Octubre/2026 #04

UMBRÍGNEA

EL WELLNESS LO HIZO DE NUEVO:
EL NEGOCIO DE LA RESPIRACIÓN

YO NO QUIERO UN HÉROE
CÓMO SE DECONSTRUYE LA SUBJETIVIDAD HEROICA



“QUE NO TE AFECTE”
No se dice abiertamente “sé indiferente”

Editorial

Rocío Contreras Á.

Este año empezó con todo

Y no en el buen sentido si es que eso existe, aún no me he comido el mundo decepcionando a los gurús del éxito.

Ya estamos en octubre, 10 meses de este 2026, y cuando hay gente que dice “este no fue mi año”, pues para mí este es uno de esos. El anterior terminó de forma angustiante y este también empezó así, y cada mes me ha ido dando sin anestesia como compensando quizás los años anteriores que fueron más gentiles para ver mi capacidad de adaptación y aguante, y es que el cuerpo aguanta y mucho, pero después se cobra, estoy en un momento en que se están cobrando los vales que giré en los meses anteriores, y aunque es igual de agotador que funcionar sin poder parar, me ha dado un pequeño respiro para escribir.

He tenido varias pérdidas y todas bastante seguidas, lo cual deja poco margen para procesar lo que estoy viviendo (de hecho aún no lo hago y no sé cuándo lo haga), porque en el mundo que vivimos al parecer no podemos parar, porque sea lo que sea que estés viviendo de seguro hay alguna fórmula que te trae de vuelta a ti, que te hace enfocarte, que te permite volver, que sana tu dolor para que sigas siendo funcional. Si hasta para darte el permiso de parar hay una fórmula que inventó algún gurú (porque una no sabe cómo hacerlo) y pagando una suscripción así me aseguro de hacerlo de la manera “correcta”. Pues que no, que no creo que existan fórmulas “correctas”. Existe lo que le sirve a cada una, el apoyo de nuestros cercanos, la comprensión y la empatía y que no juzguen nuestros procesos. Se vale decir “no sé qué voy a hacer ahora”. Y tampoco quiero tus soluciones, quiero que me escuches y juntas quizás darle una vuelta a este mundo que se ha vuelto tan m13r%$ o, más bien, un surrealista tecnofeudalismo. Habiendo dicho eso, empezamos.



Índice

02 **EDITORIAL**

04 **YO NO QUIERO UN HÉROE**

06 ***EL WELLNESS LO HIZO DE NUEVO: EL NEGOCIO DE LA RESPIRACIÓN***

09 **“QUE NO TE AFECTE”**

12 ***EL DELULU DEL FITNESS***

14 ***HABLEMOS DEL “YO ENTRENO PARA EL CUERPO DEL ENVEJECIMIENTO”***

16 ***ESE DUELO QUE PARECE QUE NO PUEDO LLAMAR DUELO***

19 **RECOMENDACIÓN DEL MES**

UMBRIGNEA.COM

LAROCIOKINESIOLOGA.COM

YO NO QUIERO UN HÉROE

Así como dice el título, no quiero un héroe. No me refiero al de capa y espada, sino a uno muy concreto, con el que todas nos hemos topado más de una vez y al que, además, le pagamos para verlo.

Hablemos del héroe que habita en los servicios de salud, cual caballero al rescate. A veces es uno, a veces son varios, y a veces podemos ser todas y todos; es un personaje que se ve con buenos ojos, hay hasta series de televisión donde lo muestran. No siempre se hace notar, pero su sola presencia lo delata: mucha seguridad en sí mismo, esa sensación de que sabe algo que tú no sabes. Actúa como si tuviera una misión sagrada: salvar a las personas, corregir sus vidas y "poner en orden sus cuerpos", a sus familias o incluso a su comunidad.

No confundir con el imaginario colectivo que se genera en la sociedad al considerar a los profesionales de la salud como héroes o ángeles, porque "salvamos vidas", como si todo fuera vocación y el cuidado fuera solo amor. Esa es otra historia. Aquí hablo de otra cosa.

En este caso me refiero a lo que la psicóloga clínica comunitaria Elena de la Aldea llama "subjetividad heroica". Este concepto no se refiere a una persona en particular, sino a una forma de ser y estar en el trabajo de la salud en la que el profesional llega con una idea previa de cómo deberían ser las cosas, se siente responsable de evitar cualquier situación que considere una catástrofe y se coloca en un lugar de salvador avalado por valores como el sacrificio, el servicio y "el bien de la comunidad".

Desde afuera y también a veces desde adentro, ese héroe puede parecer admirable. Siempre disponible, dispuesto a "darlo todo", capaz de soportar más horas, más pacientes, más turnos, con un vasto conocimiento de todo lo que les ocurre a las personas que debe salvar. Pero al ponerse en ese lugar, deja a quienes atiende en el lugar opuesto: el de la víctima, la persona que no sabe, no puede o no entiende, y que sí o sí debe ser rescatada, porque por sí sola no puede.

Cómo se construye y cómo opera

Este personaje me lo encontré en muchas ocasiones. Más seguido en varones que en mujeres, aunque también las hay. A veces una también se cree la heroína del cuento, porque así nos forman.

Esta subjetividad no se enseña en una clase, sino que se transmite en las prácticas: en cómo se habla de los pacientes, en cómo se premia al que se sacrifica, en cómo se interpreta la urgencia como excusa para actuar sin detenerse a pensar. El héroe ya sabe lo que va a pasar, entonces no necesita preguntar. Cree que sabe cómo debería comportarse una persona "responsable" de su salud, cómo debería funcionar una familia, cómo debería estar organizada una comunidad. Los problemas los lee como fallas que hay que corregir —falta de educación, de adherencia, de disciplina— y su respuesta siempre es hacer más: más indicaciones, más controles, más esfuerzo. La urgencia le da la coartada perfecta para repetir siempre la misma línea de acción sin revisar si realmente sirve para esa situación.

En la práctica clínica esto se traduce en decisiones unilaterales, explicaciones mínimas, poca tolerancia al desacuerdo y poca apertura a lo que el paciente o la familia traen como saber propio.

Aunque el discurso diga que "es por su bien", el mensaje de fondo es el mismo de siempre: yo sé, tú no.



Qué pasa con la contraparte

Cuando, como profesionales, nos configuramos en modo héroe, la otra parte queda automáticamente en modo víctima. Hacemos cosas por las personas, pero casi nunca con ellas: decidimos, organizamos, resolvemos. En ese esquema, el otro pierde voz y nosotros quedamos atrapados en el papel de "los que siempre tienen que poder", los que no pueden decir que no.

Ese reparto de roles afecta directamente la autonomía de las personas. Si decidimos todo, interpretamos las necesidades ajenas y presentamos nuestras indicaciones como las únicas opciones posibles, la autonomía queda reducida a un "sí" en la consulta. Eso es paternalismo, no una decisión realmente informada.

La evidencia sobre toma de decisiones compartida muestra que cuando se explican las opciones, los riesgos y los beneficios, cuando se pregunta qué es importante para esa persona y se exploran sus dudas, la sensación de autonomía aumenta, la ansiedad baja y las expectativas sobre el tratamiento se ajustan mejor. El profesional aporta la evidencia disponible; la persona aporta sus valores, su contexto y sus prioridades. De ahí puede salir un acuerdo real.

