de campo (Guber, 2004). Fue durante la intervención con la población infantil de la Campana, particularmente en el momento en que los y las niñas explicaron los motivos de haber tomado determinada fotografía, que entendí que solo a través de una clave emocional podría comprender lo que me estaban mostrando. Pese a que la instrucción de la dinámica era fotografiar sus alimentos favoritos, las fotografías que regresaron estaban pobladas de sus seres y espacios queridos. Los sitios de juego, flores, sus pares con quienes comparten los juegos, las escapadas a la tienda, sus mascotas y particularmente sus abuelas. Su alimentación cotidiana

se encuentra vinculada afectivamente a sus abuelas. Es así como entendí desde la perspectiva infantil el motivo para que ellas hayan sido mis principales interlocutoras. Claro, las encargadas de una parte muy importante del cuidado infantil en la Campana, particularmente de la alimentación. En clave emocional pude comprender muchas cosas de lo que me comentaron las abuelas y sus esposos durante nuestras conversaciones en los talleres y en sus domicilios. Este capítulo se trata sobre todo de las voces de ellas y ellos, quienes no solo fueron mis interlocutores principales sino en algunas ocasiones mis amistades entrañables hasta el momento en que escribo estas líneas.

Natural y procesado. La nostalgia por los buenos tiempos

— Don Toño, grito al mismo tiempo que toco la reja del patio con una moneda. Choco, uno de los dos perros de doña Libertad y don Toño ladra incesantemente dirigiéndose hacia una puerta abierta del otro lado del patio. Este se encuentra bordeado por una decena de botes de pintura blancos reutilizados como macetas, para alojar distintas plantas que colorean el espacio. A contraluz, saliendo del interior de la casa veo la silueta de doña Libertad aproximarse para abrir la reja. — Cállate tú, qué escándalo — le dice cariñosamente a su perrito. — Pásele Alejandro — me dice mientras abre el candado de la reja, de la que cuelgan pantalones, camisetas y dos abrigos usados expuestos para la venta. Atravesamos el patio esquivando algunos tablones y unos costales blancos que alojan botes de plástico, de todo tipo, que doña Libertad recoge cada mañana para intercambiarlos por productos de limpieza. Entramos a la habitación, un espacio alto de techo de lámina separado en dos. En el primero, la cocina en cuyo extremo derecho se aloja un camastro. Ahí se encuentran sentados Marcos y Rodrigo, los dos nietos, que andan rondando la adolescencia tardía. Beben una Coca-Cola mientras miran un programa de televisión. Buenos días nos decimos con una sonrisa. El segundo espacio, a su vez se encuentra dividido en dos. En la parte derecha, una cama individual, un televisor y un sillón café prácticamente llenan el lugar. El tercio restante, separado por una cortina blanca es el taller de reparaciones de electrodomésticos de don Toño. Él sentado frente a una mesa, reclinado ante lo que parece ser el interior de una pantalla desarmada sostiene un cautín mientras mira con profunda concentración hacia el

cablerío. Acompañándolo, como casi siempre, se encuentra Luz, una de las dos nietas, dibujando. Esperanza, la nieta más grande no está. Como cada día sale temprano a trabajar en un *McDonald's*. Tomo asiento en el lugar habitual, el sillón café. Frente a mí, el cerro de la silla resplandece de sus bordes como si viera una postal. — Espéreme tantito doctor — dice don Toño casi murmurando. Instantes después aparece, alegre como siempre, sosteniendo una gran lupa. — Lo logré — me dice con expresión de victoria. Le ahorrará comprar una televisión a una vecina y únicamente cobrará el material que utilizó. Es tan malo para cobrar. — Regáñelo Alejandro, siempre todo lo hace de a gratis — Dice doña Libertad. — Entre los jodidos hay que apoyarnos — *replica* don Toño, mientras toma asiento en la cama a lado de su esposa.

Narrativa de don Toño

Cuando llegamos aquí a la Campana, no había luz, no había agua, llegaban pipas a veces y a veces no. Yo iba a una escuela que se llama Martínez Carranza, la que está allá a la vuelta, y ni era escuela, porque nos daban las clases en el monte. A todos nos encargaron un machete. Donde está la escuela nos juntábamos y hacíamos un círculo y el maestro nos daba clase. Yo me acuerdo del maestro, se llama Manuel Ocampo, fue mi primer maestro ahí de tercer año; nos juntábamos y el maestro en un pizarrón de juguete nos daba clases. Ya hasta después, como a los dos años, empezaron a hacer la escuela nueva. Primero con dos saloncillos. Ahí era donde nos daban clases, si le andaba a uno del baño “me anda del baño”, “pues vaya y haga al monte” [risas]. ¡Uy no!. Y luego yo me cambié a la escuela a la Juan de la Barrera que en la tarde es la Niños Héroe que esta acá en la Ancira, pero era un martirio ir a esa escuela, porque era todo puro monte y cuando llovía se hacía un lodazal y llegaba uno con los zapatos todos llenos de lodo. Yo caminaba desde aquí de la colonia hasta la Ancira a la escuela. En aquel entonces me daban un tostón cincuenta centavos, era una moneda de esa de las de cincuenta centavos. Ahí en donde está ahora TV Azteca ahí antes era un campo de futbol, de un lado estaban las caballerizas. Donde está el edificio blanco había otro campo de futbol. En la Altamira también había un campo de futbol, acá en burócratas pues

había varios campos de futbol, pero ahí se paseaba uno todo, puro monte era, puro monte. Supuestamente tenían dueño, pero el dueño haga de cuenta que lo vendió al municipio y el municipio lo vendió a nosotros a todos los que estábamos aquí y ya después se hizo lo de Tierra Propia³⁶ y ya fue cuando nos dieron ya los papeles de la casa a todos los vecinos de aquí, bueno a la mayoría.

Cuando mi papá compro este terreno, era un cuartito nada más. Lo compró en unos 1000 pesos de aquel entonces a una señora que era también posesionaria. Mamá fue la que buscó el terreno este, porque nosotros vivíamos acá en la colonia Terminal y pagaban mucho de renta. La abuelita de los Contreras conocía a mi mamá desde la infancia y una vez que fue a visitar a esa señora, esa señora le dice “oye Olga”, porque mi mamá se llamaba Olga, “oye Olga porque no te vas a dar la vuelta están dando terrenos ahí en el cerro. Todavía no se llamaba el Cerro de la Campana, en aquel entonces era la Punta de las Lomas, las Peñitas, el Charco Azul, todo era monte. Y no pues un día se le ocurrió a mi mamá, vinimos y ahí andaban unos chiveros cuidando chivas, ahí en los terrenos del arroyo, ahí andaban cuidando las chivas y mi mama veía pal cerro y ¡ay!, eran puras veredas, va a estar bien canijo pa’ subir y mi mamá pesaba 105 kilos, y ahí vamos. Mi mamá era ama de casa, mi papá trabajaba de cobrador en una mueblería que se llamaba, ya no existe esa, se llamaba “Mueblería Monterrey”. Y total, llegamos ahí y compramos unas sodas y ya empezaron a platicar, mi mamá era bien campechana y empezó a platicar con la señora que vendía la tierrita como si fuera día de campo doctor, haga de cuenta, nomás un cuartito y a fuera el árbol y haga de cuenta un día de campo con una mesa, como cuando va uno así a la presa de la boca haga de cuenta igual, pues ahí estaban mis papás platicando. Empezaron a platicar que el terreno que estaba ahí ella ya no lo quería, y le dice “y cuanto quiere por él” “unos 1000 pesos” “enserio oiga, “no pue sí”, nomás que necesito que me dé un papel donde conste que usted me está vendiendo, que no crean que me vine a meter aquí, no vayan a venir a reclamarme o algo”, ya estaba poseído el terreno y a lo mejor me

36 Tierra Propia fue un programa de regularización de tierra implementado a fines de los años 70 por el gobernador de Nuevo León, Alfonso Martínez Domínguez.

iban a echar bronca, no es lo mismo ir a llegar a una parte donde el cuarto ya está poseído a ir y poner unas tablitas o unos barrotitos con un palo, con una sábana. Pues total ya al último papá saco un préstamo ahí en el jale, el patrón le prestó el dinero, y ya vino y le pagó y ahí hicieron todo, y ahí, ahí donde está la puerta de la entrada, ahí todo eso era monte. Había una vereda nada más que es la novena hoy, y este no pues nos empezamos a desmontar y este era otro cuarto y ahí donde está el cuarto de la entrada era nomas un cuartillo con barrotillos y laminas, nos poníamos a comer ahí. Mamá se compró dos marranos, estaba muy bonito porque ahí tenía uno gallinas y como seis árboles de duraznos. Era antes todo muy bonito, sembrábamos elote y caña, flor de girasol, sembrábamos ahí en el terreno de enfrente, pero era muy bonito. Ya ahora ya son muy baquetones, ya no puedes tener nada porque luego te le echan algo para desgraciarte. En aquel entonces pues había, como le digo había como pocos colonos éramos como, yo creo que lo máximo éramos entre 20 y 50 colonos los que vivíamos aquí. Nos conocíamos todos, se echaba un pedo aquel y él “ah mira fue aquel” [risas]. Pero ahora ya no, empezaron a llegar gente mala leche, llegaban como si fueran dueños del cerro y así. Más que nada porque el avance de todo. Le digo a mi señora que me dan ganas de volver a juntar y comprar para una o dos gallinitas, volver a tener un gallinero, ahorita el cartón de huevo te lo están dando hasta 80 pesos y en aquel entonces nosotros comíamos huevo de guajolote, huevo de gallina, me dan ganas de volver a tener otra vez pollos vieja. De repente si me dan ganas, ya marranos ya no, porque los marranos son muy atascados.

Dejamos de tener todo pues por lo mismo del avance de la tecnología y las críticas de ahí de los vecinos. Como le digo, empezaron a llegar gente envidiosa, nunca falta, y este y ya al último mi papá de repente se aventó, se fue para Chicago se aventó cuatro años allá y ya viene con otra cultura. Somos de rancho y vino como muy “no ya no y quien sabe qué”, y ahí fue cuando empezamos a perder todo eso, se pierden hasta los juegos. Yo antes me entretenía jugando a la capirucha, jugando al valero, jugando al trompo, y ahora no, si no es esta chingadera (celular) no están jugando, a donde voltees están, están

todos; en aquel entonces, ibas y le desgraciabas la escoba a tu mamá. Antes si te fregabas los chingados dedos al estar jugando a las canicas, al trompo, se te hacia un puntote aquí donde jugabas al trompo, ahora no. Ahora andas todo como si estuvieras artritis por esa chingadera. Se pierde todo. La tecnología si te acerca a la gente con la que está retirada, yo me comunico con mi hermana por celular y videollamada “cómo estás”, te acerca de los que están lejos, pero te aleja de los que están cerca, porque ya no prestas ni atención a lo que está uno platicando. Yo sí tengo celular, pero nomás para lo básico.

Antes comías puras cosas naturales, sembraba uno maíz, sembraba uno caña, sembraba uno frijoles. Pues ya hacías un atole de maíz de teja y era un alimento bueno. No, no ahora ya todo eso, antes para hacer una salsa doctor era, mi vieja sabe “vieja hazte una salsa³⁷ órale en el molcajete³⁸, chíngale” y ahora todo lo quieren con procesador o con licuadora, “caliéntame los tacos” ah no, en el microondas y antes no, en la lumbre “órale chínguele”. Eran otros tiempos doctor. Ahora no, ahora para donde voltees ves gordos. Antes te mantenías delgado porque jugabas al burro bala, al futbol también. Yo practiqué futbol desde los 9 años, jugué hasta los 29 y ahora ya. También lo que nos mandó a la fregada fue que los gobiernos que han entrado les han quitado las canchas de futbol. Si hay canchas de futbol pero para pura gente de billetes. Si hubieran más canchas de futbol, más canchas deportivas no hubiera tanto vandalismo, tanta mariguanada. En aquel entonces que jugábamos, bajaban de la Independencia, de Sierra Ventana y de muchas partes a jugar a los campos de ahí del rio Santa Catarina, pero eran campos para gente pobre, gente fregada. Ahora no, ahora ya el futbol lo juegas en el internet que el FIFA dos mil quien sabe qué y que el FIFA quien sabe que, y mi hijo es el que dice no pa’ el FIFA quien sabe qué. “Nembe, párate y vete a patear un pinche balón” [risas]. Ahora no, ahora le digo yo mis nietos le digo “nembe, que ya...namás con el celular qué es eso,” pónganse a hacer

37 Mezcla de ingredientes molidos —frecuentemente jitomate, chile, ajo y cebolla— que acompaña la mayoría de los platillos mexicanos, elaborada en distintas consistencias, niveles de picor y métodos de cocción (cruda, hervida o asada), con fuerte anclaje sensorial y afectivo.

38 Mortero de piedra volcánica utilizado tradicionalmente para moler especias y preparar salsas; también designa, por extensión, platos servidos directamente en este utensilio caliente

algo, agarren una pelota. Los llevo un rato ahí a patear, no saben ni pegarle a un balón cabrones.

Pureza y contaminación

En la Campana, es frecuente que las y los abuelos realicen una distinción alimentaria entre los alimentos naturales y los procesados. Esta clasificación conlleva una asociación semántica entre los alimentos naturales, relacionados con lo sano y los procesados, como generadores de enfermedad. La primera vez que escuché esta distinción fue durante un taller en el que una de las asistentes afirmó que le gustaba comer ensaladas, de acuerdo con argumentos que configuraban con claridad un campo semántico en el que asociaba lo verde de los vegetales con lo natural, el mundo rural y lo sano. Es así como no le costaba trabajo seguir, hasta donde las posibilidades económicas le permitían las prescripciones alimentarias que le daban periódicamente en un grupo de auto ayuda para personas con diabetes en el IMSS, que priorizaban el consumo de productos “verdes” sobre otro tipo de alimentos. Esta participación fue seguida por otra asistente que dijo que debido a que provenían de un rancho, ellas tenían muy claro que lo natural era más sano ya que no se encontraba contaminado. Definitivamente para ellas, en la vida rural todo es más sano ya que prevalecen los productos naturales, sin “hormonas, químicos y venenos”. Cecil Helman (2007) señala una situación similar identificada recientemente en los Estados Unidos en el movimiento contemporáneo de alimentos integrales. Esta distinción no religiosa, entre lo natural y lo artificial se ha configurado entre la pureza del pasado y la contaminación del presente. La comida chatarra se asocia con la suciedad especialmente por sus colorantes, conservantes y otros contaminantes. De acuerdo a distintos monitoreos que he realizado de redes sociales, particularmente de Facebook, he podido constatar que la oposición natural/procesado constituye un discurso que se ha convertido en dominante con una influencia importante en la colonia estudiada. Por ejemplo, tuve la oportunidad de escuchar en distintas conversaciones la recomendación de evitar algunos productos como los embutidos o chocolates, debido a que sus conservantes se encontraban asociados con el cáncer. En las ocasiones que pregunté acerca del origen de la información, las personas señalaron que la habían obtenido en redes sociales como *Facebook* o *YouTube*. No

obstante, como discutiré, en la población de la Campana, esta distinción no es consecuencia de la información recibida. Más bien responde a una estructura de significación constituida profundamente en el origen rural que atribuyen sus mismos residentes a la Campana. Este ordenamiento ha sido bien aprovechado por “la industria de la reducción de daño” (Nichter, 2006), para anunciar productos alimenticios cuya bondad radica en su origen natural, aunque de manera contradictoria el producto que se pone en venta sea literalmente polvo. El señalamiento de que un producto sea natural constituye un incentivo muy importante para su consumo. Como propuse en un trabajo previo (Meza, 2021), la oposición entre lo natural y procesado recuerda el trabajo de Mary Douglas (2003), en el sentido de que lo artificial, lo que se añade, contamina, configurando una estructura moral de ordenamiento de significados que permite distinguir aquellos alimentos permitidos o deseables de aquellos que deben restringirse. Sin embargo, creo que este señalamiento puede complementarse a la luz del recorrido etnográfico y particularmente, de la incorporación de la dimensión emocional en el análisis. En la narrativa de don Toño es posible observar una estructura de sentimiento, retomando el término de Williams (2001), claramente nostálgica en la que, a través de un conjunto de evocaciones, se establece una oposición moral entre el pasado “bueno” y la actualidad representada en términos de pérdida. Pese a que desde niño habita en un contexto urbano, el pasado es evocado dentro de un espacio rural, una vinculación que noté frecuentemente entre los y las abuelas, ya sea apelando al origen biográfico, como provenientes de un “rancho” o por el pasado de la colonia, carente de los servicios y comunicación que caracterizan a una ciudad. En este sentido la Campana adopta una situación fronteriza (Williams, 2001) que, aunque localizada en el corazón del área metropolitana de Monterrey, mantiene profundas conexiones con el mundo rural. Esta continua conexión responde a que la construcción de la colonia, como las aledañas, se ha llevado a cabo a expensas de población migrante proveniente de distintas zonas rurales de la entidad y de otras, particularmente San Luis Potosí. El pasado rural se vincula a un estilo de vida natural, sano, construido a partir del trabajo virtuoso y el establecimiento de relaciones sociales y con el territorio armónicas. Por el contrario la ciudad se vincula con la irrupción de la vida y la disolución de configuraciones convivenciales que dan lugar a espacios para

que el mal, la envidia y la ambición se introduzcan en la vida cotidiana. A través de esta estructura nostálgica, los alimentos naturales evocan la ruralidad, un mundo pasado, actualmente erosionado, en donde todo fue mejor. En oposición, los alimentos procesados son productos de la intervención tecnológica y constituyen un correlato de las transformaciones de la vida social, económica y política experimentada por los residentes de la Campana. Trabajos recientes realizados con población indígena han encontrado distinciones similares por medio de las que determinados alimentos, asociados a “tiempos mejores” son evocados con nostalgia. Esta *memoria alimentaria* permite enunciar la percepción de profundas rupturas en la continuidad de la vida cotidiana y la pérdida del bienestar y la soberanía alimentaria (Montesi, 2017). En este contexto de transformación, diversas enfermedades emergentes como la diabetes constituyen la manifestación corporizada de rupturas existenciales que generan dificultades para comer correctamente como lo hicieron ellos anteriormente y sus antepasados. En otras ocasiones, reflejan el alto costo que hay que pagar por la búsqueda de una vida mejor al transitar a la vida de ciudad, lo que forma parte de un dilema moral en el que son obligados a elegir entre el riesgo de padecer hambre, o de vivir una vida contaminada (Martínez, 2021).

Siguiendo a Williams (2001), el conjunto de experiencias sociales, evocadas a partir de la clasificación alimentaria y corporizadas como un sentimiento de nostalgia, posibilitan una construcción discursiva que desafía el orden social existente a partir de un discurso en el que opone un mundo moral diferente. Es en este sentido es un discurso codificado en el que se denuncia la situación de precarización y las relaciones de opresión que incluyen el trabajo, el mercado y de acuerdo a la narrativa mostrada, claramente el espacio. La narrativa de don Toño es una expresión de una realidad contradictoria en donde la ruralidad significa un mayor esfuerzo, aunque aceptable y deseable. Contrariamente la urbanidad atrae una mayor cantidad de servicios a un costo económico y moral que implica la pérdida de la libertad y de la salud.

Nostalgia y libertad

Como señalé en el capítulo 2, el sentimiento opresivo de los residentes de la Campana relacionado con el espacio, con frecuencia se construye en una narrativa en la que se denuncia la realidad del despojo y la exclusión.

La constitución de un cerco que limita la libertad de circulación, de alimentación y de esparcimiento que antes se gozaba. La libertad que evoca don Toño se refiere a un mundo de virtud que ha sido despojado por el mercado y por las autoridades políticas. Aunque en otras narraciones puede señalarse a los vecinos “ricos” de la colindancia como los responsables de este despojo. Esta percepción de injusticia es frecuente en las alusiones que hace la población al hablar de la alimentación. Lo procesado encierra este arrebato de tierra y oportunidades que configuran una estructura de significación de la precarización (Meza, 2020). Por ejemplo, unos días previos a que se declarara la “sana distancia” y fuesen suspendidas las actividades consideradas no esenciales, sostuve una conversación con uno de los grupos de mujeres con las que me reunía para hablar de la alimentación. La reunión había sido convocada por una de ellas para decidir si nuestras reuniones se suspenderían, además que querían escuchar mi opinión en tanto que me identificaban como médico. El carácter de esta conversación, discutida en un trabajo previo (Meza, 2020), puede ser entendida como un recuento de circunstancias enmarcadas en un contexto de precarización en donde la ausencia de espacio constituía uno de los aspectos predominantes. Algunas de las asistentes a la reunión comentaron que, debido a su precaria situación económica, cuentan con un espacio limitado para enterrar a sus muertos. La estrategia implementada ha sido desocupar algunos de los espacios del panteón en que tienen sepultados a familiares que ya tienen mucho tiempo de haber fallecido -y cumplen con los requisitos sanitarios- para ser exhumados. De esta forma hacen lugar a familiares que fallecen de manera más reciente. Los restos exhumados son conservados en sus domicilios en espera de alguna oportunidad para volverlos a enterrar. Esta decisión supone dilemas morales importantes ya que implica transgredir prescripciones religiosas. Según algunas de las asistentes a la reunión, un sacerdote les comentó que las cenizas de las personas no deben estar fuera del panteón más de un año, pues solamente ahí “pueden encontrar descanso”. La dimensión política que adquiere la narrativa de don Toño, puede identificarse si se plantea en el contexto de esta nueva conversación sostenida por las mujeres en relación con el espacio. Don Toño señala que el enorme espacio que se tenía para pasear o jugar fútbol les fue arrebatado por el gobierno para entregarlo a la “gente de billetes”. Esta denuncia alude directamente a las relacio-

nales establecidas con las colonias vecinas (de “la gente rica”), en donde los residentes de La Campana se insertan al mercado de trabajo, habitualmente en condiciones de subordinación, como lo podemos observar en el siguiente señalamiento realizado en el taller con las mujeres.

