

Problemáticas sociales en la Salud, abordadas desde el Trabajo Social



Coordinadoras (es)
Martha Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Martín Castro Guzmán



Problemáticas sociales en la Salud, abordadas desde el Trabajo Social

Martha Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Martín Castro Guzmán

Coordinadoras (es)



Primera Edición: 2022

© 2022 ACANITS

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.
Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad Autónoma de Yucatán

ISBN:978-607-99497-7-8

© 2022 Por características tipográficas y de diseño editorial
ACANITS A.C.

Derechos reservados conforme a la ley.

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamen doble ciego por pares académicos y son responsabilidad de cada autor.

Queda permitida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de esta obra, por tratarse de un texto de divulgación. Sin embargo, deberá citarse la fuente correspondiente en todo momento.

Impreso en México

Índice

	Pág.
Introducción	9
El cuidado de sí, una categoría de reflexión para la intervención del Trabajo Social en la promoción de la salud en mujeres cuidadoras y con padecimientos crónicos <i>Gladis Zulema Acosta Moreno y Rosario Edith Ortiz Félix</i>	15
Servicios Médicos Públicos de las Regiones Indígenas de Hidalgo en el Contexto de la Pandemia de COVID19 y la emergencia climática <i>Jorge Dolores Bautista, Claudia Sandoval Cervantes, Hilda María del Consuelo Godínez Guzmán</i>	37
Resultados del confinamiento, en las personas adultas mayores desde el aspecto psicosocial por el COVID19 <i>Roxana del C. Vargas Pacheco América Nichte ha Quime Canul Xóchitl Gabriela Uco Euán</i>	55
Modelo de modificación de conducta. Una propuesta para trabajar con niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA) <i>Martha Leticia Cabello Garza Brenda Giselle Álvarez Rodríguez</i>	72
Vida cotidiana familiar como categoría de reflexión y análisis en el fenómeno del autismo: una revisión sistemática <i>Dulcina Guadalupe Soto Romero Carolina Valdez Montero</i>	90

Auto identidad de usos y/o costumbres en la salud, de comensales, en restaurantes de Torreón, Coahuila, durante pandemia	115
<i>Ma. Martha Rincón Escobedo</i>	
<i>Rubén Jáuregui Estrada</i>	
<i>Berenice Abigail Alvarado Velázquez</i>	
<i>Alma Ruth Silos Vaquera</i>	
Instrumentos de identificación de canales de percepción para el aprendizaje en la promoción de la salud en población escolar de América Latina	138
<i>Irving Alfredo Gómez Ucan</i>	
<i>Didier Francisco Aké Canul</i>	
<i>Russell Izael Trujeque Zavala</i>	
Determinantes sociales relacionados con el acceso al lavado de manos en niños de zonas urbanas de Latinoamérica	158
<i>Laura Gabriela Cituk Canche</i>	
<i>Sheila Mariela Cohuo Cob</i>	
<i>Marco Esteban Morales Rojas</i>	
Aprendizajes obtenidos de la pandemia del Covid-19: el caso profesionistas de Trabajo Social que laboran en organizaciones hospitalarias.	180
<i>Marisela Rivera Montoya</i>	
<i>Martín Castro Guzmán</i>	
Modelo de sistematización del Trabajo Social hospitalario	196
<i>Josefina Figueroa Ortiz</i>	

Introducción

Ciertamente la pandemia y el hacinamiento por el Covid-9, revolucionó el mundo actual trayendo además de las ya existentes, otras problemáticas sociales que han impactado sobre todo a la salud y a los grupos más vulnerables. Desde los servicios públicos, hasta las relaciones sociales en todos los ámbitos, han desarrollado nuevas formas de comunicación y vínculos, pero uno de los impactos mayores que trajo consigo esta pandemia, que aún no termina, debido a las olas de infecciones en todo el mundo, ha sido en el entorno virtual, la desigualdad social y nuevos problemas de salud. La vida cotidiana no es la misma, por lo que nuevas categorías de reflexión y análisis se han desarrollado, desde el cuidado de uno mismo, que entre dimes y diretes le hemos apostado a mejorar estilos de vida, a fortalecer el sistema inmune, a ser más solidarios y a vivir la vida de una manera diferente. Por mencionar un problema que ha tenido repercusiones en la cotidianidad, ha sido la doble presencia laboral tanto en el trabajo doméstico como en los centros de trabajo, acarreando problemas de desigualdad, violencia, estrés, depresión, entre otros muchos que afectó la salud y el entorno afectivo en la familia, donde se hizo necesario redefinir roles y responsabilidades.

Es en este escenario donde surgen diversas problemáticas sociales en el contexto de la pandemia y dan pie a intervenciones sociales en diversos ámbitos de la salud. Como profesionales del Trabajo Social, debemos incidir en los procesos sociales que influyen en los individuos, en grupos y en comunidades, como parte de un todo y con efecto de comprender más su realidad y ofrecer propuestas de intervención desde nuestra disciplina.

En este libro podremos reflexionar sobre algunas de ellas, desde el conocimiento disciplinar, con propuestas de intervención, sistematizando nuestros quehaceres, y dando a conocer cómo se vivieron o cómo se están aún viviendo esas problemáticas con grupos vulnerables, pero también con los profesionales del Trabajo Social.

En el primer capítulo las autoras Gladis Zulema Acosta y Rosario Edith Ortiz, hacen una reflexión sobre la importancia del cuidado de sí mismo en relación con la alimentación desde una perspectiva de género, realizando una revisión sistemática que tuvo como objetivo el

identificar y analizar investigaciones sobre el tema del autocuidado de sí mismo en relación con la alimentación, desde la perspectiva de género. Sus categorías de análisis se dieron en el plano internacional, nacional y local con aquellas mujeres que padecen problemas como la obesidad y la diabetes. Pocos estudios fueron encontrados, pero nos dan la pauta para reflexionar sobre la importancia de la educación y la promoción de la salud desde la disciplina de Trabajo Social.

El segundo capítulo de este trabajo lo exponen los autores Bautista, Sandoval y Godínez, quienes analizan los servicios públicos de las regiones indígenas del Estado de Hidalgo, con el fin de mostrarnos la precariedad de los servicios de salud en las regiones Huasteca, Sierra Otomí Tepehua y Valle del Mezquital, que geográficamente se encuentran distantes de la capital del Estado, mostrando como se vulnera el derecho a la salud de pueblos indígenas en el contexto de la pandemia de Covid-19; y que aunado a desastres naturales debido al cambio climático, se hace inminente un escenario de disminución de la calidad de vida e impacto a la salud sobre todo porque aunque existen necesidades de salud que no alcanzan a ser satisfechas. Ellos nos presentan una interesante área de oportunidad para el profesional del Trabajo Social que sería realizar investigaciones con perspectiva territorial y conectarse con futuros escenarios de variabilidad climática, a fin de poder comprender realidades socioculturales como la que ellos presentan de pueblos indígenas.

El tercer capítulo es una investigación sobre uno de los grupos más vulnerables durante la pandemia: las personas adultas mayores, ya que se vieron en la necesidad de permanecer en el encierro, y que nos presentan Roxana del C. Vargas, América Nichte ha Quime y Xochitl Gabriela Uco Euán. El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto de la Pandemia Covid-19, en los abuelos de los estudiantes de una escuela de Trabajo Social en Campeche, debido al confinamiento por el Covid-19, desde lo psicosocial. Muy interesante resultó conocer que, a pesar del aislamiento, hubo mayor comunicación y cercanía con sus familiares y amigos, dedicando su tiempo a actividades como leer, hacer manualidades, y hablar por teléfono. Los investigadores encontraron que, en su contexto territorial, la mayoría no se sienten solos, pero si han tenido repercusiones en su salud, al no poder asistir a misa o salir a caminar, la depresión solo se presenta en un bajo porcentaje, pero sí exponen mayor ansiedad y miedo.

El siguiente capítulo muestra una problemática que se acrecentó durante la pandemia con los niños que presentan Trastornos del Espectro Autista. Las investigadoras Martha Leticia Cabello y Brenda Giselle Álvarez, nos presentan una propuesta de intervención social, para generar cambios en la conducta alimentaria de estos niños, ya que en el confinamiento debido al Covid-19, la ansiedad por el encierro desencadenó problemas de alimentación con los niños proporcionando alimentación no saludable. La idea es trabajar con los padres o cuidadores primarios con un Modelo de Modificación de Conducta que a través de técnicas específicas mejoren la situación de estos niños, modificando o adquiriendo nuevos patrones alimenticios.

Siguiendo con este mismo tema, el capítulo cinco está a cargo de Dulcina Guadalupe Soto y Carolina Valdez, ellas nos presentan una revisión sistemática sobre el tema de la vida cotidiana familiar como categoría de reflexión y análisis en el fenómeno del autismo. En este trabajo podremos identificar información disponible en bases de datos sobre este tópico, tratando entre otros temas, de las vivencias que los miembros de la familia experimentaron en el proceso de diagnóstico, cómo se gestionan las actividades de la vida cotidiana y las relaciones sociales, puntualizando en cómo se configuran las actividades de la vida cotidiana de las familias con un niño (a), autista.

El capítulo seis es un trabajo que presentan los autores Ma. Martha Rincón, Rubén Jáuregui, Berenice Alvarado y Alma Silos. Este es un trabajo que se realizó en colaboración con empresarios, asociados al Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados (CANIRAC), en Torreón, Coahuila, derivado de la problemática en relación con la salud del comensal, originada por la pandemia y que cuenta el cómo se dio la reapertura de los restaurantes, ante la amenaza de quiebre, por un lado, y por el otro las demandas de los comensales en términos del autocuidado de su salud. En este trabajo encontraremos desde la perspectiva del empresario restaurantero, los usos y costumbres de los comensales.

El capítulo 7 presentado por Irving Gómez, Didier Aké y Russel Trujeque, es tema trascendental en tiempos de pandemia y postpandemia, como el que estamos viviendo, donde la promoción de la salud en la población escolar en la vuelta a la normalidad se hace imprescindible, ya que permite a los niños y niñas modificar comportamientos y desarrollar hábitos saludables como es el lavado de

manos. En este trabajo se propone el diseño de un instrumento afín a dicha labor que pueda replicarse en el contexto de cada localidad.

El capítulo ocho versa sobre un tema sumamente importante en tiempos de Pandemia. “Los determinantes sociales relacionados con el acceso al lavado de manos en niños de zonas urbanas de Latinoamérica” y que es presentado por Laura Cituk, Sheila Cohuo y Marco Morales. Ellos exponen en un trabajo de revisión sistemática, con documentos oficiales y académicos, como estrategia vital para la salud pública, el lavado de manos; sin embargo, ellos nos hacen reflexionar sobre cómo su acceso se ve condicionado por los determinantes y circunstancias sociales presentes en las localidades, y que deben ser consideradas al hacer propuestas de intervención, para promover cambios a mediano y largo plazo.

El capítulo nueve lo exponen Marisela Rivera y Martin Castro. Este interesante trabajo con un diseño cualitativo es el resultado de una investigación exploratoria sobre los aprendizajes obtenidos de la pandemia del Covid19: caso profesionistas de Trabajo Social que laboran en organizaciones hospitalarias. A través de su lectura podremos reflexionar y revivir acerca del ser y quehacer de los sujetos de estudio y sobre los aprendizajes obtenidos en su intervención profesional sobre todo en situaciones de crisis como las que presentamos al inicio de la Pandemia por el Covid-19, y que dan cuenta de algunos vacíos metodológicos de profesionales del Trabajo Social en este campo.

El último capítulo de este libro expuesto por Josefina Figueroa Ortiz, de manera muy práctica, esquemática e ilustrativa, como la cereza del pastel, conjuga los elementos teóricos-metodológicos, con la práctica profesional, y nos presenta un modelo de sistematización del Trabajo Social hospitalario, que proporcione una estructura organizada y que permita construir un conocimiento que bajo un análisis de las acciones que en estas instituciones se realicen, puedan generar propuestas de intervención acordes al contexto y a la realidad donde se desenvuelven las y los trabajadores sociales del área hospitalaria.

En general este libro conjunta reflexiones de diversas problemáticas sociales con las que nuestra disciplina ha tenido que lidiar, desde diversos ámbitos de acción que aquejan a las personas que solicitan nuestros servicios no solo en el campo de la salud, ya que la búsqueda

de respuestas también ha repercutido en el ámbito académico y disciplinar.

Esperamos que este trabajo sea un aporte con fundamentos teóricos, metodológicos a nuestra profesión y que permita a través de su lectura encontrar la especificidad de Trabajo Social y que impacte en la propuesta de alternativas de solución a los diversos problemas sociales como los que aquí se presentan.

Martha Leticia Cabello Garza
Marisela Rivera Montoya
Martín Castro Guzmán

El cuidado de sí, una categoría de reflexión para la intervención del Trabajo Social en la promoción de la salud en mujeres cuidadoras y con padecimientos crónicos

Gladis Zulema Acosta Moreno y
Rosario Edith Ortiz Félix¹

Resumen

En el escenario de actuación del Trabajo Social, donde se conjugan los determinantes sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad y la educación para la salud, se advierte la necesidad de reflexionar sobre las prácticas del cuidado de sí mismo en relación con la alimentación, desde una perspectiva de género. Se realizó una revisión sistemática que tuvo como objetivo de identificar y analizar investigaciones sobre el cuidado de si en mujeres que padecen problemas de salud-nutricional, tales como la obesidad y diabetes en un plano internacional, nacional y local, donde se encontraron pocos estudios desde la disciplina de Trabajo Social, con respecto a esta categoría, convirtiéndose en un área de oportunidad para reflexionar teóricamente y aportarle al ámbito de la promoción a la salud. La revisión de la literatura se realizó durante el mes de noviembre 2021 hasta abril del 2022 en revistas indexadas por medio de buscadores académicos como Redalyc, Dialnet, Google Académico y Scielo, Pubmed, además se realizaron búsquedas en las revistas del Sistema de Clasificación de Revistas Mexicanas de Ciencia y Tecnología. Con la consulta de los rubros de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Conducta y Medicina y Ciencias de la Salud. La búsqueda se

¹ Profesoras de la Facultad de Trabajo Social Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

realizó en idioma español, inglés y portugués, se incluyeron artículos con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos. Se encontró que la literatura se concentraron en los siguientes aspectos: mayor desarrollo de los estudios cualitativos del cuidado de sí, con respecto a las enfermedades del cáncer, percepciones del cuidado de sí y de los otros de mujeres con jornadas laborales, y mayores estudios del cuidado de sí, de la disciplina de enfermería; y por último estudios sobre el cuidado de sí enfocado a la masculinidad y su aportación a la intervención en la promoción a la salud desde la disciplina de Trabajo Social en el contexto de Colombia. Por tanto, se concluye que desde la disciplina no hay estudios actualizados sobre la categoría del cuidado de sí en mujeres con respecto al cuidado del cuerpo que implica la alimentación, por lo que es un área de oportunidad para disciplina.

Introducción

En México, se ha documentado que, en las últimas dos décadas, algunas de las comorbilidades asociadas a la alimentación como obesidad, diabetes e hipertensión va en aumento, específicamente en mujeres de espacios urbanos de la región Pacífico-Norte (ENSANUT, 2020). Los resultados nacionales de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población ha sido enmarcada en las enfermedades coronarias, cáncer, diabetes y enfermedades renales, debido a esto, actualmente las enfermedades no transmisibles y que implican una alimentación saludable, es considerada unos de los principales problemas de salud pública en el país.

Con respecto a la obesidad, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2020) quien muestra, que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 76% en mujeres y de 72.1% en hombres, siendo el grupo de mujeres adultas con mayor incidencia en la enfermedad. Mostrando además que la prevalencia de obesidad se da por regiones, donde la mayor prevalencia de obesidad se observó en el Pacífico- Norte con un 43.9%, la comparación se dio con mayor prevalencia de obesidad en las localidades urbanas con 36.5 % y en las rurales 33.9% (ENSANUT, 2020).

Para el combate a esta problemática, las Instituciones de Salud, han desarrollado acciones estratégicas para la disminución de estas estadísticas , como los son, los programas de Promoción a la Salud:

Programa de Acción “Componentes de determinantes Personales de Salud 2020” “Alimentación y Salud Fisca, Primer Semestre 2019”, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en los Centros de Salud Urbanos, Unidades de Especialización Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC) de la Secretaría de Salud y el programa de PREVENIMSS, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos programas ejecutan talleres a la comunidad en general, con componentes específicos de promoción para el autocuidado y la prevención con respecto a la disminución del sobrepeso y obesidad, siendo estos programas de poco impacto para la población, específicamente en incentivar la participación, no solo en la incorporación a sus proyectos comunitarios de vida saludable, sino a buscar la corresponsabilidad, tiene que ver con el desconocimiento de la cultura, comportamientos sociales, así como las metodologías o herramientas para implementar de forma eficaz dichos programas (Nissán, 2020).

En ese sentido, Trabajo Social como disciplina científica, es parte fundamental de promoción y la prevención de la salud, por lo que sus profesionales inmersos en el área laboral de salud desarrollan algunas de sus funciones y acciones en la investigación, prevención y promoción a la salud (Galeana, 1999) y Restrepo (2003). Las acciones que realizan en el ámbito de la investigación, es participar en equipos interdisciplinarios en proyectos sobre la salud integral comunitaria; en la promoción, es brindar información sobre las enfermedades, formas o estrategias que se deben de seguir para enfrentar el problema de salud. Así también en la prevención; orienta y capacita a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios (acciones de autocuidado) que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida (De la Cruz Mendoza, 2021).

Sin embargo, se identifica que el Trabajo Social, en el ámbito de investigación, y por ende en la promoción y la prevención a la salud-nutricional, no ha profundizado en categorías sociales, que tienen que ver con las actitudes, significados que posee la población con respecto al cuidado de la salud de su propio cuerpo. Tal es el caso de las mujeres-madres de familia, donde su posicionamiento en el ámbito doméstico está en las actividades alimentarias, un rol de género construido en la cotidianidad como cuidadora, como lo menciona Passerino (2019), las mujeres sobreponen el cuidar su salud, por cuidar a los otros.

Por lo que es necesario revisar la categoría de Cuidado de sí, considerada como una categoría filosófica propuesta por Michael Foucault (1996) que involucra una relación dialógica de los seres humanos, consigo mismo, con sus cuerpos y con el entorno en el cual se realizan sus actividades diarias. En tres dimensiones, lo dietético, lo económico y lo erótico. El cuidado de sí mismo, implica identificar los significados que permiten comprender las formas de como los sujetos se apropian de sus prácticas de autocuidado ya que estos constituyen la configuración de actitudes para asumir su propia vida (Muñoz (2009). En el caso del cuidado de sí mismo, se pretende revisar, con respecto a las mujeres-madres de familia con sobrepeso y obesidad, quienes asumen roles de género asignados como cuidadoras de otros, dejando de lado el cuidado personal.

Es por ello, que se resalta la importancia de identificar aquellas subcategorías que permitirán describir y detallar a mayor profundidad la problemática del cuidado de sí mismo con respecto a la salud-nutricional, desde la disciplina del Trabajo Social. Por lo que se plantea desde la revisión sistemática, analizar la literatura científica existente con respecto a la categoría del cuidado de sí, con el propósito de delimitar líneas de investigación, con respecto a la salud, alimentación y género, desde la disciplina de Trabajo Social.