Cómo se deconstruye la subjetividad heroica

La propia psicóloga Elena De la Aldea plantea que este modo de estar en el trabajo se vuelve un obstáculo para pensar, para cuidar y para cuidarse. Deconstruirla no es cuestión de "dejar de ser las y los buenos del servicio". Es un problema más de fondo.



Todo empieza por nombrarlo. Reconocer que existe esta lógica permite verla y discutirla de forma colectiva, en lugar de vivirla como un rasgo de carácter individual o como "vocación natural". Después viene el cambio más concreto: pasar de hacer **por** a hacer **con**. Preguntar, escuchar, construir acuerdos. Tratar la autonomía no como una palabra que aprendí en una capacitación, sino como una condición que requiere tiempo, lenguaje claro, espacio para el desacuerdo y consideración real del contexto de quien tengo enfrente.

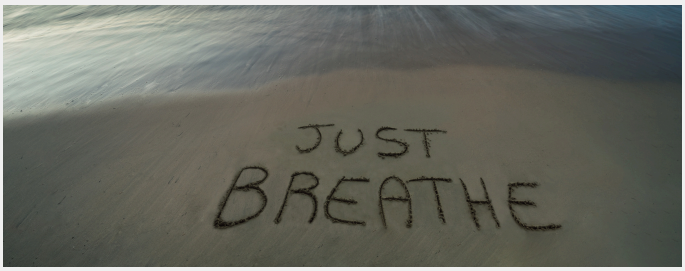
También hay que cuidar a quienes cuidan sin exigirles heroísmo. El héroe no puede decir "no puedo", no puede poner límites, no puede pedir ayuda. Eso tiene un costo que conocemos bien quienes llevamos años en servicios de salud. Las propuestas de reflexión entre pares existen precisamente para ofrecer un lugar distinto, donde los profesionales no tengamos que sostenerlo todo desde la omnipotencia autoimpuesta.

Y finalmente hay que revisar cómo se forma y cómo se evalúa. Mientras se premie solo la productividad, la obediencia a protocolos y la disponibilidad ilimitada, el molde heroico seguirá siendo el estándar. Incorporar criterios como la escucha, la participación de las personas usuarias, el trabajo en equipo y la reflexión ética no es un lujo pedagógico; es parte de ir desmontando esa figura.

Lo que hacemos es valioso; para muchas también es gratificante. Me enseñaron que había algo muy especial en ser parte de los procesos de recuperación de las personas, pero no me enseñaron que en ese proceso también me tenía que cuidar a mí misma y a los que me rodean. Parte de ese cuidado es abandonar la idea de que somos héroes imbatibles que lo sabemos todo o que podemos resolverlo todo, porque en la práctica sabemos que no es así y hace daño.

Y aunque Bonnie Tyler quería un héroe, en este caso dejémoslos en los cuentos, las películas y los mangas. En este lugar terrenal somos solo personas cuidando de otras personas.

EL WELLNESS LO HIZO DE NUEVO: EL NEGOCIO DE LA RESPIRACIÓN



De todas las cosas que podían convertirse en negocio, le ha llegado el turno a la respiración.

Algo que hacemos de manera automática desde que nacemos, y que a veces requiere de una máquina para llevarse a cabo, hoy se vende en formato curso online, app de suscripción, retiro de fin de semana y certificación para "facilitadores de breathwork" —una figura que en la mayoría de los países no está regulada como profesión sanitaria.

El mensaje, para sorpresa de nadie, es el mismo de siempre: hay algo que no sabes y que estás haciendo mal. En este caso: "Seguro no lo sabías, pero estás respirando mal. Inscríbete en mi curso y te enseño a hacerlo bien."

Con ese pequeño giro, lo que es un reflejo automático y una herramienta clínica en rehabilitación o salud mental se convierte en una nueva frontera del wellness neoliberal.

¿Y qué es exactamente el breathwork?

Breathwork es un término paraguas para prácticas bastante distintas entre sí. Desde ejercicios de respiración lenta para relajarse hasta métodos que buscan provocar estados alterados de conciencia. Lo que las une no es la evidencia sino la forma en que se venden: regular emociones, "desbloquear" cosas, rendir más, sentirse más conectada. Todo mezclado con lenguaje de neurociencia, espiritualidad y productividad.

Al final no se trata solo de respirar.
Se trata de optimizarse.

¿Y realmente todas respiramos mal?

Para responder esa pregunta me sumé a varios webinars sobre el tema. Me encontré con lo habitual: verdades a medias, conceptos científicos reales usados fuera de contexto y promesas desproporcionadas. Pero una frase lo resumió todo. Al final de una presentación, un expositor dijo sin filtro:

"Sabemos que nuestro gran desafío es vender la respiración, porque en sí es algo automático, pero se puede, confíen. Mientras más personas seamos mejor, contáctenme por mis redes".

Eso lo dijo todo para mí.

Porque cuando escucho que "casi todas las personas respiramos mal, y no lo sabemos", esperaría que eso fuera considerado un problema de salud pública, con campañas, evaluación clínica, medidas sanitarias. Pero eso no ocurre. Porque esto no es un problema de salud colectivo. Es un producto.

Lo digo también desde mi historia profesional: trabajé años en kinesiología respiratoria. Vi personas con insuficiencia respiratoria, con ventilación mecánica, con crisis asmáticas donde respirar realmente es difícil. Para mí, la respiración nunca ha sido algo que se optimiza en un live. Los ejercicios respiratorios forman parte del trabajo clínico con evaluación, diagnóstico y objetivos claros, y se llevan a revisión. Varias técnicas que me enseñaron en la universidad hoy ya no se usan porque la evidencia no las sostuvo. Eso es lo que distingue una herramienta clínica de un producto del wellness.

Lo que la literatura sí muestra es que ciertos ejercicios respiratorios pueden ayudar a reducir ansiedad o estrés en algunas personas, con efectos acotados y especialmente combinados con otras intervenciones. Nada parecido a "reprogramar tu cerebro para rendir más".

De concepto fisiológico a excusa para vender

Uno de los argumentos que más se repiten es que casi todas las personas estamos hiperventilando sin darnos cuenta, generando una "hipoxia silenciosa" —una supuesta baja de oxígeno en nuestros cerebros—, y eso sería responsable del cansancio, la niebla mental, la baja concentración y básicamente cualquier malestar contemporáneo que tengamos.

Como kinesióloga, digo: paremos un poco.

La hiperventilación no suele pasar desapercibida: da síntomas, se siente. Cuando no existe una condición que altere la respiración, esta se ajusta de forma automática para mantener en equilibrio lo que necesitamos de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre; no es algo que esté "fallando" crónicamente mientras respondemos correos.

Y si existiera una alteración respiratoria importante, lo que correspondería es una evaluación clínica, no un curso.

Lo que hace el wellness es tomar conceptos fisiológicos reales, exagerarlos hasta que dan miedo y luego vender la calma. Los mecanismos de transporte de oxígeno son reales, la respiración sí influye en cómo nos sentimos. Todo eso es cierto. Lo que no es cierto es que muchas personas sin una condición que altere la respiración estén viviendo con una falla respiratoria oculta que explica todos sus malestares.