Participante 1: si se acaba el dinero y la comida [como efecto de las medidas de distanciamiento social por la pandemia] ¿qué vamos a hacer?

P2: se viene el caos, se acaba el trabajo

P3: nos vamos al monte a cortar nopales³⁹, no va a quedar de otra

P4: cuando estaba yo chiquilla, íbamos al mirador, nos traíamos una carretilla de leña, traíamos botes de tierra para las matas, nopales y chile piquín⁴⁰

P2: antes si había entrada...

P4: pues sí, [pero ahora] ya están muchas oficinas, ya se comieron la mitad del cerro, ya se lo acabaron. Era lo que estaban diciendo también en el *face*, que como están maltratando la tierra cómo no va a haber enfermedades.

El sentimiento de despojo de sus tierras y su significación como “encierro” constituye un elemento importante de esta estructura nostálgica de la narrativa. Como se aprecia en la conversación, esto plantea una serie de cuestionamientos morales ante la amenaza de perder la subsistencia alimentaria. La precariedad de su vida cotidiana es identificada como parte la imposición de fronteras, siendo estas un efecto de las relaciones de dominación. La autosuficiencia y la libertad, es decir, los elementos que conforman “la vida sana” es sustituida por la obligación del trabajo agobiante similar a la literatura pastoral analizada por Williams (2001). En este sentido, la oposición de lo natural/rural a lo procesado/urbano constituye el señalamiento de un agravio, posibilitado por la conciencia de las contradicciones sociales. La incorporación de las relaciones sociales y económicas a la narrativa permiten ver una moralidad que denuncia el orden social y económico que restringe la libertad. Al respecto, la interacción entre el campo y la ciudad

39 Cladodios tiernos del nopal (*Opuntia* spp.), comestibles tras cocción o asado, fundamentales en la alimentación cotidiana y la representación simbólica de lo mexicano.

40 Variedad de chile pequeño y de alta pungencia, consumido fresco o seco, que suele usarse como condimento en frutas, botanas y antojitos; su intensidad es parte del umbral gustativo compartido en amplios sectores del país.

constituye una frontera cultural que implica un profundo cambio en las relaciones sociales, laborales y con la naturaleza, lo que genera una conciencia nostálgica acerca del pasado (Williams, 2001). No obstante, la subversión al orden social se extiende a otro tipo de estructuras experimentadas también como restrictoras de la libertad. Por ejemplo, en varias ocasiones don Toño, quien también utilizaba una distinción entre la medicina natural y la química, me contó una anécdota en la cual su padre, que padecía diabetes, engañaba al personal médico tomando el jugo de diez limones un día antes de que le midieran el azúcar en sangre. De esta manera, una vez que los médicos aprobaban el seguimiento de su azúcar llevado por el papá, podía continuar consumiendo con libertad todo lo que se le había “prohibido”. Esta anécdota, que me contó en diversas ocasiones, iba seguida por otras en las que siempre se lograba engañar al personal de la salud.

El “coraje” como expresión subjetiva de la precarización

Aprovechando que una de las actividades que realizaban algunas vecinas de la parte “alta” de la Campana donde yo vivía, era reunirse en alguna casa a jugar lotería, propuse que para nuestras pláticas semanales sobre alimentación que se llevaban a cabo en las oficinas de la organización “Barrio esperanza”, jugáramos este juego, sustituyendo sus imágenes características por alimentos. De esta manera yo anunciaba la carta que elegía de un conjunto de tarjetas apiladas y ordenadas aleatoriamente. Cada una de las participantes tenía una tarjeta con distintas imágenes en las que señalaba si el alimento anunciado se ubicaba en su respectiva tarjeta, marcando entonces la imagen con una semilla. Después de anunciado el alimento, se generaba una discusión acerca de las características valorativas de este, es decir, en términos generales si se consideraba bueno para la salud, la frecuencia y circunstancias con la que las mujeres reunidas lo consumían y si consideraban que pudiese estar acompañado de alguna prescripción. Por ejemplo, las participantes me comentaron que algunas frutas como el plátano, debían consumirse con precaución, debido a que las tres asistentes consuetudinarias a nuestras reuniones, doña Flor, doña Lourdes y doña Rubí padecían “del azúcar”. Siendo el plátano una fruta muy dulce, distintos agentes de salud, particularmente profesionales de la nutrición y “médicos”, les habían recomendado la precaución en su consumo si bien también les habían hablado

de sus propiedades, como la cantidad de potasio que contenía y sus consecuentes beneficios para evitar “calambres”. Las discusiones por lo general derivaban en un recuento pormenorizado de prescripciones en su mayoría prohibiciones alimentarias realizadas por “los médicos”. Similar a lo reportado por Montesi (2017), la percepción manifestada usualmente era de una profunda inadecuación de las prescripciones alimentarias a sus experiencias de vida. Esta inadecuación genera un sentimiento de enojo al considerar que los juicios formulados por los profesionales de la salud, además de culpabilizarlas, juzgan injustificadamente sus competencias para alimentarse y alimentar a sus familias. Las participantes manifestaban reiteradamente las discrepancias que perciben respecto a las atribuciones causales de sus padecimientos formuladas por el personal de salud. La acusación de que sus enfermedades son consecuencia de su “mala vida” es simplemente inaceptable. En una ocasión doña Lourdes, una de las asistentes, me expresó su molestia ante mí, debo reconocer, torpe pregunta de si ella consideraba que siempre había comido sano. Ella se encontraba haciendo un recuento de lo que había comido en la semana, y mi pregunta “¿usted siempre ha comido así de sano?” fue interpretada como una reproducción de los continuos juicios que recibía en sus consultas médicas. Esto suscitó una discusión acerca del *coraje* que sentía y que compartía con las demás participantes. En la conversación cuestionaban que ellas fuesen responsables de estar enfermas, tal y como a su parecer sugerían los profesionales de la salud. Durante esta discusión enfatizaron que el consumo de Coca-Cola se encontraba de alguna manera lejos de su control. “Luchar para dejarla” constituye una expresión que escuché en estas reuniones y frecuentemente en conversaciones con otras vecinas.⁴¹ No obstante, su consumo, aunque es reconocido de manera algo superficial como un causante o agravante de la enfermedad, padecer de azúcar refiere directamente a su origen emocional fundamentalmente al “coraje”.

Narrativa de doña Lourdes

Unos años, muchos años, tomaba coca cada cinco minutos, pero me enfermé y fui a dar al hospital, allá estuve como un mes internada y le decía al médico que me diera una coca, que le diera permiso a mi esposo de meter una coca y me dijo el médico “ya su marido le trajo

⁴¹ La conversación fue grabada con el consentimiento de las participantes.

la coca y se la puse aquí en el suero, aquí va, mírela, que sabrosa está” (ríen). Y hacía yo unos corajes, porque no se me quitaba eso (las ganas de tomar refresco), pero si me puse muy mal, cuando las cocas costaban 25 centavos. De la azúcar me enfermé... pues ya tiene muchos años. Pero es que siempre he tenido problemas en mi casa, tanto con mis padres, con mi familia, con mi marido, pero la diabetes me entró ahora que estaba sola. Cuando enviudé, ya después de muchos años se me desarrolló la azúcar, porque... pues es que tengo... siempre he tenido problemas, ahorita, mi hija la mayor ya va para tres años que está enferma, el año pasado se nos hacía que se nos moría y no se murió, está enferma, pero ahí está, ahí está. Tiene neuropatía diabética y la presión alta, no sé que otra enfermedad tenga. Pero ella llegó a quedar así acostada siempre, sin poderse levantar ni moverse ni nada. Para este octubre cumple tres años que está en cama, camina, pero se agarra de las paredes. Pero hay veces que cuando hace fresco ya no puede caminar, el aire del abanico le hace daño, el aire que entra por la ventana le hace daño. Estuvo muchas veces internada en el hospital, en varios hospitales ha estado internada y ella no se compone. Y tengo la otra que también se enfermó de lo mismo, pero ella de las piernas para abajo, no puede caminar, no puede pisar, porque toda su vida ha trabajado parada y ahí fue donde la atacó el azúcar y es donde no puede caminar. Yo he estado muy mala de mi espalda. A veces que no me puedo mover de la cama, tengo que andar cambiando las sábanas, que las sábanas estén frescas, porque no aguanto.

Yo quedé viuda a los 35 años y fue batallar con toda mi familia, son seis de familia que tengo. La hija más grande duró muchos años con su marido en su casa, pero ella es muy fumadora y en su tiempo de joven acarrea puro material para el cerro para hacer su casa. Luego se puso a trabajar ya con sus cuarenta años, cuarenta y tantos, se puso a trabajar y ya de ahí le dio. Los corajes con la familia, y siguió trabajando, pero dejó de tomar el medicamento como se lo daba el médico. Cuando le detectaron el azúcar decía “ah, no es cierto, para qué” y dejó de tomar la medicina al cabo ella se sentía bien y pues la atacó de repente la enfermedad. Y ahí está, ahorita ya va a cumplir tres años que está ahí en la cama. Trabajaba en un colegio, barriendo y tra-

peando escaleras, subiendo y bajando de arriba y abajo. Luego trabajó en una frutería cargando cajas de fruta y verdura y todo eso, pero por andar acomodando y barriendo, trapeando, tener limpio y atender a las personas, pues a veces hasta ni comía, hasta que ya le daba hambre iba a buscar cualquier cosa, pero sentarse a comer una comida no y eso le afectó bastante. Y la otra pues también, empezó a trabajar desde los 15 años, murió mi marido y luego luego empezó a trabajar en una tortillería, ya de ahí siguió trabajando, se casó y siguió trabajando con la suegra. Luego ya se separó de la suegra y siguió trabajando porque tenía la familia. La otra hija también ya perdió un ojo, la estuvieron operando con rayos láser. Pero ya también como la desocuparon en febrero porque se lastimó unos dedos, más bien no la desocuparon, el seguro la tenía incapacitada, pero luego se llegó la enfermedad esta (Covid-19) y cerró la tienda y ya no fue a trabajar y hasta ahorita que no encuentra trabajo. Ha metido varias solicitudes en muchas partes, pero no. Trabajaba también en Liverpool. Y ha trabajado en el Oxxo y super siete, pero ahorita por esta enfermedad no la ocupan porque tiene diabetes.

A mi otra hija también se le desarrolló la diabetes cuando se fue a vivir a la Estanzuela, que quemaron su casa, quemaron sus muebles, se quedó sin nada. La pareja que tenía se enojó y golpeó un viejito, un vecino. Y golpeó al viejito por celos, y ella se fue con las niñas a un mandado, y no regresó porque se quedó con una sobrina de ella y para en la mañana le hablaron que ya habían quemado todo. La familia del viejito le destruyó toda la casa, adentro todo le quemó, el cuartito que tenía, la dejaron en nada, nada más con el cambio que traía, y pues ya fue cuando se le desarrolló la enfermedad en el ojo. Por el coraje que hizo. Y el miedo de que vinieran a agarrarla, porque querían que entregara al muchacho, la familia del viejito, pero no, no se movió ella nada. Es la mamá de las niñas que le digo que están conmigo. Yo toda mi vida he trabajado, barrer, trapear, sacudir, planchar. Trabajé en Chipinque también, barriendo, trapeando, limpiando vidrios grandísimos, en la lavandería lavando ropa, en la palapa haciendo hamburguesas, en la plancha. Luego me cambiaron a las canchas... en febrero, haciendo mucho frío, las canchas amanecían con hielo, teníamos

que limpiarlas, ya de ahí fue cuando me empecé a enfermar del oído, porque estando en la plancha me sacaron a las canchas. Ya de ahí fue cuando empezó a fallarme un oído, pero todo por salir y venir, esto que lo otro y trabajar, luego en la familia...

El primer año que quedé viuda, el mero 24, mis hijos quemaron toda una pared con una estufa, mi muchacho, que es el único que tengo, prendió la estufa, se les olvidó y prendió toda la pared, de buenas que el 24 como se fue el gas nos dieron la salida y llegué. No, la puerta de par en par, todas las sábanas y las cobijas todas duras, el hielo, estaba cayendo y pues entraba todo lo frío. De buena suerte me fue bien, nos dieron dinero y luego luego, los hijos de mi amiga estaban chamacos, me acompañaron a comprar una estufita y un tanque de gas... porque yo usaba gas petróleo, luego empecé a comprar el gas butano. Ahora me duelen mucho las piernas o mis brazos, pero ando lavando, ando trapeando, riego mis matas, o barro la calle, pero ya trabajar, pues no aguanto las 8 horas. Ahorita ya no aguanto 8 horas de trabajo, aunque quiera, a veces me desespero y quiero ir a buscar trabajo, pero ya no aguanto 8 horas de trabajo.

Yo creo que se me sube el malo si me enoja y si me da coraje. Cosas sin importancia siento coraje, pero no digo cosas, así me quedo. Por decir, si está ahí la niña y estoy viendo yo un programa, la niña va y le cambia al programa, nada más me le quedo viendo, y me dice ¿Qué abuelita? Y ya le digo no, nada. Y ya me quedo yo con el coraje, y empiezo, no, ya de rato tengo que tomarme la pastilla, porque me tomo la insulina y me tomo la pastilla, pero a veces trato de no sentir coraje. Pero si lo tengo en el cuerpo, porque tantas cosas que me han pasado, muchas, muchas. Me da coraje cualquier cosa, como sabe que día me estaba enojando con el programa de la Rosa de Guadalupe, estaba bien enojada. Estaban maltratando al niño, estaba yo que quisiera tener aquí al fulano para darle... aunque sea lo último que haga... ya después llegó mi hija y me pregunta ¿ya se tomó la insulina, la pastilla?, no, dame un vaso de agua. Hasta escalofríos me dan. Toda mi vida yo he batallado, desde que murió mi marido, bueno yo peleaba con mi marido, porque era muy tomador, mucho, muy tomador. Y yo peleaba con él, porque ya nada más crecieron las muchachas y decía

que yo les alcaheteaba y que no las dejara salir a la calle a los mandados porque iban a tener novio y que luego al rato me iban a traer criaturas y que iba a andar cuidándolas y ellas en la calle para allá y para acá. Que no las dejara andar en la calle, que les enseñara que se portaran bien y pues tenerlas encerradas, que no las dejara andar en la calle y en fiestas. La más grande la entregó él, se casó y ya la segunda pues ya había muerto mi marido y también se casó bien, la entregué también y la tercera pues ella se fue con el novio, pero también se casó bien, y tengo una, ella, nada más murió mi marido y agarró la calle. Anduvo con los malos de la calle de allá de abajo y se hizo mala, niña chica pero se hizo mala. Yo trabajaba y batallé mucho con ella y traía los muchachos a la casa y así andaba, desorden y medio. Esos fueron los primeros corajes que yo hice con esa chamaca. Tenía 11 años cuando se agarró la calle, y anduvo y anduvo hasta que ya se consiguió una persona y se juntó con una pareja y hasta la fecha está con ella pero batalló mucho y batallé yo mucho con ella. Siempre venía cuando yo no estaba y se llevaba el poco mandado que yo les arrimaba a mis hijos, lo que les arrimaba de comer o lo que les hacía o dejaba hecho. Ya de ahí me agarré y me agarré, últimamente pues nos asustaron los malitos, cuando se empezaron a adueñar de todo esto, también golpearon a mis nietos. Todo eso se le va cargando...

Muchas cosas que nos han pasado... y pues todo eso se acumula en el cuerpo. Luego ya había tenido a mis papás enfermos, a mi papá lo tuvimos como tres años, de que tráelo del hospital, llévalo al hospital, luego atenderlo ahí en la casa, atender a mi mamá, atendíamos a mi papá y a mi mamá, a mi papá atrás y mi mamá arriba, llévale de comer a papá y llévale de comer a mamá. Pues así batallamos, toda mi vida he batallado, he tenido muchas cosas, muchos problemas por así decir, pero no, pues mire gracias a Dios todavía estoy aquí sentada.

Coraje y trabajo

Estudios realizados con población mexicana (Mercado y Ramos, 2002; Mendenhall *et al.*, 2010) han documentado que una de las explicaciones más frecuentes de la diabetes de acuerdo con la perspectiva de las personas enfermas es a través de las emociones, particularmente el “coraje”. La serie

de elementos que se incorporan dentro de las causas explicativas se incluyen aspectos económicos asociados a las carencias materiales y conflictos sociales que ensamblados constituyen la razón explicativa fundamental. De acuerdo con los resultados de un análisis narrativo realizado por Mercado y Ramos con población mexicana residente de localidades urbanas, el consumo de refresco, tal y como refieren mis interlocutoras, constituye un causal de la diabetes, sin embargo, este consumo siempre se encuentra explicado como una consecuencia de las demandas laborales. La insuficiencia de tiempo, asociado a la necesidad de energía para “aguantar” las diversas jornadas de trabajo y la poca disponibilidad de agua constituyen los determinantes del consumo de refresco, narrativa que escuché en varias conversaciones durante mi trabajo de campo. La satisfacción de la demanda de energía que la importante carga laboral genera a través del refresco es una constante en las explicaciones formuladas por mis interlocutoras para explicar la imposibilidad de abandonarlo. Por supuesto que esta necesidad de energía constituye una corporización de la situación de precarización. Largas jornadas de trabajo físico en medio de un sol ardiente que acompaña el tiempo de traslado, tomando dos o tres tipos de transporte público. Sumado al esfuerzo para transitar el cerro, son situaciones desde mi punto de vista suficientes para explicar esa avidez por el azúcar. “Si no tomo Coca no aguanto” constituye una expresión que escuché con mucha frecuencia, al tiempo que, con sus cuerpos bañados en sudor, tomaban una Coca-Cola a grandes tragos. Retomando el análisis de Mintz (1996) el azúcar constituye una sustancia ideal: “Sirve para hacer que una vida ocupada parezca menos, en la pausa que refresca, facilita la ida al trabajo y el descanso” (p. 238). En este sentido considero que el alto consumo de refresco en la Campana no puede explicarse sin apelar a la situación de precarización. No obstante, es importante incluir en la explicación el uso que hace el personal de salud del concepto de energía y que comunica persistentemente a la población. “Azúcar es energía” constituye un señalamiento realizado en distintas charlas de estilos de vida saludables como lo expuse en el capítulo 3 del presente libro. Por supuesto que la energía a la que hacen referencia los distintos agentes de la salud pertenece a un modelo explicativo bioquímico en donde el azúcar constituye la molécula indispensable para el movimiento celular. En la Campana, el azúcar provee la energía necesaria para soportar el continuo movimiento

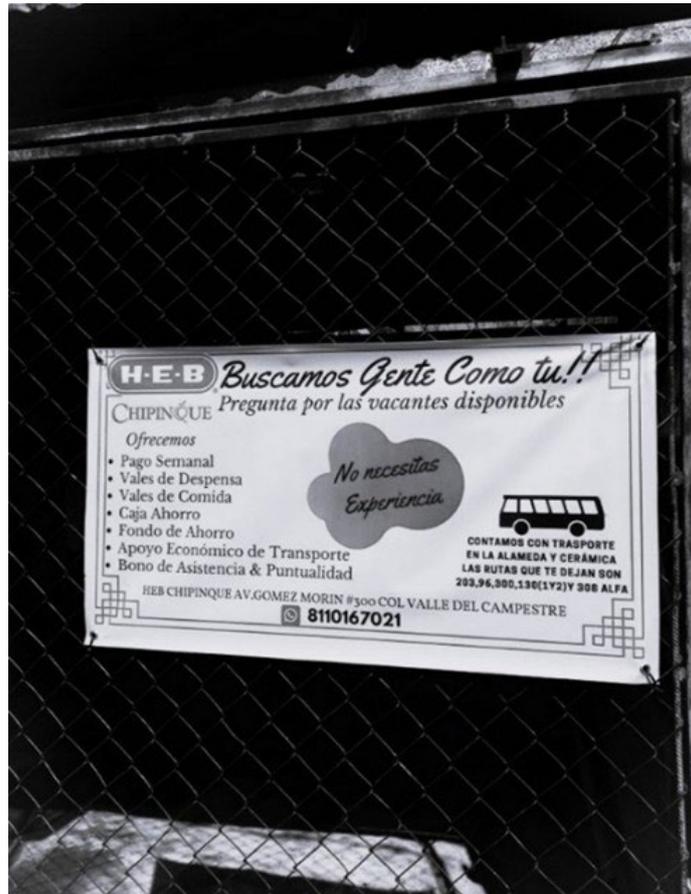
y el cansancio provocado por un trabajo extenuante. Desde este punto de vista, sus significados no son tan diferentes, aunque es la situación de precarización el contexto idóneo para que ambas perspectivas se articulen en la configuración del azúcar como una necesidad imposible de abandonar.