Se destaca, que para hacer el planteamiento de revisión sistemática, se realizó una búsqueda preliminar, por medio del Google académico, Dianlet, Redalyc y Crimcyt, que arrojaron artículos teóricos, tesis y documentales (literatura gris) que permitió plantear los criterios de inclusión para la revisión sistemática, quedando los siguientes: investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, que hayan revisado la categoría de cuidado de sí, con fechas de publicación del 2016 al 2022 y mujeres como sujetas de estudio con obesidad.

Metodología

El objetivo de esta revisión sistemática fue identificar y analizar la información disponible sobre la categoría del cuidado de sí, en mujeres madres de familia con sobrepeso y obesidad, con los siguientes criterios de inclusión fueron estudios publicados en base de datos indexadas en inglés, español y portugués, de los últimos cinco años, que plantearan en su desarrollo de la investigación la categoría de cuidado de sí, en

mujeres como sujetas de estudio con algún problema de salud, ya que en una revisión preliminar, no se encontraron resultados en cuanto al problema del sobrepeso y obesidad. La revisión sistemática se realizó en bases de datos como Redalyc, Scielo, Dianlet, Google Académico y de Crimcyt y Pubmed, con las siguientes combinaciones de palabras claves: Cuidado de sí, mujeres, salud; Cuidado de sí mismo, mujeres, sobrepeso y obesidad; Cuidado de sí y Salud, Género y Trabajo Social

La revisión se realizó bajo una guía para la revisión sistemática cualitativa denominada JBI, Manual for Evidence Synthesis, donde se plantean seis etapas propuestas por Holly, Salmond y Saimbert (2020), que incluyen lo siguiente: formulación de una pregunta de investigación, objetivos; establecer criterios de inclusión y exclusión; el desarrollo de la búsqueda de la literatura; selección de los estudios y extracción de los datos.

En la primera etapa, se planteó la interrogante ¿Existirá literatura científica en los últimos cinco años, sobre la categoría del cuidado de sí en mujeres con sobrepeso y obesidad?, donde se hizo una primera búsqueda encontrando solo artículos teóricos, tesis y algunas investigaciones desfasadas en español y portugués, donde se analiza la categoría de cuidado de sí, en hombres y mujeres de grupos de distintas características y que algunos padecían algún problema de salud, los cuales sirvieron de referencia para hacer búsquedas por autor y la inclusión de palabras claves, como mujer y obesidad.

En la cuarta etapa, donde se realizó una investigación más exhaustiva, se revisaron las bases de datos de Scielo, Dianlet, Crimcyt y Pubmed, encontrado algunas investigaciones de corte cualitativo, con respecto a la categoría de Cuidado de Sí, Género, Salud y Trabajo Social, los cuales se seleccionaron las más significativas para la revisión de las categorías. Las selecciones de los artículos científicos fueron bajo la revisión y evaluación metodológica y de congruencia propuesta por la Guía de Revisión Sistemática.

Los cuestionamientos utilizados, fueron los siguientes: ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de investigación? ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos? ¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos? ¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa? Así mismo la selección de los artículos se

realizó bajo las variables de medición en la Escala de clasificación inicial para estudios cualitativos: Alto, Moderado, Bajo y Muy bajo. Asignándole una precalificación; Alto para estudios cualitativos y Bajo para la opinión de expertos.

Posteriormente se eliminaron los artículos que no cumplieron con los estándares de calidad metodológica, y con los criterios de inclusión establecidos, quedando diez artículos en total, ocho con valoración alta y dos con valor bajo. La revisión se realizó durante las fechas de noviembre del 2021 a mayo 2022.

Resultados

Las investigaciones encontradas partieron de un indicador general máximo de 1230 documentos con información gris o específica de las palabras claves de Cuidado de sí y Salud, por lo que en la siguiente búsqueda se agregaron las palabras claves de Mujeres y Obesidad, de las cuales varios de los estudios fueron desfasados por fecha, y no cumplían por los estándares de calidad metodológica en cuanto a la investigación, o solamente eran algunos estudios de opinión, que no profundizaron.

En la segunda etapa se agregaron categorías de Cuidado de sí, Género, Salud y Trabajo Social. Los buscadores presentaron setenta y uno documentos para revisión, de los cuales se seleccionaron 30 artículos científicos donde se revisaron bajo los estándares de revisión JBI (2020), donde solamente fueron aceptables con los niveles (10=Alto) y (2=Bajo) para la revisión sistemática. Los artículos académicos encontrados fueron ocho clasificados con valoración y confiabilidad alta, los cuales fueron investigaciones cualitativas, donde se analiza la categoría de cuidado de sí en mujeres y hombres con respecto alguna enfermedad (obesidad, diabetes, cáncer) y el cuidado de otros enfermos; y dos artículos de discusión teórica de la categoría del cuidado de sí, revisada desde el Trabajo Social, el cual se clasificó con valoración baja con respecto a la metodología, pero con grado de confiabilidad alta, ya que aporta elementos sumamente interesantes para hacer el análisis de la categoría del cuidado de si desde el Trabajo Social.

Descripción de los principales estudios que aportan a la reflexión a la categoría del cuidado de sí, en mujeres

El resultado encontrado en esta revisión sistemática, fueron investigaciones con respecto a comprender de qué manera las mujeres viven y perciben el cuidar de sí, con respecto al otro, que tiene que ver con el cuidado de los hijos con parálisis cerebral; mujeres que padecen cáncer; problemas renales; entre otros. Se destaca que no se encontraron estudios recientes con respecto al cuidado alimentario en mujeres con sobrepeso y obesidad, por lo que la revisión sistemática se realizará desde los resultados de las investigaciones referencia al cuidado de sí en mujeres que padecen alguna otra enfermedad y percepciones referente al cuidado de ellas y los otros.

Unas de las primeras investigaciones identificadas tienen por nombre “Madre-cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral: El cuidado de sí misma” (2018), realizado desde la Enfermería, que tuvo como objetivo, el comprender cómo las madres-cuidadoras de niños con parálisis cerebral, se cuidan a sí mismas, buscando una aproximación con su mundo vivido. La población de estudio, fueron mujeres madres cuidadoras de adolescentes con parálisis cerebral que son atendidas en la Asociación de Padres y Amigos de niños excepcionales en un municipio del sur del estado de Rio Grande do Sul/Brasil, quienes dejan en segundo término el cuidar su salud, por dar prioridad al adolescente.

El tipo de investigación es de carácter cualitativo, con un enfoque fenomenológico/hermenéutico, realizado con diez madres/cuidadoras de niños y adolescentes con parálisis cerebral, a quienes se les aplicaron las técnicas de observación participante y la entrevista fenomenológica y la interpretación por medio del enfoque de la hermenéutica. Los principales hallazgos de esta investigación, es en relación a la madre cuidadora que tiene una vinculación directa con el adolescente; y refiere, que el cuidar de sí, está relacionado con los tratamientos de belleza, mencionan que no cuidan de sí mismas, pero a veces lo hacen en el baño, acompañada siempre de su hijo (Freitag, Milbrath y Mota, 2018). Se destaca que el cuidar de otro, es una prioridad para las mujeres madres de familia, pero buscan algunas estrategias para desarrollar acciones de autocuidado personal. Se comprende como las

mujeres dedicadas al trabajo doméstico, y cuidado de otros enfermos, descuidan el cuidado de sí mismas, dejándolos en segundo término, conociendo aun así lo que se debe hacer.

Así también se destaca el estudio denominado “Dificultades de agentes educativas para el cuidado de sí, dentro de un Programa de Modalidad Familiar en Colombia” (2020) realizado desde la disciplina de Trabajo Social, que tuvo como objetivo, el identificar a los actores sociales que a su vez se consideraban a sí mismos como cuidadores, con el fin de provocar en ellos la comprensión de sus características biográficas y el lugar que ocupaban en el trabajo de cuidar que realizaban con niños y niñas. La población de estudio, fueron mujeres madres de familia cuidadoras agentes educativas del Programa de Modalidad Familiar, con edades de 23 y 45 años, algunas solteras y otras con relaciones de pareja en convivencia y con hijos, siendo profesionistas de Trabajo Social y psicología, a quienes se les presentan obstáculos para cuidar de sí mismas, reconociéndose como cuidadoras de hijos propios y las niñas, niños y adolescentes de la estancia.

El enfoque de la investigación es cualitativo, desde una epistemología constructivista y metodología dialéctica. Se realizaron dos equipos de trabajo bajo la modalidad de taller constructivo, donde cada equipo de trabajo realizó ocho talleres constructivos y algunas entrevistas. En los resultados, se destaca que las mujeres tienen dificultades al cuidarse a sí mismas, debido a las dobles jornadas de trabajo y el trabajo doméstico, lo que dificulta sostener en el tiempo acciones de manera permanente. Así mismo, las mujeres sostienen en sus discursos culpabilizaciones asociadas con la interiorización de un modelo femenino en el que se enaltece la maternidad, la feminización del cuidado, al tiempo que reprime los sentimientos de insatisfacción. El estudio concluye que existe un déficit de cuidado de sí, lo cual evidencia la necesidad de que en la política de primera infancia se generen estrategias de autocuidado para quienes trabajan con niños, niñas y adolescentes (Charrys, Escobar y Micolta, 2021).

Las mujeres en sus discursos comentan la doble presencia de labores, donde se destacan las desigualdades en el trabajo del cuidado de los hijos y el trabajo doméstico, así como el cuidado de los otros, en lo laboral, destacando que existe una lucha interna de las mujeres entre el deber de cuidarse a sí misma y no hacerlo por dar preferencia al cuidado de los hijos y otros, trayendo problemas de estrés por no cuidarse a sí

misma, por lo que el estudio invita a la buscar el análisis desde la perspectiva de género en cuanto a la categoría del cuidado de sí.

Otra investigación con respecto a la categoría de cuidado de sí en mujeres, denominado “Cuidado de sí y experiencia de enfermedad. Aportes desde una perspectiva de género al tránsito de mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires” (2019), realizado desde la disciplina de la Enfermería, que tuvo como objetivo comprender en esta experiencia el problema de la alteridad y cómo participa en la dinámica de cuidados de las sujetas de estudio. La indagación hace referencia al cuidado de sí y la relación con el otro, destacando el carácter subjetivo de los vínculos establecidos por las mujeres, con los otros, expresado en la ética del cuidado, destacando la importancia del análisis desde la perspectiva de género, que procura comprender los roles tradicionales como responsables del cuidado atribuido a las mujeres principalmente.

El estudio realizado fue bajo el enfoque cualitativo, la metodología es de la narrativa desde los espacios biográficos, dirigido a 25 mujeres entre 25 y 75 años que hayan tenido cáncer de mama, en un periodo de 2012-2015, a quienes se les aplicó la entrevista como técnica para recolección de datos. Los resultados destacan que el cuidado no debe ser atribuido a las mujeres, por la misma condición de enfermedad. Desde la narrativa de las mujeres, el cuidar de sí misma, implica cuidar a los otros, como un vínculo afectivo de apoyo, comprensión, preocupación hacia ese entorno donde vivencian las mujeres, con sus parejas, madres e hijos, también con dificultades y que expresa esta noción de cuidado de sí concomitante al cuidado del otro/a, supone desde un punto de vista feminista, reconocer esta organización social del cuidado que se dirime en muchas oportunidades como mecanismos opresivos (Passerino, 2019).

Por otra parte, resulta manifiesto que cuando hay una carencia de cuidado, también la enfermedad se vivencia en términos desoladores. Como resultado, existe una desigual distribución del tiempo remunerado -trabajo productivo- y del no remunerado -trabajo reproductivo-, que a su vez naturaliza el rol de las mujeres como cuidadoras (Passerino, 2019). El cuidado de sí en la salud, aun en mujeres con problemas de salud, implica una organización del cuidado, ya que existen vínculos con madres, hijos, parejas que no reconocen la responsabilidad que tienen las mujeres con el cuidado, hasta que llega

un evento estresor, como el enfermarse la madre cuidadora, incluso un estresor para la persona cuidadora en buscar el apoyo familiar.

Otro estudio identificado, se denomina “Espacio y cuerpo embarazado: aproximaciones a las prácticas, dispositivos y tecnologías de cuidado de sí en mujeres embarazadas” (2018), realizada desde la Antropología, que tuvo como objetivo en analizar ¿a qué dominios, dispositivos y tecnologías están expuestas las mujeres embarazadas residentes en Guadalajara, Jalisco, ¿dentro de los distintos espacios por los que transitan? La población de estudio fue revistas en México, ya que las mujeres embarazadas están presentes en los espacios multidimensionales, donde ocurren disputas y luchas de fuerza entre distintos campos sociales; se considera al cuerpo de la mujer embarazada como un espacio estratégico en el que se materializan prácticas, discursos y disputas que dan cuenta de dispositivos y tecnologías de cuidado de sí (Contreras y Castañeda, 2019).

El tipo de investigación es a nivel teórico, desde una metodología etnografía con el análisis de 40 notas de las Revistas. Los resultados y discusiones se dan a que el cuerpo de la mujer embarazada resulta ser una disputa sociocultural y de resistencia, donde las nuevas formas de control operan a través de los discursos desde que se dota a las mujeres la responsabilidad de la auto vigilancia sobre su salud, sus controles médicos, sus estados físicos, y sus tipos de alimentación en miras a proteger la salud y el bienestar del infante (Contreras y Castañeda, 2019). Se pudo constatar que los discursos que se despliegan hacia las mujeres embarazadas instan hacia el cuidado de sí mismo, nuevamente los discursos encontrados en la revista, giran en torno a la responsabilidad de las mujeres en cuidar de ellas y no como una preocupación del Estado, y de los otros, dejando a las mujeres en un estado de vulnerabilidad.

Investigaciones que analizan la categoría el cuidado de sí, en población general

Se identificó otro estudio relacionado con la categoría del cuidado de sí, denominado “Cuidados de sí y relaciones de Género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un centro de atención primaria de la salud (CAP) en José León Suárez, Argentina

(2017) desde la Antropología. Los objetivos fueron, analizar el papel de los cuidados de sí y de las relaciones de género en un grupo de personas que viven con diabetes en un centro de atención primaria de la salud (CAP) en José León Suárez, partido de San Martín, e identificar las prácticas individuales y grupales llevadas adelante por este grupo de adultos mayores. La población de estudio fueron adultos mayores que asisten a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAP) en José León Suarez, partido de San Martín en Buenos Aires Argentina.

El fenómeno de interés es en relación a los cuidados de la salud, en personas que viven con diabetes llevan adelante a través de prácticas individuales, grupales y colectivas. Las personas que viven con enfermedades de larga duración, que conforman grupos de cuidado individual y grupal, en el caso una enfermedad como la diabetes, reconocen su propia enfermedad como de la de otros semejantes, constituyendo lo que se reconoce en la bibliografía como cuidados de sí. El contexto del estudio es un barrio de la periferia de la ciudad de San Martín, del estado José León Suarez, con características de violencia, uso de sustancias de drogas, pobreza moderada, grupo de adultos mayores con diabetes que asisten a la atención primaria y Organizados por el Centro de Atención Primaria en Salud CAP, que se denomina “Los caramelos saludables” (Domínguez, 2017).

El tipo de investigación es de un análisis etnográfico, de la conformación de un grupo de adultos mayores que vive con diabetes: “Los caramelos saludables” es un grupo participativo, donde se les aplicó la técnica de entrevista semiestructurada. Los principales hallazgos se encontraron en relación con el reconocimiento de la enfermedad en los adultos mayores, así como el apoyo emocional de los integrantes del grupo. Dicen de sí mismos llamarse: “Somos enfermos saludables”. Así también reconocen y naturalizan el lugar de las mujeres en los cuidados cotidianos de los miembros del grupo doméstico, vivan o no con diabetes. La actividad grupal organizada a partir de la asamblea y discutida en conjunto ha logrado redefinir y corregir al cuidado cotidiano como la responsabilidad exclusivamente femenina, al vincularlo a la gestión colectiva de los cuidados (individuales como grupales), incorporando y no eludiendo los conflictos en los cuidados cotidianos de su salud.

Otro de los estudios seleccionados, denominado Acciones protectoras de Salud en el Cuidar de Sí, desde Pacientes en Diálisis

Peritoneal. (2018), que tuvo como objetivo comprender los conocimientos y significados que los pacientes en diálisis peritoneal dan al cuidado de su propia salud, así como reconocer los conceptos y valores que van unidos a esta construcción axiológica, ontológica y epistemológica. Para construir el cuidar de sí desde la perspectiva de los pacientes en diálisis peritoneal, se escogió el abordaje cualitativo para darle significado a algo que desde la experiencia humana posee una esencia. Bajo un enfoque fenomenológico, utilizando el método de Spiegelberg el cual ofrece un método sistemático para comprender mejor las distintas aproximaciones al estudio del cuidar de sí.

La selección de los informantes fueron personas con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo de diálisis peritoneal, quienes libremente, desde su subjetividad y perspectivas, aportaron la información necesaria para la interpretación que da de sí mismos sobre el cuidado, previa obtención del consentimiento informado. Los actores sociales entrevistados fueron seis pacientes que asistían en una consulta mensual en la Clínica Renal. En la matriz de análisis de manera preliminar se ha podido develar que entre los atributos del cuidar de sí están las acciones protectoras de salud, los cuales se identificaron un conjunto de conceptos para integrar al análisis de la categoría, tales como: adaptación; obediencia, es decir preocuparse y desarrollar acciones que benefician la salud, tales como higiene, alimentación, asistencia al médico, seguimiento de tratamiento y cumplimiento de las técnicas que les son enseñadas. Siendo estos conceptos o subcategorías implícitas en el cuidado de sí mismo, en pacientes con problemas renales.

A sí mismo, se identificó un estudio desde la enfermería denominado “El cuidar de sí mismo: un sentir desde la visión de los estudiantes de enfermería” (2018), que tuvo como objetivo explorar el significado de cuidar de sí en los estudiantes de enfermería, ya que el cuidado forma parte de la naturaleza y la constitución del hombre. En su evolución histórica va experimentando transformaciones desde lo biológico, emocional, y social confiriéndole capacidad adaptativa a diferentes etapas del ciclo vital y las eventualidades suscitadas en su cotidianidad, como los son los estudiantes de enfermería. El enfoque utilizado fue cualitativo, desde el método fenomenológico, describiendo las experiencias vividas y percibidas por los sujetos, mediante la entrevista

a profundidad, dirigida a estudiantes de enfermería, siendo tres informantes claves.

Como resultado del análisis se obtuvieron como categorías: percepción del cuidado de sí y la autoimagen y la autoestima. Las conclusiones al interpretar el fenómeno estudiado son: El estudiante que está en formación es capaz de reconocer que cuidarse a sí mismo es un proceso complejo, que involucra la integralidad como un todo, la responsabilidad con el mismo y con los demás (González y Guevara, 2018). Esta investigación aporta a la categoría del cuidado de sí, como un aspecto subjetivo que tiene que ver con los significados, actitudes, autoimagen y autoestima de la persona.

Otro de los estudios identificados que analizan la categoría del cuidado de sí, desde la enfermería, se denomina “Influencia del cuidado de sí mismo en el trabajo de enfermeros intensivistas” (2020), desde la Enfermería. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia del cuidado de sí en el trabajo de las enfermeras y enfermeros intensivistas. La metodología, es exploratoria descriptiva, desde un enfoque cualitativo, donde, se realizaron entrevistas a 13 enfermeros de cuidados intensivos que actuaban en el área desde hacía al menos un año y actuaban en un hospital universitario ubicado en la zona sur de la ciudad de São Paulo, Brasil.