La privatización del malestar

"Breath to succeed" ("respira para tener éxito"), decía el eslogan de una de las expositoras. Esa frase resume bien el problema. Porque el breathwork encaja perfecto en una lógica muy conveniente: las condiciones de vida no tienen que cambiar, la que tiene que cambiar eres tú.

No te dicen que el mundo está organizado de manera desigual.
Te dicen que estás respirando mal.

No te hablan de la precariedad laboral, la sobrecarga de cuidados, los turnos de doce horas, los sueldos que no alcanzan. Te hablan de "resetear el sistema nervioso". Y si no mejoras, la respuesta es la misma de siempre: **no te esforzaste lo suficiente.**

Y esto no es nuevo. Antes fue la alimentación, luego el ejercicio, después el sueño. Ahora la respiración y seguro más adelante se sumará alguna otra cosa a la lista. Pero el patrón es el mismo: tomar un malestar real, ignorar el contexto en que ocurre, y convertirlo en responsabilidad individual. Si el problema somos nosotras, la solución también somos nosotras, y en el medio siempre hay alguien cobrando por el camino.

Esto lo digo con conocimiento de causa: no hay reeducación del patrón respiratorio que pueda resolver algo estructural. Y no lo digo para desanimar. Lo digo porque también es agotador sentir que todo depende de una mejora personal constante.

La respiración como herramienta clínica

En este caso hablo de la kinesiología respiratoria, una disciplina clínica dedicada al diagnóstico, evaluación, tratamiento y mejora de la calidad de vida de personas con patologías que afectan al aparato respiratorio. La respiración consciente también se usa en salud mental como recurso de regulación dentro de un proceso terapéutico. Hay profesionales formados, entre quienes me incluyo, que trabajamos con estas herramientas, con evaluación y objetivos claros, cuyos aranceles están muy por debajo de lo que cuesta un retiro de breathwork.

La diferencia es que una herramienta clínica no promete transformación personal. Sabemos hasta dónde puede llegar y hasta dónde no. Y cuando la evidencia no acompaña, lo decimos.

No todos nuestros malestares necesitan convertirse en un problema respiratorio. Y tampoco en un negocio.

LAS RARAS DE LA CLASE

EN ESTE NÚMERO HABLAMOS DEL NEGOCIO DE LA RESPIRACIÓN

Y DE LO ACOSTUMBRADO QUE ESTÁ EL WELLNESS A CONVERTIR ALGO QUE HACE NUESTRO CUERPO EN OTRO PROBLEMA QUE TENEMOS QUE APRENDER A CORREGIR.

SI EL ARTÍCULO "EL WELLNESS LO HIZO DE NUEVO: EL NEGOCIO DE LA RESPIRACIÓN" TE LLAMÓ LA ATENCIÓN, EN LAS RARAS DE LA CLASE TENEMOS UN EPISODIO QUE HABLA JUSTAMENTE DE ESTO:

Hablamos de la industria del bienestar respiratorio, de la idea de que muchas personas estaríamos respirando mal sin saberlo y de cómo mecanismos fisiológicos reales pueden terminar exagerándose para explicar problemas muy distintos.
También revisamos algunas de las afirmaciones más repetidas del breathwork y cuánto hay ahí de fisiología y cuánto de negocio.



EPISODIO DISPONIBLE AQUÍ

@LASRARASDELACLASE

Las Raras de la Clase

@LASRARAS_DELACLASE

@LASRARASDELACLASE

LAS RARAS DE LA CLASE

Te invitamos a seguir cuestionándote y desafiando los mandatos que nos oprimen, para construir un mundo más amable para todas.

LASRARASDELACLASE.COM

“QUE NO TE AFECTE”

Esta frase la recuerdo desde que entré a estudiar kinesiología. Me la repetían en clases, en las prácticas clínicas, en los internados y después también en el mundo laboral: “Oye, pero que no te afecte; los problemas de los pacientes son de los pacientes, no tuyos. No te los lleves para la casa porque, a la larga, te va a hacer mal”.

Como si la distancia emocional fuera una competencia clínica; como si conmoverse ante el sufrimiento ajeno fuera una debilidad profesional. Si “sientes mucho”, no eres una buena profesional de la salud. O, como escuché por ahí, si no eres fría, “no sirves para esto”: te falta carácter.

Nunca me ha gustado esa idea. Nunca la vi como una buena cualidad profesional. Tuve problemas por no ser lo suficientemente fría y por escuchar “demasiado” tiempo a mis pacientes. Se asumía que mi forma de trabajo, menos autoritaria, iba a hacer que no me hicieran caso, que no obedecieran.

Todo eso sin cuestionar algo bastante más básico: que la otra persona tiene derecho a no estar de acuerdo con lo que proponemos; que no son (o no somos, porque a una también le toca estar del otro lado) sujetas pasivas sin derecho a réplica.



El "no sentir" tiene nombre técnico

Hoy, en el contexto de una diplomatura, me lo vuelvo a encontrar, pero esta vez con nombre técnico: **la desafectación.**

Y no, no es un rasgo de personalidad de las y los profesionales de la salud. En realidad, es una característica estructural del Modelo Médico Hegemónico (MMH), que por la extensión de este artículo no voy a desarrollar en profundidad. Basta decir que es el modelo que se ha legitimado como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y resolver los problemas de enfermedad.

En esa lógica, la objetividad científica exige neutralidad afectiva: el vínculo humano sobra, el paciente es un caso más, y las y los profesionales no deberíamos “contaminarnos” con lo que sentimos.

No se dice abiertamente “sé indiferente”, pero se premia a quien no se quiebra, no llora, no se conmueve, y se corrige o ridiculiza a quien se deja afectar.

Este tipo de formación no solo transmite conocimientos técnicos. También va modelando, de forma más o menos explícita, cómo deberíamos sentir, o no sentir, en nuestro trabajo. Hay estudios que muestran que la empatía tiende a estancarse o incluso a disminuir durante los años de formación en salud, sobre todo cuando el contexto educativo está marcado por la competencia, las notas y la exigencia de aguantar sin mostrar emociones. **La desafectación se vuelve así parte del currículum oculto.**

Ser fría no es fortaleza

Llamar "carácter" a la frialdad emocional es uno de los mayores malentendidos que sostiene este sistema del que somos parte. Lo que en el servicio se valora como fortaleza, en la literatura se conoce con otro nombre: **despersonalización**, entendida como una forma de indiferencia hacia el entorno y hacia las personas atendidas.

No aparece de un día para otro. Se va instalando de a poco, y en eso también hay diferencias entre personas: a algunas les resulta más fácil, a otras no tanto. Pero, en cualquier caso, tiene un costo enorme.

Los estudios sobre desgaste profesional describen en el personal de salud altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, asociados a la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo y el escaso reconocimiento institucional. También hablan de fatiga emocional, ausentismo y un malestar del que casi no se habla, porque "todos estamos igual". Algo que al parecer el sistema no sabe, pero que en realidad no quiere ver.

Disociar lo que una siente en cada turno, en cada consulta, en cada procedimiento, no es gratis. Es un trabajo emocional constante que nadie reconoce, porque se aprende como parte de lo que "hay que hacer". Y lo más irónico es que ese mandato de no sentir se presenta como si fuera una forma de cuidado para las y los profesionales —"si te afecta, te vas a quemar"— cuando, en mi experiencia y en lo que muestran los datos, termina produciendo justamente lo contrario: **más agotamiento, más distancia y más desgaste.**

Lo que el modelo no valora: el vínculo

El médico brasileño Emerson Merhy distingue entre las tecnologías duras del trabajo en salud —equipos, fármacos, procedimientos— y las blandas: la escucha, la mirada, el vínculo.