De acuerdo con el fragmento de la conversación expuesta anteriormente, la carga laboral constituye un elemento que destaca en la narrativa de doña Lourdes. Como expuse en el capítulo II, las mujeres en la Campana se encuentran sometidas a rutinas de trabajo en contextos de precariedad laboral. Trabajos en los que predominan circunstancias de dominación que, como el trabajo del hogar, expone a las mujeres a diferentes tipos de violencia que incluyen la humillación, violencia física, sexual, el control del tiempo, la exclusión de los espacios y la negación de derechos laborales (Durin, 2017). Muchas de mis interlocutoras se refirieron a sus condiciones laborales con el sentimiento de “quedarse sin vida”. Las dificultades para acudir a mi consulta debido a que no podían saber de antemano en qué horario podrían visitarme fueron frecuentes. Por ejemplo, una mujer que solía llevar a su hija de 2 años a que la revisara, me solicitó de “manera muy especial” en varias ocasiones que pudiera atenderla a las seis de la mañana, debido a que una vez estando en el trabajo, en el mismo podrían anunciarle que doblaría turno. Experiencias de este tipo coinciden con las innumerables ofertas de empleo en los alrededores de la colonia que solicitan “flexibilidad de tiempo” y cuyas contrataciones son efímeras además de continuos cambios en las sedes laborales (véase fotografía). Es decir que, como mi paciente, los horarios laborales pueden modificarse sin que las personas tengan la posibilidad de planificar su día. Los despidos debido a enfermedad son frecuentes, e incluso en no pocas ocasiones tuve conocimiento de negativas para que los empleadores de personas, por supuesto no aseguradas, se hicieran cargo de los gastos de accidentes laborales e incurrieran en distintas trampas que no puedo más que calificar como engaños para despedir a las y los empleados posterior a un percance durante el desempeño de su trabajo. Para mi sorpresa, distintas mujeres me narraron laberínticas trayectorias para que el personal de salud, de quienes sí se encuentran adscritas a algún régimen de seguridad social, les otorgara o renovara formalmente una incapacidad laboral. En una ocasión, doña Carmen, una vecina acudió a mi consulta para que le administrara alguna “inyección” para quitar el dolor de una rodilla

y que pudiese continuar con su trabajo como empleada de limpieza en una fábrica. Ella había resbalado al pisar el suelo húmedo mientras trabajaba y el empleador le había pagado un taxi para que fuera a atenderse en la clínica donde le habían otorgado tres días de incapacidad. La rodilla se encontraba evidentemente inflamada y la mujer apenas podía contener la expresión de dolor al caminar. Inocentemente creí que la negativa del médico de una clínica de medicina familiar a extender la incapacidad era que no había tenido tiempo suficiente para revisar la rodilla, o que existía un problema de comunicación, lo cual es muy frecuente. Le solicité entonces ayuda a Sandra Mancinas, trabajadora social, para que acompañara a doña Carmen a la unidad médica. La experiencia que me relató Sandra, que incluye demoras de atención, maltrato verbal, trayectorias burocráticas ridículamente prolongadas y cuestionamientos e insinuaciones de pretender “engañar” al empleador recuerdan la obra de Kafka (2006), *el proceso*, en donde el protagonista se encuentra atrapado en un laberinto burocrático sin salida. Situaciones como las narradas, que comparten la mayoría de mis interlocutores, incentivan el uso indiscriminado de fármacos con la finalidad de encontrarse siempre con la posibilidad de trabajar. Esta auto explotación es fomentada por algunos médicos que prescriben distintos tipos de analgésicos, multivitamínicos, e incluso algunos estimulantes con la intención de conservar la capacidad de trabajar a pesar de las dolencias. Dicha situación puede interpretarse como una finalidad no necesariamente consciente por sus agentes para evitar la pérdida de la productividad, como lo ha discutido Waitzkin (1984).

Fotografía 4

Oferta laboral en los alrededores de la Campana



Fuente: fotografía propia, agosto 2020.

Las experiencias de mis interlocutoras deben considerarse a la luz de la relativamente reciente precarización laboral acontecida en Nuevo León. Trabajos como los de Rodríguez y Kinto (2010), Palacios y Lamanthe (2010) y Jurado (2001), señalan un deterioro progresivo de las condiciones laborales de los y las trabajadoras del área metropolitana de Monterrey a partir de la década de los noventa. Dicho deterioro se ha manifestado en la disminución de prestaciones sociales, que incluyen vacaciones, aguinaldo y acceso a servicios de salud, incremento de las subcontrataciones, disminución de la población asalariada y un aumento de la flexibilidad laboral. Esta situación configura un marco experiencial caracterizado por la contingencia y la percepción de mantener una lucha constante para construir un proyecto de vida. En este sentido, “enfermar de azúcar” constituye para mis interlocutoras una corporización del sufrimiento social, como lo señalan Mendenhall

et al. (2010). No es casual que las mujeres con frecuencia describan su trabajo como “desgastante” y que el “desgaste” constituya una de las categorías *emic* más usuales para explicar las dolencias corporales crónicas por parte de hombres y mujeres. Me resulta significativo que desde su experiencia corporal configuren una categoría que fue estudiada en una obra clásica de la medicina social (Laurell y Márquez, 1983). De acuerdo a esta obra, el desgaste, definido como el deterioro corporal a consecuencia de las condiciones de trabajo, por ejemplo, la exposición al calor, estar mucho tiempo de pie, o la realización de movimientos repetitivos, manifiesta la determinación de las relaciones productivas en los procesos biosociales, que incluyen la enfermedad.

Ethos del trabajo

Por supuesto que las relaciones laborales precarizadas y “desgastantes” como lo señalan mis interlocutoras, únicamente pueden establecerse y reproducirse dentro de un ordenamiento social y cultural que las posibilite. En Nuevo León, particularmente en el área metropolitana de Monterrey, por su historia laboral sostenida en la producción industrial, se ha configurado un marco moral centrado en el aspecto laboral. Retomando el término de Bauman (2015), Monterrey se caracteriza por un *ethos del trabajo* a través del cual se configuran relaciones sociales dirigidas a la producción. Como *foráneo* me ha sido fácil percatarme de la reiterada forma de auto percibirse de un regiomontano como una persona trabajadora. Por supuesto que este ethos tiende a legitimar relaciones sociales de explotación y auto explotación. En la Campana es usual que parte del saludo cotidiano contenga expresiones como “aquí estoy chingándole” o “aquí ando jalando, como siempre”. Es decir, el trabajo brinda un sustrato moral que estructura la vida cotidiana.

El ámbito religioso constituye un espacio que reproduce de manera importante este *ethos*. Don Néstor, uno de mis vecinos, testigo de *Jehová* me contó durante una merienda en su casa un relato que recuerda mucho la conocida obra de Weber (2005). Durante uno de los eventos organizados por esta iglesia en un estadio de fútbol, tenían que limpiarlo y dejarlo listo en cuestión de días. La tarea era bastante complicada debido al poco tiem-

po que disponían para terminarla. –Pero la organización trabaja bien, cada quien tiene su tarea y sabe a lo que va. Uno puede estar trabajando todo el tiempo, pero todos, como maquinitas. Así me imagino que están los ángeles en el cielo. Cada uno tiene su función y así tienen también sus jerarquías, hay unos que hacen la talacha, otros que vigilan y otros que le pasan el informe al gran gobernante – me dijo.

La asistencia social se inserta en este entramado moral centrado en las relaciones de producción. Estar sin trabajo constituyó uno de los principales criterios para ser acreedor a una “ayuda” consistente en una despensa durante los primeros meses de la pandemia.⁴² Sin embargo, ser considerado como una persona que se negaba a trabajar, es decir, que el desempleo era de cierta manera voluntario, si no lo descartaba de la lista de acreedores, si era cuestionada su inclusión. Otros criterios podían jugar a su favor como que vivieran en su domicilio niños pequeños. En otra ocasión, durante una reunión de un comité vecinal, se discutió acerca de la posibilidad de ayudar económicamente, mediante una recaudación de dinero o víveres a dos mujeres con cáncer. Algunos integrantes del comité argumentaban que el apoyo tenía que dirigirse predominantemente a Rebeca, una de las dos mujeres afectadas, ya que ella era “luchona y no se dejaba vencer”. Había organizado distintas rifas para poder financiar su tratamiento. En cambio, Martha, “no le echaba ganas”, “se estaba dejando morir”, además que su esposo era “un huevón que siempre le huía al trabajo”. Como puede verse, trabajar, es un imperativo moral fuertemente insertado en las relaciones sociales de los residentes de la Campana.

Coraje⁴³ y género

“Me dio azúcar por tanto coraje que he hecho en mi vida” o “Esa persona ha de tener azúcar porque es bien corajuda” son expresiones que registré en mi diario de campo una decena de veces. Como es posible ver en la narrativa

42 La dinámica predominante fue que organizaciones gubernamentales, o distintos colectivos ligados al municipio como los comités vecinales conseguían el financiamiento para adquirir las despensas que se repartían. Estas eran entregadas a líderes locales que tomaban la decisión respecto a los y las vecinas acreedoras.

43 Afecto intenso que emerge ante situaciones de enojo, impotencia o frustración, con manifestaciones corporales como llanto, tensión o gestos de exasperación. Según el contexto de enunciación, también puede aludir a la valentía o determinación frente a la adversidad.

expuesta, dos lógicas se articulan en la categoría del “coraje”. Por un lado, la vida relacional de doña Lourdes incorporada como causa del constante sentimiento de enojo. Por otro lado, este sentimiento acumulado, corporizado en el coraje es señalado como atributo causal del “azúcar”, término *emic* para referirse a la *diabetes mellitus*. De acuerdo con lo observado por Mercado y Ramos (2002), las explicaciones respecto al origen de la diabetes, aunque son formuladas de manera similar entre hombres y mujeres como consecuencia de emociones adversas, existen importantes diferencias de género. Mientras que en los hombres los modelos explicativos se dirigen hacia los conflictos originados en el espacio público y laboral, en las mujeres las narrativas apuntan a la denuncia de conflictos originados predominantemente en las relaciones familiares, al interior del hogar. Esto, de acuerdo con los autores señalados constituye un signo importante de las relaciones asimétricas y las diferencias de género en el espacio relacional y constituye un correlato de las experiencias de aflicción de acuerdo al contexto social y económico ocupado según el género en la cotidianidad. En la Campana, a través del *coraje* expresado por las mujeres, se manifiesta el malestar por distintas experiencias de opresión y dominio entretejidas alrededor del trabajo reproductivo. El sentimiento de injusticia debido a la carga laboral y la responsabilidad de los cuidados que recae con exclusividad en las mujeres fue un elemento que mis interlocutoras me señalaron con frecuencias durante nuestras conversaciones.

Ahorita tengo un tiempo que estoy con una pareja, pero ya está aquí como cuatro meses, yo antes me enojaba y lo corría, pero ya lo corrieron de su casa, entonces lo tengo que aguantar aquí. Esta semana ha estado tirado que le duele la cintura, entonces a mí me desespera, los niños son muy imperativos, entonces a mí me desespera, se levanta del sillón y se va a la cama, se levanta de la cama y se va al sillón y yo estoy segurísima que mañana es sábado y mañana se compone. Hoy voy a trabajar, pero saco 300 pesos, no tengo luz, no puedo meter ni poquito al refri. Pienso en qué les voy a dar a mis hijos, mis hijos me ven llorar, me da coraje.⁴⁴

⁴⁴ Esta entrevista fue realizada en septiembre del 2020 a una mujer de 53 años. Aunque se refiere a sus hijos, estos son en realidad sus nietos de quien se hace cargo posterior a la desaparición de su hija.

De acuerdo con Helman (2007), la enfermedad pertenece a una matriz de significación de la población para explicar los infortunios existenciales. En este sentido, el sentimiento de “coraje” manifiesta la profundidad en la que procesos emocionales se tejen con aquellos de índole social y económica, dando cuenta de la materialización corporal de la situación de precariedad como experiencia de aflicción. Además del sentimiento opresivo que resulta de las experiencias de sostener con exclusividad la responsabilidad reproductiva, el *coraje* constituye una categoría a partir de la que las mujeres corporizan otras formas de opresión que incluyen las carencias materiales y el contexto de violencia en los ámbitos de residencia, laboral, familiar y distintas expresiones de violencia de género que incluyen la violencia física. Por ejemplo, durante una conversación que sostuve con una vecina, ella atribuía haber enfermado de *azúcar* al cúmulo de experiencias de aflicción mantenidas en su vida que incluían, de manera similar a la narrativa de doña Lourdes, la carga laboral que engloba el trabajo de cuidados, además de frecuentes conflictos acaecidos con su pareja. Sin embargo, este coraje acumulado tomó cuerpo como *azúcar* después de que su exesposo intentara asesinarla. La agresión fue entonces un detonante para que el sufrimiento existencial y violencia acumulada encontrara una expresión para manifestarse.

No le echo mentiras, pero yo me le he escapado a la muerte muchas veces. Mi marido intentó matarme, me dio cuatro puñaladas... Me dejó con mi hija la más chiquita y pues todos los demás... Ya no vivía conmigo, ya lo había corrido yo de mi casa, ya no vivía conmigo, abrió la ventana, se metió por la ventana, de plano yo estaba muy cansada porque yo trabajaba de seis de la mañana a cuatro de la tarde, o sea yo llegaba bien cansada, llegaba a las cuatro de la tarde a atender a los niños, o sea que terminaba... y a las cuatro de la mañana levántate. Me iba a levantar, pero ya no pude porque este señor se metió a apuñalarme a las cuatro de la mañana. Él era una de las personas violentas, le gustaba faltar el respeto a todo mundo. Yo procuraba, lo que menos quería era salir con él, me daba vergüenza, le agarré miedo, le agarré coraje, le agarré rencor, le agarré hasta odio, hasta odio le agarré, de tanto de que yo lo quise, todo eso se volvió odio (entrevista realizada en septiembre 2020).

La diabetes o “azúcar” de acuerdo a su vocablo *emic*, constituye para las mujeres una *expresión de malestar*⁴⁵ que articula el conjunto de experiencias de sufrimiento a partir de una codificación culturalmente determinada. Desde la perspectiva que he señalado con anterioridad, constituye un discurso moral en circunstancias donde la violencia configura un espacio limitado para su expresión y enunciación (Mendenhall *et al.*, 2010; Martínez, 2021). En una etnografía llevada a cabo por Rebhun (1994) en el nordeste brasileño, la expresión “tragar sapos” constituye un vocablo que manifiesta el juicio moral contenido por las mujeres, imposibilitadas de expresar el enojo provocado por la percepción de injusticia de actos que manifiestan desequilibrios de poder en sus espacios de interacción.

En un contexto en donde existe una profunda censura a la expresión emocional de las mujeres y de ellas se espera la expresión exclusiva de sentimientos de bondad y compasión, la ira tiende a manifestarse en categorías de enfermedad. Tal y como apunta Rebhun (1994), toda categoría del malestar constituye un juicio social acerca de la situación que se padece. En la Campana, es a partir del “coraje” que se configura una narrativa moral en la que se expresa la percepción de injusticia en contextos de violencia de género y en los cuales las mujeres no pueden expresar abiertamente sentimientos de enojo, ira o manifestar inconformidades. “Guardar el coraje” constituye la expresión metafórica de esta auto contención, que encuentra en la diabetes una salida de acuerdo a la configuración semiótica de mis interlocutoras. Por su parte, “cargar el coraje”, es la metáfora empleada para manifestar el conjunto de aficciones que de manera sistemática suceden en sus ámbitos relacionales.

Siguiendo a Durin (2017), las experiencias de aflicción de mis interlocutoras se encuentran insertas en un orden de género que responsabiliza con exclusividad a las mujeres y exime a los varones de las labores de cuidado y crianza. Esto supone no solo una carga más a la ya discutida, sino una estructura opresiva que las expone a la violencia sistemática en distintos ámbitos relacionales. De manera similar a lo que sucede con la intervención social y el ordenamiento moral que legitima estructuras sociales que favorecen la explotación, la intervención social y que, por supuesto, la in-

45 Utilizo esta traducción de idioms of distress propuesta por Nichter (1981).

tervención biomédica reproducen y configuran mecanismos que perpetúan este orden de género (Orloff, 1996). Al respecto, Lorenzo (2018) y Aguilar (2008) señalan que, en México postrevolucionario, las intervenciones sociales, particularmente las dirigidas a mejorar las condiciones alimentarias de las poblaciones consideradas pobres, tuvieron a la mujer como responsable. La mujer no solo fue el sujeto de intervención, sino que también las intervenciones se encontraban diseñadas para que fueran mujeres las encargadas de implementarlas. Esto responde a un ordenamiento social que considera a las mujeres vinculadas a los cuidados debido a su “naturaleza amorosa” (Aguilar, 2008). Este supuesto continúa reproduciéndose, al parecer invariablemente, en las políticas sociales y de salud dirigidas a la familia. Por ejemplo, González de la Rocha (2005) afirma, al respecto del programa Oportunidades, una de las políticas sociales más importantes que se implementaron en México, que, aun considerando sus logros como el aumento de escolaridad de niños y jóvenes, mejoras en las condiciones alimentarias y acceso de beneficiarias a servicios de salud, estos se fincaron en “la participación de millones de mujeres sobrecargadas de trabajo”. Destacando que

Oportunidades⁴⁶ es un programa social que opera con una noción tradicional de familia donde la mujer es vista sólo como proveedora de servicios domésticos y reproductivos y que, por lo tanto, puede dedicar su tiempo y su esfuerzo a las corresponsabilidades que el programa exige como condición. (p. 5).

Dentro de esta estructura de precarización, la mayoría de los interventores sociales demandamos a las mujeres más y más tiempo en talleres, charlas, reuniones, grupos de reflexión y diálogo, encuestas, entrevistas, absorbiendo su tiempo, del que disponen tan poco. Importantes avances en el conocimiento sobre los problemas de salud derivados o asociados a la alimentación como la epigenética, parecen ser una nueva vuelta de tuerca de responsabilización materna. Hallazgos que apuntan a que el ambiente con el que conviven las madres tiene la posibilidad de heredarse, es decir, que sus condiciones alimentarias inciden directamente en la salud de su progeñe, comienzan a constituir argumentos que añaden responsabilidades y culpas. Las mujeres entonces no solo responden a la salud de las infancias por la calidad de sus cuidados, sino también por su autocuidado (Yates-Doerr, 2012).

⁴⁶ Oportunidades fue eliminado en el año 2019.

La imposibilidad, desde la perspectiva de mis interlocutoras, que tiene el personal de salud para comprender este contexto de vida es parte del motivo de enojo, situación determinante para que rechacen parcialmente su autoridad prescriptiva. La relación con la autoridad médica se encuentra marcada por un conjunto de experiencias alimentarias ambivalentes, como lo ha caracterizado Laura Montesi (2017) en un trabajo etnográfico en Oaxaca, lo que manifiesta una interacción profundamente contradictoria con los agentes de salud. Es así que mis interlocutoras conviven con múltiples sentimientos respecto al personal de salud. Parte de estas diferencias se explican por supuesto por el tipo de interacciones que se establecen con dichos agentes. Por ejemplo, las abuelas con las que conviví siempre se expresaban con bastantes muestras de afecto por dos médicos que consultaban en los alrededores. *Son bastante acertados y además son buenas personas, son excelentes médicos.* Por el contrario, recelan profundamente de los médicos familiares del IMSS, a los que les atribuyen actitudes de indiferencia, menosprecio e incluso intenciones veladas para estafar a sus pacientes. Esto por supuesto que hace que sus prescripciones sean puestas en duda y contravenidas.

Transgredir el discurso biomédico

Como discute Deborah Lupton (1997), la subversión del discurso biomédico es un elemento inherente, al igual que sus apropiaciones,⁴⁷ a los procesos de medicalización. Tanto la apropiación como la transgresión manifiestan la agencia de los sujetos y su capacidad para valorar, resistir y utilizar dicho discurso de acuerdo con sus intereses para reproducir su cotidianidad. La salud, como parte indisociable de la vida cotidiana, se encuentra siempre en tensión entre el orden disciplinario y su transgresión (Williams, 1998). Alcanzar la salud desde la perspectiva biomédica implica una serie de disciplinamientos corporales e imperativos de naturaleza moral que, como he discutido con anterioridad, no siempre son alcanzables ni aceptados sin cuestionamientos y resistencias por parte de la población. Respecto a la alimentación, podemos percatarnos que la hetero y auto vigilancia sobre lo que se consume, la serie de comportamientos prescritos para disminuir riesgos difícilmente tangibles en la inmediatez de la cotidianidad y que apri-

⁴⁷ He dedicado un apartado en el capítulo 4 para discutir la categoría de apropiación respecto a las prescripciones alimentarias.

sionan los momentos de refugio que brinda el placer, conforman un discurso antipático que representa la continuidad de un orden social opresivo. Su transgresión, es decir, los quebrantamientos de los mandatos médicos constituyen intentos de liberación que no llegan a romper el ordenamiento disciplinario, pero le imponen tensiones y lo dotan de tesituras disonantes.

Cuando me encontraba de salida de la Campana, dos vecinas acudieron a mi domicilio para ayudarme con la mudanza. A una hora acordada, llegaron con tamales ⁴⁸, Coca-Cola y un pastel para despedirme. Mientras buscaba algunos vasos escuché que ambas reían e inmediatamente después de mi regreso, sin poder disimular su sonrisa, una de ellas comentó — Oiga doctor, se ve que lo hemos tratado muy bien aquí. Se va con unos kilos de más — ambas soltaron una carcajada ante mi gesto de fajarme el pantalón y medirme con las manos el abdomen. — Si caray — dije con una sonrisa. — He subido diez kilos desde que llegué, ¿ustedes creen? — Se voltearon a ver y con un gesto festivo, como después de haber finalizado con éxito una jugada deportiva, chocaron sus manos — ¡Yes! — pronunció enfáticamente una de ellas.