Los resultados más destacados, fue que en sus discursos surgieron las siguientes categorías: “Cuidar de sí mismo es brindar un cuidado más seguro” y “Cuidado de sí y el liderazgo de las enfermeras intensivistas” y las conclusiones, tornaron en relación a las prácticas relacionadas con el cuidado de sí, influyeron positivamente en el proceso de trabajo del enfermero intensivista. Esta influencia se asoció principalmente con la seguridad del paciente y el desarrollo del liderazgo, una competencia gerencial importante (Silva, Pazeto y Riveiro, 2020). Se precisa que este estudio aporta a la reflexión de la categoría del sí mismo, como la actitud asumida al autocuidado, es un aspecto construido y enseñado, lo que las prácticas reflexivas en cuanto el cuidado de sí mismo aporta de manera positiva a las personas dedicadas a cuidar a los demás.

Por último, se destaca el siguiente estudio realizado desde la disciplina de Trabajo Social, el cual es denominado “Cuidado de sí masculino o instrumentalización de los varones adultos jóvenes (2016). El objetivo fue reconstruir la ruta que han transitado las políticas

públicas colombianas en materia de cuidado de sí en la salud, y su relación con los varones jóvenes y las masculinidades, durante el período 1950-2000, identificando un asunto central el hecho de que éstas han sido diseñadas en torno al discurso del crecimiento económico y del posicionamiento de los varones como principal fuerza de trabajo del país. Los resultados de este estudio teórico, es en relación que se insta un dispositivo con dos mecanismos fundamentales para promover el cuidado de sí: mecanismos de salvaguarda de la capacidad productiva; y mecanismos de efectos periféricos. Se asume implícita en las políticas públicas la vinculación de los varones, en tanto estos tienen como epicentro los grupos poblacionales (Muñoz, 2016).

Finalmente se destaca el estudio denominado “La promoción de la salud desde el Trabajo Social, en perspectiva del cuidado de sí masculino” (2017) desde la disciplina de Trabajo Social, el cual, es una discusión teórica, resultado de un proceso de investigación durante 15 años, por la autora, con respecto al cuidado de sí masculino, hace referencia al género y, específicamente, al cuidado de sí en dos vías de análisis: una referida al cuidado de sí en la salud masculina como un tema de estudio y un escenario de intervención novedoso y necesario para el Trabajo Social en la actualidad en el campo de la salud pública, a través de la educación y la promoción de la salud.

Otra, referida al cuidado de sí como principio posibilitador de cambios en las formas de pensar el Trabajo Social en América Latina. Sus aportaciones giran en torno a que urge realizar un análisis de los hombres con respecto a su propio cuidado en un contexto específico, y que el Trabajo Social como disciplina, en su saber autorizado académica y políticamente debe de aportar a la construcción del cuidado de sí en la salud masculina, en la esfera sociocultural, buscando promoverlas mediante procesos educativos y dispositivos pedagógicos para la reflexión y la acción familiar, grupal y comunitaria. Así como pensar en la importancia de potenciar rutas teóricas, conceptuales y metodológicas, relacionadas con el género, masculinidades y cuidado de sí, la promoción y la educación para la salud (Muñoz, 2017). Se menciona que las aportaciones de este artículo fueron un punto de partida para considerar la categoría del cuidado de sí, revisada en mujeres con sobrepeso y obesidad como una posibilidad de desarrollo para el Trabajo Social.

Los resultados de la búsqueda que hasta este momento se ha realizado sobre la categoría de cuidado de sí, fueron investigaciones específicamente cualitativas, analizando que es una categoría subjetiva, que tiene que ver con reflexiones, actitudes y significados asumidos para el cuidado de uno mismo, con respecto a los otros, destacando la categoría de género, como un rol de cuidador asumido en la mujer, dejando de lado su propia salud. Así también los artículos muestran la presencia de las disciplinas de las ciencias sociales y de la salud, como aquellas que han desarrollado esta categoría, en las que se destaca la enfermería, antropología y Trabajo Social.

Finalmente, para cerrar este apartado de descripción de las principales investigaciones sobre la categoría del cuidado de sí, se concluye, que es escasa la producción científica con respecto al cuidado de sí mismo de mujeres en relación a la salud-nutricional, ya que solamente se encontró una investigación que hace referencia a ello, pero que ésta no se tomó en cuenta para la revisión sistemática porque no cumplía con los criterios de inclusión, debido a la fecha de publicación, pero se retoma en la discusión teórica, ya que es considerada de importancia para profundizar en la investigación. Se reconoce que es una categoría mayormente explorada desde las disciplinas de la enfermería y poco desde el Trabajo Social, puesto que solo 3 artículos de revisión se identificaron que fueron realizadas desde esta disciplina.

Discusiones y conclusiones de los resultados con respecto al cuidado de sí, en mujeres madres de familia

La salud social, es considerada parte del estudio del Trabajo Social, puesto que las problemáticas sociales en la salud, donde están presentes los determinantes estructurales y conductuales forman parte de los factores de incidencia en los problemas de salud. Siendo la salud un espacio tradicional en que ha incursionado el Trabajo Social como disciplina científica (Galeana, 1999) y (Aranda, 2010), donde la intervención se desarrolla a partir de informar y orientar a la población con respecto a las enfermedades que los aquejan, así como desarrollar estrategias de autocuidado para la prevención de la salud (Restrepo, 2003) y (De la Cruz Mendoza, 2020).

De tal manera que este apartado pretende analizar la categoría del cuidado de sí, como parte de un constructo más amplio, que es el autocuidado, el cual forma parte del campo de la salud pública, pero además es una construcción social referida a aquellas actitudes relacionadas con los sujetos, lo que le da un carácter ético-político. Es decir, las formas de relacionarse con su cuerpo, con su contexto inmediato y el entorno social, que implica comportamientos, actitudes, actividades cotidianas y prácticas sociales en cuanto a la salud. (Muñoz, 2006 en Muñoz, 2017).

Según Foucault, el cuidado de sí es un concepto histórico y racional, considerado como la actitud asumida frente a la vida, posicionamientos que como sujetos se tienen frente a los procesos vitales y la capacidad de respuesta personal y política con respecto a la propia salud, la enfermedad y la muerte. Es aquí donde entra la reflexión ética del cuidado como un aprendizaje socialmente construido, que se materializa en una serie de prácticas de autocuidado de la salud. El cuidado de sí está constituido en una relación individual con el propio cuerpo, los otros y con el entorno (Muñoz, 2017).

Las dimensiones en las que se establece el cuidado de sí, es en lo dietético, es decir en la relación entre el cuidado, el cuerpo y el alma; la economía, que hace alusión a la relación entre el cuidado de uno mismo y la actividad social; y la erótica que consiste en la relación con uno mismo y la relación amorosa (Foucault, 1996). En ámbito de la salud estas tres dimensiones según Muñoz (2017), se convierten en escenarios de procesos de prácticas de uno mismo, como lo es el contexto social y cultural, que lo lleva a pensar el concepto de cuidado de sí en un hecho histórico, con un tiempo y espacio específico. Es decir, el análisis del concepto implica hacerlo en un hecho social específico, tal es el caso de las actitudes y significados que las mujeres madres de familia han construido en su cotidianidad para el cuidado de su cuerpo, en reacción al cuidado del otro y de su entorno, asumiendo roles construidos como cuidadoras.

En ese sentido, se hace mención que las mujeres madres que sumen el rol como cuidadoras se encuentran mayormente con sobrecarga de trabajo, olvidándose de sus deseos, aspiraciones, y necesidades, no tanto estos tienen relación con el cuidado de los otros (Freitag, Milbrath y Mota, 2018). Este aspecto fue observado en una madre cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral:

Ahora estoy logrando cuidarme un poco más, pero antes parece que no tuve tiempo. Me sentía un poco sofocado porque te quedas allí, parece que sólo en esa dirección. Entonces te sueltas a ti mismo. no hoy, hoy estoy logrando separarme, una vez para mí, otra para él (refiriéndose al niño con necesidades especiales) y tiempo para actividades. Tengo que hacerlo a diario. Me siento hoy con mi autoestima mejor que antes, porque estoy encontrando tiempo para arreglarme, un poco tiempo, por pequeño que sea, sólo para mí, para disfrutarme como mujer, citas (risas) (M8).

Se destaca, que las mujeres cuidadoras han construido un autentica actitud de ella, con el otro, olvidando de su existencia, lo que las pone en mayor vulnerabilidad como humano (Freitag, Milbrath y Mota, 2018). Existe una lucha interna, entre el deber ser y lo que realmente hacen con respecto a cuidar su salud, en las mujeres que tienen jornadas dobles de trabaja, en lo domestico y lo laboral, trayéndoles estrés, pues, el hecho de saber que se tienen que cuidarse y no tienen el tiempo suficiente para hacerlo, produce un desgaste emocional (Charrys, Escobar y Micolta, 2021).

En ese sentido, las mujeres con doble jornada de trabajo (doméstico y laboral) mencionan que se someten a una lucha mental constante, el saber que tienen que cuidar su salud y no lo hacen. Un claro ejemplo de ello es la siguiente entrevista del estudio “Dificultades de agentes educativas para el cuidado de sí dentro de un programa de modalidad familiar en Colombia (Charry, *et al*, 2021)

Mi propósito fue estar más pendiente de mi salud, pero mi vida es así como un electro que sube y baja, entonces digamos que no he podido con ese propósito, a veces siento que no voy a tener fuerza para soportar, ahora estoy en la lucha, estoy cuidándome, tratando de comer lo que puedo comer. Digamos que yo no he podido con el propósito, no lo he podido cumplir. A veces digo es culpa mía, pero a mí no me gusta cocinar y pa´ comer sola menos cocino, entonces me compro una salchipapa y me acuesto... no niego que a veces me da algo, como que siento esa tentación y digo Dios mío ayúdame.” (Entrevistas MFIDC)

Es duro tener que decirles a ellas (a las usuarias de la modalidad familiar) es que usted tiene que hacer esto, dedicarse tiempo ¿y yo? Dios mío yo estoy hablando; predico y no estoy practicando; estoy

hablando por hablar, yo a veces hablo con las usuarias acerca del amor propio y quedo como jummm (Entrevistas MFIDC).

Los discursos muestran que las mujeres conocen el cuidar su salud, sin embargo, tanto las actividades domésticas, el procrastinamiento que en ocasiones les dan a ciertas actividades para el cuidado, trae un déficit al cuidado de sí mismo, y una ausencia del amor propio y de la autoestima, tal vez asociado a las dificultades que han tenido las mujeres en tener voz y lograr satisfacer las propias necesidades, poniendo a la mujer en una desigualdad social, marcada por la violencia de género. En ese sentido Vaquiro (2010) menciona que las mujeres asumen el cuidado de los otros como un compromiso moral, marcado por los sentimientos de afecto, pero trae un costo socialmente alto, definido como responsabilidad donde no es valorada, ni remunerada. Mientras que los del género masculino el cuidado se da como una opción, lo que resalta la existencia de una diferencia de valoración social impuesta por el sesgo de género.

Por otra parte, en lo que respecta a las aportaciones teóricas y empíricas con respecto al cuidado de sí de las mujeres con sobrepeso y obesidad, que son parte de las características de las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades renales, cáncer, entre otras, se rescataron algunas subcategorías, conceptos de relación con el cuidado de sí, puesto que no se encontraron investigaciones recientes en este aspecto. Se presentan algunos conceptos rescatados de los estudios revisados que son parte del cuidado de sí, del estudio denominado “Acciones protectoras de Salud en el Cuidar de Sí, desde Pacientes en Diálisis Peritoneal, realizado por Oviedo y Evies (2018), quienes rescatan una serie de subcategorías o conceptos identificados que son parte del cuidado de sí, como son los procesos de adaptación; preocuparse y desarrollar acciones que benefician la salud, tales como higiene, alimentación, asistencia al médico, seguimiento de tratamiento y cumplimiento de las técnicas que les son enseñadas (obediencia).

En ese mismo tenor, se destacan algunos otros conceptos, con respecto al sobrepeso, obesidad, los cuales son parte de la categoría del cuidado de sí, como los son actividades físicas; alimentación saludable; Ambiente familiar; Autoestima y autoimagen (Fabiane, 2011). Se finaliza mencionando que existe una ausencia teórica en cuanto a la reflexión discusión del cuidado de sí mismo, con respecto a las mujeres

con características de sobrepeso y obesidad desde la disciplina de Trabajo Social, por lo que es urgente profundizar y aportar teóricamente a la categoría del cuidado de sí mismo, vinculando la perspectiva de género, en la idea de crear intervenciones en la salud pública, específicamente en las acciones de promoción y prevención a la salud nutricional.

Referencias

- Aromataris E, Munn Z. (Editors) (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global> y <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-012020> .
- Charry Higuera, M. Escobar Serrano, M.C y Micolta León A. (2021). Dificultades de agentes educativas para el cuidado de sí dentro de un programa de modalidad familiar en Colombia. *Revista Hacia. Prom. Salud*, 26 (2), 175-191. DOI: 10.17151. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-757720210002001751a .
- Contreras Tinoco, K.A y Castañeda Rentería, L.I. (2018). Espacio y cuerpo embarazado: aproximaciones a las prácticas, dispositivos y tecnologías de cuidado de sí en mujeres embarazadas. *Cuicuilco Revista Antropológica*, 25 (72) 31-50. ISSN 2448-8488. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- De la Cruz Mendoza, M. V. (2021). Trabajo Social en el área de salud: funciones desde el ámbito humanista. *Revista Social Fronteriza*,1(2), 20-38. <https://revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/index>
- Domínguez Mon, A. B. (2017). Cuidado de sí y relaciones de Género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un centro de atención primaria de la salud (CAP) en José León Suárez, Argentina. *Revista de Ciências Sociais*, 42, 133-154. ISSN 1517-5901. <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/22883/14159> .
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020, sobre COVID19*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020>.

- Sebold L. F., Radunz, V y Carrasco, T. E. (2011). Percepciones sobre el cuidado de sí mismo, promoción de la salud y sobrepeso en estudiantes de enfermería. *Rev. Pesquisa RESEARCH Investigación*. vol.15, n.3, pp.536-541. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300014>.
- Foucault, M. (1996). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del Sujeto*. La Plata. Altamira
- Freitag Vera, L., Milbrath, V. M. Motta M. G (2018). Madre-cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral: El cuidado de sí misma. *Revista Enfermería Global*, 17(50). 325-336. Universidad de Murcia. DOI: 10.6018/eglobal.17.2.265821. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200325 .
- Galena de la O (1999). Campos de acción del Trabajo Social. En Sánchez (Coord) (1999). *Manual de Trabajo Social: Metodología y práctica del Trabajo Social*. Núm. Uno Series, FTS, UNAM, México.
- González Noguera, T.C y Guevara Rumbo, B. (2018). El cuidar de sí mismo: un sentir desde la visión de los Estudiantes de Enfermería, *Revista Duazary* 15 (3) 60 – 70. DOI: 10.21676/2389783X.2494. <https://revistas.unimagdalena.edu.co>.
- Miranda Aranda, M. (2010). *Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*. Tarragona: Departamento de Antropología Social y Filosofía, Universitat Rovira I Virgili, 170-171.
- Muñoz Franco, N. E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Revista Salud Colectiva*. 5(3). 391-401. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73111844007.pdf>.
- Muñoz Franco, N. E. (2006). Representaciones sociales del cuidado de sí en adultos jóvenes universitarios. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.
- Muñoz Franco, N. E. (2016). Cuidado de sí masculino o instrumentalización de los varones adultos jóvenes. *Revista Katálisis*, 19 (1) 13-21. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/166/1/Mu%C3%B1ozNora_2006_CuidadoAdultosJovenes.pdf.

- Muñoz Franco (2017). La promoción de la salud desde el Trabajo Social, en perspectiva del cuidado de sí masculino. *Revista Trabajo Social*. 26 (27). 87-111. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/342772/20803073>
- Nissán Schoenfeld, E. (2020). Gobernanza para la promoción de la salud: hacia una administración pública sostenible. *Instituto Nacional de Administración Tributaria, México*. <https://inap.mx/wp-content/uploads/2020/09/INAP-Gobernanza-2020.pdf>
- Oviedo Córdoba, H. R y Evies Ojeda A. J. (2018). Acciones protectoras de salud en el cuidar de si de pacientes en diálisis peritoneal. *Revista Duazary*,15(3), 18-29. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2495>.
- Passerino, L.M. (2019). Cuidado de sí y experiencia de enfermedad. Aportes desde una perspectiva de género al tránsito de mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, 55, 43-64. ISSN 1668-8104. <http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n55/n55a02.pdf>.
- Silva-Júnior E. J., Balsanelli, A. P y Neves V. R. (2021). Influence of the care of the self in the work of intensive care nurses *Rev Esc Enferm USP*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201904240370>.
- Vaquiro S. Stieповich J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*. XVI (2), 9-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002> .
- Vélez Restrepo, O. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Argentina:Espacio Editorial.

Servicios Médicos Públicos de las Regiones Indígenas de Hidalgo en el Contexto de la Pandemia de COVID19 y la emergencia climática

Jorge Dolores Bautista,
Claudia Sandoval Cervantes,
Hilda María del Consuelo Godínez Guzmán²

Resumen

Este trabajo analiza las características de los servicios médicos públicos de las regiones indígenas del estado de Hidalgo. En estas regiones se estudia de manera comparativa los rubros de afiliación, personal e infraestructura médica para demostrar la precariedad de los servicios de salud en estas regiones, geográficamente distantes de la capital del estado, donde se concentran los principales recursos de atención médica. Los resultados se analizan en el marco del derecho a la salud de los pueblos indígenas y el contexto situado en los estragos causados por la pandemia de COVID19. Lo anterior, junto con la intensidad de los perjuicios del cambio climático, auguran un escenario de disminución de la calidad de vida para la población de las regiones Huasteca, Sierra Otomí Tepehua y Valle del Mezquital.

Introducción

Eventos recientes como la pandemia de COVID19 mostraron la necesidad de conocer a detalle las características de los servicios de salud en las regiones donde la población es más vulnerable al efecto de pandemias o desastres naturales. En estos espacios destacan territorios

² Profesores Investigadores del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de Hidalgo.

y regiones indígenas en los que, aunque haya notables niveles de médicos y afiliación a servicios de salud, las necesidades de salud no alcanzan a ser satisfechas y se enfrentan la posibilidad de nuevas pandemias, así a los crecientes impactos en la salud por causa del cambio climático. En este sentido, una de las características de las poblaciones indígenas y campesinas de Latinoamérica es la desigualdad en atención de la salud, que se traduce principalmente en servicios médicos especializados lejanos, atención médica no acorde a las características socioculturales de los entornos indígenas y bajos niveles de seguridad social.

En el caso de México, conviene destacar que existe un sistema de salud pública que brinda atención médica gratuita a toda la población, aun cuando no esté inscrita en algún sistema de seguridad social. Sin embargo, este sistema opera con recursos limitados y concentra sus mejores recursos en los principales centros urbanos del país como la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. Este patrón se repite en las entidades federativas del país, donde son las capitales las que alojan las principales infraestructuras médicas. Lo anterior muestra, entonces, un sistema repetitivo de desigualdad en el acceso a los servicios de salud donde el último espacio de atención son las regiones indígenas, en donde si bien la población puede acceder a servicios de salud, estos se encuentran la mayor parte de las ocasiones saturados, con pocos insumos y abrumadoramente limitados al primero y segundo nivel.

En el ámbito de tal realidad, en este trabajo analizaremos las características de los servicios médicos y afiliación a los sistemas públicos de salud de Hidalgo, entidad donde cerca del 20 por ciento de la población es indígena. Para el estudio de estas regiones se eligieron aquellos municipios con un porcentaje mínimo de 20 por ciento de población indígena, por lo que a excepción de la región Huasteca donde todos superan ese porcentaje, en las otras dos regiones el análisis no abarca la totalidad de sus municipios.