El MMH privilegia las primeras no porque las segundas sean menos eficaces, sino porque encajan mejor en una lógica donde lo que cuenta es lo que se puede contar: atenciones, procedimientos, tiempos. El bienestar de quien atiende y de quien es atendido queda fuera de esa ecuación.

Afectarse es parte del trabajo

Escuchar, explicar, acompañar, sostener la mirada: son cosas por las que a veces me han llamado la atención: “te demoras mucho”, “pierdes tiempo”, “no puedes buscarle solución a todo”. Y he visto cómo al personal más joven se le corrige con la misma lógica, con la idea de que así se cuidan y no se involucran tanto.

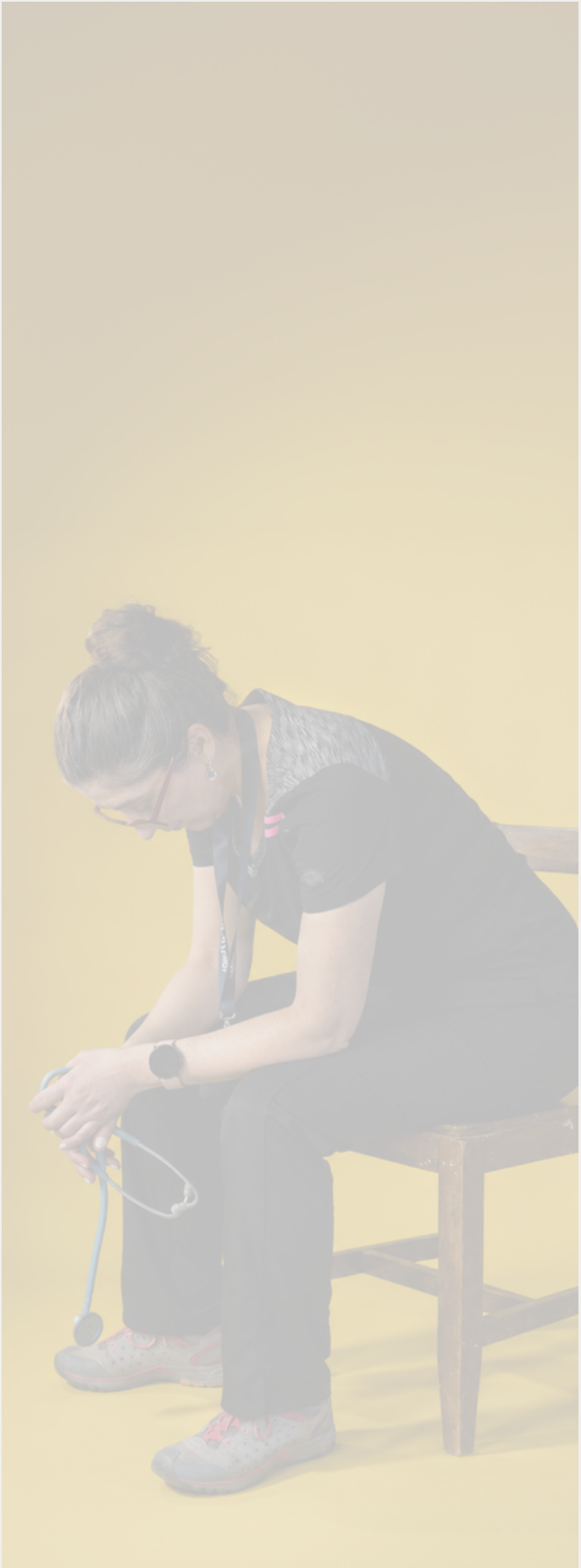
Yo misma, en algún momento, terminé diciéndole a otras personas que se apuraran, que no se demoraran tanto, porque el ritmo y las exigencias del sistema también me atraparon. Al final, el mensaje no cambia: hay que hacer lo que se ha hecho siempre, porque “así es y funciona”.

Una parte importante de nuestro trabajo tiene que ver con aplicar conocimientos y procedimientos, pero otra parte igual de relevante está en cómo nos relacionamos con quienes atendemos. Cuando se pregunta a las personas qué valoran de la atención, aparecen siempre elementos como ser escuchadas, recibir explicaciones claras y sentir que se les respeta.
Y del lado de quienes trabajamos en salud, poder conversar entre colegas sobre lo que nos pasa, tener algún espacio para procesar turnos difíciles o decidir que no vamos a normalizar ciertas formas de maltrato interno se ha asociado con menos desgaste y menos despersonalización.

“Afectarse forma parte del trabajo profesional”

No significa cargar con todo ni romantizar el sufrimiento, sino admitir que lo que vemos nos afecta y que tratar de anularlo del todo termina volviéndose en contra: de quienes atendemos y de nosotras mismas. Conozco a muchas colegas que llegaron a la misma conclusión y terminaron saliendo del sistema, no por falta de vocación sino porque el sistema las agotó.

Mientras sigamos enseñando que lo correcto es no sentir, seguiremos alimentando un modelo que agota a los equipos y deja a las personas con la sensación de que en el sistema de salud no hay lugar para ellas tal como son.





EL DELULU DEL FITNESS

Sí, voy a hablar del delulu, porque eso me parecen a estas alturas muchos de los mensajes que veo a diario en redes, medios y discursos sobre bienestar, por mencionar algunos. Me refiero a esas promesas de transformación casi mágicas o derechamente fantasiosas que tienen como único mediador el ejercicio físico.

Entrena para sobrellevarlo todo, es el mensaje. ¿Y por qué no? Puede ser una ayuda, parte de la solución. Pero no la solución misma. La vida es bastante más compleja y, para situaciones complejas —donde intervienen muchas variables —, no hay respuestas únicas ni simples.

Les voy a dar algunos ejemplos que, de verdad, son un poco WTF.

Las ya conocidas transformaciones de 15 o 21 días. Sí, esas que te prometen un abdomen plano, el cuerpo que quieres o, peor aún, el que "mereces". ¿Qué sabe esa gente sobre lo que yo merezco o no?

Esto no es más que marketing. Los cambios que produce el entrenamiento dependen de múltiples factores: genética, tipo de entrenamiento, historia previa, constancia, entre otros. Quince o veintiún días no producen transformaciones radicales, pero sí pueden producir expectativas bastante irreales.

También está esta idea de que mientras más músculo tengas en las piernas, más probabilidades tienes de vivir hasta los 100 años (lo vi en varios reels). Tenemos evidencia que la fuerza y la masa muscular son importantes para la salud, pero si pensamos en el contexto de nuestra Latinoamérica —**donde la vida no depende solo de cuántas sentadillas hago**—, son mucho más importantes las pensiones, el acceso a la salud, las condiciones de vida y las redes de apoyo. O sea, determinantes sociales.

Así que no, no depende solo de mi masa muscular.

Otra joya: "el cardio no te salvará del envejecimiento".

Esto es confuso desde la base, porque nada te salva de envejecer, excepto la muerte.