Bastante he reflexionado acerca del significado de dicha situación que quizás sea el gesto de la victoria sobre la moral biomédica representada en mi persona, aunque me inclino más a pensar que se debe a la celebración de haber sido cómplices en el hecho de *romper la dieta*. Finalmente se despedían, junto al médico, consumiendo una serie de alimentos que se encontraban bajo escrutinio y este reconocía que había transgredido sistemáticamente el disciplinamiento corporal. En las primeras semanas después de haber iniciado a brindar consultas médicas, una de ellas me había comentado que un médico que acudía asiduamente y al que le tenían bastante aprecio, comía pastel junto con ellas y otras mujeres de la zona. Además, junto a ellas “se había hecho bien *cocacolero*”. Por supuesto que este no era el motivo fundamental del aprecio que le tenían, pero sí había sido un acto que despertaba simpatía. Finalmente mostraba un cuerpo humano que, pese a la rigidez de las prescripciones, se somete al placer de una comida *rica en azúcares*. Existía una comunión en aquella falibilidad transgresora, aunque tampoco

48 Preparación mesoamericana a base de masa de maíz rellena con carnes, salsas o ingredientes dulces, envuelta en hojas (generalmente de maíz o plátano) y cocida al vapor; forma parte del repertorio alimentario ritual y cotidiano en México.

negaré el hecho de lo que ellas mismas dijeron. Haber engordado era una manifestación de la reciprocidad, comensalía y el recibimiento que la comunidad me había brindado y unos kilos de más, era la manifestación de que la comunidad se había preocupado por alimentarme. Durante los 7 meses que residí en la zona, casi cada día alguna vecina me obsequió algo de comer mientras caminaba en mis recorridos, me llevaron de cenar a mi casa, o me invitaron a comer con sus familias. Realizando un ejercicio reflexivo, no quiero pasar por alto que, como lo expuse anteriormente respecto al coraje de doña Lourdes, yo no me encontraba exento del conjunto de representaciones que atañen al personal de salud. Identificado como médico y siendo hombre representaba en parte aquello que les generaba el sentimiento de enojo. Sin embargo, como lo discute Emily Yates-Doerr (2012), pese a que las interacciones entre el personal médico y la población se encuentran insertas en un contexto de disciplinamiento, control e intervención sobre el cuerpo, estas se encuentran también atravesadas por afectos y sentimientos de compasión mutua y reciprocidad. He señalado la construcción de este tipo de relaciones, también en el caso de los médicos a quienes mis interlocutoras se han referido con muestras de cariño.

Existen distintas maneras de transgredir el discurso biomédico y estas pueden bien representarse en una matriz de acuerdo con el grado de confrontación con la que se manifiestan. En el nivel superior de confrontación se encuentra la agresión, ya sea simbólica como la producción de daños a la infraestructura sanitaria o agresiones directas al personal de salud. En un trabajo realizado con Graciela Freyermuth (Freyermuth y Meza, 2022), realizamos un seguimiento de noticias en México difundidas en redes sociales (Facebook, Twitter y YouTube) durante los primeros meses de la pandemia. En nuestro seguimiento registramos 55 notas en las que se reportaban agresiones de la población hacia personal de salud, desde insultos, arrojarles agua con cloro, hasta prenderle fuego al auto de una enfermera. En el mismo trabajo reportamos que 207 de 591 profesionales de salud que encuestamos, refirieron haber sufrido algún tipo de ataque por parte de la población. Por su parte, Mónica Martínez registró utilizando las mismas redes sociales, 10 agresiones a personal de salud en Nuevo León. Al respecto quiero señalar que, en la Campana, durante el transcurso de los cuatro años que he interactuado con su población, no he tenido conocimiento de agresiones de esta

naturaleza o que residentes de la zona hayan estado involucrados en algún evento de este tipo. Sin embargo, considero importante ubicar las transgresiones que discutiré en un contexto más amplio considerando como lo he dicho, a las agresiones como referente del nivel más violento de transgresión.

Claramente las agresiones a las que me he referido deben situarse en el contexto particular de la pandemia. Como lo discuten Espinosa y Ramírez (2021), esta constituyó un evento cuyo alto grado de incertidumbre indujo distintas formas de comportamiento social como fenómenos de estigmatización y exclusión a aquellos identificados como portadores de la infección y acciones colectivas fundamentadas en la convicción de que el personal de salud pudiera tener intenciones negativas. Estas últimas rompieron las expectativas de interacción incrementando el miedo colectivo y situando al personal de salud como portadores del riesgo. No obstante, como argumentaré, las agresiones al personal de salud no pueden ser explicadas en su totalidad a consecuencia del miedo e incertidumbre pandémicos. Su explicación, desde mi punto de vista, debe enmarcarse en las relaciones contextualmente establecidas entre la población y la institución médica y el tipo de motivaciones involucradas en la transgresión del discurso biomédico y sus prescripciones.

Existen por supuesto transgresiones que no implican ninguna confrontación, por ejemplo, los y las pacientes simplemente pueden ignorar las prescripciones biomédicas o realizar ciertas modificaciones de acuerdo con sus propias valoraciones. Considero que este es el tipo más frecuente, aunque entre estos dos niveles de confrontación existen otros que me resultan de interés descurtir, ya que en conjunto conforman el contexto en el que se sitúan las transgresiones al discurso biomédico y nos brindan pistas importantes acerca de sus motivaciones.

Aunque como he dicho, durante mi contacto con la población de la Campana nunca he sufrido ningún tipo de agresión directa, si he presenciado expresiones con un nivel de ambigüedad que como las ha caracterizado Scott (2004), dan lugar a una situación en la que se puede reconocer hostilidad, pero no pueden ser clasificadas de lleno como agresiones. Las he denominado microagresiones y siguiendo al autor señalado, manifiestan la introducción al ámbito público, de un discurso oculto a través del cual se resisten relaciones de poder percibidas como asimétricas y desventajosas.

Por ejemplo, en una ocasión mientras realizaba uno de mis recorridos por la zona, un anciano me preguntó desde la distancia, de modo que pudiera ser escuchado por los demás vecinos, — ¿Ahora a quién vienes a matar médico? Porque eso es lo único que ustedes hacen, chingarse a la gente. — De manera contradictoria, su terrible dicho se acompañaba de una amplia sonrisa, al mismo tiempo que con su mano hacía un ademán invitándome a sentarme en el escalón a lado de él. Una vez que me senté a su lado, después de una breve charla acerca de nimiedades que acompañan los saludos como el calor, me comentó que hacía unas semanas había salido del hospital al que había acudido por dificultad respiratoria: — Me dijeron que era el bicho ese (coronavirus) y me querían dejar ahí para hacerme carnitas, médico. Yo los mandé a la chingada y mejor vine a tratarme en casa, si no ya estaría tieso —, soltó, para después dejar caer sobre mi expresión de desconcierto una sonora carcajada. Aseguraba, como otros vecinos, que el personal de salud tenía la indicación de matar a la población pobre, sin embargo, él tenía bastante reconocimiento como líder de la colonia lo que seguramente lo motivó a expresar directamente un sentir compartido colectivamente pero que no era formulado con tanta claridad en el espacio público.

El sentimiento de hostilidad hacia el personal de salud conforma un *discurso oculto*, atrayendo el concepto de Scott (2004), que se expresa en las conversaciones entre vecinos o como justificación para desautorizar alguna prescripción médica, pero que no se expresa usualmente ante actores identificados como detentores de algún poder y cuando se enuncia de manera pública, se hace predominantemente de manera críptica y encubierta. Como ejemplo de esto, quiero referirme a la situación que señalé en el capítulo anterior cuando visitaba el domicilio de una mujer cuyo esposo me había solicitado consultarla debido a intensos dolores *neuropáticos* provocados a consecuencia de la diabetes, de acuerdo con lo que le habían comentado distintos médicos. Apenas al llegar a su domicilio, escuché que la mujer en cuestión, sentada en un sillón y con los pies sumergidos en una tina de agua, se dirigió a su esposo — Ya llegó el mosquito chupasangre — lo que provocó la risa de dos de sus hijas que casi de inmediato se rompió después de una severa mirada que les dirigió su padre. — Efectivamente, ya llegué a picarle el dedo para ver cómo anda de su azúcar – contesté siguiendo la “broma” y disimulando el desconcierto que me había generado, al tiempo que sacaba

de mi bolso un pequeño glucómetro y las lancetas con las que “chupaba” la sangre. Durante mi visita la señora me comentó que desconfiaba de manera importante de la insulina que le habían prescrito. Sus sospechas respecto a la turbidez de la biomedicina se habían reforzado después de que un camillero que trabajaba en la clínica donde la mujer acudía a consulta, le contara una historia sobre el contubernio entre el personal de salud y la industria farmacéutica, cuyas consecuencias son la prescripción de fármacos que provocan otras enfermedades. De este modo, se produce una compra perpetua de medicamentos nociva para los enfermos, pero con grandes beneficios económicos para la empresa farmacéutica y sus corruptos socios. Es así como “chupasangre” no sólo se refiere al acto literal de extraer sangre para su estudio, aunque estos se realicen con frecuencia, sino al acto de obtener beneficios económicos de manera ilegítima a costa de otros. Pude constatar en distintas ocasiones situaciones como esta en la que comentarios de burla o sarcasmo expresaban hostilidad hacia el personal de salud. Casi siempre estas expresiones fueron después justificadas como respuesta hacia las intenciones negativas que este personal mantiene de manera oculta y motivadas por intereses económicos. Estos comentarios servían como argumentos para negarse a acudir al hospital cuando yo lo recomendaba y por lo general estos señalamientos iban a acompañados de relatos de experiencias negativas propias o ajenas en los servicios de salud. Por ejemplo, en otra ocasión tras sugerirle a un paciente que acudiera al hospital después de percatarme que tenía una saturación de oxígeno de 80%, me respondió — no me van a aceptar doctor, ahí solo atienden a los que ya están boqueando — (agonizando).

La biomedicina se convierte en las percepciones de la población, en un riesgo que tiene que valorarse en conjunto con la enfermedad y la muerte, riesgos continuamente señalados por el mismo personal de salud. Como puede apreciarse, la conformación de un discurso oculto y su introducción de forma disfrazada en el espacio público constituyen estrategias para transgredir el discurso biomédico por parte de la población. Dicha subversión obedece a la construcción de un discurso moral a partir del cual se señalan actos considerados injustos. Como pude constatar en mi trabajo de campo, los rumores y la utilización del humor son vías que permiten producir y reproducir esta construcción discursiva de denuncia. A continuación, presentaré los dos casos.

Rumores sobre los médicos

El rumor, según lo definen Stewart y Strathern (2008), es un discurso que tiene el objetivo de provocar el descrédito social, es realizado de manera encubierta, al margen de los mecanismos de control social y su contenido no puede ser fácilmente verificado. Por lo general los rumores son usados como armas sutiles, por lo que su enunciación siempre aguarda un momento propicio. Autores como Rosnow (1988) sostienen que la producción y difusión de rumores guarda una estrecha relación con situaciones que provocan temor y donde la información es ambigua. Los vacíos de información son llenados entonces a partir del rumor. De acuerdo con esta perspectiva, su construcción parece sostenerse por la falta de información o la complejidad subyacente a ésta. A partir de este supuesto se han analizado rumores cuya consecuencia es el rechazo de la vacunación por parte de la población en Camerún (Feldman-Savelsberg *et al.*, 2000) y en Rumania (Pop, 2016).

Para Gluckman (1963), la construcción del rumor constituye una estrategia para mantener el orden social y desacreditar a quienes se desvían de éste. Una perspectiva crítica a esta última afirma que los rumores constituyen estrategias para proteger intereses individuales, intercambiando distintos tipos de información de acuerdo con las circunstancias. La información obtenida de cada intercambio permite entonces valorar situaciones y emprender acciones en consecuencia. Es decir, no podemos identificar una función general del rumor y más bien este se configura de manera distinta de acuerdo con el contexto espacial y temporal de su aparición (Stewart y Strathern, 2008). Además, los rumores incorporan perspectivas, intereses e inquietudes de los sujetos que los reproducen (Scott, 2004).

En La Campana escuché distintos rumores que atañen al personal de salud y sus intenciones nocivas. Por supuesto que para su aparición hay que considerar el contexto de pandemia y la situación de miedo colectivo predominante. Durante el período en el que desarrollé mi trabajo de campo de manera más intensiva, el hospital era considerado por la población como un espacio de riesgo que había que evitar a toda costa. El hospital y en general los espacios de atención médica fueron situados como riesgosos tempranamente debido a la información que se reproducía en los medios de comunicación y los mensajes que las autoridades sanitarias dirigían a la población. Es de esperar que las recomendaciones de no acudir a las instancias de salud

fueran interpretadas como consecuencia del peligro que estos lugares generaban para la transmisión del virus. Indudablemente la posibilidad de ser contagiado en estos sitios era una situación que identificaban con claridad mis interlocutores y este era un motivo que con frecuencia era aludido para evitar acudir a unidades de atención médica.

Me mandaron con el nefrólogo y me dijo que todavía no estaba para diálisis porque mi riñón estaba como en 24, o sea que era menos de 24 para hacerla y ahorita me bajó a 16 y ya me citó en el mes, pero pues ya pasó esto (pandemia) y yo ya no quise ir al seguro (IMSS), porque ahí está todo contaminado y es ahí en la clínica 6, pues ¡nombre! Hay muchas cosas, la mera verdad tengo miedo de que me vaya a pasar algo porque tengo mis defensas bien bajas y tengo la presión bien alta y pues todo eso, ¿no? (trayectoria terapéutica realizada en julio 2020).

La información que se difundió desde un inicio respecto a la pandemia, enfatizó el riesgo que tenían los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas, aspectos que fueron relevantes para configurar la percepción del riesgo respecto a la pandemia que tenía la población (Freyermuth y Meza, 2022). Como puede apreciarse, la percepción de su precariedad corporal al padecer enfermedades crónicas, hicieron que mi interlocutora, una mujer de 70 años se sintiera interpelada por el discurso de riesgo e identificara su propia vulnerabilidad ante el contagio del virus. No obstante, esta situación no fue el único elemento en juego. La mayoría de los rumores que cotidianamente la población reproducía involucran, como dije, intenciones negativas por parte del personal de salud. Uno de los rumores más frecuentes era el diagnóstico ficticio de covid que realizaban los médicos, ya que “dicen que por cada uno que diagnostican, les pagan hasta treinta mil pesos”. Claramente la cantidad era variable y relatados de distinta manera, aunque la constante es el beneficio económico que recibía el personal de salud por la detección de casos. Varias personas me aseguraron conocer a una persona que podía verificar los dichos debido a que conocían a algún médico involucrado en el negocio. Este beneficio, que podemos identificar como un núcleo semántico constituye el origen de otros rumores que involucran la retención forzada en el hospital. De hecho, algunas personas me comentaron el miedo que tenían incluso de pasar frente a una unidad de salud porque podían ser “detenidos”. Por ejemplo, doña Carmen me contó en

una ocasión que, al acudir a su clínica debido al trámite de una incapacidad laboral, que expuse con anterioridad, tuvo la “mala suerte” de estornudar en la fila. Eso inmediatamente llamó la atención de un vigilante que incluso la “persiguió” hasta la farmacia de enfrente, donde buscó resguardarse. — Oiga doña Carmen, pero qué tal si solo le quería comentar algo — le pregunté, aprovechando que el suceso había sido relatado en un tono bromista y en el contexto de una situación familiar mientras almorzábamos en su casa. Después de una pausa en la que pareció reflexionar, contestó —pues puede ser, pero ya ve que como andan deteniendo a la gente. Dicen que, si uno va por cualquier cosa, ahí mismo lo enferman de covid y ya no lo dejan salir. — Definitivamente en esta sentencia existe una articulación de experiencias de personas cercanas que llevaron a algún familiar a atenderse y no lo volvieron a ver, experiencia que se repitió con frecuencia durante la pandemia (Meza *et al.*, 2021). Repito que estos rumores tienen que considerarse a la luz del momento de miedo e incertidumbre que invadió la vida cotidiana. Sin embargo, el núcleo semántico de la obtención de beneficios económicos por parte de los médicos se repite también en distintos rumores no relacionados a la covid. Uno de los que escuché con más frecuencia se refiere al tipo de negocios que se desarrollan en las unidades de atención médica, por ejemplo, que en algunas unidades piden dinero para que les toque “un buen médico”. En caso de no pagar, puede tocarles un “principiante”. En una ocasión un vecino dedicado al trabajo de la construcción me contó que a consecuencia de que se cayó de una placa, se lesionó las cervicales. Acudió entonces con un médico que le dio unos medicamentos que le hicieron muy bien y se curó. No obstante, los medicamentos que le fueron regalados “por debajo del agua,” eran los más efectivos, ya que a la población general le dan los “diluidos”. El tema de los fármacos fue reiterativo en la serie de rumores que escuché e incluso un paciente me llevó a consulta distintos frascos para que pudiera observar que, aunque estos contenían la misma sustancia, el nombre comercial era distinto. De acuerdo con su interpretación esto señalaba con claridad que el personal de salud daba los medicamentos de manera diferencial. — Si a uno lo miran pobre, le dan medicamentos “chafas”, pero a los que ven “más o menos” les toca puro medicamento de patente — me decía con vehemencia poniendo sobre mi escritorio una decena de frascos y cajas. Mónica Martínez (2021) también documentó una serie de rumores

que escuchó en su trabajo de campo en donde el personal médico mantenía un contubernio con los laboratorios locales que redituaba en distintas comisiones que recibían por cada uno de los estudios de laboratorio prescritos. Esto explicaba el “excesivo” empleo de solicitudes de análisis de laboratorio que realizaban los médicos sin importarles la situación económica de sus pacientes.

Considero que la presencia reiterada de la estafa como parte de la práctica médica deja ver un importante conflicto entre la población y el personal de salud, particularmente los médicos, que no puede ser explicado a través del miedo y la incertidumbre experimentados a consecuencia de la pandemia (Nishijima y Blima, 2016; Freeman *et al.*, 2020; Pahus *et al.*, 2020). Esta más bien configuró un contexto propicio para que se manifestara el discurso oculto construido como consecuencia de experiencias de interacción que han ido alimentando una percepción de agravio en la memoria colectiva. Esta percepción constituye incluso representaciones frecuentes en las redes sociales electrónicas como se muestra en la siguiente imagen, en la que abiertamente, aunque aprovechando un anonimato generado por la dinámica de estas redes, se señala a los médicos como “delincuencia organizada”. Su inclusión en esta serie de iconografías populares nos da un marco para apreciar la extensión de la percepción de la misma biomedicina como un riesgo, para algunos sectores de la población. De acuerdo con los argumentos que he ido construyendo durante el presente trabajo, propongo que son los sectores de la población precarizados, quienes se encuentran más expuestos a experiencias negativas y reiterativas con las autoridades sanitarias. Esta exposición constituye un elemento fundamental para la construcción de un discurso oculto, que puede manifestarse en el ámbito público o tras bambalinas como transgresiones.

Imagen 4

Médicos como delincuencia organizada



Fuente: Facebook. 15 septiembre 2020.

Humor y ridiculización del discurso biomédico

Como señala María Dolores Vivero (2011), el humor presupone un distanciamiento de la realidad como una forma de evasión ante situaciones adversas de la vida. O bien puede usarse como estrategia discursiva para posicionarse de manera ajena a una enunciación, es decir, explicitando que no se comparte el punto de vista de dicha enunciación. Sus elementos fundamentales son las inconsistencias y contradicciones de una situación social: el objetivo central de la comicidad es develar la intención generalmente oculta en el enunciado cuya revelación provoca la risa. De manera similar al rumor, la utilización del humor depende por completo del marco contextual de su empleo. Su utilización puede servir para afianzar los discursos dominantes, o bien para subvertirlos. Con el propósito de este trabajo, me interesa destacar la perspectiva de Bajtín (1974) respecto al humor como una estrategia de transgresión de los códigos socio-discursivos dominantes,

lo que le confiere una capacidad enunciativa para subvertir simbólicamente el orden social. Quiero señalar, que, si bien el humor no ha sido considerado en la literatura como una estrategia para transgredir el discurso biomédico, es de hecho una de las estrategias mayormente empleadas para introducir al ámbito público, una denuncia de manera encubierta. Por lo general se emplea en una situación que brinda elementos hilarantes al visibilizar las contradicciones e inadecuaciones en el funcionamiento de la institución biomédica o su discurso.

Durante uno de los sociodramas que organizamos con la población infantil de La Campana, les solicitamos a los dos equipos de niños y niñas que se conformaron, que representaran una situación que involucrara la salud. Mientras un equipo representó la actividad de una promotora de salud que comunicaba información para prevenir ser contagiado de covid, el otro equipo representó una consulta médica de un adulto joven con diabetes. La niña que hizo el papel de médica se atavió de un blusón blanco a manera de bata, una peluca rubia y anteojos oscuros. Debajo de la bata se colocó distintas prendas para producir el efecto de un abdomen voluminoso. Desde su aparición, caminando encorvada y gritando — a ver ¿qué quiere?, ¿que no ve que estoy desayunando? — Dejaba ver una crítica hacia los agentes de la biomedicina. El auditorio explotó en risa. Los otros dos actores, una niña que portando una peluca rosa representaba el papel de una madre que llevaba a su hijo a consulta, y el niño que hacía el papel de hijo en cuestión. La madre imploraba — Por favor ayúdelo, se está muriendo, — mientras el hijo yacía en el suelo levantando el brazo. La médica se agachó, emuló una apresurada exploración del abdomen y contestó con un sorpresivo — No se puede hacer nada, mire cómo está gordo, ha de tener diabetes y cómo no, se la pasa tragando — lo que reactivó la hilaridad grupal. La representación culminó con las indicaciones imperativas para que la madre pusiera a dieta a su hijo. La población infantil representaba con nitidez la crudeza en la atención frecuentemente denunciada por sus abuelas. Por supuesto que la representación con esa claridad de aquel evento, se debe a un cúmulo de experiencias que se comparten en los espacios de socialización y del que seguramente alguno de los actores ha sido testigo directo. Al mismo tiempo, me parece claro que a partir de hacer visibles mediante la representación de contradicciones que perciben en el comportamiento de los agentes de

salud, como tener ese abdomen voluminoso, ridiculizan a estos agentes. La representación exagerada de los ademanes y expresiones de la médica, constituyen la manifestación de la burla y desestimación.