La aproximación a estos datos proviene de fuentes estadísticas provenientes de cifras oficiales del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), entre los que destacan documentos del Censo 2020 y del Anuario Estadístico del año 2017. Para contrastar esta información se emplearon datos de organismos supranacionales como son la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) y Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), entre otras.

Los resultados de este estudio adquieren importancia ante los estragos causados por la reconversión de la infraestructura médica hidalguense para atender la emergencia del Covid-19 y los impactos que esta enfermedad tuvo en la atención de otros padecimientos de la población indígena. Así mismo, los resultados de este análisis ofrecerán un panorama sobre la importancia de este tema frente a futuras pandemias, desastres naturales o emergencias causadas por la inminencia de los efectos del cambio climático. En cuanto a esto último, se prevé que el efecto del cambio climático en Hidalgo tenga los mayores impactos en sus regiones indígenas, siendo especialmente fuerte en los ámbitos de la producción de alimentos, disponibilidad de agua y enfermedades gastrointestinales (Otazo, et.al. 2011).

Derecho humano a la salud y pueblos indígenas

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014. P.01), el concepto salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Refiere que “es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y enfatiza que el papel del Estado y la cooperación entre los gobiernos es fundamental para su realización, quedando claro que la protección de la salud es un bien colectivo y componente fundamental de la integridad social y dignidad humana.

Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su Artículo 25, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (2015, p. 52). En ese marco, en México el derecho a la salud de la población está garantizado en el Artículo 4° de la Constitución y es la Ley General de Salud donde se definen las bases y modalidades para el acceso a los

servicios de salud a nivel federal y estatal (Lugo 2015, 131).³ El Artículo 77 de esta Ley General de Salud del 2019 precisa que:

La protección a la salud será garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, deberá generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas intervenciones quirúrgicas, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud (Cámara de Diputados, 2021 p. 30).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos especifica que el derecho a la salud está protegido por instrumentos jurídicos nacionales e internacionales (CNDH 2015); sin embargo, reconoce que el Estado no proporciona la atención ni los servicios médicos necesarios a todos los sectores de la sociedad, en especial para la población rural e indígena. Esto se encuentra en contradicción con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que establece las obligaciones gubernamentales para este sector de la población en relación con el papel de los gobiernos nacionales para ofrecer seguridad social y servicios médicos que no violenten y sean acordes con las realidades socioculturales de los pueblos indígenas. (OIT 2014, pp. 53-54)

En sintonía con lo anterior, los artículos 21 y 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), indican el derecho de estos pueblos a participar activamente en la elaboración de programas de salud aplicables en sus territorios y el Artículo 24 instruye a que los Estados sean respetuosos y desarrollen acciones de preservación de las prácticas médicas comunitarias, (ONU, 2007, 10).

De acuerdo con este orden de ideas, puede observarse que el derecho a la salud de las poblaciones campesinas e indígenas tiene características específicas conforme a sus circunstancias específicas y que está garantizado a nivel constitucional y por tratados internacionales. Sin embargo, como veremos en las siguientes páginas esto no es una realidad dado que existen fallas estructurales en relación con las cualidades de los sistemas de salud.

³ Este Artículo fue reformado en el año 2020, señalando que es responsabilidad del Estado crear un sistema de salud universal y gratuito para toda la población.

Los sistemas de salud pública en México

Los principales recursos médicos públicos con los que cuenta la población mexicana para el cuidado de su salud son los que forman parte del sistema de seguridad social y los del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que hasta el 2018 era conocido como Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). En el ámbito de la seguridad social se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex) y el Instituto Mexicano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), en los sistemas de seguridad social recibe atención médica alrededor del 40 por ciento de la población, lo que refleja el bajo nivel de formalidad económica de la población trabajadora del país. El IMSS es la institución que da atención a cerca de 36 millones de personas, mientras que en el ISSSTE son atendidos alrededor de 7 millones de personas.

En contraste, para atender las necesidades de atención médica de la población sin seguridad social, el INSABI⁴, antes también conocido como Seguro Popular (SP), sistema diseñado en el sexenio de Vicente Fox como programa piloto que se convirtió en la columna vertebral de atención médica para la población sin seguridad social, brinda atención médica a cerca de 50 millones de personas que viven principalmente en las periferias urbanas y las áreas rurales del país. Dentro de este sistema se encuentran los servicios que otorgan las Secretarías de Salud estatales y los Institutos Nacionales de Salud que brindan atención especializada de tercer nivel. Algunas de estas instituciones son el Centro Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Pediatría. Lamentablemente, por estar concentrados principalmente en la Ciudad

⁴ Durante el actual mandato presidencial de Andrés Manuel López Obrador, el SPSS fue sustituido por el INSABI, lo que implicó varios cambios, entre los que destacan que: “A diferencia de antes... las personas sin seguridad social no necesitarán afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamentos gratuitos; solo deberán contar con CURP o presentar acta de nacimiento” Consultado el 01 de marzo de 2022 en <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>

de México, el acceso a estas instituciones para la población de las zonas rurales del país es muy difícil.

Al margen de estos sistemas y según la OPS (2017), hay 18.2 millones de personas que, al no estar afiliados a ninguno de ellos, tienen problemas de acceso a servicios de salud, teniendo que recurrir a servicios de salud privada de distinto nivel económico.

Médicos, enfermeras y camas de hospital: recursos básicos del sistema de salud público mexicano

En otro orden de ideas, para comprender las capacidades de atención del sistema de salud pública, es necesario conocer los recursos básicos de este sistema, entendiendo por ello médicos, enfermeras y camas de hospital disponibles para atender las necesidades de salud de la población. Según la Encuesta Nacional de Empleo (ENOE, 2021), en México hay 305,418 médicos, quienes laboran en instituciones públicas, privadas o por su cuenta; lo que representa cerca de 2.4 médicos por cada mil personas, considerando que el tamaño de la población mexicana es de 128.9 millones de habitantes. De cada 100 de estos médicos, 67 son generales y 33 especialistas. Sin embargo, estas cifras tienen distintas lecturas y contrastes; por ejemplo, en años anteriores la OPS (2017), indicó que había 1.6 médicos por cada mil habitantes. Esta cifra, está muy lejos de los promedios internacionales que deberían ser de 3.5 médicos por cada mil habitantes (OCDE, 2017).

En lo que respecta a personal de enfermería, la Secretaría de Salud (2016, p. 56) indica que hay 323 mil profesionistas de este tipo, lo que significa un promedio de 2.7 enfermeras por cada mil habitantes. Este número también está lejos del ideal internacional que, según la OCDE (2017), es de 3.8 a nivel mundial, mientras que en México se calcula que hay 2.4 enfermeras por cada mil habitantes.

En cuanto a las camas de hospital, la Secretaría de Salud (2016) refirió que en el año 2014 México contaba con 123 mil camas hospitalarias, que en promedio representan una cama por cada mil habitantes, contrastando con las 4.8 camas por habitantes del promedio de la OCDE. Es muy llamativa la forma en que geográficamente este promedio refleja la desigualdad: la Ciudad de México tiene 2.4 camas por cada mil habitantes, mientras que en Chiapas hay 0.5 camas por

cada mil habitantes. Esta misma concentración de recursos se refleja también en la atención médica especializada.

Afiliación y distribución de servicios de salud en el estado de Hidalgo

En el ámbito estatal y desde que los servicios de salud fueron desconcentrados, cada entidad federativa cuenta con una Secretaría de Salud que es encargada de operar una red de clínicas, hospitales regionales y rurales mediante los cuales la población accede a los servicios de primero y segundo nivel. En este contexto, el tipo de afiliación, personal médico, camas de hospital y unidades de atención médica en el estado de Hidalgo tienen las siguientes proporciones.

Esta entidad tiene una extensión de 20,813.57 km² y una población de casi 3.1 millones de habitantes, 53 % mujeres y 47% hombres (INEGI 2020); se estima que la población indígena alcanza el 19% (INEGI 2020) y el nivel de escolaridad es de 8.7 años. La población afiliada a algún sistema de salud pública es del 69.7% mientras que el 30.31% no está afiliada a ningún sistema de salud; la distribución por sistema se concentra principalmente en el INSABI con el 51%, IMSS con 34.6% e ISSSTE con el 10.3%, (INEGI, 2020).

De acuerdo con la información más reciente del INEGI (2017), en Hidalgo la población afiliada recibe atención en 927 unidades médicas: 896 consulta externa, 29 hospitales generales y 2 hospitales especializados. En el ámbito del personal médico (médicos, enfermeras, administrativos, trabajadores sociales, psicólogos y odontólogos), en la entidad hay 22,156 personas reconocidos como tales. De ellos 4,932 son médicos, cantidad representa 1.6 médicos por cada mil habitantes. En cuanto personal de enfermería se tiene el registro de 6,906 profesionistas, es decir 2.2 enfermeras por cada mil habitantes. En el estado hay 1963 consultorios, 63 quirófanos y 3305 camas hospitalarias, de las que 1642 camas son no censables y 1463 censables.

Las camas no censables se consideran de revisión, de las que hay 0.5 camas por cada mil habitantes; éstas están distribuidas de la siguiente manera: 215 para el IMSS, 198 ISSSTE, 14 Pemex, 66 IMSS-Prospera, 1,110 SSH y 42 DIF. Las camas censables son aquellas cuyo uso refiere un ingreso hospitalario y su manejo requiere de personal de apoyo y

equipamiento, por lo que representan una mayor inversión de recursos económicos dependiendo del tipo de procedimiento a atender; de este tipo de camas hay 0.47 camas por cada mil habitantes. Las camas censables están distribuidas de la siguiente manera: 302 para el IMSS, 119 para el ISSSTE, 12 de Pemex, 194 IMSS-Prospera, 743 SSH y 93 en el DIF. En ambos tipos de camas el promedio es de una por cada mil habitantes.

Recursos médicos en las regiones indígenas de Hidalgo

Los anteriores representan los principales recursos médicos que existen en Hidalgo, pero en las regiones indígenas del estado (Huasteca, Sierra Otomí Tepehua y Valle del Mezquital), donde con una población de 611,081 habitantes, 48.06 por ciento de ellos indígenas, los datos tienen otras proporciones (INEGI, 2020). Entre estos datos destaca que el 71.3% de la población está afiliada a un esquema médico público, siendo el INSABI la institución con mayor cobertura médica. De manera específica, se presenta el panorama de los recursos médicos en las regiones indígenas hidalguenses.

En la Huasteca con una población de más de 270 mil habitantes con un porcentaje de 71.3 por ciento de población indígena, la afiliación es del 85.76 por ciento. Hay 387 médicos, lo que representa 1.4 médicos por cada mil habitantes. Este personal médico se desempeña en 121 unidades médicas de las que 81 pertenecen a la Secretaría de Salud de Hidalgo, 37 al esquema IMSS-INSABI y 3 al ISSSTE; cuatro de las anteriores son hospitales, dos operados por la Secretaría de Salud de Hidalgo (INSABI), uno del ISSSTE y otro del IMSS-Prospera, (INEGI, 2017).

Tabla 1. Porcentaje de población indígena y afiliación en la región Huasteca

Municipio	Población	Población Indígena %	Nivel de Afiliación%	Lengua	Jurisdicción
Atlapexco	19812	70.28	84	Náhuatl	Huejutla
Huautla	20673	68.75	85.5	Náhuatl	Huejutla
Huazalingo	12766	77.91	90.1	Náhuatl	Huejutla
Huejutla	126781	53.79	81.3	Náhuatl	Huejutla
Jaltocan	10523	73.64	89.1	Náhuatl	Huejutla

San Felipe Orizatlán	38492	55.97	76.7	Náhuatl	Huejutla
Xochiatipan	18260	90.63	90.9	Náhuatl	Huejutla
Yahualica	24674	79.43	88.5	Náhuatl	Huejutla
	271981	71.3	85.76		

Fuente: elaboración propia con datos del Censo 2020

La cantidad de médicos en la región de la Sierra Otomí Tepehua con una población de más de 100 mil habitantes, de los cuáles el 34.69 por ciento es indígena y con un nivel de afiliación de 82.1 por ciento. Hay 208 médicos, lo que representa 2 médicos por cada mil habitantes. Este personal se desempeña en 70 unidades médicas de la Secretaría de Salud de Hidalgo, del sistema IMSS-Prospera y del ISSSTE; de estas, tan sólo una es un hospital de la Secretaría de Salud (INSABI), (INEGI, 2017).

Tabla 2. Porcentaje de población indígena y afiliación en la región Sierra Otomí Tepehua

Municipio	Población	Población Indígena	Nivel de Afiliación	Lengua	Jurisdicción
Acaxochitlán	46 065	33.26	64.3	Náhuatl	Tulancingo
Huehuetla	22 846	49.4	87.3	Otomí-tepehua	Tepehua
San Bartolo Tutotepec	17 699	29.74	89.5	Otomí-tepehua	Tepehua
Tenango de Doria	17 503	26.36 %	87.4	Otomí	Tepehua
	104113	34.69	82.125		

Fuente: elaboración propia con datos del Censo 2020

En los ocho municipios seleccionados de región del Valle del Mezquital la población alcanza más de 234 mil habitantes, de los cuáles el 38.1 por ciento es indígena y tiene un nivel de afiliación de 70.5%. En la región hay 382 médicos, por lo que, de acuerdo a esta cifra, hay 1.6 médicos por cada mil habitantes. Este personal médico se desempeña en 114 unidades médicas de la Secretaría de Salud de Hidalgo (INSABI), IMSS INSABI y al ISSSTE; tres de las anteriores son hospitales, dos operados por la Secretaría de Salud, uno del ISSSTE y otro del IMSS-Prospera (INSABI), (INEGI, 2017).

Para el caso de las camas censables y no censables no se pudo precisar un registro estadístico fiable de estos datos. Ahora bien,

mención aparte merece destacar que en las regiones indígenas existe una política de prevención de enfermedades cuyas acciones son realizadas en casas de salud que funcionan dentro de las comunidades. Tales establecimientos están a cargo principalmente de mujeres de la misma comunidad, las cuales pueden ser enfermeras, parteras o voluntarias a las que capacitada la Secretaría de Salud. De estas unidades en todo el estado hay 1040, de las cuáles en las regiones de este estudio 283 se encuentran en la Huasteca, 94 en la Sierra Otomí-Tepehua y 63 en el Valle del Mezquital, dando un total de 440 casas de salud, que representa más del 40 por ciento del total (INEGI, 2017).

Tabla 3. Porcentaje de población indígena y afiliación en la región Valle del Mezquital

Municipio	Población	Población Indígena %	Nivel de Afiliación%	Lengua	Jurisdicción
Alfajayucan	19 162	21.18	66	Otomí	Huichapan
Cardonal	19431	56.71	72.3	Otomí	Ixmiquilpan
Chilcuautla	18909	39.69	66.5	Otomí	Ixmiquilpan
Ixmiquilpan	98 654	36.77	62.3	Otomí	Ixmiquilpan
Nicolás Flores	6265	53.28	82.3	Otomí	Ixmiquilpan
San Salvador	36 796	19.96	71	Otomí	Actopan
Santiago de Anaya	18 329	43.61	74.5	Otomí	Actopan
Tasquillo	17 441	34.36	69.2	Otomí	Ixmiquilpan
	234987	38.195	70.51		

Fuente: elaboración propia con datos del Censo 2020

Resultados y análisis

Como en otras regiones indígenas del mundo y de México, en las de Hidalgo también hay menos disponibilidad de recursos médicos y las unidades hospitalarias están distantes de las poblaciones con los centros de atención médica especializada. En esta entidad el promedio de médicos por cada mil habitantes es de 1.6 médicos, cifra similar a la de las regiones indígenas del estudio. A nivel estatal la afiliación promedio es 70 por ciento, pero en estos espacios este nivel se eleva hasta casi 80 por ciento de estas regiones, destacando el 85.6 por ciento de afiliación en la Huasteca (INEGI, 2017).

Sin embargo, aunque hay cifras similares de médicos y un porcentaje superior de afiliación, la diferencia más notoria consiste en que la población, aunque tiene a su disposición ocho hospitales generales localizados en los principales centros regionales (Huejutla, Atlapexco, Ixmiquilpan y Huehuetla), el acceso para quienes viven en las comunidades más alejadas de estos centros urbanos es de mucha dificultad y en ocasiones significa traslados a horas de distancia. Esto es algo común, dado las características de la geografía accidentada de las regiones indígenas hidalguenses, el mal estado de las vías de comunicación y la poca disponibilidad de transporte.

Pero en otro tenor, hay que considerar el tipo servicio que ofrecen estas instituciones de salud, porque como puede observarse en las tablas anteriores, los hospitales están limitados al segundo nivel de referencia. Por lo tanto, para la atención médica especializada los pacientes tienen que ser trasladados, ya sea por vía institucional, o por sus propios medios a hospitales situados en Pachuca y la Ciudad de México, o incluso a Tampico donde con frecuencia son enviados pacientes cuyas necesidades de salud no pueden ser atendidas en la ciudad de Huejutla.

Este escenario y considerando la precariedad de las regiones indígenas, implica severas complicaciones en el ámbito familiar y económico de estas poblaciones. A nivel familiar representa la alteración de los roles de los integrantes, implicando en muchas ocasiones la pérdida de empleo o el abandono de las actividades productivas debido al acompañamiento que se debe realizar al enfermo hasta el lugar donde será atendido. Obviamente esto también tiene repercusiones de carácter económico para cubrir los costos de transporte, alojamiento, alimentación e implementos médicos que, ante la carencia de recursos en los hospitales públicos, tienen que ser adquiridos por la misma familia del paciente.

Sin embargo, las afectaciones no se quedan ahí, ya que por otro lado hay que hablar sobre las pocas capacidades del sistema de salud para brindar atención médica que no violente los derechos culturales y específicos a la salud de la población indígena. Ante esto, destaca la frecuencia con que los pacientes reportan haber sido objeto de incompreensión (lingüística) hasta situaciones de abuso por parte de personal de salud. Esto expone la necesidad de contar con un sistema de atención intercultural a la salud, tema que fue considerado en el Programa Sectorial de Salud de Hidalgo 2016-2022 (Gobierno del

Estado de Hidalgo, 2017) y delineado algunas acciones de capacitación y fomento a las prácticas comunitarias, queda por saber en los próximos años cuál será el impacto de estas acciones en el ámbito de las instituciones de salud. Consideramos que esto último, debería contrarrestar la serie de abusos y perjuicios que pueden identificarse en la historia de la medicina moderna aplicada en poblaciones indígenas, particularmente por la consideración de atraso con la que desde la ciencia médica se ha visto a las prácticas médicas indígenas.

Serrano (2009), describe que una de las características más importantes de las culturas indígenas radica en sus conocimientos médicos y el uso de medicinas tradicionales; sin embargo, en México son mínimas las acciones para la conservación de plantas, animales y minerales de interés médico para las comunidades indígenas; por el contrario, en muchos casos existe la prohibición y penalización por el uso de algunos de éstos. Esta situación junto con la discriminación que sufre la población indígena al intentar acceder al sistema médico hegemónico sitúa a este sector de la sociedad en una doble vulneración de sus derechos individuales y colectivos. Esto demuestra que el sistema médico hegemónico, en palabras de Menéndez (2016), tiene como base, principalmente, un biologicismo humano y una racionalidad científica que la mayor parte de las ocasiones establece una relación de hegemonía-subalternidad con los demás modelos médicos como es el caso de la medicina indígena.