Esta frase aparece generalmente en el contexto de vender entrenamiento de fuerza en oposición al cardio, denostando uno para promover el otro. Se entiende que hay que pagar cuentas y llegar a fin de mes, pero no a costa de confundir a las personas. No hay un ejercicio universalmente mejor que otro. Depende de la persona, de su contexto, de su historia.

Y llegamos a otra de mis favoritas: “solo necesitas disciplina y fuerza de voluntad”. Entrena, aunque no tengas ganas, ahí empieza el “verdadero” cambio. Siempre tan seguros de sí mismos estos discursos, como si tuvieran todo bajo control. ¿Pueden ver el futuro?

Ahora, además, te lo dice una coach IA de bienestar holístico de 32 años. ¿Para qué quiero saber la edad si es un algoritmo? Bueno, quizás podemos inferir a quiénes les interesa la edad.

Si ya las personas nos vendían estilos de vida y transformaciones imposibles, con la IA no es tan distinto. Por algo puede reemplazar tan fácilmente ese tipo de discurso.

Y tres doritos después, resulta que tu problema no era la disciplina ni la fuerza de voluntad, sino que te falta “orden”. Orden entendido como resolver el estrés, el mal dormir, los horarios cambiantes, todo bajo la idea de que basta con “ordenar tu fisiología”.

Sí, hay pequeños ajustes que una puede hacer: mejorar el sueño cuando se puede, encontrar algún espacio para moverse o descansar. Pero eso no significa que todo dependa de mí. Y para quienes pueden hacerlo, qué bien, de verdad. Pero esa experiencia no se puede imponer como regla general.

Vivimos en contextos muy distintos, con múltiples variables que no controlamos. Y sí, eso es incómodo. A todas nos gustaría tener más control. Pero a veces no es así.

Reducir todo a disciplina, fuerza de voluntad o a “ordenar la fisiología” sin considerar los contextos es, otra vez, simplificar demasiado.

El échaleganismo ya cansa.

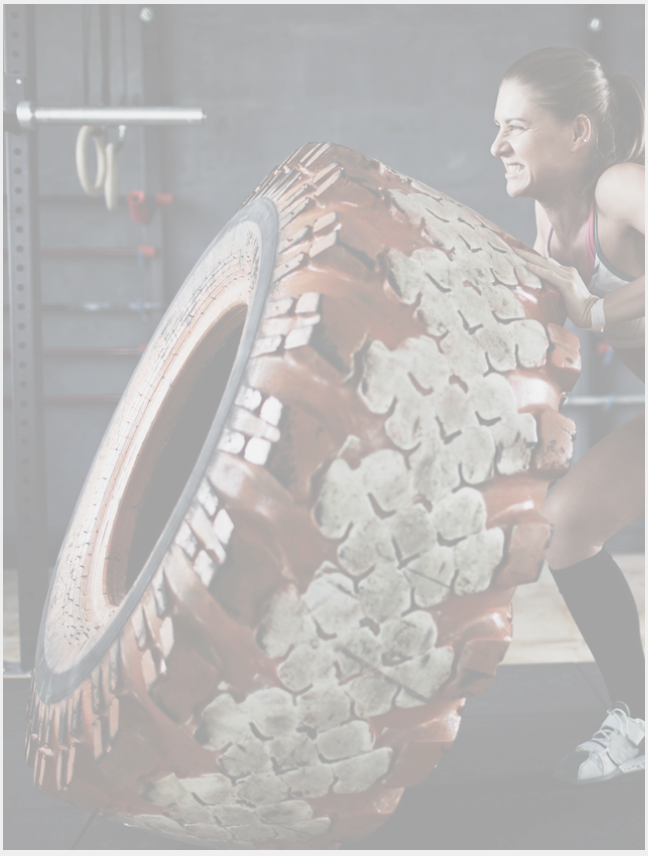
Y así podría seguir, porque todos los días aparece una nueva forma de hacerlo mejor, una respuesta definitiva, una estrategia “ahora sí que sí”. Pero son, en su mayoría, modas y tendencias que funcionan bastante bien para hacernos sentir que siempre falta algo o que lo estamos haciendo mal.

Todo esto ya cansa y aburre.

Nuestra forma de movernos, descansar o dormir no puede estar supeditada a modas que no consideran las condiciones en las que vivimos. Las recomendaciones sobre actividad física deben estar basadas en los contextos de las personas y no en las fantasías que promete el marketing.

Más determinantes sociales y menos soluciones individualistas.

La práctica de actividad física no debería provocarte culpa ni insatisfacción.



HABLEMOS DEL "YO ENTRENO PARA EL CUERPO DEL ENVEJECIMIENTO"

Este texto lo escribí hace rato, por allá por marzo de este año, pero pasaron cosas, así que recién ahora ve la luz. En ese momento estaba recién llegando el otoño, pero para el hemisferio norte estaba llegando la primavera y con ella la tan conocida operación bikini.

Por las redes vi uno que otro mensaje que por mi geolocalización no me llegan tanto, pero sí me topé con varios que están en contra del cuerpo de playa, argumentando que ya no hacen ejercicio para el cuerpo del verano, sino para el cuerpo de la vejez.

Me es interesante esta temática pues veo un rotundo "no" al cuerpo de playa. Y un "sí" al cuerpo del envejecimiento, como si hacer ejercicio para ese cuerpo fuese mejor que para el de playa.

Pero en el fondo no es más que cambiar un estereotipo por otro.

¿No me creen?

Analicemos el cuerpo del verano. Este tipo de cuerpo para las mujeres siempre es delgado, ligeramente tonificado, joven, bronceado incluso antes de poner un pie en la arena, completamente depilado, etc. Nada nuevo: sigue siendo el mismo hace muchos años.

Se critica porque fomenta la hegemonía, es decir solo existe un tipo de cuerpo válido para ir a la playa, promueve la insatisfacción corporal, se acusa que no es realista, que para alcanzarlo hay que hacer sacrificios poco saludables. Y sí, estoy completamente de acuerdo con eso. Es un estereotipo de cuerpo difícil de lograr, y justamente de eso se trata: de que sea difícil, para seguir consumiendo.

Muchas veces —casi todas—, sostenerlo implica hacer cosas poco saludables. Todas deberíamos poder ir a la playa sin sentir que hay que pagar un tributo para estar ahí.



El punto es que veo al mismo tiempo algo que se repite: el discurso que critica el "cuerpo de verano" muchas veces termina proponiendo otro cuerpo ideal.

Y es aquí donde hablamos del cuerpo del envejecimiento. Y de frases como:

"¿Entrenando para la operación bikini? No. Entreno para mi operación vejez."

Entonces algo no me cuadra. ¿Cuestionamos uno y lo reemplazamos con otro?

Porque, ¿cómo es ese cuerpo del envejecimiento que se nos promete por medio del ejercicio?

Es un cuerpo fuerte, musculado, con huesos densos, un corazón sano, cognitivamente intacto. Un cuerpo completamente funcional e independiente, sin enfermedades, sin discapacidad, sin dolor, al que se le notan los años, pero "irradia energía", es decir "se ve joven para su edad".

Un cuerpo que puede hacer de todo, prácticamente igual que cuando era joven. Y, además —por si faltaba algo— también es delgado.

Entonces me pregunto y les pregunto:

¿Todas vamos a poder llegar a "tener" ese cuerpo?