Durante mis charlas con los grupos de mujeres, estas frecuentemente emplearon el humor para, veladamente, desestimar alguna prescripción, o hacerme ver acerca de la contradicción entre esta última y el desarrollo de su vida cotidiana. En diversas ocasiones, hicieron burla de que a las “nutriólogas del IMSS” con quienes iban para control de su diabetes, sólo les hacía falta prescribirlas “salmón y espárragos” para que sus recomendaciones alimentarias fueran totalmente discrepantes de acuerdo a sus posibilidades materiales de consumo. Un meme que tuve la oportunidad de identificar en mi seguimiento del Facebook, compartido por una vecina, emplea el humor para manifestar una situación similar. Por supuesto que el discurso humorístico puesto en escena a través de los memes, supone una codificación cultural novedosa que se ha constituido a partir de las redes sociales electrónicas como lo afirma Escudero (2020), después de un análisis de memes sobre la covid. De acuerdo con su interpretación, la inserción masiva de un formato lúdico de comunicación debe ser entendida como una manifestación de procesos de individuación y de hiperconsumo de las sociedades contemporáneas. Señalamiento que me parece muy interesante y que en consonancia con Lorey (2016) pone de manifiesto las modificaciones de las acciones de subversión y resistencia que se encuentran emprendiendo los individuos ante situaciones valoradas como injustas. Desde este punto de vista, las importantes diferencias que Escudero (2020) encuentra entre la formación de colectivos sociales y sus implicaciones en demandas políticas que estudió en el sida, respecto a las respuestas *meméticas* y *mediáticas* durante la covid son indicativos de estos nuevos procesos sociales que pueden ser situados dentro del contexto de precarización. En este sentido, dentro de un contexto que tiende a la individuación y aislamiento de los sujetos, el humor constituye una manera importante de transgredir y rebelarse. El humor es una expresión altamente codificada, lo que implica para los propósitos de mis argumentos, que exista un discurso moral compartido por los sujetos, con la suficiente extensión como para sentirse interpelados e involucrarse en su socialización.

Imagen 5**El humor en las prescripciones alimentarias**

Fuente: Facebook 18 octubre 2019.

Si bien el empleo del humor visibiliza las contradicciones que mis interlocutores perciben en el ejercicio de la biomedicina, también permite la construcción de narrativas en las que transgreden prescripciones sin que el personal de salud se percate. De acuerdo a lo que experimenté, esta utilización del humor se da en situaciones en las que se pretende visibilizar la incompetencia de algún médico. Es decir, la transgresión o el rechazo al discurso biomédico no siempre es en lo general. De hecho, puedo decir que lo usual es que mis interlocutores transgredan ciertas prescripciones y acepten otras, de acuerdo a las valoraciones que hacen de los sujetos prescriptivos. Por ejemplo, don Joaquín, un antiguo paciente con quien he desarrollado importantes vínculos de amistad, acude consuetudinariamente a consulta en el IMSS. — Pero yo, como le digo doctor, yo solo voy por los medicamentos, usted ya sabe que es el bueno, no se me vaya a poner celoso — me comenta, generando siempre la risa de mi parte y de sus miembros familiares. Casi siempre después agrega alguna anécdota nueva sobre cómo logró solucionar las discrepancias en la prescripción entre el médico del

IMSS y las mías. — Lo que pasa es que ese médico es muy manejable — Dice riéndose — Siempre anda distraído y eso me conviene. La vez pasada me pregunta “oiga y cómo se está tomando las pastillas que le di”, pues así como usted me dijo doctor. (El médico contesta) “ah bueno, entonces así le seguiremos, oiga pero entonces ¿por qué necesita más medicamento si yo le dije que se tomara sólo una pastilla en la mañana? (a lo que don Joaquín responde) — ¿Ya no se acuerda doctor? Usted me dijo que me iba a subir la dosis. “¿En serio?” Si doctor. “Ah bueno entonces sí” — Con esa artimaña, don Joaquín ha logrado engañar al médico familiar, lo que narra siempre con gran satisfacción y como una anécdota que provoca la risa de todos los presentes en nuestras reuniones. De manera similar a la narrativa de don Toño, expuesta en la primera parte de este capítulo, don Joaquín y otros interlocutores cuentan varias anécdotas “graciosas” en donde el personal de salud resulta engañado. Podemos pensar en esto como una transgresión a partir de una inversión de su propio sentimiento de ser objetos continuos del embuste.

Una herida relacional

Defino como herida relacional a la percepción de injusticia que se inserta en la memoria colectiva de un sector poblacional, como consecuencia de experiencias propias o ajenas, que constituyen para los sujetos agravios y que son vividas entonces como rupturas morales en sus expectativas de interacción con otro sector poblacional. Esta erosión intersubjetiva corporiza situaciones de precarización y se manifiesta en el ámbito relacional como un correlato de importantes diferencias en las relaciones de poder. Es en este sentido una forma en la que se manifiesta la precarización intersubjetiva tal y como la he definido en el capítulo II de este libro. Propongo que es esta herida relacional es un determinante fundamental para el cuestionamiento, rechazo o la transgresión de las prescripciones biomédicas. De acuerdo con lo que pude observar en campo, las experiencias de agravio que mis interlocutores han sufrido en su interacción con los agentes de la institución médica constituye el eje y el motivo principal para la conformación de un discurso oculto a partir del cual se transgrede simbólicamente el discurso biomédico. Dicho discurso suele manifestarse en el ámbito privado, como

parte de la comunicación con miembros de la familia o cercanos, a partir de que se comparten experiencias de interacción con el personal de salud y valoraciones referentes a las injusticias que perciben de manera cotidiana. Aunque las experiencias que me narraron mis interlocutores puedo concebirlas como un agravio moral este se manifiesta de manera diversa. Me resulta útil la tipología que desarrolla Honneth (2010) acerca del agravio moral, para agrupar distintas experiencias que a continuación ejemplifico.

Para este autor, el sujeto que experimenta un agravio moral, lo distingue de una adversidad cuando percibe una actuación que lo menosprecie intencionalmente en un aspecto esencial de su bienestar. En este sentido Honneth (2010) identifica un primer tipo de herida moral: la humillación física como la tortura o la violación.

Mi mamá sufrió mucho en el hospital. La dejaron tres días sin comida y sin agua. Durante esos días nadie la iba a visitar (personal de salud), aunque yo iba a cada rato a exigirles, a rogarles que la fueran a ver. Recuerdo que le daba agua con una gasa empapada y se prendía de mis manos para que no se la quitara. Se estaba muriendo de sed. Por indicación, no debía de comer ni tomar nada. Pero cómo son las cosas que se murió de sed doctor. Yo sé que se murió de sed, yo la vi morir de sed. ¿a qué voy yo al hospital? ¡No! ¿a qué me maten? Creo que tengo más chance de vivir en mi casa”. (conversación con don Joaquín registrada en diario de campo, agosto, 2020).

En este caso, como se aprecia en lo narrado por la persona, percibe la experiencia que vivió acompañando a su madre, como un suplicio físico causado por intención o negligencia. Estas razones fueron las que me dio cuando se negó a ir al hospital ante una saturación de oxígeno de 80% debido a covid. Esta experiencia se conforma como un núcleo valorativo a partir del cual evalúa distintas prescripciones médicas, tendiendo a desestimar aquellas que ocurren en el IMSS, institución donde ocurrió la situación narrada. Sin embargo, es fundamental destacar que ello no provoca una demeritación del personal de la salud en lo general, sino una experiencia que le permite tomar decisiones pragmáticas respecto a la utilización de servicios de salud. Por ejemplo, sí acude al IMSS debido a que le otorgan los medicamentos y así se evita su compra, sin embargo, las prescripciones que en esa institución le dan, son confrontadas a través de la búsqueda de opinión de otros médicos, incluyéndome.

Un segundo tipo es la privación de derechos y la exclusión social. En este caso, el daño moral se genera cuando se interrumpe el reconocimiento recíproco en donde el individuo aprende a considerarse, desde el punto de vista de los otros participantes en la interacción, titular de los mismos derechos que los otros.

Nos mandaron para allá (al hospital). Haga de cuenta como que no más nos vieron y como si hubieran visto un bicho. Ni nos pelaban, y había una señora así con, pues que se veía más limpia, haga de cuenta que así estábamos platicando con la recepcionista y luego la otra señora y haga de cuenta que la recepcionista lo que nos hizo fue así (voltea la mirada) y empezó a platicar con la otra señora.... ya la desesperación es mucha, ya no sabemos ni para donde moverle, ni para donde hacerle, lo que buscamos son los remedios caseros a ver si resultan... ya lo único que hace uno, ya lo único que hace, ya se nos acabó la ciencia, pues ahora vámonos por, por este, por las hierbas a ver si, ojalá y Dios y jalen. (entrevista a residente del barrio, octubre 2019).

En este segundo caso expuesto, la entrevista consistió en la prolongada trayectoria burocrática que han seguido él y su esposa para que ella sea atendida por cáncer de mama. Hasta el momento de la entrevista, la trayectoria había durado poco más de los dos años desde el diagnóstico. Como puede apreciarse, existe un sentimiento profundo de exclusión y de manera clara, una identificación de una estructura social jerárquica en la que mi interlocutor y su esposa se perciben menospreciados. Me resulta muy trágico que la elección que hacen, de acuerdo a su testimonio de plantas medicinales no sea por una preferencia sino por un sentimiento de haber sido excluidos de la atención médica.

El tercer tipo de experiencia de menosprecio se genera cuando se rompen las expectativas de la empatía solidaria. En este caso, la esfera dañada se refiere a la aprobación intersubjetiva necesaria en sus aspiraciones de irremplazabilidad. El fragmento narrativo que expondré a continuación pertenece a una mujer que me solicitó telefónicamente visitar a su esposo. Aunque habían vivido toda su vida en La Campana, se habían mudado recientemente al municipio de Cadereyta. Después de un trayecto a través de una vía sin pavimentar, encontré un sinfín de unidades habitacionales que evidentemente habían sido construidas con material de poca calidad. La mayo-

ría de las casas presentaban desperfectos en su infraestructura y muchas se encontraban en obra negra, sin ventanas. Por lo que me comentó la misma mujer, muchos antiguos residentes de La Campana se habían desplazado a esa zona con el objetivo de obtener las escrituras de su propiedad. En medio de un laberinto de casas idénticas, encontré, gracias a la orientación telefónica de la mujer, finalmente el domicilio. En la entrada de la casa, hallé a un hombre yaciendo en una cama de hospital, frente a un viejo ventilador que apenas era útil para contrarrestar el calor que dentro de la vivienda era insoportable. Claramente el señor se encontraba en un estado terminal. Caquético y emaciado, sus costillas se marcaban con mucha nitidez debido a lo delgado y a que el hombre hacía importantes esfuerzos por respirar. Se alimentaba a través de una sonda adherida con cinta a su nariz ya que los médicos le “habían prohibido” ingerir alimentos o líquidos directamente de la boca y esta lucía totalmente seca. Por lo que pude reconstruir a través del relato, la persona padecía cáncer, posiblemente linfoma. Sin embargo, en el expediente no se encontraba asentado el diagnóstico. Este era un amasijo de hojas con innumerables referencias de un servicio a otro sin que pudiera identificarse alguna conclusión clínica. A la esposa tampoco le habían comentado algo que pudiera ser orientador, e incluso al señor lo habían dado de alta sin informarle acerca de su situación terminal. — Solo me dijeron que ya lo iban a dar de alta — me dijo la mujer con un gesto que evidenciaba su confusión. Sentí un golpe de indignación cuando me enteré que la mujer llevaba tiempo queriendo conocer cuando es que su esposo podría comer normalmente, por lo menos que alguien le explicara cuándo podría darle agua. Ante las preguntas, el personal de salud había contestado con burlas, apenas una pequeña “sonrisita” de alguien a quien se le ha fundido por completo la empatía. — Le pregunté al doctor, oiga, ¿cuándo mi marido va a poder comer normalmente? ¿Cuántos días va a seguir comiendo por la manguera? El doctor sacó una sonrisita y dijo que para toda la vida. La enfermera también se reía — comentó la mujer con el llanto contenido. — Yo me sentí muy ofendida doctor. Sentí como el coraje se me vino al cuerpo — remató viendo directamente el rostro de su esposo que, observándonos, parecía concentrar sus esfuerzos en respirar. La señora me agradeció que le “avisara” acerca de la inminente muerte de su esposo y se alegró que le dijera que ya podía tomar refresco. — Siempre le ha encantado el refresco a

mi viejo, — dijo acariciando su cabeza. A la mañana siguiente, la mujer me marcó por teléfono para avisarme que su esposo había muerto.

La respuesta del personal de salud, de acuerdo a lo que me refirió la mujer ha sido de las más crueles que he tenido conocimiento en mi trayectoria como médico. Incluso me pregunto qué clase de fenómenos tienen que ocurrir para que se produzcan médicos con ese espíritu de máquinas. Su profunda indignación era más que comprensible. Estoy convencido que la identificación, por parte de la población, de los médicos como sujetos de riesgo, como portadores de peligro obedece a una historia más profunda y más nociva que la pandemia y desde esta parte de la memoria, las transgresiones a las prescripciones médicas sean una cuestión de sentido común.

Placer y libertad

Según señala Deborah Lupton (1999), el riesgo, incluso en los trabajos académicos se presenta inserto en las ansiedades y los miedos de la gente. La adopción de conductas consideradas de riesgo señala la ignorancia de los sujetos que escapan a las normativas debido a una ausencia de información o su incomprensión insuficiente. Sin embargo, contra estos discursos dominantes también existe un contra discurso que manifiesta la resistencia y la subversión de los sujetos a las exigencias de auto control y medida prescritas. Cuerpos que se mantienen permeables al mundo y las experiencias sensoriales como la comida.

Durante mi trabajo de campo me percaté que obsesivamente intentaba encontrar una racionalidad detrás de las rupturas con el discurso biomédico. Como si cada elemento que encontrase que pudiera servir como argumentos que mostrasen la imposibilidad material para acatar las prescripciones, me tranquilizara. Indudablemente las hay. Como he mostrado, la situación de precariedad y la precarización implica la existencia de múltiples imposibilidades para acatar las prescripciones alimentarias. No obstante, estas rupturas también hablan de una subversión, de una transgresión al discurso dominante, simplemente por placer. Desde mi punto de vista, el enfoque en el placer humaniza la perspectiva de la adopción de los estilos de vida que proponen a un sujeto racional y consciente y que niega la “irracionalidad” de subvertir las prescripciones de los empresarios de la moral alimentaria.

La fuerte articulación del discurso biomédico con la moral y el auto disciplinamiento, ha incentivado que el placer sea continuamente excluido en el discurso de los estilos de vida saludables (Coveney y Bunton, 2003). Por supuesto que, en el discurso de la obesidad infantil, el placer se encuentra inserto en el campo semántico de la negligencia y descuido personal. El placer de comer se convierte en un elemento con una carga importante de ambivalencia. Se le reconoce en la intimidad y en la confianza. Pero al mismo tiempo se intenta ocultar y su control, se convierte en una de las principales virtudes de la moral sanitaria.

Durante uno de mis últimos recorridos en la colonia, me acompañaban, como casi en todos mis recorridos y visitas mis amigas, aquellas que celebraban mi gordura. Sol de verano en Monterrey, sofocante, ascendiendo y descendiendo a través de las veredas mitad pavimento y mitad tierra. Íbamos contentos, habíamos acabado con la lista de visitas a pacientes programadas para el día. Muchas de estas pospuestas por el ritmo de consultas acelerado por la pandemia. Entramos a la casa de una de ellas que se dirigió casi de inmediato a su refrigerador para sacar una Coca-Cola de dos litros. Vertió el obscuro líquido en tres vasos y cada uno lo tomamos con avidez. Una vez que tomamos dos vasos cada quien, una de ellas reconoció en mi cara el sentimiento de culpa. — No deberíamos tomar coca doctor, — dijo a punto de soltar una carcajada. — Bueno, eso me lo digo cada tarde que llego a mi casa, pero también cada tarde pienso: pinche chinga, ¿ah poco no me la merezco? — Nos la merecemos, — contestó la otra compañera. El sentimiento de ser merecedor, merecedora de abrazarse al placer de los refrescos y de la comida fue algo que he observado no solo en La Campana, en muchos espacios incluyendo mi vida cotidiana. Pienso en las mujeres, en sus trabajos agobiantes, en el esfuerzo físico de cada día. En la lucha diaria para sobrevivir en una constante contingencia. Pienso en que al llegar de trabajar “formalmente”, esperan otro trabajo igual de demandante. Espacios opresivos donde perderse en la sensualidad del placer del azúcar, de las harinas y de todo lo “prohibido” constituye un importante momento de libertad. Considero que este elemento es fundamental al reflexionar acerca de las transgresiones a las prescripciones alimentarias y sus motivaciones.

Coda: palabras finales

El aspecto fundamental analizado en este trabajo es la medicalización de la vida cotidiana y de los procesos de reproducción social particularmente los alimentarios. Tal y como he argumentado, la llamada “epidemia de la obesidad infantil” constituye un buen objeto de estudio para comprender la manera en que el discurso biomédico se incorpora en la vida cotidiana. Dada su reciente aparición en la discusión pública, la obesidad infantil permite observar nuevas relaciones entre la biomedicina y la población, debido a que es una categoría nosológica representativa de un perfil de salud material y simbólico emergente. Por otro lado, existe un cambio importante en los canales comunicativos entre la institución médica y el público. Actualmente la información se reproduce de manera masiva, rebasando los canales de la institución médica, lo que da lugar a múltiples sujetos discursivos con intereses y formas distintas de apropiarse del discurso biomédico. A su vez, la atención a la obesidad infantil muestra cambios importantes en las políticas de salud del siglo XXI, aunque también nos permite observar continuidades en las explicaciones y estrategias para intervenir en la población formuladas en el siglo XIX y que fueron acuerpadas bajo la noción de “higiene” y “policía médica” respectivamente, sobre todo en la construcción de los sujetos de intervención.

La obesidad constituye más que una patología en sí misma, un nodo que articula entre sí, a partir del concepto del riesgo, distintas “fallas morales” que a su vez sirven como explicaciones de enfermedades asociadas con la alimentación. En este sentido, la dimensión moral constituye un entramado relacional que permite observar la construcción de los sujetos, los argumentos y los supuestos de intervención por parte de la biomedicina y su relación con otras instancias como la policía y el trabajo social, que también intervienen en las prescripciones alimentarias. Los sujetos intervinientes son valorados por la población, que responde activamente ante sus prescripciones. Es decir que la consideración de esta dimensión moral contribuyó a estudiar la agencia de los sujetos en los procesos de medicalización.

Partí de un abordaje semiótico, considerando la reproducción del discurso biomédico y la serie de prescripciones alimentarias contenidas en dicho discurso como objeto de análisis. Esto me llevó a centrar mi atención en los sujetos que intervienen en el proceso de reproducción discursiva, así como

en las continuidades y rupturas que sobrevienen a partir de que estos sujetos discursivos y la población a la que se dirigen, en tanto agentes, valoran, se apropian y articulan distintos discursos a partir de sus intereses situados en la reproducción de la vida cotidiana. A tal efecto, fue el contexto y la forma en que éste incide en la medicalización mi eje analítico y argumentativo. Definí contexto como las condiciones materiales y simbólicas en las que se desarrolla dicha cotidianidad y que determina un marco de interacción entre los sujetos que intervienen en la reproducción del discurso biomédico. A partir de esta definición construí el contexto etnográfico y narrativo a través del concepto de precarización y sus implicaciones en la vida cotidiana, particularmente en la alimentación, las relaciones sociales, el padecimiento, el trabajo, el espacio y el tiempo. La utilización del concepto de precarización me permitió en primer lugar, articular las condiciones materiales de existencia, como determinantes de posibilidades de acceso y consumo alimentarios, con la subjetividad, fundamentalmente los significados, las valoraciones morales y las emociones que se desenvuelven en torno a la alimentación y sus prescripciones. En segundo lugar, me permitió identificar la presencia de la biomedicina como sujeto relevante en la producción del contexto de precarización. Esta participación se logra a través su articulación con diversos sujetos discursivos, desde distintos niveles jerárquicos, en el diseño e implementación de intervenciones en la zona. De esta manera, como ha ocurrido desde el siglo XIX, el discurso biomédico constituye un elemento fundamental para definir a los sujetos de intervención, además de reproducirse a través de apropiaciones que realizan distintos interventores sociales y otros sujetos como el mercado y los medios de comunicación.

La gestión del riesgo de la niñez es clave para comprender las articulaciones entre la intervención social y la forma en que esta asume la responsabilidad individual y la identificación de la pobreza material y moral de las poblaciones precarizadas. En estas poblaciones se agrupan aquellos sectores de la población que conforman el núcleo básico de la intervención: familias de hogares monoparentales, adictos a las drogas, familias sin hogar, población indígena y de manera relativamente reciente, madres que no saben cómo alimentar a sus hijos y niños que no pueden autorregular su consumo alimentario. El concepto de riesgo ha permitido a su vez focalizar la responsabilidad de la situación existencial de las infancias a las madres, de manera

que las intervenciones pedagógicas enfatizan las debilidades morales de estas en la corrección de comportamientos de riesgo. Es así como la promoción de los estilos de vida saludables se entrelaza con la promoción de valores y con otras intervenciones moralizantes.

Como demostré, la población infantil ha incorporado discursivamente los entrecruzamientos entre distintos imperativos morales que asocian la buena alimentación con los comportamientos moralmente aceptables promovidos en el discurso de los estilos de vida saludables y del riesgo. De esta manera, los problemas alimentarios son explicados como efectos de decisiones y comportamientos individuales. Esta formulación desdibuja las dimensiones éticas y colectivas insertas en la alimentación tales como la cooperación o la preocupación por el prójimo (Fullagar, 2012). Sin embargo, como muestro en el trabajo, la percepción del riesgo no es un elemento suficiente para explicar la adopción de las prescripciones alimentarias por parte de la población, ya que estas no necesariamente asumen las experiencias de los sujetos en su cotidiano.