En este campo el Estado debería brindar las herramientas para la construcción de un sistema intercultural de atención a la población indígena, enfocado no sólo a ampliar los porcentajes de cobertura, sino de lograr una atención a la salud eficiente y acorde a los modos de vida.

Conclusiones: claves para la investigación en Trabajo Social sobre el bienestar de las poblaciones indígenas

La Huasteca, el Valle de Mezquital y la Sierra Otomí-Tepehua son regiones donde el nivel de seguridad social es sumamente bajo (10%), lo que se explica por causa de que la mayoría de la población se emplea en actividades del sector primario (agricultura) e informal (comercio, trabajo doméstico). A pesar de esto, la mayor parte de la población (79.5%) puede acceder a servicios de salud gracias al esquema del

INSABI y a convenios entre el IMSS y la Secretaría de Salud (INEGI, 2017). Sin embargo, la población vive de manera cotidiana dificultades para atender su salud, lo que sucede debido a que los servicios médicos están enfocados al ámbito preventivo y al segundo nivel de atención, por lo que para recibir atención médica especializada tienen que trasladarse fuera de sus regiones.

Esto sucede porque los hospitales no tienen la capacidad de atender la demanda de servicios debido a la gran cantidad de padecimientos entre la población, ya que como en otras regiones indígenas, desde inicios de este siglo se observa que a la par del crecimiento de la población, están aumentando enfermedades que antes eran propias de los espacios urbanos, como la diabetes, hipertensión y cáncer (Montessi, 2022).

En esta realidad, que de por sí ya era complicada, irrumpió la pandemia de Covid-19, una enfermedad ocasionada por un virus que ataca el sistema respiratorio y que ha causado millones de muertes en todo el mundo. Y esta enfermedad, que inició en los espacios urbanos, mostró otra dimensión de la gran desigualdad social que asola a las regiones campesinas e indígenas de todo el mundo: insuficiencia de recursos médicos e infraestructura que mostraron el derecho a la salud como letra muerta.

Esta desigualdad no fue ocasionada por el Covid-19, pero sí puso al descubierto que aún en el entorno de países pobres o de desarrollo medio, hay regiones o ciudades que se encuentran mejor equipadas para hacer frente a una pandemia (Pelcastre et., al, 2020). Es decir, aunque la enfermedad no se inició en las regiones indígenas éstas también fueron alcanzadas por ella, no dejando más defensa que el autoaislamiento y el abandono de tratamientos debido a la conversión de la infraestructura médica para atender a los infectados por el coronavirus.

El derecho humano a la salud ya era una realidad muy lejana y la pandemia está mostrando el distanciamiento de este derecho conforme al resto de las otras necesidades de atención de la población. Hay que insistir que la población indígena de antemano padecía un sinnúmero de dificultades para acceder a los servicios de salud, y durante la pandemia esto se hizo más difícil. A ello hay que agregar que los hábitos de la modernidad ya habían causado estragos entre la población, particularmente los derivados del deterioro de sus ecosistemas y de la

aparición enfermedades como obesidad, hipertensión y diabetes, que han causado graves daños a la salud indígena. Como reacción a esto los pueblos indígenas del mundo y México, entre ellos los hidalguenses, han denunciado la falta de atención adecuada por el Covid-19, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, así como el descuido en la atención de otros padecimientos. Por tal razón es que se vuelve imperativo que desde de los campos de investigación social se profundice y se forjen alianzas con actores para aprovechar la gran reserva de saberes y conocimientos de la medicina indígena para atender la salud de la población. Las amenazas pandémicas, ambientales y sociopolíticas hacen más que necesario esto.

Para el Trabajo Social este tema ofrece un campo de investigación sobre las condiciones de los sistemas de salud regionales, así como para la gestión y demanda para que por lo menos sean funcionales los servicios de segundo nivel, funcionales, que disminuyan el impacto económico en la familia de los pacientes enfermos. Este sistema deberá complementarse, en lugar de subordinar, con las dinámicas socioculturales y prácticas médicas indígenas. Esto permitirá el desarrollo de políticas de prevención, atención médica especializada y mejores herramientas para hacer frente al desafío del coronavirus y de las amenazas futuras. Este tipo de investigación debe fortalecerse, ya que como se pronuncia Tamez (2017), en el Trabajo Social se requiere ampliar la investigación con perspectiva territorial para poder generar comprensiones sobre las realidades socioculturales de estos pueblos. Además, en estos contextos debe haber una propuesta por romper los cánones burocráticos en los que se desenvuelve el Trabajo Social en los equipos de los que forma parte en las instituciones de salud, para generar nuevas interacciones de compromiso social donde las necesidades de los sujetos estén consideradas más allá de la atención formal (Rodríguez, 2017).

Y para concluir, estas investigaciones también deben ligarse con los futuros escenarios de variabilidad climática, que entre sus efectos tendrán impactos profundos en la salud de las personas y en otras áreas del bienestar social. No en balde ya en muchas zonas de Centroamérica o África se reportan movimientos migratorios que además de las inestabilidades políticas y económicas, ahora agregan los elementos del cambio climático en la disponibilidad de agua, las sequías y la imposibilidad de seguir cultivando alimentos para el autoconsumo.

Por eso es que la reacción a la pandemia, debe ser también un preámbulo de alerta para realizar acciones previsorias frente al impacto del cambio climático hacia el final de esta década, ya que como señalamos en el marco de la información del Plan de Cambio Climático del Estado de Hidalgo, serán las tres regiones del estado más afectadas en los rubros de agua, producción de alimentos y enfermedades gastrointestinales. Por tal razón, los caminos de investigación sobre las características regionales de los sistemas de salud deben ligarse también al diagnóstico sobre las características de los sistemas de agua para consumo humano y saneamiento en estas regiones, donde a pesar de ser captadoras de agua, se experimentan dificultades crecientes para acceder a estos servicios. Por lo tanto, una estrategia basada en derechos humanos a la salud, al medio ambiente sano y al agua y saneamiento, pueden representar un horizonte factible para la generación de conocimiento y útil para los pueblos originarios frente a la problemática mostrada.

Referencias

- Cámara de Diputados (2021). *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2015). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- Gobierno del Estado de Hidalgo (2017). *Programa Sectorial de Salud de Hidalgo 2016-2022*. Pachuca: Gobierno de Hidalgo
- Lugo, M. E. (2015). *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos
- INEGI (2021) *Encuesta Nacional de Empleo*. México: INEGI
- INEGI, 2020. *Presentación de resultados Hidalgo*. México: Instituto Nacional de Geografía e Informática
- INEGI. (2017). *Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo 2017*. México: INEGI

- Menéndez, E. L. (2016). *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos*. En Campos R. (coord.) *Antropología Médica e Interculturalidad*, México: McGraw Hill.
- Montessi, L. (2022) *Entre Diversidades. Intercambio de conocimientos científicos y legos: un diálogo urgente para comprender y actuar ante la diabetes*. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Vol. 9, Núm. 1 (18)
- OCDE, (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York: Naciones Unidas
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Nueva York: ONU.
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Lima, Perú: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *Documentos Básicos 48 Edición*. Italia: OMS. Disponible en http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html .
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles del país*. Washington, D.C.: OPS.
- Otazo, et.al (2011). *Programa Estatal de Acción para el Cambio Climático*. Pachuca de Soto: UAEH.
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., & Meléndez Navarro, D. (2020). *Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México*. *Salud Pública de México*, 62(6). (noviembre de 2020)
- Rodríguez, M. (2017). El compromiso como frontera grupal en los equipos de salud. Prácticas e ideología. En Meschini, P, y Hermida M. (Comps) *Trabajo Social y Descolonialidad*. Pp. 285-316 Buenos Aires: EUDEM
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*. México: Secretaría de Salud
- Serrano, C. (2009). *Los derechos de los pueblos indígenas. Derecho internacional y experiencias constitucionales en Nuestra América*.

San Luis Potosí-Aguascalientes: Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí-Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Tamez, B. (2017). *El Pensamiento Decolonial en Trabajo Social*. En Mancinas Espinoza, S. E., Zúñiga Coronado, M., Arroyo Rueda, C., Rodríguez Otero, L., & Támez Valdez, B. M (Eds.) *Teorías y Modelos de Intervención en Trabajo Social. Fundamentos Básicos y Crítica*. Pp. 227-286. Monterrey, México: RES PÚBLICA.

Resultados del confinamiento, en las personas adultas mayores desde el aspecto psicosocial por el COVID19

Roxana del C. Vargas Pacheco
América Nicté ha Quime Canul
Xóchitl Gabriela Uco Euán⁵

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar el impacto del confinamiento, en los abuelos de los estudiantes de la escuela de Trabajo Social desde lo psicosocial por el COVID-19. El estudio realizado tiene un alcance descriptivo, experimental, cuantitativo ya que se utilizó la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación, en la obtención de información se aplicó una encuesta de 25 preguntas elaboradas por el equipo de investigadores, el muestreo fue probabilístico, el estudio es transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento. La información se interpretó y analizó mediante el programa SPSS y Excel. En los resultados se muestra el impacto que tuvo en los adultos mayores la pandemia generada por el COVID-19. En el estudio participaron 58 adultos mayores, abuelos de estudiantes de la escuela de Trabajo Social. Para esta aplicación los estudiantes apoyaron para aplicar esta encuesta a sus abuelos, fue un poco tardío debido a que los estudiantes no viven con sus abuelos, algunos viven en las localidades como es Hopelchen, Dzitbalchen, China, Pich y Sihochac. Los resultados mostraron en los adultos mayores que, a pesar del encierro, ansiedad y miedo; factores que pueden desencadenar riesgos en su salud física, los abuelos no tuvieron gran afectación, pues a pesar del confinamiento, hubo mayor comunicación y cercanía con sus familiares y amigos además de

⁵ Escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano.

encontrar actividades de ocio dentro del hogar que les permitieron estar ocupados.

Introducción

Las personas mayores son un grupo especialmente vulnerable ante la COVID-19, esta vulnerabilidad ha llevado a la sociedad en general a tomar medidas que sean preventivas, para proteger con todos los cuidados a las personas adultas mayores, una de estas medidas es establecer un distanciamiento que no ponga en riesgo su vida y su salud. Sin embargo, estas medidas de distanciamiento social en ocasiones pueden dañar a los adultos mayores efectos graves de salud, tanto físicas como sociales. Si bien estas medidas se están pronunciando desde que inició la pandemia, así como las noticias que a cada momento se dan a conocer por los medios de comunicación radio y televisión.

Podemos escuchar a través de diversos medios que esta población ha sido la más afectada ante esta pandemia del COVID-19, sobre todo porque se han visto en la necesidad de permanecer en el encierro, lo cual los lleva a presentar episodios de ansiedad, estrés, soledad e insomnio por la falta de actividad en las que muchos de ellos estaban involucrados. De igual manera, estaban acostumbrados a recibir visitas por parte de sus familiares, en cambio, ahora se vieron en la necesidad de estar encerrados y en ocasiones sin saber qué hacer (Lozano, 2020).

Según datos del 15 de marzo de 2022 la Secretaría de Salud, la mayoría de los casos de Covid-19 en México han sido registrados en la Ciudad de México. A dos años del diagnóstico del primer caso de coronavirus en el Estado de Campeche, unas 34 mil personas contrajeron la enfermedad, y aunque en algunos sectores se asegura que la pandemia “va de salida”, debe destacarse que mientras en el 2021, entre enero y marzo hubo mil 232 casos, en el mismo lapso de este año van ocho mil 757, o sea que la cifra aumentó más de siete veces (SSA, 2022).

En cuanto a las cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), indican que el mundo experimenta una transformación demográfica: para el año 2050, el número de personas de más 60 años

aumentará, donde se prevé que la población longeva se duplique en los próximos 50 años (Alvarado y Salazar, 2014).

México es un país que está envejeciendo aceleradamente, esto debido a proyecciones realizadas por González y Chande (2007), quienes indicaron que el interés demográfico en la población envejecida proviene del hecho del incremento tanto en números relativos como en absolutos, y los cambios en la organización social serán grandes.

Datos de la encuesta 2015 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática indican que en Campeche la proporción de niños y adolescentes ha disminuido y con ello se ha incrementado la población de adultos mayores, siendo en 2010 el 5.7 % y en 2015 el 6.5%”. (INEGI, 2015, p.7).

El Covid-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2, llamado virus Covid-19 que actualmente se propaga principalmente de persona a persona (OMS, 2020).

En el caso de las personas mayores la presentación podría ser inicialmente sin fiebre y estar asociado a decaimiento, desorientación y agitación, además de la sintomatología ya descrita. Al igual que con otras enfermedades respiratorias, como la influenza, las personas mayores y personas con condiciones médicas preexistentes requieren de monitoreo activo ya que pueden ser vulnerables a enfermarse más severamente con el virus, por lo que es importante que los lugares a los que asisten o donde residen personas mayores sigan algunas indicaciones generales y específicas de acuerdo con cada caso” (Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, 2020, p. 11).

En cuanto al Covid-19 afecta de forma más severa a aquellas personas que presentan patologías previas de base y/o que están inmunodeprimidas. Si bien muchas personas mayores reúnen ambas características, esta afectación es más riesgosa en personas vulneradas por la desigualdad social - pobreza, desnutrición, exposición a las inclemencias climáticas, falta de saneamiento, entre otros que repercute directamente en la severidad de la enfermedad y su contagio. Por lo tanto, se debe tener presente que el principal factor de riesgo ante esta

enfermedad son estas condiciones biológicas y sociales, independiente de la edad de la persona (Pérez, 2020).

Esta realidad que como personas nos rebasa, llegó a conformar una situación inesperada ya que a nivel mundial está teniendo repercusiones en todos los ámbitos de la vida desde lo económico, físico, emocional, social, pero sobre todo cada que se enfrentan pérdidas de seres queridos. Ante la presencia de una pandemia a causa de un virus mortal se deben de tomar las precauciones debidas, lo cual incluye resguardarnos y aislarnos a manera de protegernos como familia; dentro de la población que es más vulnerable a contagiarse, se encuentran los adultos mayores, quienes en condiciones normales es sabido que al menos en nuestra sociedad han padecido en una gran parte el abandono por parte de sus familiares y se les llega a relegar aún en su propia casa.

Debido a lo antes mencionado surge el interés por conocer como esta pandemia ha impactado, qué cambios han surgido en ellos a nivel emocional y sobre todo en las relaciones sociales de su entorno.

Hoy en los hogares se han realizado diversas modificaciones en cuanto a las visitas de amigos o familiares, así como salidas de casa, para no exponerlos a ser contagiados. Las restricciones a la relación social aumentan el problema preexistente de soledad y aislamiento de las personas mayores y las consecuencias en la salud de la desconexión social que existían ya antes de la pandemia (Pinazo, 2020).

Según datos de la OMS, anuncia que hay que garantizar que las personas adultas mayores sean protegidas de Covid-19 sin estar abandonadas, estigmatizadas, dejadas en una situación de mayor vulnerabilidad, (OMS, 2020). Este consejo cubre el tema de recibir visitantes, planificar suministros de medicamentos y alimentos, salir de casa de manera segura y salvaguardar su seguridad, estar comunicados con amigos, familiares a través de llamadas telefónicas u otros medios.

Es fundamental que los adultos mayores reciban el apoyo de sus comunidades, familias, amigos durante el brote de Covid-19. (CEPAL, 2020a), Si bien muchas personas mayores reúnen ambas características, esta afectación es más riesgosa en personas vulneradas por la desigualdad social, pobreza, desnutrición, exposición a las inclemencias climáticas, falta de saneamiento, entre otros que repercute directamente en la severidad de la enfermedad y su contagio.

Por lo tanto, se debe tener presente que el trascendental componente de riesgo ante esta enfermedad son estas condiciones biológicas y

sociales, independiente de la edad de la persona, (Pérez, 2020). Otra que se asume es la física que puede estar unida a la angustia, insomnio, ansiedad, miedo y también a crisis económica y social no solamente la desesperanza, sino a una depresión profunda, (Casas, 2020).

Como se puede observar a nivel mundial la tasa de incremento de contagios para Covid-19 presenta amplias diferencias entre países y regiones, pues todo depende del régimen de vigilancia epidemiológica que se implementa en cada país y del número de pruebas que se realizan, (Ritchie et al., 2020, citado en González-González, et. al, 2021).

Según datos publicados, por cada mil personas infectadas por el coronavirus y que tienen menos de 50 años, es menor la probabilidad de fallecer; entre los 50 y 69 años, son las personas que tienen riesgos de ponerse graves, para los que tienen 70 años o más, se estima que puede incrementarse las complicaciones de mortalidad (Mallapaty, 2020).

En México a pesar de las medidas que se han venido tomando durante estos dos años y medio, sigue habiendo contagios con menor estadística, así como fallecimientos, sin embargo, no hay que bajar la guardia a esta enfermedad, seguir con las indicaciones pertinentes servirá para prevenir que se propague esta enfermedad.

En el estado de Campeche después de meses de estar a la baja en cuanto a la enfermedad, se empezaron a disparar los contagios y fallecimientos de adultos y adultos mayores, debido a las características de su vulnerabilidad, hace su aparición por primera vez “Aurora”; siendo este el primer estado de nuestra República en llegar a verde, es el menor de los riesgos, esto significa que la dinámica de la epidemia ha disminuido lo suficiente para que las actividades sociales y económicas se vayan regresando casi a su normalidad en esta nueva normalidad que estamos viviendo. Según datos del día a día a nivel nacional referente a espacios de camas de hospitalización general es del 72%; se mantiene una ocupación del 28%. Chiapas (95%) y Campeche (96%) se mantienen como las dos entidades con mayor capacidad hospitalaria (Cortés, 2020).

Varios estudios realizados sobre el Covid-19 y el tema del adulto mayor fueron encontrados como el de Roque y Coll (2021). El objetivo del estudio era identificar los determinantes de soledad y sufrimiento psicológico, de una serie de variables consideradas como potenciales fuentes de estrés: autopercepción sobre el envejecimiento, recursos familiares, sociales y personales, consumo de información sobre la Covid-19, y riesgo de contagio. La investigación tenía como hipótesis

de partida que las personas mayores presentan mayores niveles de soledad y sufrimiento psicológico. Sin embargo, a través de modelos estadísticos jerárquicos, los autores identifican una asociación inversa entre la edad cronológica y la soledad y el sufrimiento psicológico: a más edad, menos soledad y sufrimiento. Las mujeres mostraron más sufrimiento y refirieron más soledad que los hombres. La interpretación de los resultados de esta encuesta debe considerar las posibles limitaciones por el sesgo de selección de las personas mayores participantes, que debían ser usuarios de redes sociales. Estas personas mayores activas en las nuevas tecnologías representan un perfil asociado a mayores recursos personales, menores niveles de soledad y con redes sociales más robustas, comparados con las personas mayores no usuarias de estas tecnologías.

El artículo que presentan Meseger y Pradas (2020), fue a partir de un procedimiento metodológico empleado para la realización de esta investigación y se basa en la realización de encuestas mixtas, telefónicas y telemáticas, a una muestra de 100 personas que reciben o no ayuda a domicilio. La interpretación de los datos obtenidos se ha llevado a cabo a través de la recopilación de los datos cuantitativos, el cálculo del porcentaje de éstos sobre la muestra total de personas, y la relación con las observaciones obtenidas. Las personas son, en números iguales, mujeres y hombres, los cuales comprenden, de manera proporcional, entre los 65 y los 100 años. Más de la mitad de las personas, el 66%, pertenece al colectivo de riesgo por padecer patologías sensibles al Covid-19 o por una edad avanzada.