¿O simplemente estamos cambiando un estereotipo por otro?

Porque el envejecimiento es un proceso complejo y multifactorial. Y aquí en Latinoamérica depende mucho más de nuestras pensiones, del acceso a sistemas de salud y de nuestras redes de apoyo, que de la cantidad de músculo que tengamos. No digo que no hagamos ejercicio: hacer ejercicio hace bien, tiene evidencia. Pero no tiene moral. No eres mejor persona por hacer ejercicio.

El ejercicio ayuda, sí. Pero no garantiza ese cuerpo ideal para todas, ni garantiza envejecer bien, porque el envejecimiento —insisto— es multifactorial.

Así que, si quieres hacer ejercicio, hazlo por las razones que quieras. Pero amiga, date cuenta: no reemplaces un estereotipo por otro.



ESE DUELO QUE PARECE QUE NO PUEDO LLAMAR DUELO

En estos momentos estoy pasando por un duelo animal que está siendo más difícil de llevar de lo que pensé. Porque, a pesar de lo que me dijo un vecino:

—Ah, si era un perro no más, adopta otro y se le pasa altiro la pena.

Pues no. Para mí ella es irreemplazable.

No le decimos a alguien que perdió a un familiar o a un amigo: "Ay, adopte o búsquese otro". Porque las personas no son cosas, son irreemplazables para nosotras. Pero con los animales de compañía parece que todavía existe esta idea de que uno puede reemplazarlos por otro y se acabó el problema.

Mi viejita Pandora se fue.

Era algo que sabía que iba a pasar. Por eso había leído algunas cosas antes y ahora mucho más sobre el tema. Agradezco a quienes me han dado su apoyo y enviado datos de libros y cuentas para encontrar algo de consuelo. El punto es que poco me ha confortado.

No soy una persona religiosa, así que no sé si fue a algún cielo o algo así. Tampoco la consideraba mi "perrija". Para mí era una amiga, aunque ella no haya podido decidir cuando la traje a vivir conmigo. Compartió su vida conmigo, me enseñó muchas cosas y la extraño mucho. **Pandora era Pandora.**

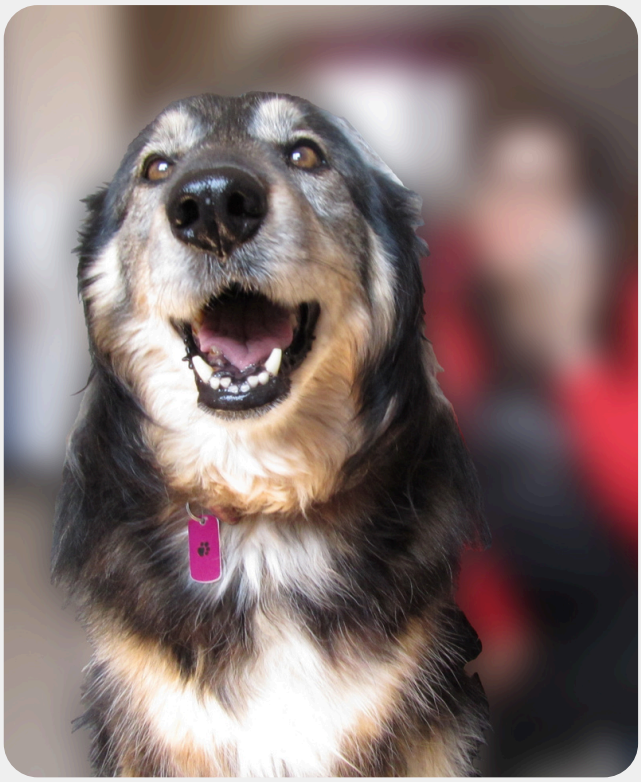
El duelo animal, así como otros duelos, está invisibilizado. Como que no puedes sentir tanta pena, porque en esta sociedad hay jerarquías hasta para decidir por quién está permitido sufrir y a quién llorar. Creo que hay personas que no pueden entender cómo una amistad o una convivencia con un animal de compañía te puede cambiar la vida. Tampoco cómo puedes sufrir su pérdida mucho más que la de un familiar humano cercano.

Y después está esa insistencia en que estés bien.

Hay que rehacer la vida, hay que seguir, hay que estar bien. Claro, el tiempo no se detiene por nadie, eso lo sé, pero al menos podría ser más amigable. No puedes estar triste, no puedes andar llorando por los rincones, no se tiene que notar. Se te tiene que pasar luego y, si no, alguna pastilla para que vuelvas a sentirte bien, a ser feliz.

Ser feliz no es un estado, son momentos.

Y hoy quiero estar triste y desanimada. Quiero sentir mi pena, porque hasta eso nos han quitado y tachado de débiles. Sé que no hablamos mucho de la muerte, siendo la única cosa segura que sabemos que nos va a pasar, pero tenemos derecho a estar tristes y a vivir nuestro duelo el tiempo que estimemos conveniente.



Y si te incomoda verme triste, no me veas.

Ya han pasado más de tres meses y no he cambiado nada. Su cama sigue en el mismo lugar, las alfombras que le ayudaban a caminar y hasta el árbol de navidad, que ya lleva un año y medio porque le servía de ayuda para caminar.
No sé cuándo voy a sacar esas cosas.

El duelo no es algo lineal y no quiero pedirle permiso a nadie para estar triste. Esa insistencia porque estés bien, ¿qué es eso? ¿Qué me veas sonriendo? ¿Qué te hable de otras cosas y no de mi pena? ¿Qué me enfoque en cosas nuevas?

¿Mi versión triste es muy desagradable? ¿Te incomoda?

No quiero hacer masking. Así es como me siento. Es lo que hay.

No sabemos cómo lidiar con la tristeza porque no podemos ni sentirla ni acompañarla. Hay que gestionarla para no sentirla y ahí te venden un montón de cursos y talleres cuya única finalidad es que te sientas bien. ¿Para qué? Para que sigas produciendo y no incomodes.

Porque la tristeza incomoda y no sabemos cómo ayudar a quienes la sienten excepto intentando que se sientan mejor, y ese "mejor" parece significar que ya no estén tristes.