El tránsito hacia una política de individualización de los riesgos sociales tiende a invisibilizar los problemas concretos en un sujeto, para convertirse en el manejo abstracto de los factores de riesgo. La intención es detectar en la abstracción poblacional, comportamientos, individuos, grupos o familias alejados de la norma, para redirigir sus conductas. Es así como el “combate” a la obesidad infantil manifiesta con claridad la transformación de la política orientada a la población infantil recientemente centrada en la acción contra las posibles amenazas. Esta vigilancia que ha sido descrita como difusa, para interpelar la responsabilidad individual constituye el elemento más importante del nuevo modo de gobierno en términos de Lorey (2016). En este sentido, podemos afirmar que las acciones dirigidas para “combatir” la obesidad infantil se encuentran insertas de manera más importante en un proyecto político de control social que en la salud de las poblaciones infantiles (Penna, 2005). En la teoría, las estrategias de vigilancia operan en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana, haciendo que la reproducción social se encuentre totalmente administrada. Sin embargo, este aparente inescapable disciplinamiento se rompe durante su operación en la realidad. Es el mismo contexto de precarización que determina estas rupturas con el discurso biomédico. Aunque esta observación constituye una de las princi-

pales críticas al trabajo de Foucault, por lo general existe poca información empírica respecto a esta contradicción. El abordaje empleado me permitió observar que la continuidad de este disciplinamiento se pierde, en primer lugar, por la extensión de los sujetos involucrados que generan distintas relaciones institucionales y con sus sujetos de intervención. Además de operar de manera relativamente autónoma a la institución médica, los intereses muchas veces contradictorios, a partir de los cuales los distintos sujetos reproducen el discurso biomédico, conforma una polifonía prescriptiva que genera múltiples espacios para la apropiación del discurso biomédico y por lo tanto importantes contradicciones con este.

Es el contexto de precarización el que determina los sujetos involucrados en la medicalización de la zona, además de la forma en que se articulan y negocian. En este sentido, la polifonía presente en la reproducción del discurso biomédico es contextual y obedece a las maneras de definir y diferenciar a las poblaciones. De esta manera, la serie de valoraciones morales que, a partir de ubicarlas como riesgos se realizan en torno a la obesidad, articula en un contexto de precarización, el discurso de la inseguridad, lo que explica la importante presencia policial. Es así que las prescripciones alimentarias para combatir la obesidad infantil ponen de manifiesto el entrelazamiento entre las estrategias de vigilancia institucionales, centradas en la identificación, patologización y posterior exclusión del individuo desviado, y su tránsito a las sociedades de control. En estas últimas el poder se encuentra descentralizado y se convierte en una estrategia de auto disciplinamiento. Las políticas de la prescripción se encuentran justo en el centro de este entramado, permitiendo que operen los dos mecanismos de manera fronteriza, utilizando el concepto de Ajana (2005). Al tiempo que existen estrategias para que la población incorpore la noción del riesgo y las prescripciones de comportamiento formuladas desde la biomedicina, existe una vigilancia intensiva, fundamentada en el discurso de la inseguridad.

Dentro de este contexto etnográfico, construí narrativamente momentos de interacción entre los sujetos prescriptivos presentes en el área de estudio, con la finalidad de situarlos contextualmente. Esto me permitió reconocer la presencia de tres tipos de discursos prescriptivos: restrictivo, selectivo y aquel asociado a la medicamentación. Pese a sus contradicciones, estos discursos presentan tres elementos en común: (1) individualizan el problema,

(2) explican la situación a través de una concepción biológica, haciendo énfasis en lo “natural”, y (3) apelan a una figura de autoridad, particularmente médica. Las discrepancias discursivas entre éstos son articuladas e insertadas en una estructura material y de significación a partir distintas prácticas de apropiación discursiva que son incomprensibles o indeseables para las autoridades sanitarias.

Además de la polifonía, el contexto de precarización determina contradictoriamente imposibilidades para la adopción de prescripciones alimentarias por parte de la población. Una segunda ruptura con el discurso biomédico se manifiesta durante la articulación de las posibilidades materiales que incluyen el acceso al consumo alimentario y la disponibilidad de tiempo, con la subjetividad y la serie de valoraciones dirigidas a los alimentos. Como propongo en este trabajo, en un contexto cargado de imperativos morales que tienden a configurar un sentimiento de opresión y agobio, el placer y el consumo alimentario, se convierte en un espacio de libertad y escape. De la misma manera el incremento del acceso a alimentos y bebidas consideradas no saludables, favorecido por el contexto de precarización, incentiva discontinuidades paradójicas con el discurso biomédico. Como han sostenido Gracia Arnaiz (2007) las rupturas que se generan durante la adopción de las prescripciones biomédicas manifiestan que la alimentación no es exclusivamente un proceso bioquímico de entradas y salidas de energía, como sostiene este discurso, sino una compleja formación socio cultural. De esta forma, los riesgos alimentarios que, desde esta perspectiva son asumidos por individuos y colectivos no son únicamente comportamientos, déficits o desviaciones sujetas a intervención. Más bien, corresponden a toma de decisiones, frecuentemente en conflicto contextual y materialmente situadas.

La racionalidad biomédica ignora profundamente las contradicciones y conflictos que se generan en torno a las prescripciones de vida saludable, el tiempo disponible para llevarlas a cabo y el conjunto de emociones que impregnan la vida cotidiana, el ocio, la alimentación y la convivencia. A menudo, los sujetos tienen que negociar entre estos distintos imperativos sociales, que una racionalidad lineal, tiende a ignorar más allá de la supuesta falta de educación y negligencia personal. Ante el conjunto de emociones y afectos que subyacen en las prácticas alimentarias, el discurso del riesgo moviliza aquel de la culpa, el miedo, la vergüenza y la necesidad del auto disciplina-

miento (Furedi, 1997). Esto supone un rechazo parcial, del discurso biomédico y de las prescripciones alimentarias que propone. En este contexto, puedo señalar algunos motivos para que mis interlocutoras contradigan las prescripciones biomédicas. De manera importante se debe a que éstas no se encuentran articuladas a las atribuciones causales y los riesgos percibidos por ellas en la vida cotidiana. Otro motivo importante es que consideren que las explicaciones planteadas por el personal de salud son incompletas o incluso falsas, lo que hace que se pongan en duda y se desconfíe de las prescripciones alimentarias. En este sentido, ocurre una confrontación con la biomedicina debido al desconocimiento y a la ausencia en su discurso, de las condiciones materiales y simbólicas de la población.

Una tercera ruptura ocurre en las relaciones que se establecen entre la población y la autoridad, que atañe a los sujetos prescriptivos, particularmente los pertenecientes a la institución médica. Por lo que he podido constatar, las experiencias de injusticia son parte del cotidiano de los residentes de La Campana y se presentan marcadamente en las interacciones con el personal de salud. Considero que el contexto de precarización material es un elemento central en la generación una *herida relacional* que enfatiza la profundidad de las desigualdades sociales en las experiencias de los sujetos. Esta herida relacional que constituye una percepción de injusticia y agravio moral en la memoria colectiva de la población explica la percepción del personal de salud como sujetos amenazantes. En este sentido, el personal de salud y sus prescripciones son integradas al conjunto de valoraciones de riesgos que realiza la población para la toma de decisiones en su cotidiano. Esto contribuye a generar desencuentros tales como las negativas a acudir a hospitales públicos, lo cual es frecuente en el barrio de estudio y otras transgresiones al discurso biomédico, incluyendo las prescripciones alimentarias.

Mi posición final al respecto es la siguiente: si bien, coincido con la posición sostenida por algunos autores, expuesta a lo largo de este trabajo, acerca de efecto despolitizador de la biomedicina, no considero su rechazo radical. Sostengo que la medicalización es un fenómeno social y cultural ambivalente. Tanto nocivo, como necesario. ¿Quién no acudiría a la biomedicina ante una emergencia de salud? Las tecnologías y saberes biomédicos son parte también de la lucha colectiva por mejorar las condiciones existenciales de la población. Definitivamente mi carga formativa determina de

cierta manera mis consideraciones. Imposible negarlo, como lo he intentado exponer en este trabajo. Sin embargo, considero que la biomedicina tiene que transformarse y realizar un ejercicio en el que confronte su arrogancia. Transformaciones en la manera en que los agentes de la biomedicina se dirigen a la población son urgentes. Esto atañe a la educación para la salud, la comunicación de riesgos y a espacios de interacción más acotados como puede ser la consulta. De acuerdo a los resultados de esta investigación, para la población estos espacios de interacción no son independientes. La educación para la salud sigue siendo sustantiva, pero debe situarse más en la realidad cotidiana y menos en la carga valorativa con la que parte.

Anexos

Anexo 1: objetivos y estrategias de programas dirigidos a prevenir y atender la obesidad infantil en México.

Nombre del Programa	Dependencia	Año	Objetivo	Estrategia/ Acciones
Norma Oficial Mexicana	Secretaría de la Gobernación	1993 y 2013	Busca establecer los criterios, estrategias y actividades de la operación del personal de salud que promocionan temas de salud escolar en los niveles de educación básica.	Promoción de la salud y prevención de enfermedades en instituciones educativas de nivel básico, medio superior y superior, creando Escuelas Promotoras de la Salud.
Oportunidades	Secretaría de Desarrollo social	2000-2014	Apoyar a las familias en situación de pobreza en tema de educación, salud, y nutrición.	Brindar becas, útiles escolares, despensas y apoyo económico a las familias con niños en edad escolar y en situación de pobreza.
Nutrición en Movimiento	Instituto Nacional de Salud Pública	2007-2011	Brindar información sobre la alimentación, nutrición y actividad física a través de desayunos escolares.	Venta de desayunos escolares dentro de los planteles educativos, además de la realización de activación física y asesoría nutricional.
5 pasos para la salud	Secretaría de salud y Secretaría de Educación	2007-2012	Promover y adaptar una vida saludable.	Implementar en preescolar, primarias y secundarias cinco acciones específicas, ejercicio, toma de agua, comer frutas y verduras, conciencia sobre conductas de riesgo como el sedentarismo y compartir con las personas cercanas a los menores para difundir la información.
Programa Escuela y Salud	Secretaría de Salud	2007-2012	Prevenir, revertir y disminuir el sobrepeso en los alumnos en edad escolar básica.	Busca la modificación de los hábitos en salud, mediante la educación y promoción de buenos hábitos.
Programa Sectorial	Secretaría de salud	2007-2012	Promoción y prevención de la salud y el control de enfermedades.	Promover la prevención de sobre peso y obesidad, diabetes y padecimientos cardio y cerebro-vasculares.
Programa de Promoción de la salud: una nueva cultura.	Secretaría de Salud	2007-2012	Promover una nueva cultura de salud.	Crear una cultura de salud y política pública en salud, vincular con otros programas de control de enfermedades y realizar la rectoría efectiva promoción de la salud.
PREVENISSSTE.	Instituto de seguridad y servicios sociales de los Trabajadores del Estado	2010	Empoderar a sus derechohabientes en la prevención de la obesidad y sobre peso, cáncer y otras enfermedades.	Identificar y atender las principales causas de defunción entre sus derechohabientes, tomando en cuenta enfermedades del corazón, diabetes, y diferentes tipos de cáncer.

Salud para aprender	Gobierno de Nuevo León: SEP Y SSA empresas, medios de comunicación y Universidades	2010	Atacar el sobre peso y la obesidad en las escuelas.	Crear una cultura y educación de salud, entornos seguros mediante certificación de las escuelas y elaboración de campañas preventivas de atención a los estudiantes que lo requieran.
Chécate, mídete, muévete	IMSS (surge de la estrategia de PREVENIMSS)	2013	Concientizar sobre la prevención y fomentar que los derechohabientes se realicen revisiones médicas periódicamente.	Realizar revisiones anuales con el apoyo del área de enfermería, en acciones de educación en salud, nutrición, prevención, protección y detección de enfermedades, y salud reproductiva.
Nutrición en movimiento, padres y maestros	Instituto Nacional de Salud Pública	2013 - 2014	Impulsar el consumo de agua, frutas y verduras, además de la activación física.	Ferias de salud con talleres teóricos y prácticos
Programa de Acción Específico 2013 - 2018: Alimentación y Actividad Física.	Secretaría de salud	2013 - 2018	Mejorar los hábitos alimenticios y la realización de actividad física.	Diffundir la correcta alimentación y la actividad física, realizar campañas educativas de estilos de vida saludable, lactancia materna y alimentación complementaria.
Programa de Entornos y Comunidades Saludables	Secretaría de Salud	2013 - 2018	Mejorar las condiciones de salud y facilitar la evaluación de las actividades.	Llevar a cabo la organización comunitaria, participación social, motivar a los municipios a que se involucren en el desarrollo de proyectos de perspectiva de género que favorezcan a la salud.
Programa de acción específico: Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018.	Secretaría de Salud	2013 - 2018	Promocionar y fortalecer la salud en poblaciones vulnerables, además de incorporar política pública.	Ferias de promoción de salud con migrantes y comunidades indígenas.
Salud en tu escuela	Centro Nacional de Trasplantes, Secretaría de Salud y Secretaría de Educación	2017 - 2018	Promoción y cuidado de la salud en planteles de educación básica y medio superior creando estilos de vida saludables.	Realizar brigadas de salud en primarias, secundarias y preparatorias urbanas y rurales, en donde se realizó con los alumnos medida de talla, peso y masa corporal, agudeza visual y auditiva, además de revisión dental.

Fuente: Elaboración propia con base en una revisión de documentos.

Anexo 2: instrumento de análisis de material visual

1. Número de referencia
2. Fecha
3. Archivo
4. Lugar de origen
5. Tipo
6. Tema
7. Espacio representado
8. Acciones centrales desarrolladas
9. Acciones en fondo
10. Elementos en primer término (objetos o personas)
11. Elementos en fondo
12. Sentidos implícitos (significados que pueden comprenderse únicamente al situarlos en el contexto)
13. Precariedad material-espacial
14. Precariedad política (por ejemplo, pandemia y gestores de la misma)
15. Precariedad laboral
16. Precariedad intersubjetiva
17. Sujetos discursivos
18. Enunciadores (la perspectiva. Pj. Biomedicina/iglesia)
19. Elementos de discurso biomédico
20. Otros elementos (hallazgos emergentes)
21. Narrativa acompañante
22. Observaciones (análisis)

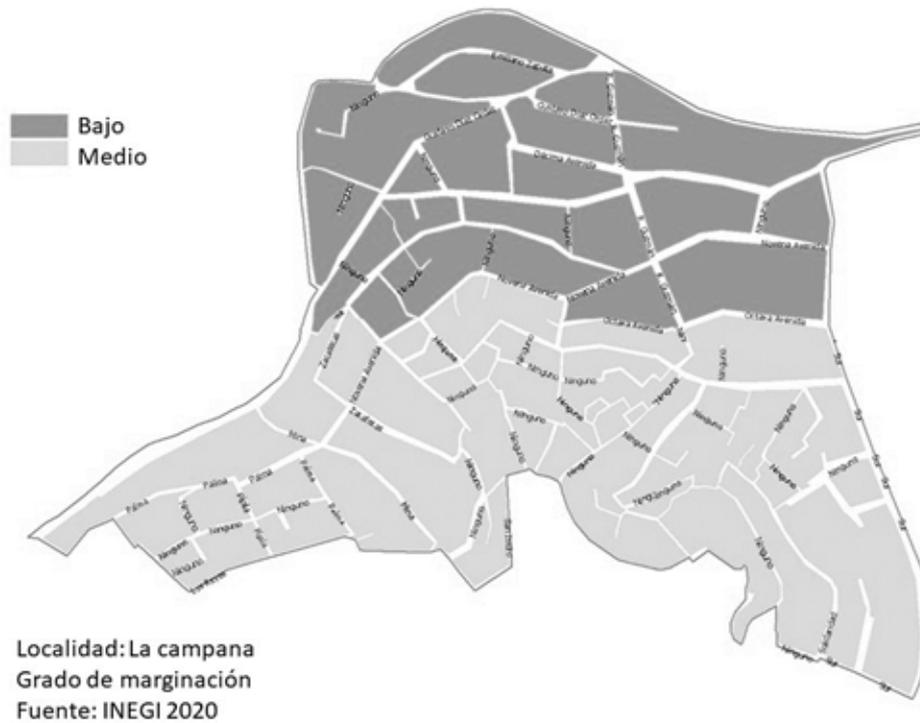
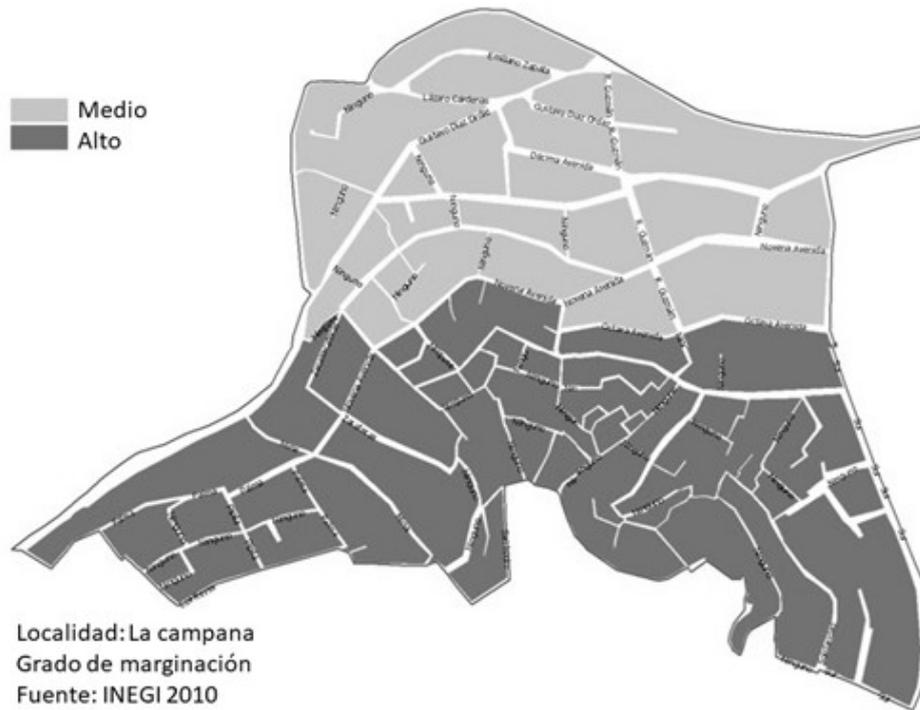
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3: mapa “La Campana” Viviendas habitadas 2010 y 2020.



Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Anexo 3.1: mapa “La Campana” Grado de marginación 2010 y 2020



Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Anexo 4: La Campana. Fronteras simbólicas



Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Anexo 4.1: rango de edades en la colonia la campana

CAMPANA	POBLACION TOTAL	POBLACION 0-14 AÑOS	POBLACION 15-29 AÑOS	POBLACION 30-49 AÑOS	POBLACION 50-59 AÑOS	POBLACION 60 AÑOS Y MÁS
Campana Colombia Baja	2456	573	565	709	256	321
Campana Colombia Alta	2791	642	666	806	302	382
Campana Colosal	485	125	128	133	46	55
Sector Suroriental	369	82	76	109	40	61

Fuente: Elaborado por Eliam López López, a partir de INEGI, 2020.

Anexo 5. Instrumentos utilizados en la intervención escolar

Actividad 1

Me llamo _____
Tengo _____ años

Mis platillos favoritos son _____

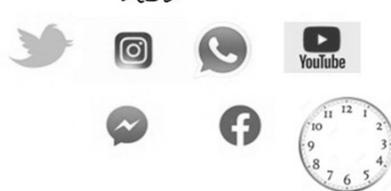
Mi bebida favorita es _____

Vivo con _____

Lo que mas me gusta hacer es _____

Mis programas favoritos son _____

USO



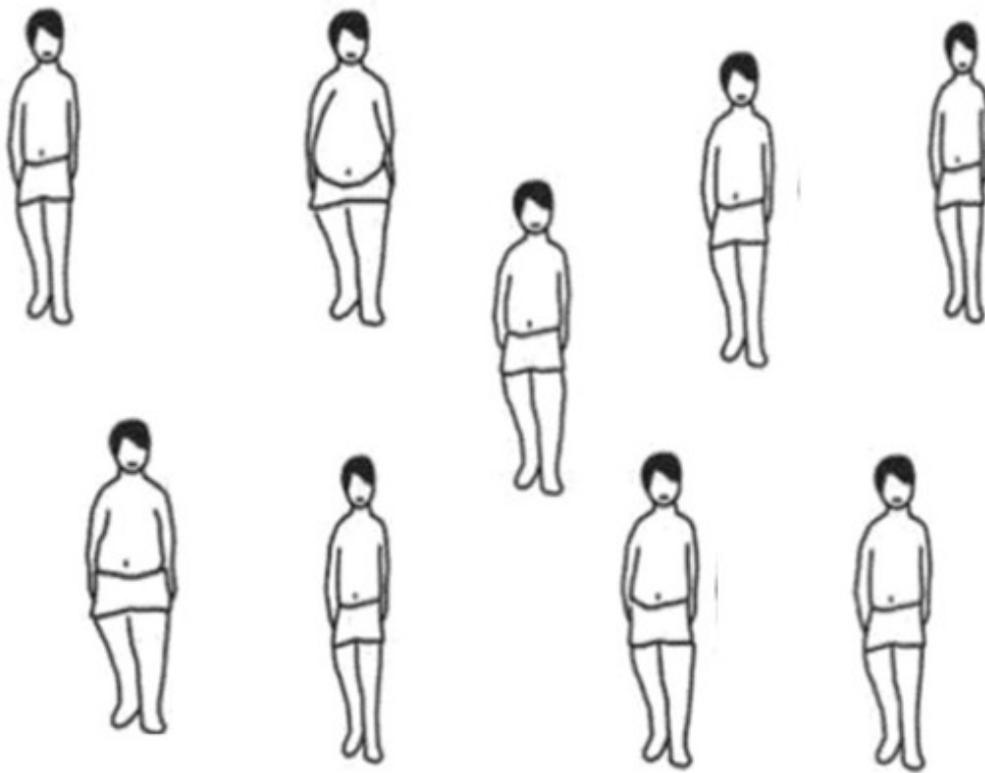
Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Actividad 2



Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Actividad 3



Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Anexo 6: frecuencias alimentos favoritos de los niños

Platillo favorito	Frecuencia
Pizza	13
Hamburguesa y pizza	8
Pizza y espagueti	5
Ensalada y espagueti	1
Espagueti y sopa	1
Flautas	1
Hot dog	1
Papas fritas, pollo kfc y hamburguesa	1
Pizza	1
Pizza y espagueti	1
Pizza y hamburguesa	1
Pizza, tacos a vapor	1
Pizza, torta	1
Pizza, mole, carne asada	1
Pizza, espagueti verde, pure de papa	1
Pollo asado y tamales	1
Espagueti, pizza, tacos a vapor	1
Huevos estrellados	1
No	1
Total	41

Fuente: Elaborado por Eliam López López.