En cuanto a las actividades que se realizaban en el exterior y el ocio social, el 90% de las personas realizaban paseos, de las cuales actualmente, sólo un 11% los realiza. Un 7% de las personas realizaba gimnasia con regularidad, sin embargo, actualmente el 74% de personas han paralizado sus actividades deportivas. De las personas encuestadas, el 87% han dejado de asistir a las casas hogar o guarderías geriátricas donde acuden a recibir apoyo. El 94% de personas dice no realizar ningún tipo de “quedada” con sus amigos/as a raíz de la pandemia y del miedo al contagio. Los viajes se han visto paralizados al 100% de los casos. Acudir a actividades culturales, tales como el cine, el teatro o los museos, se ha visto afectado en que el 96% de las personas ya no las realizan. Sin embargo, el 25%, sigue acudiendo a misa. Las actividades,

en términos generales, se han reducido en total un 85%. (Meseger y Pradas, 2020).

De acuerdo con López, et al, (2021), la familia puede ser un recurso fundamental en momentos de pérdidas y crisis vitales. La soledad y el aislamiento en personas mayores provocan consecuencias negativas para su salud mental. La presente investigación analiza el rol de la función familiar en la ansiedad y depresión experimentadas por personas mayores durante la pandemia ocasionada por el Covid-19. Participaron 882 adultos mayores de 60 años evaluándose características sociodemográficas y del coronavirus, salud, función familiar, evitación, depresión y ansiedad. Los datos sugieren un factor amortiguador de la función familiar sobre la ansiedad y depresión durante la pandemia. Además, no estar casado, ser mujer, mayor miedo al Covid-19, una peor salud autopercebida, mayor evitación y una peor función familiar se asociaba con mayores niveles de ansiedad.

En la investigación de Lugo-González, et. al. (2021), se menciona que desde el registro de los primeros casos de Covid-19 en México, se han derivado una serie de respuestas emocionales caracterizadas por miedo y estrés. Dicho impacto emocional se debe en gran medida a la inundación de información paralela a las fases de la pandemia y la transición entre ellas y la percepción que los individuos tienen de la enfermedad. El objetivo fue comparar la percepción del Covid-19 entre la fase 1 y 2 de la pandemia y entre los medios de información usados para informarse en población mexicana, Métodos: Considerando un muestreo en cadena, se realizó un estudio comparativo en el que se diseminó por medio de correo electrónico y redes sociales una batería de evaluación que respondieron 1560 participantes. Resultados: la preocupación por las consecuencias del Covid-19 y su impacto emocional incrementaron al pasar de la fase 1 a la fase 2 de la pandemia. Además, se identificó que el impacto emocional fue mayor en quienes se informaron a través de Facebook y televisión. Ellos concluyen que la pandemia tendrá un impacto emocional progresivo en medida en que avancen sus fases y en la importancia de informarse en medios adecuados para prevenir consecuencias emocionales.

Metodología

La metodología aplicada en la investigación tiene un alcance descriptivo, con el enfoque cuantitativo, el diseño de investigación fue transversal porque solo se intervino una vez. La población seleccionada para realizar esta investigación correspondió a 58 de 132 adultos mayores, voluntarios, que cumplieran con las características, que quisieran participar en la investigación, así como la edad de 60 a 80 años, el muestreo de la investigación fue probabilístico, ya que no todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.

La unidad de análisis se llevó a cabo con 58 adultos mayores sin importar su género, siendo mujeres y hombres, con diversas edades que oscilan entre los 60 a 80 años. Para esta aplicación los estudiantes fungieron como redes de apoyo para dicha aplicación, esta se complicó y retrasó debido a que algunos de los adultos mayores habitan en localidades algo alejadas de la ciudad como Hopelchen, Dzitbalchen, China, Pich y Sihochac.

Para el procesamiento de los resultados, se utilizó el formulario de Google que constó de 25 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert, elaborado por los investigadores, para este instrumento las variables principales fueron impacto del confinamiento y adultos mayores, se diseñó una base de datos en SPSS y el programa de Excel, permitiendo analizar e interpretar los resultados a través de las tablas de frecuencia.

Resultados

Los resultados del estudio muestran que sí hubo cambios en la rutina diaria, en sus actividades, de los adultos mayores durante la pandemia del Covid-19, sin embargo, esos cambios no representan situaciones desfavorables para ellos ya que, por el contrario; la mayoría encontró ocupaciones para entretenerse dentro del hogar, así como también una mayor comunicación y atención con sus familiares y amigos como se muestra en las tablas siguientes:

Tabla 1. Antes de la pandemia salía de compras al súper o al mercado.

Válido	Frecuencia	Porcentaje
No	14	24.1
Si	44	75.9
Total	58	100.0

Fuente: Encuesta del instrumento elaborado por Vargas, Uco, Quime, Sánchez & Rodríguez, 2021

De acuerdo con los datos arrojados en la tabla 1, de los 58 adultos mayores que respondieron este instrumento, el 75%, semejante a 44, refieren que antes de la pandemia salían de compras al súper o al mercado y el 24% equivale a 14 adultos no lo hacía.

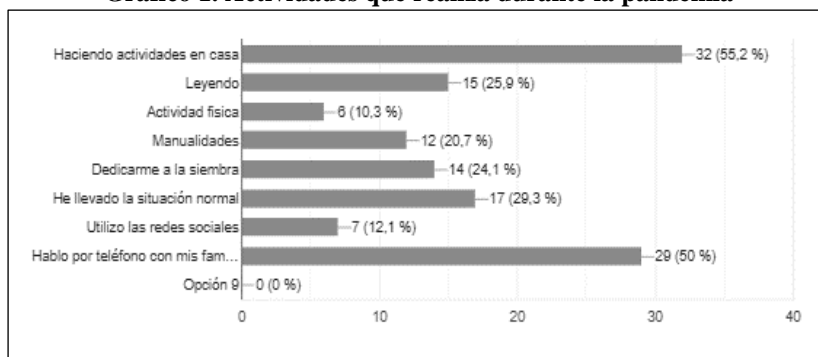
Tabla 2. Sentir respecto al confinamiento en casa.

	Frecuencia	Porcentaje
Me ha afectado poco	26	44.8
Me ha afectado	9	15.5
Me ha afectado mucho	5	8.6
No me ha afectado	8	13.8
Ocasionalmente me ha afectado	10	17.2
Total	58	100.0

Fuente: Encuesta del instrumento elaborado por Vargas, Uco, Quime, Sánchez & Rodríguez, 2021

Con respecto a cómo han sentido el confinamiento en casa 26 adultos mayores que representan el 44.8% manifiestan que les ha afectado poco, 10 adultos mayores que corresponden el 17.2% les ha afectado ocasionalmente, 9 adultos mayores que representa el 15.5% les ha afectado el estar en confinamiento; 8 adultos mayores que corresponden el 13.8% indica que no le ha afectado permanecer en casa y 5 adultos mayores que representan el 8.6% les ha afectado mucho el permanecer en confinamiento en casa.

Gráfico 1. Actividades que realiza durante la pandemia



Fuente: Encuesta del instrumento elaborado por Vargas, Uco, Quime, Sánchez & Rodríguez, 2021

De acuerdo a los resultados que arrojaron en el gráfico con respecto a las actividades a las que se dedican los adultos mayores durante el confinamiento refieren tratan de buscar alternativas para no sentirse confinados, también otro dato importante es que hablaban por teléfono a sus amigos y familiares para sentirse cerca, otros dicen que llevan su vida normal con un 17 %, unos se dedican a la siembra, otros hacen manualidades un grupo menor hace actividades físicas y la tecnología vino a incorporarse a este grupo ya que un 7 % utiliza las redes sociales.

Tabla 4. Se ha sentido solo/a en el confinamiento

	Frecuencia	Porcentaje
No	36	62.1
Si	22	37.79
Total	58	100.0

Fuente: Encuesta del instrumento elaborado por Vargas, Uco, Quime, Sánchez & Rodríguez, 2021

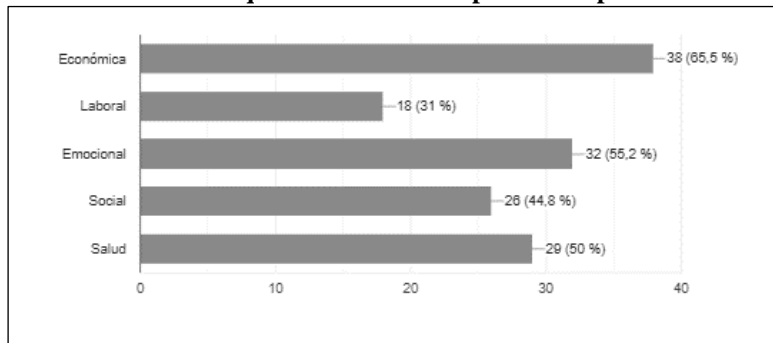
Referente a como se ha sentido el adulto mayor en el confinamiento 36 adultos mayores que representan el 62.1% manifiestan no sentirse solos: mientras que 22 adultos mayores que equivale al 37.79% si se han sentido solos en el confinamiento.

Por consiguiente, se puede observar que no se han sentido solos los adultos mayores en este confinamiento en más del 62.1%. Por lo que

como menciona Bowling y Windsor (2001, citado en García, 2017), la relación social es el factor que más influye en la calidad de vida de las personas mayores, ya sea la relación tanto con amigos, familiares u otras personas.

De acuerdo a los resultados que arrojaron en el gráfico con respecto a las actividades a las que se dedican los adultos mayores durante el confinamiento refieren tratan de buscar alternativas para no sentirse confinados, también otro dato importante es que hablaban por teléfono a sus amigos y familiares para sentirse cerca, otros dicen que llevan su vida normal con un 17 %, unos se dedican a la siembra, otros hacen manualidades un grupo menor hace actividades físicas y la tecnología vino a incorporarse a este grupo ya que un 7 % utiliza las redes sociales.

Gráfico 3. De qué manera le ha impactado la pandemia



Fuente: Encuesta del instrumento elaborado por Vargas, Uco, Quime, Sánchez & Rodríguez, 2021

Según respuestas en cómo les ha impactado la pandemia a los adultos mayores, esto ha sido de diversas maneras, siendo que a la mayoría de los abuelos de los estudiantes les afecta económicamente, a un 18% refirió que laboral, emocionalmente a un 32% y un grupo importante siendo un 50% su salud. Por lo que podemos decir que, aunque llevan una vida cotidiana similar a la de antes de la pandemia, las repercusiones en diferentes ámbitos se han estado manifestando.

Discusión

Esta investigación se realizó con el fin de identificar el impacto que tiene el confinamiento en adultos mayores (abuelos) de los alumnos de

la escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano, Campus V por el Covid-19. Podemos decir después de haber obtenido los resultados que el confinamiento es un problema que afecta a la sociedad en general siendo un grupo importante y vulnerable los adultos mayores; cabe destacar que no a todos les afecta de igual manera, ya que de acuerdo con la información recabada en el instrumento los porcentajes en las respuestas fue variado por lo que se infiere que el impacto depende mucho de su contexto, redes de apoyo, condición física y también emocional.

Por lo anterior en el grupo de población encuestada se observó lo siguiente: El 23% de la población o sea 15 adultos mayores pueden estar requiriendo atención médica y/o psicológica debido a que manifiestan alteraciones de sueño, disminución del apetito, sentimientos de desesperanza, toda esta afectación por el distanciamiento social, que pueden impactar en su salud física e incluso emocional.

El autor Pinazo (2020), refiere que la expresión «distanciamiento físico» hace referencia a la mayor o menor lejanía entre las personas, que puede medirse en metros, pero no habla de «distanciamiento social», que alude al grado de aislamiento de una persona o un grupo de la sociedad. Conviene diferenciar ambas expresiones y optar por el uso de distanciamiento físico, pues el distanciamiento social puede traer consecuencias aún más negativas.

Por consiguiente, notamos en los resultados algunos puntos coincidentes con el estudio de Pinazo (2020) en lo referente a que el aislamiento puede aumentar situaciones de estrés en el adulto mayor; sin embargo, para el caso de este estudio, sólo un porcentaje bajo de adultos mayores estudiados reconoce haber presentado miedo y ansiedad por el contrario la mayoría externa que a pesar del confinamiento hubo una mayor cercanía con su familia y buscaron actividades dentro del hogar que hicieran más llevadera la situación.

Por este último punto, notamos una limitante en el estudio al no considerar el factor cultural en el impacto del confinamiento lo que posibilita un estudio regional al respecto ya que pudiera ser un factor importante en el hecho de que no se afectarán tanto los adultos mayores de este estudio en comparación con los de otras ciudades, aún del mismo país ya que en nuestra región peninsular maya, se da mucha importancia y valor al cuidado del adulto mayor, por lo que se procura atenderlos y cuidarlos lo mejor posible.

Conclusiones

En este trabajo se identificó el impacto que tiene el confinamiento en adultos mayores (abuelos) de los alumnos de la escuela de Trabajo Social del Instituto Campechano por el Covid-19.

Se pudo rescatar que, a pesar de estar en confinamiento en casa, sin posibilidad de salir más que a asuntos imprescindibles, la reducción de salidas para esparcimiento, o el doble confinamiento de las personas en residencias, sin disfrutar de sus actividades acostumbradas, no ha afectado en sus actividades diarias solo han modificado aquellas que conllevan el salir de casa por lo que manifiestan no sentirse limitados o deprimidos gran parte de esta población. Entre las diversas actividades que realizaban antes de la pandemia están las siguientes: visitar a sus familiares, salir de compras e ir por sus nietos a la escuela entre otras. También se encuentra, aunque en menor porcentaje aquellos adultos mayores que se sienten aislados y solos, quienes viven en residencias para su cuidado se restringieron las visitas para salvaguardar su integridad.

Es una realidad que el contexto social ha sido modificado debido a esta enfermedad el cual ha afectado a toda la población. Tal es el caso de los adultos mayores que antes de la pandemia solían asistir a misa actividad que realizaban cada semana; la mitad de los abuelos encuestados, se dedicaban a cuidar a sus nietos, el salir a caminar era otra de las actividades que realizaban para distraerse y ejercitar su cuerpo. Las restricciones a la relación social aumentan el problema preexistente de soledad y aislamiento de las personas mayores y las consecuencias en la salud.

En cuanto al sentir de los adultos mayores en el confinamiento con relación a su cónyuge, familia y amigos, ha sido muy positivo pues ha permitido fortalecer las relaciones a pesar de permanecer en sus hogares alejados; por otro lado, es importante mencionar que un porcentaje menor en relación específicamente a sus amigos han tenido sentimientos negativos esto se debe a que se sintieron alejados para salvaguardar su salud frente a esta pandemia. Asimismo, el hecho de permanecer en sus domicilios no ha presentado dificultad alguna porque se sintieron acompañados de la familia o se dedicaron a realizar actividades que les distrajera, lo que les permitió estar ocupados en el hogar.

Otro punto importante identificado en una pequeña parte de los adultos mayores durante el tiempo de confinamiento se refiere a que no han mantenido las medidas de seguridad, y de alguna forma es alarmante debido a que en cualquier momento se podrían contagiar.

De manera general podemos decir que los hallazgos de identificar el impacto psicosocial que ha tenido el confinamiento en los adultos mayores, es haber hallado que, a pesar del encierro, la depresión sólo ha afectado a un porcentaje bajo de la población estudiada; pero, por otra parte, manifiestan más ansiedad y miedo, factores que pueden desencadenar riesgos en su salud física y emocional. Así mismo, el hecho de que en su rutina diaria y, a pesar del aislamiento, tengan contacto con personas portadoras del Covid-19 pone de manifiesto la necesidad de mejores estrategias de prevención por parte de quienes están a su cuidado, pudiendo con esto evitar riesgos de contagio.

Se llega a la conclusión que bien es cierto que los adultos mayores son un grupo vulnerable debido a su alto grado de presentar contagios por enfermedades cardiovascular y otras comorbilidades, pero que también supieron adaptarse a las medidas de seguridad, y a realizar actividades nuevas, buscaron alternativas de comunicación con familiares y amigos, así como también ocuparse en sus tiempos de ocio en cosas que no hacían para darle sentido a las restricciones de salud.

Referencias

Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomo*, 25, 57-62.

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>

Casas, M. L. (2020). Enseñanzas de la pandemia COVID19. El reencuentro con la vulnerabilidad humana. *Centro Disciplinario de la Bioética*, 6, 80-91. En [https://www.bioethicsupdate.com/previous/BIOUP%20Vol%206%20\(2020\)/BIOUP2020_v6_n2_080-091.pdf](https://www.bioethicsupdate.com/previous/BIOUP%20Vol%206%20(2020)/BIOUP2020_v6_n2_080-091.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2020a). Recomendaciones generales para la atención de los adultos mayores desde una perspectiva de los derechos humanos. CEPAL 2020 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45316-covid-19-recomendaciones-generales-la-atencion-personas-mayores->

perspectiva

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020b) El desafío social en tiempos del Covid-19, Informe especial Covid-19. 3. CEPAL Santiago de Chile. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>
- Cortes, R. (septiembre de 25 de 2020). Semáforo COVID_19: Campeche primer estado en pasar en verde. *Expansión Política*. En <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/09/25/semaforo-covid-19-campeche-es-el-primer-estado-en-pasar-a-verde>
- García, J. M. (2017). *Las emociones y el bienestar en las personas mayores*. Universidad de Jaume. Recuperado el marzo de 2021, de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169492/TFG_2017_GarciaMartinezMiriam.pdf?sequence=1
- González González, C., Orozco Rocha, K., Samper Ternett, R., & Wong, R. (2021). Adultos mayores en riesgo de Covid-19. Universidad de Colima, México, *Papeles de Población*. N.107
- González, C., & Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadísticas INEGI. (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Campeche / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079697.pdf
- López, J., Pérez, R. G., Noriega, C., Velazco, C., Carretero, I., López, P., & Galarraga, L. (2021). Las respuestas al confinamiento por la pandemia del covid-19 desde una perspectiva emocional: la función. *Psicología conductual*, 331-344. 29 (2)
- Lozano, C. (2020). Aislamiento de mayores de 70 años: ¿debería ser una decisión consensuada? *Pesquisa Javeriana*. 58 Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/aislamiento-de-mayores-de-70-anos-deberia-ser-una-decision-consensuada/>
- Lugo-González, I. V., Fernández-Vega, M., Reynoso-Erazo, L., Becerra-Gálvez, A. L., & Pérez-Bautista, Y. Y. (2020). Percepción emocional del COVID-19 en México: Estudio comparación entre la fase 1, fase 2 y medios de información COVID-19. *Salud Mental*, 43(6), 285-292.