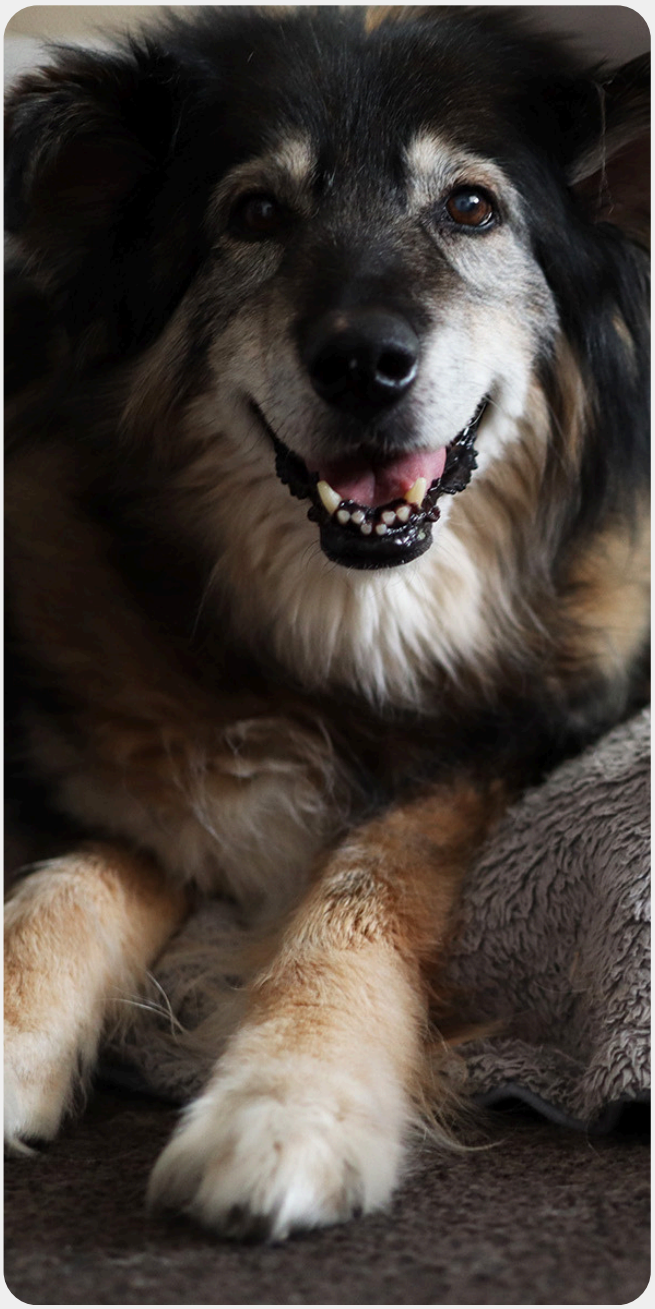
Ojalá fuera tan fácil y pudiera decir: en dos semanas, o máximo dos meses, estoy lista, superada, regulada y vamos con todo.

Pero no es así.

El duelo no tiene fecha límite de expiración. No puedo decidir cuándo dejar de sentir pena por alguien. Es cierto que cada día es un poco menos, pero cuando baja la tristeza se siente fuerte. Y se siente no más.

No quiero que se me pase la pena.

Sé que no soy la misma persona. Algo de mí se fue con ella y por eso quizás es tan difícil volver a encontrarme y seguir adelante. También está esa resistencia a una nueva configuración, a abandonar la versión que fui con ella, sin saber todavía con qué versión me encuentro ahora.



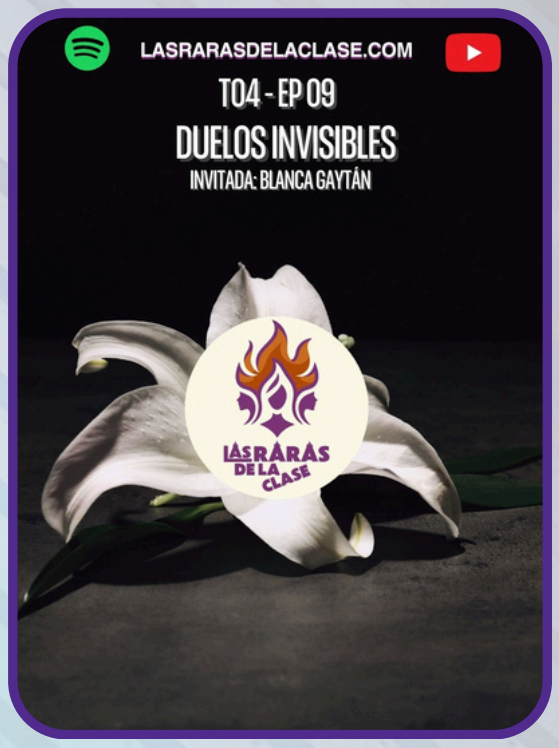
LAS RARAS DE LA CLASE

Y SI LEÍSTE “ESE DUELO QUE PARECE QUE NO PUEDO LLAMAR DUELO”, TAMBIÉN PUEDES ESCUCHAR NUESTRO EPISODIO:

DUELOS INVISIBLES

Conversamos nuevamente con la psicóloga Blanca Gaytán sobre pérdidas poco reconocidas, qué pasa cuando el entorno minimiza o cuestiona ese dolor y por qué algunas pérdidas parecen tener más permiso que otras para ser vividas.

También hablamos sobre esas frases que suelen decirse con buena intención, pero que no siempre ayudan, y sobre distintas formas de darle un lugar a lo que se perdió.



EPISODIO DISPONIBLE AQUÍ

@LASRARASDELACLASE

Las Raras de la Clase

@LASRARAS_DELACLASE

@LASRARASDELACLASE

LAS RARAS DE LA CLASE

Te invitamos a seguir cuestionándote y desafiando los mandatos que nos oprimen, para construir un mundo más amable para todas.

LASRARASDELACLASE.COM

RECOMENDACIÓN DEL MES



En esta oportunidad les quiero recomendar una serie: ***The Pitt.***

Parto diciendo que no soy muy fan de las series médicas. Generalmente siento que se alejan bastante de lo que una ve trabajando en salud y terminan mostrando una versión demasiado glamorosa de lo que es la atención.

The Pitt también es ficción y tampoco diría que refleja nuestra realidad. Está ambientada en Estados Unidos —mención aparte su sistema de salud, que no da cobertura a todas las personas — y, si pensamos en los servicios de salud de Latinoamérica, hay diferencias importantes. Acá las realidades son otras y muchas veces ni siquiera se cuenta con todos los insumos necesarios; depende mucho de la región. Quizás algunas cosas se parecen más a lo que podríamos ver en una clínica privada, pero esa es otra historia.

Aun así, me gustó.

El formato no lo había visto nunca: la serie sigue un turno completo en el servicio de urgencias y eso permite ver cómo se van acumulando los pacientes, el cansancio y los problemas a medida que pasan las horas.

También aparecen situaciones que me ha tocado ver: personas que no pueden costear tratamientos, invalidación del dolor en mujeres, precarización de los cuidados, gordofobia médica, paternalismo médico, precarización laboral y fatiga del personal, entre otras.

Estos temas me llamaron mucho la atención porque en otras series médicas aparecen, pero bastante menos. Así que, entre otras cosas, por eso espero la tercera temporada.

Y también porque la serie muestra problemáticas que nos afectan al personal de salud, como la desafectación y el complejo de superhéroe, temas que analizamos en un diplo sobre equidad de género en salud que estoy cursando y sobre los que también escribí dos artículos en este número.

Obviamente, The Pitt no muestra “la realidad” de trabajar en salud. Pero sí muestra algunas cosas que otras series médicas suelen maquillar bastante más, y eso se agradece.

Porque somos personas cuidando de otras personas. Estudiamos y nos formamos para eso, y nos pagan por eso. Así que a bajarse de la nube: no somos seres especiales.

Si te dan ganas de verla, puedes encontrar The Pitt en HBO Max. La disponibilidad puede variar según el país.

CONSULTA KINÉSICA ONLINE

A VECES UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA CABE EN UNA LÍNEA: *Hacer ejercicio.*

Lo que viene después puede ocupar bastante más.

- **¿Qué hago?**
- **¿Por dónde empiezo?**
- **¿Qué cambia si tengo una condición de salud?**
- **¿Qué hago con lo que ya puedo hacer?**
- **¿Y con lo que no?**

Ahí empiezan muchas de las preguntas que trabajamos en consulta.