Anexo 6.1 resultados de la actividad desarrollada en primera sesión en intervención escolar

Categoría	Concepto	5to año	6to año	Total
	Cantidad Alumnos	27	15	42
Edad	10 años	22	0	22
	11 años	5	11	16
	12 años	0	4	4
Tipo de familia	Familia Biparental	10	9	19
	Familia Monoparental	4	0	4
	Familia Extendida	11	6	17
	Sin dato	2	0	2
Lo que me gusta hacer	Celular, videos	2	2	4
	Estudiar	1	2	3
	Jugar (futbol, parque)	14	6	20
	Leer, dibujar	6	1	7
	Ver televisión	0	1	1
	Videojuegos	1	3	4
	Ninguna	3	0	3
Programas favoritos	Caricaturas	9	2	11
	Películas	0	1	1
	Programas locales	3	3	6
	Series	3	7	10
	Telenovelas	5	2	7
	Ninguno	7	0	7
Tiempo que le dedican	Menos de 1 hora	0	3	3
	1 hora	10	7	17
	Más de 1 hora	11	4	15
	Ninguno	6	0	6
Platillo Favorito	Pizza	11	3	14
	Pizza y Espagueti	7	0	7
	Pizza y hamburguesa	1	8	9
	Otros (ensalada, flautas, mole, carne asada, pure de papa, pollo, tamales, tacos)	8	5	13
Bebida favorita	Agua de sabor (Jamaica, limón, melón, sandía)	14	3	17
	Agua Natural	1	3	4
	Jugo	2	1	3
	Refresco	4	3	7
	Refresco y agua de sabor	2	2	4
	Refresco y jugo	2	3	5
	Refresco y licuado	1	0	1
	Ninguno	1	0	1

Postres favoritos	Chocolates	3	0	3
	Dulces	1	0	1
	Fruta	5	0	5
	Gelatina	1	0	1
	Helado / Nieve	2	4	6
	Pasteles / Hotcacks	11	8	19
	Ninguno	4	3	7
Redes sociales*	Facebook	13	8	21
	Messenger	13	5	18
	YouTube	20	11	31
	WhatsApp	12	5	17
	Instagram	2	1	3
	Twitter	3	0	3
	Ninguna	6	3	9

Referencias bibliográficas

- ABADIA, César Ernesto y OVIEDO, Diana Goretty (2010) “Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 9, N° 18, pp. 86-102.
- AGAMBEN, Giorgio (2011) “¿Qué es un dispositivo?”, *Revista Sociológica, México*, vol. 26 núm. 73, pp. 249-264.
- AGOSTONI, Claudia (2007) “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, *Revista Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, (33), pp. 89-120.
- AGUILAR RODRÍGUEZ, Sandra (2008) “Alimentando a la nación: género y nutrición en México (1940–1960)”, *Revista de Estudios Sociales*, vol. 29, pp. 28-41.
- AJANA, Btihaj (2005) “Surveillance and biopolitics”, *Electronic Journal of Sociology*, 7, pp. 1-15.
- ALYANAK, Oğuz (2020) “Faith, politics and the COVID-19 pandemic: The Turkish response”, *Revista Medical Anthropology*, vol. 39, N° 5, pp. 374-375.
- AMUTA, Ann; BARRY, Adam y LISAKO MCKYER, Ellisa (2015) “Risk perceptions for developing type 2 diabetes among overweight and obese adolescents with and without a family history of type 2 diabetes”, *Revista American journal of health behavior*, vol. 39, N° 6, p. 786-793.
- ANDERSON, Lindsey; BROWN, James Pr; CLARK, Alexander M; DALLAL, Hasnain; ROSSAU, Henriette; BRIDGES, Charlene; TAYLOR, Rod S (2017) “Patient education in the management of coronary heart disease”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N° 6.
- ARANCETA, Javier *et al.* (2009) “Prevention of overweight and obesity from a public health perspective”, *Revista Nutrition reviews* vol. 67, pp. 83-88.
- ARCAN, Chrisa *et al.* (2018) “Somali, Latino and Hmong parents’ perceptions and approaches about raising healthy-weight children: a community-based participatory research study”, *Revista Public health nutrition*, vol. 21, N° 6, pp. 1079-1093.
- ARMSTRONG, David (1983) *Political Anatomy of the Body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Great Britain: Cambridge University Press.

- AUSTIN, John Langshaw (1990) *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- BACKET, Kathryn (1992) “Taboos and excess: lay health moralities in middle class families”, *Revista Sociology of health & illness*, N° 14 (2), pp. 255-274
- BAJTÍN, Mijail Mijailovich (1974) *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*. España: Barral Editores.
- _____ (1982) *Estética de la creación verbal*. Argentina: Siglo XXI.
- _____ (2010) *The dialogic imagination: Four essays*, vol. 1, Texas: University of Texas, Press.
- BAUMAN, Zygmunt (2015) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, vol. 302484. España: Gedisa.
- BECK, Ulrich (2019) *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- BIANCHI, Eugenia (2019) “(Bio) medicalización en los “extremos” de la vida: tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento”, *Revista Athenea digital*, vol. 19, núm. 2, pp. e2309-e2309
- BLAXTER, Mindred (2003) *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- BRIGGS, Charles Leslie (2003) “Why Nation-States and Journalists Can’t Teach People to Be Healt: power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses hy on Health”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, N° 3, pp. 287-332.
- _____ (2005) “Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”, *Revista de antropología social*, vol. 14, pp. 101-124.
- BROWNER, Carole y PREDD, Nancy (1996) “The production of authoritative knowledge in American prenatal care”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, N° 2, pp. 141-156.
- CABELLO Garza, Martha Leticia y DE JESÚS, Reyes David (2011) “Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos”, *Revista salud pública y nutrición*, vol. 12, N° 1, pp. 1-16
- CALSAMIGLIA, Helena y TUSÓN, Amparo (1999) *Las cosas del decir: manual de análisis del discurso*. España: Ariel.
- CAMERON, Adrián; MAGLIANO, Dianna y SÖDERBERG, Stefan (2013) “A systematic review of the impact of including both waist and hip

- circumference in risk models for cardiovascular diseases, diabetes and mortality”, *Revista Obesity Reviews*, vol. 14, N° 1, pp. 86-94.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel (2019) *La medicalización como trasfondo de la intervención social*. Argentina: Margen.
- CARPENTER, Delesha M, GERYK, Lorie L; CHEN, Annie T; NAGLER, Rebekah H; DIECKMANN, Nathan F; HAN, Paul K J (2016) “Conflicting health information: a critical research need”, *Revista Health Expectations*, vol. 19, N° 6, pp. 1173-1182.
- CASTEL, Robert (2004) *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Argentina: Manantial.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago (2012) “*Historia de la gubernamentalidad*”, Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- CERDA, Patricia Lilian; ALVARADO, José Gregorio Jr; ROMANO, Alejandro; ROCHA, Guillermo; CASTILLO, María Guadalupe; ALVAREZ, Javier; CERDA, Emma; GARZA, María Rosalía; ESPARZA, Francisco Alan; CAMPOS, Laura Lizeth; GARZA, Juan Antonio; SERNA, Agustín; SCHAEFFER, Satu Elisa; ESPINOSA, Juan Carlos; SILVA, Roberto; OCHOA, María Emma; CERDA, Irma; CABRERA, Víctor Jaime (2013) *Percepción y realidad del secuestro en Nuevo León: una visión multidisciplinaria en el diagnóstico de rutas, perfiles y zonas detectadas para su prevención y tratamiento*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- DE CERTEAU, Michel (1996) *La invención de lo cotidiano I: artes de hacer*. I, vol. 1. México: Universidad Iberoamericana.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2009) *Índice de marginación urbana 2005*, México, Distrito Federal.
- _____ (2020) *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2020*, Ciudad de México.
- COLLIPAL, Erika; SILVA, Hector; VARGAS, Rodrigo; MARTÍNEZ, Cristian (2006) “Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile”, *Revista International Journal of Morphology*, vol. 24, núm. 2, pp. 259-262.
- CONRAD, Peter (1992) “Medicalization and social control”, *Revista Annual review of Sociology*, vol. 18, N° 1, pp. 209-232.
- _____ (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- COOPER, Amy (2015) "The doctor's political body: doctor-patient interactions and sociopolitical belonging in Venezuelan state clinics", *Revista American Ethnologist*, vol. 42, N° 3, pp. 459-474.
- COVENEY, John (2006) *Food, morals and meaning: the pleasure and anxiety of eating*. Londres: Routledge.
- COVENEY, John y BUNTON, Robin (2003) "In pursuit of the study of pleasure: implications for health research and practice", *Revista Health*, vol. 7, N° 2, pp. 161-179.
- DAVIDSON, Charlie; SMITH, George Davey y FRANKEL, Stphen (1991) "Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education", *Revista Sociology of Health and Illness*, vol. 13, N° 1, pp. 1-19.
- DAVIDSON, Charlie; FRANKEL, Stphen y SMITH, George Davey (1992) "The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention", *Revista Social science & medicine*, vol. 34, N° 6, pp. 675-685.
- DE JESÚS, David y GARAY, Sagrario (2017) *Panorama de la Seguridad Pública en Nuevo León*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- DONZELOT, Jacques (2008) *La policía de las familias: familia, sociedad y poder*. Argentina: Nueva Visión.
- DORRESTEIJN, Johannes; KRIEGSMAN, Didi Mw; ASSENDELFT, Willem J J; VALK, Gerlof D. (2014) "Patient education for preventing diabetic foot ulceration", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N° 12.
- DOUGLAS, Mary (1966) *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. Londres: Routledge.
- _____ (2002) *Risk and blame*. Londres: Routledge.
- _____ (2003) *Natural symbols*. Londres: Routledge.
- DREWNOSKY, Adam (2012) "The economics of food choice behavior: why poverty and obesity are linked", *Revista Obesity Treatment and Prevention: New Directions*, Karger Publishers, vol. 73, pp. 95-112.
- DREWNOWSKI, Adam y DAMON, Nicole (2005) "Food choices and diet costs: an economic analysis", *Revista The Journal of nutrition*, vol. 135, núm. 4, pp. 900-904.
- DUCROT, Oswald (1986) *El decir y lo dicho: polifonía de la enunciación*. Barcelona: Paidós.

- DUPERREX, Oliver; BLACKHALL, Karen; BURRI, Mafalda; JEANNOT, Emilien (2009) "The effect of educating children and adolescents on preventing dog bite injuries", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N° 2.
- DURIN, Séverine (2017) *Yo trabajo en casa: trabajo del hogar de planta, género y etnicidad en Monterrey*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- ESCUADERO, Lucrecia (2020) "Antropología Cultural del Meme COVID-19: estrategias de comunicación entre epidemia y pandemia", *Revista Textos y Contextos desde el sur*, pp. 157-177.
- ESPINOSA, Luna Carolina y RAMÍREZ, Liliana (2021) Microsistemas de interacción: agresiones al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 en México. *Revista MAD*, vol. 45, pp. 46-59.
- FALK, Pasi (1994) *The consuming body*. Vol. 30, Sage.
- FARMER, Paul (1996) "On suffering and structural violence: a view from below", *Revista Daedalus* vol. 125, núm. 1, pp. 261-283.
- _____ (2001) "Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes", *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19, núm. 2, pp. 111-126.
- FASSIN, Didier (2008) "Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud", en Menéndez, E. y Spinelli, H., *Participación social: ¿para qué?* (pp. 165-180). Buenos Aires: Lugar Editorial,
- FELDMAN Savelsberg; FLAVIEN, Pamela y SCHMIDT, Ehry Bergis (2000) "Sterilizing vaccines or the politics of the womb: retrospective study of a rumor in Cameroon", *Revista Medical anthropology quarterly*, vol. 14, núm. 2, pp. 159-179.
- FERNÁNDEZ, Celina (2018) *Voces de la campana Barrio Esperanza: La experiencia de crear comunidad*. México: Independiente.
- FONNER, Virginia A; DENISON, Julie; KENNEDY, Caitlin E; O'REILLY, Kevin; SWEAT, Michael (2012) "Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, num. 9.
- FOSTER, George (1987) "World Health Organization behavioral science research: problems and prospects", *Revista Social Science & Medicine*, vol. 24, núm. 9, pp. 709-717.

FOUCAULT, Michel (2008a) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Vol. 1. Argentina: Siglo XXI.

_____ (2008b) *Seguridad, territorio, población*, vol. 265. México: AKAL.

FREEMAN, Daniel; WAITE, Felicity; ROSEBROCK, Laina; PETIT, Ariane; CAUSIER, Chiara; EAST, Anna; JENNER, Lucy; TEALE, Ashley-Louise; CARR, Lydia; MULHALL, Sophie; BOLD, Emily; LAMBE, Sinéad (2020) “Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England”, *Revista Psychological Medicine*, N° 52, pp. 3116-3126.

FREYERMUTH, Graciela María (2003) *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Ciudad de México: CIESAS, Miguel Ángel Porrúa.

_____ (2016) “Determinantes sociales en la mortalidad materna en México”, *Revista Conamed*, vol. 21, núm. 1, pp. 25-32.

FREYERMUTH, Graciela María; MEZA, José Alejandro (2022) Sujetos de y en riesgo durante la pandemia. Análisis de las inferencias realizadas por personal de salud respecto a la aceptación de la vacunación contra el SARS-Cov-2 , *Revista Altera*, N° 14, pp. 1-22

FULLAGAR, Simone (2012) “Governing healthy family lifestyles through discourses of risk and responsibility.”, *Revista Biopolitics and the Obesity Epidemic*. Routledge, pp. 116-134.

FUREDÍ, Frank (1997) *Culture of Fear: Risk Taking and the Morality of Low Expectation*. Londres: Cassell.

GAINES, Atwood y DAVIS, Robbie (2004) “Biomedicine”, *Revista Encyclopedia of Medical Anthropology: health and Illness in the World's Cultures*, vol 1, pp. 95-109.

GARD, Michael (2011) “Truth, belief and the cultural politics of obesity scholarship and public health policy”, *Revista Critical Public Health*, vol. 21, num. 1, pp. 37-48.

GARD, Michael; WRIGHT, Jan (2005) *The obesity epidemic: science, morality and ideology*. Londres, Routledge.

GLUCKMAN, Max (1963) “Papers in honor of Melville J. Herskovits: gossip and scandal”, *Revista Current anthropology*, vol. 4, N° 3, pp. 307-316.

- GOBIERNO DE NUEVO LEÓN (2010) *Salud para Aprender*. Disponible en de <https://www.nl.gob.mx/es/taxonomy/term/676>. Fecha de consulta, 2/9/2020.
- GOFFMAN, Erving (1989) “*On fieldwork*”, Revista *Journal of contemporary ethnography*, vol. 18, núm 2, p. 123-132.
- GÓMEZ, Santiago (2012) *Historia de la gubernamentalidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- GONZALEZ DE LA ROCHA, Mercedes (2005). “Familias y política social en México. El caso de Oportunidades”, en Arriagada, Irma (ed) *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social*, Santiago de Chile, UNFPA- CEPAL.
- GOOD, Byron Joseph (1993) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- GRACIA ARNAIZ, Mabel (2007) “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario”, *Revista Salud pública de México*, vol. 49, núm. 3, pp. 236-242.
- GRANJA, Josefina (2009) “Contar y clasificar a la infancia: las categorías de la escolarización en las escuelas primarias de la Ciudad de México 1870-1930”, *Revista mexicana de investigación educativa*, vol. 14, núm. 40, pp. 217-254.
- GRANT, Martha (1952) “Influencia de las costumbres y creencias populares en los servicios de un centro de salud”, *Revista Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 33, núm. 4.
- GUBER, Rossana (2004) *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- HARRIS, Marvin (2009) *Bueno para comer*. España: Alianza.
- HEBLE, Ajay (2013) *Landing on the wrong note: Jazz, dissonance, and critical practice*. Londres: Routledge.
- HELMAN, Cecil (2007) *Culture, health and illness*. Florida: CRC press.
- HERKOVITS, Damián (2008) *La construcción de la malnutrición Infantil: una etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: CEDES.
- HO, Mandy; GARNETT, Sarah; BAUR, Louise; BURROWS, Tracy; STEWART, Laura; NEVE, Melinda; COLLINS, Clare (2012) Effectiveness

of lifestyle interventions in child obesity: systematic review with meta-analysis. *Revista Pediatrics*, N°130 (6), pp. 1647-1671.

HONNETH, Axel (2010) *Reconocimiento y menosprecio, Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Madrid: Katz Editores.

HOSSAIN, Mohammad Sorawar; SIDDIQEE, Mahbubul H; FERDOUS, Shameema; FARUKI, Marzia;

HYMAN, Deborah; HERMAN, Leanna J; SCOTT, Dawnavan; SCHLUNDT (2000) “Care giver perception of children’s obesity-related health risk: a study of African American families”, *Revista Obesity research*, vol. 8, N° 3, p. 241-248.

ILLICH, Iván (1975) *Némesis médica. La expropiación de la Salud*. Barcelona: Varral Editores.

_____ (2002) *Obras reunidas. I*. México: Fondo de Cultura Económica.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2013) *Chécate, Mídete, Muévete* [campana multimedia]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=i3psbgRjQZE>. Fecha de consulta, 2/9/2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Geografía (INEGI) (2010) *Censo de Población y Vivienda 2010*, Mapa Digital de México.

_____ (2020) *Censo de Población y Vivienda 2020*. Mapa Digital de México.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2007–2011) *Nutrición en Movimiento*. Disponible en <https://www.nutricionenmovimiento.org.mx/dif/images/Intervencionpiloto.pdf>. Fecha de consulta, 5/9/2020.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (2013–2014) *Nutrición en movimiento: padres y maestros*. En *Scaling Up Nutrition Movement, Informe anual 2017*. Disponible en <https://scalingupnutrition.org/sites/default/files/2022-07/SUN-Progress-Report-2017-ESP.pdf>. Fecha de consulta, 8/9/2020.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (2010) *PrevenISSSTE: PREVENISSSTE Cerca de Ti*. Disponible en <https://es.scribd.com/document/63496984/3-PrevenISSSTE-Cerca-de-Ti>. Fecha de consulta, 4/9/2020.

JAHAN, Rifat; SHAHIK, Shah Md; RAHEEM, Enayetur; OKELY, Anthony D. (2019) “Is childhood overweight/ obesity perceived as a health prob-

- lem by mothers of preschool aged children in Bangladesh? A community level cross-sectional study”, *Revista International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, núm. 2, pp. 202.
- JOFRE, Mireia, SERRA Victoria y VANDOROS Sotiris (2018) “The impact of the Great Recession on health-related risk factors, behaviour and outcomes in England”, *Revista Social Science & Medicine*, vol. 197, pp. 213-225.
- JURADO, Mario Alberto (2001) “Flexibilidad y estrategias laborales de los profesionistas en la Zona Metropolitana de Monterrey” *Revista Frontera Norte*, vol. 13, pp. 47-85.
- KAFKA, Franz (2006) *El proceso*. Argentina: Ediciones Colihue SRL.
- KER, Katharine; ROBERTS, Ian G; COLLIER, Timothy; BEYER, Fiona R; BUNN, Frances; FROST, Chris (2003) “Strong evidence that advanced and remedial driver education does not reduce road traffic crashes or injuries”, *Cochrane Database Syst Reviews* 2003. N° 3, Art CD003734
- KEW, Kayleigh; CARR, Robin; DONOVAN, Tim; GORDON, Morris (2017) “Asthma education for school staff”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N° 4.
- KUIPERS, Joel (1989) “Medical discourse” in anthropological context: views of language and power”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, pp. 99-123
- LAGARDE, Marcela (2016) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI.
- LAHIRE, Bernard (2004) *La culture des individus: dissonances et distinction de soi*. Paris, Éd. La Découverte, coll. Textes à l'appui/ Laboratoire des sciences sociales.
- LAURELL, Asa Cristina y MARQUEZ, Margarita (1983) *El desgaste obrero en México: proceso de producción y salud*. México: Ediciones Era.
- LAZZARATO, Maurizio (2006) *Biopolítica. Estrategias de gestión y agenciamientos de creación*. Bogotá: Universidad Central IECOSO, Se Cauto Fundación.
- LE BRETON, David (1999) *Las pasiones ordinarias*. Argentina: Antropología de las emociones.
- LEVI-STRAUSS, Claude (1968[1964]) *Mitológicas I: lo crudo y lo cocido*. México: Fondo de Cultura Económica.