- <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.039>
- Mallapaty, S. (2020). The coronavirus is most deadly if you are older and male. *in Nature*, 585-16-17. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02483-2>
- Meseger, L., & Pradas, M. (2020). Efectos del confinamiento producido hnpor el Covid-19 en las personas mayores. *Revista: Psicosocial y emergencias*. Poner volumen y numero <https://www.psicosocialyemergencias.com/efectos-del-confinamiento-producido-por-el-covid-19-en-las-personas-mayores/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), Coronavirus disease 2019 (COVID-19)
- Pérez, R. (2020). *Personas mayores en la pandemia. Estigma, ciudadanía y DDHH.*: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30552/1/stefania_delbono_zunino_tfg_final.pdf
- Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y*
- Roquè, M., & Coll, I. (2020). ¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores y las medidas para prevenirlos o tratarlos? *Cochrane iberoamericana*.
- Secretaria de Salud (SSA). (15 de marzo de 2022). Casos en aumentos. TRIBUNA. Recuperado el marzo de 2022, de <https://tribunacampeche.com/app/2022/03/20/covid-se-multiplico-7-veces-este-2022/> .
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2020). Protocolo de recomendaciones para la prevención y atención del COVID-19 en Centro Residenciales o Ambulatorios para personas mayores en Chile http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Protocolo_Coronavirus_Centros_de_Personas_Mayores_1%281%29.pdf
- Vargas, R., Uco, X., Quime, A., Sanchez, K.I., y Rodríguez, O. (2021). Adaptación de los adultos mayores en sus actividades diarias durante el confinamiento por el COVID-19. I.C. Investig@ción 11 (21). En <https://revistaic.instcamp.edu.mx/volumenes/volumen21?doc=2448-5500-icinest-11-21-100>

Modelo de modificación de conducta. Una propuesta para trabajar con niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA)

Martha Leticia Cabello Garza⁶
Brenda Giselle Álvarez Rodríguez

Resumen

Este trabajo presenta una propuesta de intervención social con niños que presentan Trastornos del Espectro Autista que asisten a consulta nutricional en un centro de investigación en salud. Estudios han demostrado que niños con esta condición tienen más probabilidades de tener dificultades alimentarias, problemáticas sociales como inflexibilidad del consumo de alimentos, poca comunicación verbal y déficit sociales que pueden afectar comportamientos alimenticios y desencadenar sobrepeso o desnutrición. El confinamiento durante la pandemia del Covid-19 acrecentó esta situación debido a que las dificultades alimentarias se incrementaron durante este período pudiendo ser una expresión de la ansiedad por el encierro. Además, debido a las restricciones los padres de familia no proporcionaban los alimentos acostumbrados a sus hijos lo que llevó a comer de forma poco saludable. El modelo de Modificación de la conducta es idóneo para generar cambios de comportamiento observable en formas definidas a fin de potenciar las conductas deseadas y reducir las indeseadas. La teoría del aprendizaje social y cognitivo serán la base del modelo. Estrategias de motivación, cognición, aprendizaje, cambios de actitud y solución de problemas serán consideradas; técnicas de modelamiento, entrenamiento de habilidades sociales, capacitación comunicativa,

⁶ Investigadoras del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Nuevo León

resolución de problemas, formación de autocontrol pueden ser aplicadas. Con este proyecto se pretende trabajar con los padres de niños con trastornos del Espectro Autista y mejorar esta condición a través de la modificación de patrones alimenticios.

Introducción

Las primeras señales de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), suelen aparecer desde una edad temprana antes de los 5 años, interfiriendo en la vida diaria y persistiendo hasta la etapa adulta. Se presentan en todos los niveles socioeconómicos y en cualquier grupo racial y étnico. Las causas de los TEA aún no se conocen en su totalidad, pero se sabe que están involucrados una gran cantidad de factores socioambientales, biológicos y genéticos. (OMS, 2022). Este grupo de afecciones del desarrollo neurológico se caracterizan por la dificultad en la comunicación, el lenguaje, comportamiento social y actividades repetitivas. Se conoce que, dentro de los procesos biológicos involucrados, la nutrición es un aspecto relevante en esta población, se identifican patrones dietéticos restrictivos y deficiencias nutricionales, por lo que la alimentación es un aspecto clave en los niños con TEA. (Bandini et al 2010, Li et al 2018, Ranjan y Nasser, 2015).

La pandemia de Covid-19 incrementó los desafíos de salud física y conductual entre los niños con TEA. La presencia de selectividad alimentaria junto con las dificultades para salir a realizar las compras, se constituyeron en barreras en el acceso a los alimentos durante la pandemia. Una nutrición adecuada es importante para el desarrollo del cerebro, el funcionamiento y el mantenimiento de la salud en general.

Según un estudio realizado por Van der Wurff, et al (2022), los hogares de los niños con TEA tenían casi cuatro veces más probabilidades de tener una seguridad alimentaria muy baja durante la pandemia de Covid-19 en comparación con la población general. También en, las familias de los niños con TEA experimentaron una baja cohesión familiar y carecían de acceso a apoyo emocional y social. Estos factores estuvieron fuertemente asociados con la predicción de niveles de inseguridad alimentaria. (Karpur, et al, 2022)

Esta emergencia sanitaria ha resultado un periodo desafiante para la mayoría de las personas con TEA y sus familias, con mayores dificultades para manejar actividades diarias y al menos uno de cada

tres niños ha presentado más problemas del comportamiento; además se descubrió que los niños con problemas de conducta previo a la pandemia tenían un riesgo particular de presentar comportamiento disruptivo más intenso y frecuente. (Colizzi et al, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1 de cada 160 niños presenta los TEA, mientras que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reportan que 1 de cada 59 niños tiene esta condición. También se estima que los niños son diagnosticados 5 veces más frecuente en comparación con las niñas. (OMS 2022, National Institute of Mental Health, 2018)

En México como en muchos países de ingresos bajos y medios, no se cuenta con estadísticas sobre la prevalencia de los TEA; la mayor aproximación que se tiene en el país, es un estudio realizado en León Guanajuato en donde se encontró en 1 de cada 115 niños presentan esta condición. (Fombonne, et al. 2016)

Como se conoce hasta ahora los TEA son una condición que no tiene cura, sin embargo, existen terapias e intervenciones que adaptadas a cada persona pueden mejorar su calidad de vida. Las intervenciones tempranas mejoran en gran medida el desarrollo del niño y es importante comenzarlas lo antes posible, aunque no se cuente con un diagnóstico formal de los TEA. (NIH, 2018)

A partir del año 1990 el número de niños con este diagnóstico ha aumentado considerablemente por diversos factores, uno de ellos es que existe más información, además los profesionales de la salud realizan mejores pruebas para la detección oportuna, y existe una mayor sensibilización sobre el tema. (OMS, 2022)

Es sumamente importante una atención multidisciplinaria, para favorecer el desarrollo de quienes tienen esta condición. Si bien la evaluación del estado nutricional ha sido de gran ayuda para la medición del consumo de alimentos y nutrimentos con el fin de evaluar si existen alteraciones nutricionales o deficiencias, la sensibilización del tema a los padres de niños con esta condición es muy necesaria. El profesional del Trabajo Social puede ser parte del equipo multidisciplinario de atención a este grupo vulnerable, trabajando estrechamente con profesionales de la nutrición en intervenciones familiares enfocadas a cambios de conducta, para poder complementar las acciones clínicas y de educación nutricional con aspectos sociales.

El trastorno del espectro autista y la alimentación

Los niños (as) con TEA tienen cinco veces más probabilidades de tener dificultades alimentarias que los infantes con desarrollo típico. Se estima que entre el 51 y 89% los manifiestan. (Sharp et al, 2013, Narzisi, Masi y Grossi, 2021) Algunas características propias de la condición de TEA como deficiencias en la interacción social, comunicación, comportamiento e intereses, son parte de las causas de estos problemas de alimentación. La poca comunicación verbal puede hacer que el infante no transmita la sensación de hambre o saciedad y los déficits sociales pueden afectar en que no replique los comportamientos de alimentación de sus padres, por mencionar algunas situaciones. (Page et al, 2022)

Los problemas alimentarios son característicos de los niños con TEA con una gama muy restringida de opciones de alimentos, lo que puede suponer un riesgo asociado de problemas nutricionales. Por lo tanto, es necesario un conocimiento detallado de los patrones dietéticos y la ingesta de nutrientes de los pacientes con TEA para llevar a cabo estrategias de intervención si es necesario. (Plaza-Diaz, et al 2021)

Varios estudios (Bandini, et al 2010; Cemmark, et al 2010; Christol, 2018; Kral, 2015; Sharp et al, 2013), demuestran que existe una dificultad de alimentación frecuente en estos niños, ya que tienen preferencias por los alimentos altos en hidratos de carbono, procesados y un mayor rechazo de frutas y verduras.

Otro estudio muestra que los niños con TEA exhibieron un patrón dietético caracterizado por un alto consumo de energía y grasas y un bajo consumo de verduras y frutas. Asimismo, el consumo de carne de cualquier tipo, tanto magra como grasa, se asoció con un mayor consumo de pescado y grasas en la dieta. También, el mayor consumo de productos lácteos se asoció con un mayor consumo de cereales y pastas. Además, tenían un consumo frecuente de productos elaborados con mala calidad nutricional, por ejemplo, bebidas, dulces, snacks y productos de panadería. (Plaza-Diaz, et al 2021)

En el estudio realizado por Chistol et al. (2018) se encontró una mayor sensibilidad oral en niños con TEA, además que, quienes tenían una sensibilidad sensorial oral atípica rechazaron más alimentos y comieron menos verduras en comparación con aquellos con sensibilidad sensorial típica. Por otro lado, la selectividad alimentaria

hace referencia a una negativa para comer, estos niños tienden a consumir una escasa variedad de alimentos y a la ingesta restringida de alimentos que se consumen habitualmente, centrándose en la elección según la composición o aspectos sensoriales. (Bandini et al, 2010).

Algunos factores que influyen en que el niño tenga selectividad alimentaria son la textura, apariencia, sabor, olor, temperatura y otros como la marca, el nombre del producto, el envoltorio y presentación, además pueden presentar rechazo a alimentos que se tocan en un plato o requisitos específicos de utensilios (Cermak, Curtin y Bandini, 2010). Aspectos de índole socio-nutricional que deben ser conocidos por los padres y sensibilizados a cerca de estos temas que están relacionados a situaciones de alimentación que pueden predisponer a deficiencias nutricionales en la calidad de la dieta y un riesgo para la salud.

También, se ha observado que los niños con TEA pueden tener malnutrición por exceso. En un estudio realizado en Malasia concluyó que, a una edad mayor del niño, Índice de Masa Corporal (IMC) materno alto, edad paterna mayor, menor actividad física, selectividad alimentaria y poco rechazo de alimentos, son factores para desarrollar sobrepeso y/o obesidad. (Kamal Nor et al, 2019). Un estudio presentado por Li et al, (2020), examinó la prevalencia global de obesidad, sobrepeso y bajo peso en niños, adolescentes y adultos con TEA y Trastorno con Déficit de Atención (TDAH), encontrando que ambas poblaciones mostraron una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.

Un factor de riesgo para la presencia de obesidad es utilizar los alimentos como un reforzador para calmar a los niños. Los padres o cuidadores usan los alimentos como recompensa ante emociones negativas o cuando el niño no acepta alimentos saludables, por lo que se deben buscar alternativas no alimentarias. (Kral et al, 2015). Otros factores que influyen en tasas más altas de obesidad son las conductas alimentarias, estilo de vida, comorbilidades, desequilibrios hormonales y trastornos metabólicos maternos. (Dhaliwal et al, 2019).

El realizar un monitoreo del estado nutricional de los niños con TEA que incluya la evaluación de hábitos alimentarios, aspectos metabólicos y bioquímicos, clínicos, antropométricos, culturales y económicos, es indispensable dentro del tratamiento integral de estos pacientes. Por lo que es de suma importancia el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario de nutriólogos con otros profesionales de la salud como médicos, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y

profesionales de Trabajo Social para intervenir en comportamientos y cambios de conducta a nivel familiar.

Este trabajo tiene como objetivo desarrollar un modelo de intervención social enfocado a generar cambios de conducta sobre todo con los padres o cuidadores primarios del niño (a), que potencie conductas deseadas y reduzca las indeseadas, ayudando a que el o la niña con TEA mejore su calidad de vida.

Modelo de Modificación de Conducta aplicada a la nutrición

La modificación de la conducta tiende a mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles que su medio ambiente pueda proveerle y logren adoptar actitudes y conductas útiles que permitan el control su comportamiento a través de construir formas más adaptativas y funcionales de respuesta y desarrollar estrategia para manejar situaciones cotidianas. El Modelo conductual surgió a partir del siglo XX postulando que la conducta es consecuencia del aprendizaje que se da en el medio social donde se crece y se desenvuelve el individuo (Viscarret, 2012). En este sentido el cambio de asociaciones, por ejemplo, de estímulos estresantes asociados a la relajación, o la utilización de reforzadores para disminuir la frecuencia de las conductas alimentarias inadecuadas, pueden ser de gran ayuda.

Como la idea es trabajar con la familia del niño (a) con TEA, tomaremos como base el modelo de intervención social cognitivo conductual, aplicado al campo de lo familiar, ya que está centrado de hacia la modificación de comportamientos y creencias (Fernández y Ponce de León, 2012). Aunque este modelo es utilizado generalmente por los profesionales de la salud mental, ha tenido éxito en el tratamiento de estados de ánimo, como la depresión, ansiedad o desórdenes conductuales, alimenticios. Este modelo destaca que las emociones y las conductas, están determinadas por los pensamientos y se afirma que, modificando los pensamientos negativos, creencias o distorsiones negativas, y reforzando las conductas adecuadas, se pueden generar cambios en las problemáticas que aquejan a la familia en la actualidad.

Las conductas ya sean hábitos, costumbres, emociones o lenguaje simbólico pueden ser analizadas, observadas y medidas. Hoy en día el modelo conductual ha evolucionado integrando en el mismo, tanto modificaciones de la conducta, como en la cognición (Viscarret, 2012). Estos dos aspectos pueden interrelacionarse entre sí y buscar que el profesional del Trabajo Social, a través de grupos de padres o cuidadores de niños con TEA puedan cambiar los patrones cognitivos como forma de generar un cambio tanto a nivel conductual como emocional, generando cambios en la nutrición del niño (a).

Este modelo de intervención social puede ser de gran apoyo para generar hábitos alimenticios, patrones familiares, dificultades alimentarias, aspectos clínicos y dietéticos para desarrollar un enfoque personalizado que ayude a mejorar la calidad de vida de estos niños, como ya se ha logrado con otros grupos vulnerables (Cabello y Hernández, 2016)

Su base teórica en la que se sustentan los diferentes enfoques que tiene el modelo conductual se remontan a los estudios pioneros del condicionamiento clásico de Pavlov, Sechenov o de psicólogos como Watson. (Viscarret, 2012). Este modelo postula dos principios básicos: en primer lugar, que tanto las conductas como las emociones y los pensamientos son el resultado del aprendizaje y pueden modificarse mediante un nuevo proceso de aprendizaje; y en segundo lugar que hay una relación estrecha entre el pensamiento y la conducta, de tal forma que un cambio en las creencias o en la forma de interpretar los datos, llevará asociado un cambio de conducta (Fernández y López, 2006).

Su fundamentación, de acuerdo con Fernández y Ponce de León, (2012), está basada en 3 formas básicas de aprendizaje: el condicionamiento clásico o respondiente (estímulos y respuestas), condicionamiento operante (consecuencias derivadas de la conducta) y el aprendizaje social o por imitación (fruto de la interacción social y la tendencia a repetir ciertos comportamientos del entorno).

Dependiendo del objetivo al que van dirigidos los modelos cada uno de ellos contiene entre sí una teoría y una práctica diferente; es decir cada modelo lleva implícitos elementos teóricos que sustentan el problema, elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada y elementos metodológicos que deben guiar la acción (Viscarret, 2012). Algunos de los enfoques teóricos que en nuestra propuesta podrían sustentar el modelo cognitivo conductual y

que se pueden constituir como punto de partida para intervenir sobre nuestros sujetos de intervención son la Teoría Cognitiva de Beck (2005) Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977).

Teoría Cognitiva (Beck)

La terapia cognitiva desarrollada Aaron Beck (2005), postula que las interpretaciones negativas o distorsiones de eventos pueden reforzar creencias disfuncionales e incrementar la vulnerabilidad en el estado de ánimo y en la conducta. En la intervención social, basada en esta teoría partimos de la premisa que los pensamientos de una persona sobre cierto evento, tiene un impacto directo sobre sus emociones y su conducta. Los niños con TEA tienden a presentar problemas en el control de su alimentación, si se logra modificar esquemas desadaptativos y promover patrones de alimentación más saludables en las madres o en los cuidadores principales de estos niños y niños se pueden controlar la ingesta de alimentos.

Es importante señalar que cuando intervenimos con los miembros de la familia para una intervención social cognitivo-conductual, el comportamiento se presenta como respuesta al comportamiento de otros miembros de la familia y está influido por las creencias sobre uno mismo y por las creencias sobre cómo debe ser y comportarse la familia. (Dattilio, 2005). Las creencias referentes a la alimentación influyen en la información que cada miembro atiende, percibe, almacena y recupera, en las atribuciones, interpretaciones y valoraciones que hace de los comportamientos de los otros miembros o de sus familias de origen y en las expectativas que tiene sobre dichos comportamientos.

En todo este proceso, aparecen sesgos cognitivos y reacciones emocionales que, en el caso de las creencias disfuncionales o de las creencias que entran en conflicto con las de otros miembros de la familia, contribuyen al surgimiento y mantenimiento de situaciones conflictivas y patrones des adaptativos de comportamiento según los estándares sociales establecidos. Aspectos que deben trabajarse con los miembros de la familia del niño con TEA especialmente con el cuidador o cuidadora principal.

Teoría del Aprendizaje Social (Bandura)

Bandura (1977), sugiere asegurar un ambiente donde se lleve a cabo la conducta saludable, así como mantener una estrecha interacción entre el individuo con la conducta que beneficia la salud y su medio ambiente en el que se lleva a cabo esta conducta positiva. Al respecto menciona Fiorentino (2010), que las conductas saludables son hábitos aprendidos y por lo tanto su adquisición, mantenimiento y modificación, están sujetas a los principios de aprendizaje, donde es importante desarrollar estrategias que promuevan esa modificación de conducta. Esta teoría propone la aplicación de principios y técnicas conductuales para modificar hábitos de salud considerando las variables cognitivas, como fundamentales para explicar la adquisición de aprendizajes y la modificación de las conductas. Desde esta perspectiva las personas son consideradas como protagonistas de su acción y agentes que activamente procesan información y que toman decisiones.

En este enfoque teórico los conceptos de autocontrol, autorregulación y eficacia resultan particularmente importantes. El concepto de autocontrol se refiere a la capacidad que tiene una persona de regular su conducta. Esta teoría propone que cuando las personas se sientan capaces de adoptar una nueva conducta, podrán comprometerse en el cambio, ya que el individuo necesita una creencia que tenga eficacia firme que le ayude a convertir la preocupación por posibles enfermedades futuras en una conducta preventiva eficaz (Fiorentino, 2010).

Existen según Ogden (2003), tres perspectivas esenciales de la conducta alimentaria: por un lado la elección de la comida, que es el resultado del reforzamiento y la asociación a un ambiente dado, una elección que puede ser modificada y/o reaprendida; en segundo lugar la perspectiva cognitiva, que resalta las creencias de la persona, y que permiten prever las intenciones conductuales que predicen las conductas; y la tercera perspectiva, es la fisiología de la persona donde destacan las sustancias químicas en el hambre y en saciedad, las preferencias alimentarias, la cultura alimentaria, las respuestas psicofisiológicas a determinados alimentos y el papel del estrés en la promoción de la ingesta o privación de los alimentos.

Dependiendo del objetivo al que van dirigidos los modelos cada uno de ellos contiene entre sí una teoría y una práctica diferente; es decir

cada modelo lleva implícitos elementos teóricos que sustentan el problema, elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada y elementos metodológicos que deben guiar la acción (Viscarret, 2012).

Objetivo de la Intervención

El objetivo de esta intervención es suprimir, o reforzar de forma permanente ciertas conductas nutricionales a través de un grupo de padres/madres/ cuidadoras de niños(as) con TEA que puedan adquirir la habilidad de desarrollar destrezas cognitivas, afectivas o conductuales, que le permitan modificar algunos comportamientos en el niño como el comer excesivamente y/o no tener un estilo de vida saludable, modificándolas por conductas que las lleven a adoptar una alimentación que coadyuve al tratamiento del niño (a) y a un estilo de vida saludable a largo plazo.