Puede ser que tengas una condición de salud y quieras saber cómo incorporar o adaptar la actividad física. Que te hayan indicado hacer ejercicio y no sepas cómo llevarlo a la práctica. O que quieras comenzar o retomar el movimiento después de un tiempo.

En consulta vemos qué significa todo eso en tu caso, qué considerar y qué opciones pueden tener sentido para ti.

Revisamos tu situación de salud, tu experiencia con el movimiento, tus preferencias y lo que quieres trabajar.

Más información, valores, preguntas frecuentes y solicitud de hora:

larociokinesiologa.com/consulta

BIBLIOGRAFÍA UMBRÍGNEA 4

"Que no te afecte"

Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva. 2020;16:e2615. doi:10.18294/sc.2020.2615.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med. 2009;84(9):1182–91.

Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. Med Leg Costa Rica. 2015;32(1):119–24. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci_arttext

Superintendencia de Salud de Chile. ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que lo configuran. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2017. https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Derechos y deberes de los pacientes en salud. 2025. https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/derechos-y-deberes-de-los-pacientes-en-salud

Juárez Jiménez MV, De la Cruz Villamayor JA, Baena Bravo AJ. Estrategias en el síndrome de burnout del personal sanitario. Med Fam Andal. 2018;19(1):81–85. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_15_especialEstrategias.pdf.

Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Lanús: EDUNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2021. 120 p. ISBN: 978-987-4937-98-8.

"Yo no quiero un héroe"

De la Aldea E, Lewkowicz I. La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. 2004. https://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2019/09/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf

Hoffmann T, Bakhit M, Michaleff Z. Shared decision making and physical therapy: what, when, how, and why? Braz J Phys Ther. 2022;26(1):100382. doi:10.1016/j.bjpt.2021.100382.

Ubel PA, Scherr KA, Fagerlin A. Autonomy: what's shared decision making have to do with it? Am J Bioeth. 2018;18(2):W11–W12. doi:10.1080/15265161.2017.1409844.

Hablemos del "yo entreno para el cuerpo del envejecimiento"

Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. Int J Health Serv. 1980;10(3):365–88.
Brito Fernández A, et al. Sociocultural pressure: a model of body dissatisfaction for young women. Cad Saude Publica. 2020;36(11):e00059220. doi:10.1590/0102-311X00059220.

Cunningham C, O'Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: a systematic review of reviews and meta-analyses. Scand J Med Sci Sports. 2020;30(5):816–27. doi:10.1111/sms.13616.

Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, DC: BID; 2022.
https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 2025.
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

El wellness lo hizo de nuevo: el negocio de la respiración

Fincham GW, Strauss C, Montero-Marin J, Cavanagh K. Effect of breathwork on stress and mental health: a meta-analysis of randomised-controlled trials. Sci Rep. 2023;13(1):432. doi:10.1038/s41598-022-27247-y.

Morgan SP, Lengacher CA, Seo Y. A systematic review of breathing exercise interventions: an integrative complementary approach for anxiety and stress in adult populations. J Holist Nurs. 2025;43(4):354–376. doi:10.1177/08980101241273860.

Jones M, Harvey A, Marston L, O'Connell N, White P. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD009041.

Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Breathing retraining for dysfunctional breathing in asthma: a randomised controlled trial. Thorax. 2003;58(2):110–115.

Jiang X, Sun W, Chen Q, Xu Q, Chen G, Bi H. Effects of breathing exercises on chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Back Musculoskelet Rehabil. 2024;37(1):13–23. doi:10.3233/BMR-230054.

Pinna M, Castle E, Cavalheri V, Hill K. Among non-pharmacological interventions, breathing strategies reduce dyspnoea and improve quality of life in adults with stable chronic lung disease: a systematic review. J Physiother. 2025;71(4):239–245. doi:10.1016/j.jphys.2025.09.004.

Gualano B, Roschel H, Valverde A. The new fitness world: commodifying well-being in the neoliberal era. Einstein (Sao Paulo). 2026;24(spe1):eRW1778. doi:10.31744/einstein_journal/2026RW1778.

Badr S. Re-imagining wellness in the age of neoliberalism. New Sociology: Journal of Critical Praxis. 2022;3:1–11. doi:10.25071/2563-3694.66.

Bentley TGK, D'Andrea-Penna G, Rakic M, Arce N, LaFaille M, Berman R, et al. Breathing practices for stress and anxiety reduction: conceptual framework of implementation guidelines based on a systematic review of the published literature. Brain Sci. 2023;13(12):1612. doi:10.3390/brainsci13121612.

Bott J, Blumenthal S, Buxton M, Ellum S, Falconer C, Garrod R, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. Thorax. 2009;64 Suppl 1:i1–51. doi:10.1136/thx.2008.110726.

DISPONIBLE

¿POR QUÉ ES TAN DIFÍCIL SEGUIR UNA RUTINA DE EJERCICIO?

CAMBIANDO LA NARRATIVA SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO.

Porque no son excusas, son razones... basadas en evidencia.

Desde pequeñas, nos dijeron que las niñas buenas no corren, no trepan, no levantan la voz. Que nuestro valor estaba en la delicadeza, en ocupar poco espacio. Nos educaron para contenernos, para moderarnos, para ser menos.

Este curso no es solo sobre ejercicio. Es sobre recuperar nuestra fuerza, nuestra voz, nuestro espacio. Es sobre liberarnos de la narrativa que nos hizo creer que no podíamos. Aquí, no hay moldes que encajar. No queremos niñas ni mujeres frágiles, queremos mujeres que se muevan con libertad.

Encontrarás un espacio para conectar con el movimiento desde el respeto a tu cuerpo y tus tiempos. Aquí, el ejercicio no es una imposición, es una forma de decirle al mundo que somos más fuertes de lo que nos dijeron.

¿A quién está dirigido este curso?

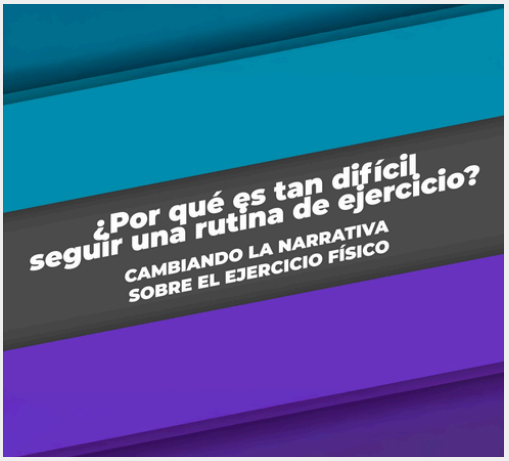
• Mujeres que desean comprender profundamente su relación con el ejercicio físico y explorar las barreras sociales y personales que influyen en su capacidad para mantener una rutina sostenible.

• Profesionales de la salud y del bienestar que trabajan con mujeres y desean aprender a abordar la falta de motivación desde una perspectiva integral, empática y basada en evidencia científica.

Acceso completo a 5 módulos que abordan desde las barreras sociales y personales, hasta estrategias prácticas para redefinir tu relación con el ejercicio físico.

Un e-book de acción práctica que te guiará para crear un plan personalizado de movimiento adaptado a tus necesidades y tu estilo de vida.

larociokinesiologa.com/curso



Enlace directo aquí