- LORENZO, María Dolores (2018) «Las trabajadoras sociales en la década de 1930. Asistir a los pobres y servir al Estado», *Revista Historia mexicana*, vol. 68, núm. 2, pp. 713-746.
- LOREY, Isabell (2016) *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- LOVEMAN, Emma; AL-KHUDAIRY, Lena; JOHNSON, Rebecca; ROBERTSON, Wendy; COLQUITT, Jill L; MEAD, Emma L; ELLIS, Louisa J; METZENDORF, Maria-Inti; REES, Karen (2015) “Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N° 12.
- LUMBIGANON, Pisake; MARTIS, Ruth; LAOPAIBOON, Malinee; FESTIN, Mario R; HO, Jacqueline J; HAKIMI, Mohammad (2012) “Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration”, *Cochrane Database Syst Reviews*, N° 9. Disponible en: Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration - Lumbiganon, P - 2011 | Cochrane Library
- LUPTON, Deborah (1993) “Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health”, *Revista International journal of health services*, vol. 23, N° 3, pp. 425-435.
- _____ (1997) “Foucault and the medicalization critique” en *Foucault, Health and Medicine*. Londres: Routledge
- _____ (1999) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge University Press.
- _____ (2012) “M-health and health promotion: the digital cyborg and surveillance society”, *Revista Social Theory & Health*, vol. 10, N° 3, pp. 229-244.
- _____ (2013) *Risk*. Londres: Routledge.
- LUTZ, Andrea (2020) “Internalising dietary norms and transforming food practices: social inequalities in the management of childhood obesity”, *Revista Health Sociology Review*, vol. 29, N° 1, pp. 16-30.
- LUTZ, Catherine. A. (2011) *Unnatural emotions*. University of Chicago Press.
- MANCINAS, Sandra Elizabet (2023) Politizar las emociones en la práctica de trabajo social, en “*Desafíos contemporáneos en la formación y el ejercicio profesional de trabajo social*”. México: Universidad de Guadalajara.

- MARCUS, George (2018) “Etnografía Multisituada. Reacciones y potencialidades de un Ethos del método antropológico durante las primeras décadas de 2000”, *Revista Etnografías Contemporáneas*, vol. 4, núm. 7.
- MARTÍNEZ, Ángel (2008) “Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad” *Revista Antropología médica*, núm. 306, pp. 1-207.
- MARTÍNEZ, Mónica Minerva (2021) *Narrativas, experiencias y significados de los padecimientos en indígenas nahuas y mixtecos residentes en la Zona Metropolitana de Monterrey*. Tesis de maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, Monterrey, Nuevo León.
- MENDENHALL, Emily; SELIGMAN, Rebecca A; FERNANDEZ, Alicia; JACOBS, Elizabeth A (2010) Speaking through diabetes: rethinking the significance of lay discourses on diabetes”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 24, N° 2, pp. 220-239.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luis (1981) *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, CIESAS.
- _____ (1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- _____ (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, *Revista Estudios sociológicos*, p. 37-67
- _____ (2009) *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, Eduardo Luis y DI PARDO, Renée (2009) *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENESES, Sergio, MELÉNDEZ, David y MEZA, José Alejandro (2018) “Contraceptive counseling and family planning services in the Chiapas highlands: challenges and opportunities for improving access for the indigenous population”, en Schwartz, D. (eds) *Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity Among Indigenous Women of Mexico and Central America* (pp. 271-300). Springer: Cham.
- MERCADO, Francisco y RAMOS, Igor Marrin (2002) “Diabetes: the layperson’s theories of causality”, *Revista Qualitative Health Research*, vol. 12, N° 6, pp. 792-806.

- MEZA, José Alejandro (2020) "Risk perception, coronavirus and precariousness. A reflection on fieldwork under quarantine", *Revista Health Sociology Review*, vol. 29, N° 2, pp. 113-121.
- _____ (2021) "Prescripciones alimentarias y límites de la medicalización: polifonía y utilización de medios de comunicación en una población urbana de México", *Revista Saúde e Sociedade*, vol. 30, núm. 1, pp. 1-11.
- MEZA, José Alejandro, MANCINAS, Sandra Elizabet y FREYERMUTH, María Graciela (2021) "Plan de acción comunitario: una propuesta de intervención desde el diálogo con los actores que atienden y enfrentan la pandemia", *Revista de Trabajo Social*, vol. 24, pp. 24-43.
- MINTZ, Sidney Wilfred (1996) *Dulzura y poder: el lugar del azúcar en la historia moderna*. México: Siglo XXI.
- MOFFAT, Tina (2010) "The childhood obesity epidemic: health crisis or social construction?", *Revista Medical anthropology quarterly*, N° 24 (1), pp. 1-21.
- MONTAÑO, Carlos (2000) "El debate metodológico de los 80/90. El enfoque ontológico versus el abordaje epistemológico", *Revista Metodología y servicio social hoy en debate*, pp. 9-33
- MONTESI, Laura (2017) "Ambivalent food experiences: healthy eating and food changes in the lives of Ikojts with diabetes", *Revista International Review of Social Research*, vol. 7, N° 2.
- MORALES, Magdalena del Carmen (2019) "La medicalización y la autonomía: etnografía de experiencias maternas en Chiapas", Tesis para obtener el grado de doctorado en Antropología Social, CIESAS.
- MORUNO, Jorge (2018) *No tengo tiempo: geografías de la precariedad*, vol. 65. España: Ediciones Akal.
- MULLEN, Kenneth (1992) A question of balance: health behaviour and work context among male Glaswegians", *Revista Sociology of Health and Illness*, vol. 14, N° 1, pp. 73-97.
- NAVAS, Julia (2008) "La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural", *Revista Española de nutrición comunitaria*, N° 14 pp. 22-28.
- NELKIN, Dorothy (1989) "Communicating technological risk: the social construction of risk perception", *Revista Annual review of public health*, vol. 10, N° 1, pp. 95-113.
- NESTLE, Marion (2018) *Unsavory truth: how food companies skew the science of what we eat*. New York: Basic Books.

- NICHTER, Mark (1981) “Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India”, *Revista Culture, medicine and psychiatry*, vol. 5, N° 4, pp. 379-408.
- _____ (2006) “Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica”, *Revista Desacatos*, núm. 20, pp. 109-132.
- NISHIJIMA, Yuri y BLIMA, Lilia (2016) “El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea”, *Revista Salud colectiva*, vol. 12, pp. 9-21.
- NÚÑEZ, Hilda Patricia (2007) “Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica”, *Revista Educación*, vol. 31, núm. 1, pp. 145-164.
- NÚÑEZ, Hilda Patricia; CAMPOS, Natalia; ALFA Flory Virginia; HOLST, Ileana (2013) “Las creencias sobre obesidad de niños y niñas en edad escolar y las de sus progenitores.”, *Revista Actualidades investigativas en educación*, vol. 13, N° 2, pp. 01-30.
- OLVERA, José Juan (2005) *Colombianos de Monterrey: origen de un gusto musical y su papel en la construcción de una identidad social*, Monterrey, Nuevo León, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Fondo Estatal para la Cultura y las Artes.
- OMS (1969) *Actividades de la OMS en 1968: informe anual del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*, Organización Mundial de la Salud.
- _____ (2012) *Educación para la salud. Manual sobre la educación sanitaria en atención primaria de salud*. Organización Mundial de la Salud.
- ORLOFF, Ann (1996) “Gender in the welfare state”, *Revista Annual review of sociology*, vol. 22, N°. 1, pp. 51-78.
- OSORIO, Rosa María (2001) “Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles”, *Revista Salud Pública de México*, Vol 45 N° 5, pp. 415-416.
- OVEJERO, Anastasio (1993) “La teoría de la disonancia cognoscitiva”, *Revista Psicothema*, vol. 5, núm. 5, pp. 201-206.
- OYEWANDE, Azeezat; ADEMOLA, Amosu; OKUNEYE, Taofik; SANNI, Felix O; HASSAN, Aderinola; OLAIYA, Paul (2019) “Knowledge, attitude and Perception regarding risk factors of overweight and obesity among secondary school students in Ikeja Local Government Area, Nigeria”, *Revista Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, núm. 4, pp. 1391.

PAHUS, Laurie; SUEHS, Carey Meredith; HALIMI, Laurence; BOURDIN, Arnaud; CHANEZ, Pascal; JAFFUEL, Dany; MARCIANO, Julie; GAMEZ, Anne-Sophie; VACHIER, Isabelle; MOLINARI, Nicolas (2020) “Patient distrust in pharmaceutical companies: an explanation for women under-representation in respiratory clinical trials?”, *Revista BMC medical ethics*, vol. 21, núm. 1, pp. 1-8.

PALACIOS, Lylia y LAMANTHE Annie (2010) “Paternalismo y control: pasado y presente en la cultura laboral en Monterrey”, en Luis Portales (Ed.), *Cuando México enfrenta la globalización: permanencias y cambios en el área metropolitana de Monterrey* (pp. 321-344) Universidad Autónoma de Nuevo León: UANL.

PARTON, Nigel (1998) “Risk, advanced liberalism and child welfare: the need to rediscover uncertainty and ambiguity”, *Revista British Journal of Social Work*, vol. 28, N° 1, pp. 5–27.

PENNA, Sue (2005) “The Children Act 2004: Child protection and social surveillance”, *Revista Journal of Social Welfare and Family Law*, 27(2), pp. 143-157.

POLGAR, Steven (1963) “Health action in cross-cultural perspective”, *Revista Handbook of medical sociology*, vol. 1, pp. 397-419.

POP, Cristina (2016) “Locating purity within corruption rumors: narratives of HPV vaccination refusal in a peri-urban community of southern Romania”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 30, N° 4, pp. 563-581.

PORTAL, María Ana y ZIRIÓN, Antonio (eds.) (2019) *Periferias: antropologías en los límites de la ciudad y la cultura*. Universidad Autónoma Metropolitana: Unidad Iztapalapa.

QUINTANA TORRES, Javier Iván (2016) *Las cuidadoras de niños y niñas con diagnóstico de obesidad en Hermosillo, Sonora: un estudio cualitativo con población atendida en la CONHIES*. Tesis de maestría en Ciencias Sociales en la línea de investigación Estudios Socioculturales de Salud, El Colegio de Sonora.

REBHUN, Linda Anne (1994) “Swallowing frogs: anger and illness in northeast Brazil”, *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 8, N° 4, pp. 360-382.

REICHOW, Brian; BARTON, Erin; BOYD, Brian A; HUME, Kara (2012) “Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with au-

- tism spectrum disorders (ASD)”, *Cochrane database of systematic reviews*, disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub2>.
- RIVERS, William Halse (1999) *Medicine, magic and religion: the fitzpatrick lectures delivered before the royal college of physicians in London in 1915-1916*. Londres: Routledge.
- RODRÍGUEZ, Héctor y KINTO Manuel (2010) Precariedad laboral en el mercado de trabajo del Área Metropolitana de Monterrey, en Palacios, L. et al., *Cuando México enfrenta la globalización: permanencias y cambios en el área metropolitana de Monterrey* (pp. 345-372). Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL.
- ROSE, Nikolas (2007) “Beyond medicalisation”, *Revista The Lancet*, vol. 369, N° 9562, pp. 700-702.
- ROSEN, George (1985) *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI.
- ROSNOW, Ralph (1988) “Rumor as communication: a contextualist approach”, *Revista Journal of Communication*, vol. 38, N° 1, pp. 12-28.
- RUBEL, Arthur J (1960) Concepts of Disease in Mexican-American Culture 1”, *Revista American Anthropologist*, vol. 62, num. 5, pp. 795-814.
- SALLIS, James; NEVILLE, Owen y FISHER, Edwin (2015) “Ecological models of health behavior”, *Revista Health behavior: theory, research, and practice*, vol. 5, N° 43-64.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987) “The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology”, *Revista Medical anthropology quarterly*, vol. 1, N° 1, pp. 6-41.
- SCOTT, James (2004) *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Ediciones Era.
- SHAH, Anupa; BLACKHALL, Karen; KER, Katherine; PATEL, Daksha (2009) “Educational interventions for the prevention of eye injuries”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006527.pub3>.
- SECRETARÍA DE SALUD (SS) (2013) *Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*, Ciudad de México, Gobierno De La República, Secretaría De Salud.
- _____ (2017) *Modelo Educativo. Salud en tu escuela*, Ciudad de México, Gobierno de la República, Secretaria de Educación Pública, Secretaría de salud.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA Y SECRETARÍA DE SALUD (SEP Y SS) (2010) *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad Programa de Acción en el Contexto Escolar*, Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA & SECRETARÍA DE SALUD (2007–2012) *Estrategia 5 pasos por tu salud escolar*. Disponible en https://sep.gob.mx/work/appsite/basica/estrategia_5_pasos.pdf. Fecha de consulta, 2/9/2020.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (s. f.) *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. Disponible en <https://www.bienestar.gob.mx/.../oportunidades.pdf>. Fecha de consulta, 25/9/2020.

SECRETARÍA DE SALUD (1993) *NOM-009-SSA2-1993, Fomento a la salud del escolar*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de archivo histórico

SECRETARÍA DE SALUD (2007–2012) *Programa Escuela y Salud*. Disponible en https://promocion.salud.gob.mx/escuelas/descargables/programa_escuela_salud.pdf. Fecha de consulta, 12/9/2020.

SECRETARÍA DE SALUD (2007–2012) *Programa Sectorial de Salud 2007–2012*. Disponible en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politiclas_Nacionales_Salud-Mexico-Programa_Sectorial_de_Salud_2007-2012.pdf. Fecha de consulta, 15/9/2020.

SECRETARÍA DE SALUD (2013–2018) *Programa de Acción Específico: Alimentación y Actividad Física 2013–2018*. Disponible en https://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf. Fecha de consulta, 17/9/2020.

SECRETARÍA DE SALUD (2013–2018) *Programa de Acción Específico: Entornos y Comunidades Saludables 2013–2018*. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-entornos-y-comunidades-saludables-2013-2018-9505>. Fecha de consulta, 2/9/2020.

SECRETARÍA DE SALUD (2013–2018) *Programa de Acción Específico: Promoción de la salud y determinantes sociales 2013–2018*. Disponible en https://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/zoonosis/descargas/pdf/PAE_EntornosComunidadesSaludablesDGPS.pdf. Fecha de consulta, 5/9/2020.

- SECRETARÍA DE SALUD (2017–2018) *Salud en Tu Escuela* [estrategia]. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/articulos/sobrepeso-y-obesidad-saludentuescuela>. Fecha de consulta, 22/9/2020.
- SECRETARÍA DE SALUD (2013, 9 de diciembre) *NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar*. Diario Oficial de la Federación. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/norma-oficial-mexicana-promocion-de-la-salud-escolar-nom-009-ssa2-2013>. Fecha de consulta, 12/9/2020.
- SERRANO, Vesly del Carmen (2008) *Alimentación del Menor de 5 años desde la perspectiva de las Personas Responsables de Cuidado, en el Contexto Social y Cultural de Tizimín*. Tesis Inédita en opción a titulación para Licenciado en Enfermería. Yucatán. México: UADY
- SIGERIST, Henry (1987) “Civilización y enfermedad”, *Revista Civilización y enfermedad*, pp. 287.
- SMALL, Leigh y APLASCA, Alexis (2016) “Child obesity and mental health: a complex interaction”, *Revista Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, vol. 25, N° 2, pp. 269-282.
- SOLÍS, Patricio y PUGA, Ismael (2011) “Efectos del nivel socioeconómico de la zona de residencia sobre el proceso de estratificación social en Monterrey”, *Revista Estudios demográficos y urbanos*, vol. 26, núm. 2, pp. 233-265.
- STEWART, Pamela y STRATHERN Andrew (2008) *Brujería, hechicería, rumores y habladorías*. Vol. 270. México: Akal.
- SZASZ, Thomas (1958) “Men and machines”, *Revista The British Journal for the Philosophy of Science*, vol. 8, N° 32, pp. 310-317.
- THÉODORE, Florence; BONAVECCHIO, Anabelle; BLANCO, Ilían; CARRETO, Yohani (2011) “Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México”, *Revista Salud colectiva*, vol. 7, N° 2, pp. 215-229.
- UICAB, Gloria de los Ángeles; OY TAMAY, Luis Miguel; PADRÓN, Lizabeth Paulina; BALAM, Maricela (2011) “¿Comer saludablemente? Dilema entre lo tradicional y lo moderno”, *Revista Paraninfo Digital*, núm. 14.
- ULANOV, Barry (1946) *Duke Ellington*. New York: Creative Age Press.
- URE, Jean y ELLIS, Jeffrey (1977) “7 Register in descriptive linguistics and linguistic sociology”, en *Issues in sociolinguistics*, Alemania: De Gruyter Mouton.

- VALENCIA NIÑO DE RIVERA, Andrea Doria; MATA, Miranda Carolina y DE LIRA, Cynthia (2018) “Preferencias alimentarias durante el recreo escolar: niños de primaria de 9 a 10 años”, *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, vol. 9, núm. 2, pp. 250-263.
- VAN STRIEN, Tatjana (2018) “Causes of emotional eating and matched treatment of obesity”, *Revista Current diabetes reports*, vol. 18, N° 6, pp. 1-8.
- VILLAGÓMEZ, Pamela (2019) *La constitución social de experiencias alimentarias en la pobreza: un estudio cualitativo con familias de estratos populares en Iztapalapa, Ciudad de México*, Tesis de doctorado en Ciencia Social con especialidad en Sociología, México: El Colegio de México.
- VIVERO, María Dolores (2011) “Humor y Subversión de la Doxa. El humor del 15M contra el Neo-caca-pipi-talismo”, *Revista Viento Sur*, núm. 118, pp. 107-116.
- VOLÓSHINOV, Valentín (2009) *El Marxismo y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Godot
- WACQUANT, Loïc (2004) *Body & soul: notebooks of an apprentice boxer*. USA: Oxford University Press.
- WAITZKIN, Howard (1979) “Medicine, superstructure and micropolitics”, *Revista Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 13, pp. 601-609.
- _____ (1984) “Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research”, *Revista Jama*, vol. 252, N° 17, pp. 2441-2446.
- _____ (1986) “Micropolitics of medicine: theoretical issues”, *Revista Medical anthropology quarterly*, vol. 17, N° 5, pp. 134-136.
- WAITZKIN, Howard; BRITT, Theron (1989) “A critical theory of medical discourse: how patients and health professionals deal with social problems”, *Revista International Journal of Health Services*, vol. 19, N° 4, pp. 577-597.
- WANG, Youfa (2001) “Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status”, *Revista International journal of epidemiology*, vol. 30, N° 5, pp. 1129-1136.
- WARINN, Megan; TURNER, Karen; MOORE, Vivienne y DAVIES, Michael (2008) “Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI”, *Revista Sociology of Health & Illness* N° 30(1), pp. 97-111.

- WARIN, Megan; MOORE, Vivienne; DAVIES, Michael; ULIJASZEK, Stanley (2015) "Epigenetics an Obesity: The Reproduction of Habitus through Intracellular and Social Environments", *Revista Bodyy & Society*, N° 22 (4), pp. 53-78
- WARSCHBURGUER, Petra y KROLLER, Katja (2009) "Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children", *Revista Pediatrics*, vol. 124, N° 1, pp. 60-68.
- WEBER, Max (2005) *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. No-Books Editorial.
- WECHSLER, Henry; LEE, Jae; NELSON, Toben; KUO, Meichun (2002) "Underage college students' drinking behavior, access to alcohol, and the influence of deterrence policies: findings from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study", *Revista Journal of American College Health*, vol. 50, núm. 5, pp. 223-236.
- WILCE, James (2009) "Medical discourse", *Revista Annual Review of Anthropology*, vol. 38, pp. 199-215.
- WILLIAMS, Jonathan (1998) "Health as moral performance: ritual, transgression and taboo", *Revista Health*, vol. 2, N° 4, pp. 435-457.
- WILLIAMS, Raymond (2001) *El campo y la ciudad*. Buenos Aires: Paidós.
- WILLIAMS, Simon; GABE Jonathan y MARTIN, Paul (2011) "The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis", *Revista Sociology of health & illness*, vol. 33, N° 5, pp. 710-725.
- YATES, Emily (2012) "The weight of the self: care and compassion in Guatemalan dietary choices", *Revista Medical Anthropology Quarterly*, vol. 26, N° 1, pp. 136-158.
- ZOYA, Paula y BIANCHI, Eugenia (2017) "Mejoramiento, riesgos y salud en los extremos de la vida. Medicalización y gobierno de la infancia y el envejecimiento." Ponencia presentada en XXXI Congreso Alas Uruguay, Montevideo, Uruguay, 3 a 8 de diciembre de 2017.

Sobre el autor

José Alejandro Meza Palmeros

Médico y antropólogo social. Doctor en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable por El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), con especialidad en Población, Cultura y Salud, y maestro en Salud Internacional por la Universidad Autónoma de Barcelona. Actualmente se desempeña como profesor-investigador en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), unidad Noreste, y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Su trayectoria profesional y académica articula la antropología médica, los estudios sobre medicalización y gubernamentalidad, así como los derechos humanos en salud. Ha desarrollado trabajo de campo en comunidades rurales, contextos urbanos precarizados y escenarios de conflicto, colaborando con organizaciones como Médicos Sin Fronteras.

Ha publicado diversos artículos y capítulos de libros sobre procesos de salud-enfermedad, corporalidad y políticas públicas, y ha participado en proyectos nacionales e internacionales de investigación aplicada. Cuerpos excedidos en tiempos de escasez es el resultado de una larga trayectoria de investigación crítica sobre los efectos sociales y subjetivos de la precariedad y la medicalización en México.

Cuerpos excedidos en tiempos de escasez nos invita a mirar de cerca una realidad compleja: la medicalización de la obesidad infantil en contextos de profunda precarización. A través de una etnografía en la colonia La Campana, en Monterrey, México, el autor examina cómo los discursos sobre salud y alimentación operan como formas de gobierno que refuerzan desigualdades estructurales, al tiempo que responsabilizan moralmente a quienes habitan estos espacios.

Con un enfoque interdisciplinario que cruza la antropología médica, la sociología crítica y la filosofía política, el libro revela cómo las prescripciones sobre “estilos de vida saludables” no son recibidas de forma pasiva, sino reinterpretadas, resistidas y resignificadas por las propias comunidades. Lejos de ofrecer soluciones simplistas, esta obra propone una reflexión profunda sobre los límites de los enfoques biomédicos y la necesidad de políticas que reconozcan las condiciones materiales y afectivas en las que se juega el cuidado de la vida.

Una mirada crítica y comprometida que interpela no solo a profesionales de la salud, sino a todos quienes piensan el vínculo entre cuerpo, política y desigualdad.