Existen conductas no saludables como un efecto que es producido por patrones de pensamientos generadores de culpa (Fernández y López, 2012), por parte de los padres de estos niños. Por lo que una conducta no saludable interfiere en el desempeño efectivo y saludable de su vida diaria, lo que genera emociones negativas. Este proyecto pretende incidir en el aspecto cognitivo, establecer esquemas de interpretación más adecuados y saludable y en el aspecto conductual modificar los patrones de conducta y de alimentación sana.

Sujetos de intervención

Padres o cuidadores primarios de niños (as), con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista de 3 a 10 años que asisten a consulta nutricional a un centro de investigación en salud.

Estrategias y procedimientos de la intervención Social

Este proyecto pretende formar un grupo de ayuda mutua con padres, o cuidadores primarios de niños con TEA con sesiones diseñadas para fomentar el apoyo mutuo a través del intercambio de experiencias y el refuerzo o cambio de conductas que incidan en la nutrición del niño (a),

con la idea de crear una atmósfera de confianza donde puedan expresar sentimientos, emociones, miedos, etc. y donde se sientan comprendidos y acompañados.

Primeramente, se deben identificar las situaciones problemáticas: ¿quién está implicado?, ¿por qué se molesta el niño?, ¿por qué sucede el problema?, ¿cómo sucede?, estados de ánimo que implica, etc.

Después es importante definir el problema: ¿dónde se presenta?, ¿cuándo y cómo se presenta?, ¿qué hago ante él?, ¿qué le gustaría conseguir? Una vez perfilado el problema detalladamente se explica la importancia de intentar distintas formas de pensar en el mismo, creando una nueva visión del problema.

Para esto será de gran ayuda tener a la mano un listado de alternativas, con el objetivo de generar el mayor número posible de alternativas de solución sin valorar aún su eficacia o posibilidad de puesta en marcha, y luego seleccionar las alternativas. Una vez elaborado el listado de posibles soluciones se debe elegir una de ellas teniendo en cuenta básicamente dos criterios: las consecuencias positivas y negativas derivadas de su puesta en marcha y su viabilidad.

Por último, evaluar resultados y es necesario analizar las consecuencias de cada alternativa elegida. Si el resultado ha sido el esperado es importante repasar los pasos dados para experiencias futuras. Si, por el contrario, las consecuencias no han sido las esperadas y el problema persiste, es necesario repetir el proceso, especialmente la elección de la alternativa de solución.

Los padres o cuidadores de los niños deben ir practicando la técnica con sus problemas cotidianos, exponiendo el procedimiento y sus resultados. Esta práctica escalonada sirve de apoyo para aumentar la confianza en sí mismos en la resolución de problemas cotidianos.

La reestructuración cognitiva es una técnica muy eficaz para modificar el auto diálogo negativo, reemplazar conductas y creencias no saludables por pensamientos e imágenes que contribuyan al objetivo positivo de cambiar los hábitos de salud y sustitución de creencias dogmáticas y absolutistas que conduzcan a emociones negativas; y particularmente trabajar con la modificación e identificación de las creencias que les impidan un adecuado manejo y control de una alimentación sana y estilos de vida saludables (Fiorentino, 2010), que pueda redituarse en un mejor y adecuado manejo de la condición de niños

con TEA. Algunas estrategias de intervención social que serán aplicadas son:

- *Automonitoreo*. Para la consecución del incremento del autocontrol sobre las conductas de ingesta de alimentos del niño, se les solicitará a los encargados de la alimentación, el autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen. El objetivo principal es tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.

Es importante que se establezca una meta final realista y adecuada a sus características. Así mismo, para mantener un buen grado de motivación y de adhesión al tratamiento es imprescindible marcar submetas u objetivos parciales en la consecución del objetivo final según se haya acordado en el plan nutricional

- *Control de estímulos*. El control estimular está dirigido tanto al consumo de alimentos como a la situación misma de la ingesta (comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentados, levantarse de la mesa al terminar, evitar disponer de alimentos "no saludables", etc.).
- *Solución de problemas*. El objetivo principal es doble: en primer lugar, aprender a plantear los problemas como respuestas inadecuadas y no como situaciones imposibles; y, en segundo lugar, conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la ingesta de alimentos no saludables o conductas indeseables relacionadas con la nutrición.
- *Activación conductual*. Para mantener la motivación es importante que los pacientes aprendan a reforzar su esfuerzo y la consecución de las submétases establecidas con la utilización de distintos reforzadores (externos e internos).
- *Modelado*. Lo que se pretende con esta técnica es la adquisición de conductas nuevas, la inhibición o desinhibición de conductas existentes y la facilitación de aquellas conductas que, aun formando parte del repertorio conductual de los niños, no son capaces de ponerlas en marcha de una forma efectiva.
- *Técnicas de relajación*. La conducta de ingesta se convierte en ocasiones en un método para reducir los niveles de ansiedad

producidos por otras situaciones, o por la propia conducta de ingesta o de pérdida de control sobre la misma. Con el objetivo de dotar al niño de una forma alternativa de reducir la ansiedad, se ha utilizado la técnica de Relajación Muscular. También puede utilizarse el Mindfulness. El Mindfulness o conciencia plena, es una terapia que busca la aceptación de las emociones, cogniciones y sensaciones, el trabajar con los padres hacia el empeño de centrarse en el momento presente de manera reflexiva en el aquí y el ahora y de total aceptación de lo que ocurre con su niño(a).

- *Entrenamiento de Habilidades sociales.* El objetivo central es dotar a los padres o cuidadores de habilidades asertivas para la consecución de sus metas: aprender que dar de comer al niño en situaciones sociales, y cómo manejar situaciones estresantes, pedir menús de alimentos que el niño debe consumir, rechazar alimentos "no saludables", etc.

En el entrenamiento se incluye un conjunto de técnicas-modelado, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo-orientadas a la consecución de los objetivos específicos como aprender a decir "NO" en situaciones sociales, o responder a las críticas de los demás.

Un estado nutricional inadecuado puede tener repercusiones en la salud en general, a nivel metabólico, en la presencia de más síntomas como irritabilidad, agresión, hiperactividad, predisposición a enfermedades no transmisibles y en su calidad de vida. Con los resultados obtenidos de esta intervención social, se podrá justificar la presencia de un profesional del Trabajo Social que intervenga con los cuidadores primarios de niños con TEA para evitar que se presenten problemas como el sobrepeso y la obesidad, dificultades alimentarias, deficiencias de micro y macronutrientes que tienen repercusiones en el estado nutricional y en las necesidades de los niños con TEA que acuden a la consulta a un centro de Investigación en salud.

Conclusiones

El apoyo familiar en las dificultades de la interacción social, comunicación verbal y no verbal, intereses, comportamientos y además en los desequilibrios nutricionales que presentan los niños con TEA, es

primordial para generar patrones de comportamiento saludable que incidan en su estado nutricional. Proyectos de intervención social como el que aquí se presenta complementan las intervenciones clínicas y son de gran utilidad para ser implementados por los profesionales de la salud que atienden a estos pacientes, a fin de demostrar como el reforzamiento de conductas que favorezcan una nutrición adecuada, puedan generar una mejor calidad de vida y lograr un mayor nivel de bienestar físico y mental, pero sobre todo actitudinal que favorezca su situación.

Estudios demuestran que el enfoque cognitivo-conductual ha tenido efectividad para la modificación de conductas, sin embargo, en México existe poca referencia de su aplicación con niños de TEA enfocados a la nutrición, por lo que esto representa un área de oportunidad para mostrar su eficacia a los especialistas del área.

Referencias

- Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., Maslin, M., & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of pediatrics*, 157(2), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.013>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Nueva Jersey
- Beck, A. (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year perspective. *Archives General Psychiatry*, 62, 953-959
- Cabello, M.L. y Hernández, A.S. (2016). Nuevas prácticas y nuevas creencias sobre su imagen corporal. Aplicación de un modelo de intervención social cognitivo conductual a mujeres que presentan obesidad. En: M. L. Cabello y M. Castro. *La intervención en Trabajo Social. Enfoques, problemas y alternativas para el desarrollo humano*. México: Academia Nacional De Investigación En Trabajo Social ACANITS Y Editorial Universitaria UANL 171-188.
- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032>
- Chistol, L. T., Bandini, L. G., Must, A., Phillips, S., Cermak, S. A., & Curtin, C. (2018). Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with

- Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(2), 583–591.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>
- Dhaliwal, K. K., Orsso, C. E., Richard, C., Haqq, A. M., & Zwaigenbaum, L. (2019). Risk Factors for Unhealthy Weight Gain and Obesity among Children with Autism Spectrum Disorder. *International journal of molecular sciences*, 20(13), 3285. <https://doi.org/10.3390/ijms20133285>
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zoccante, L. (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain sciences*, 10(6), 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci10060341>
- Dattilio, F. M. (2005). The Restructuring of Family Schemas: A Cognitive-Behavior Perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15–30.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01540.x>
- Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K., & Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(5), 1669–1685.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2696-6>
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social con Familias*. 2 ed. España: UNED- Ediciones Académicas
- Fiorentino, M. T. (2010). Conductas de la salud. En L. A. Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida* (57-81). México. D.F: Cengage Learning Editores
- Li, Y. J., Xie, X. N., Lei, X., Li, Y. M., & Lei, X. (2020). Global prevalence of obesity, overweight and underweight in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews: An official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 21(12), e13123.
<https://doi.org/10.1111/obr.13123>
- Kamal Nor, N., Ghozali, A. H., & Ismail, J. (2019). Prevalence of Overweight and Obesity Among Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder and Associated Risk Factors. *Frontiers in pediatrics*, 7, 38. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00038>
- Karpur, A., Vasudevan, V., Frazier, T. W., & Shih, A. J. (2022). Food insecurity in households of children with ASD in COVID-19 pandemic: A comparative analysis with the Household Pulse Survey data using stabilized inverse probability treatment weights. *Disability and health journal*, 101323. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2022.101323>

- Kral, T. V., Souders, M. C., Tompkins, V. H., Remiker, A. M., Eriksen, W. T., & Pinto-Martin, J. A. (2015). Child Eating Behaviors and Caregiver Feeding Practices in Children with Autism Spectrum Disorders. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 32(5), 488–497. <https://doi.org/10.1111/phn.12146>
- Narzisi, A., Masi, G., & Grossi, E. (2021). Nutrition and Autism Spectrum Disorder: Between False Myths and Real Research-Based Opportunities. *Nutrients*, 13(6), 2068. <https://doi.org/10.3390/nu13062068>
- National Institute of Mental Health, NIH (2018). *Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2022) *Autismo. Datos y cifras*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Page, S. D., Souders, M. C., Kral, T., Chao, A. M., & Pinto-Martin, J. (2022). Correlates of Feeding Difficulties Among Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(1), 255–274. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04947-4>
- Pérez, O. (2013). *Programa de Intervención Cognitivo-conductual en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes*. Tesis que para obtener el título de Lic. en Psicología. Fac. de estudios superiores Iztacala. UNAM <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0699466/0699466.pdf>
- Plaza-Díaz, J., Flores-Rojas, K., Torre-Aguilar, M. J., Gomez-Fernández, A. R., Martín-Borreguero, P., Perez-Navero, J. L., Gil, A., & Gil-Campos, M. (2021). Dietary Patterns, Eating Behavior, and Nutrient Intakes of Spanish Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. *Nutrients*, 13(10), 3551. <https://doi.org/10.3390/nu13103551>
- Ranjan, S., & Nasser, J. A. (2015). Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: do we know enough? *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 6(4), 397–407. <https://doi.org/10.3945/an.114.007914>
- Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., Klin, A., Jones, W., & Jaquess, D. L. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(9), 2159–2173. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1771-5>
- Van der Wurff, I., Oenema, A., de Ruijter, D., Vingerhoets, C., van Amelsvoort, T., Rutten, B., Mulkens, S., Köhler, S., Schols, A., & de

- Groot, R. (2022). A Scoping Literature Review of the Relation between Nutrition and ASD Symptoms in Children. *Nutrients*, *14*(7), 1389.
<https://doi.org/10.3390/nu14071389>
- Viscarret, J. (2012). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza.

Vida cotidiana familiar como categoría de reflexión y análisis en el fenómeno del autismo: una revisión sistemática

Dulcina Guadalupe Soto Romero⁷
Carolina Valdez Montero⁸

Resumen

En los escenarios actuales donde emergen múltiples problemáticas sociales, la familia ha de ser aquel espacio en el que los sujetos se construyen como tal, y satisfacen sus propias necesidades. Así mismo, en el análisis del fenómeno del Trastorno del Espectro Autista, ésta ha de constituirse como una de las principales fuentes de apoyo de las personas en esa condición; y en ese sentido la vida cotidiana familiar se va configurando de acuerdo con sus necesidades. De tal manera, que el objetivo de esta revisión sistemática es identificar la información disponible a partir de investigaciones de enfoque cualitativo previas que describen elementos importantes para el análisis de la vida cotidiana de las familias con integrante autista.

Los criterios de inclusión fueron estudios publicados en bases de datos como Pubmed, Dialnet, Redalyc, Scielo, Google Académico; en inglés, español y portugués, de tipo cualitativo; retomando los principales resultados de investigación. Cabe señalar, que se identificaron elementos significativos en cuanto a la información y conocimiento sobre el TEA, la vivencia del proceso de diagnóstico, gestión de las actividades de la vida cotidiana y las relaciones sociales; además se señala que las dinámicas familiares, se configuran de acuerdo con el proceso de atención que conlleva el autismo en el hogar. Se concluye destacando algunas de las principales necesidades de las personas con TEA y sus familias, que incluyen disponer información

⁷ Facultad de Trabajo Social Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁸ Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

sobre las afectaciones del trastorno, terapias, procedimientos y recursos en el proceso de diagnóstico y tratamiento; así como la visibilización de este grupo social primario que demanda atención.

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), se presenta como una condición que afecta principalmente el área del comportamiento; y la Organización Mundial de la Salud (2021), señala que es un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación, el lenguaje, además de un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Éste se manifiesta en las primeras etapas del desarrollo de la infancia y regularmente presentan afecciones comórbidas, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad; el nivel intelectual varía mucho de un caso a otro, y va desde un deterioro profundo hasta casos con aptitudes cognitivas altas (Lizama, 2020).

Por su parte, Álvarez-López, et al. (2014), indican que el autismo no es una enfermedad, sino un síndrome de disfunciones neurológicas que se manifiestan en el área de la conducta, y el grado de afectación estará ligado al tipo de trastorno autista que presente el individuo; por lo que el cuidado que deberá recibir la persona con TEA, dependerá del nivel de afectación neurológica, ya que existen casos donde se es capaz de ser autosuficiente como cualquier individuo neurotípico, pero también habrá casos en los que el autismo es tan severo que necesitan apoyo y cuidado continuo para realizar adecuadamente actividades de su vida cotidiana.

Respecto a esto, es necesario considerar que de acuerdo con Mottron (2014, en Sumalavia, 2019), se estima que 1 de cada 10 personas con TEA no desarrollan capacidades de comunicación verbal, 9 de cada 10 carecen de empleo regular en su edad adulta y 4 de 5 dependen de sus padres para desenvolverse en tareas básicas, como el control de su conducta y la interacción social fuera del hogar. En ese contexto, la familia constituye la principal fuente de apoyo para las personas con autismo; sin embargo, representa una serie de implicaciones y retos para sobrellevar la vida cotidiana y atención de necesidades familiares.

Cabe señalar que la vida cotidiana se construye a partir de la subjetividad e identidad social, manifestadas en los ámbitos heterogéneos de lo personal, familiar, cultural, laboral y social, interrelacionándose entre sí. Tal como indica Heller (2002), caracterizando la vida cotidiana como un ejercicio de la reproducción como capacidad del hombre de apropiarse del mundo que le rodea; es decir, el hombre particular encuentra: “un mundo preexistente” que es histórico y es concreto. Desde esta perspectiva, se plantea que las subjetividades de los sujetos sociales se manifiestan en las actividades diarias, llevadas a cabo en las esferas donde se desarrolla. Sin embargo, cuando se genera una alteración en alguno de ellos, puede impactar en el desarrollo de los otros (Uribe, 2014); de tal forma, que la presencia de un TEA en la familia influye significativamente en la vida cotidiana de los sujetos que la conforman, dadas las características de la condición.

Así mismo, Uribe (2014), menciona que la cotidianidad, también representan las motivaciones, los deseos, las emociones, las capacidades, las posibilidades, el ritmo, y los conflictos de cada persona en interacción social; permitiendo que la subjetividad esté presente, desde el ser y el convivir. Por lo que la vida cotidiana, está compuesta por una pluralidad de sentidos y simbolismos, presentándose en las vivencias contextualizadas por espacio y tiempo. En este caso, las experiencias de la familia respecto al fenómeno del autismo.

En ese sentido, Belinchón (2001) determina que la vida cotidiana de las personas con TEA y sus familias no es fácil; la convivencia afecta a toda la familia: madres, padres, hermanos y en algunas familias, afecta hasta los abuelos, tíos y primos, debido a la satisfacción de las necesidades; lo cual, puede causar un alto nivel de estrés para la familia, tanto emocional como económica, y en algunas ocasiones físicas. Así mismo, considera que dentro de las principales necesidades de las personas con TEA y sus familias incluyen las de disponer información clara sobre las afectaciones del trastorno, terapias, tratamientos y recursos.

No obstante, las necesidades de las personas con TEA y de sus familias son muy diversas y complejas, dada la heterogeneidad en las alteraciones características del autismo. Dichas necesidades, estarían en función de diferentes variables como: la existencia o no de problemas de comportamiento, la edad, el grado de ajuste social, la comunicación

y el lenguaje (Belinchón, 2001). Por lo tanto, las implicaciones experimentadas en la vida cotidiana de las familias con integrante autista, estarían determinadas por factores como el entorno social y económico, así como de las necesidades de apoyo que el infante requiera; por lo cual, se hace necesario realizar una revisión sistemática de la literatura que permita conocer los estudios disponibles que aborden las experiencias de las familias con integrante autista; desde enfoques cualitativos, de tal manera, que permita comprender la subjetividad de la familia con respecto a su vida cotidiana. Planteando como objetivo, revisar de manera sistemática los documentos disponibles identificados en bases de datos que describen elementos importantes para el análisis sobre las experiencias de la vida cotidiana de las familias con integrante autista.

Metodología

Para esta revisión de la literatura, se consideró la propuesta de revisiones sistemáticas exploratorias de Fernández-Sánchez, King, y Enríquez-Hernández (2020); como procedimiento, se plantean cinco fases; la fase 1: elaboración de la pregunta, fase 2: establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión, y búsqueda sistemática, fase 3: revisión y selección de estudios, fase 4: extracción de datos y fase 5: análisis y reporte de los resultados. En la primera fase, se planteó la pregunta de revisión: ¿cuál es la información disponible sobre las experiencias de la vida cotidiana de las familias con integrante autista?; posteriormente, en la fase dos, se establecieron como criterios de inclusión, estudios publicados en bases de datos indexadas con enfoque cualitativo, en inglés, español y portugués, publicados entre 2016-2022; así mismo, incluir palabras de búsqueda que influyan en la vida familiar (dinámica, experiencias, vivencias, significados), que la población sean distintos tipos de familias, y que el integrante autista pertenezca a cualquier grupo etario.

Con relación a la tercera fase, se establecieron como criterios de exclusión, aquellos estudios repetitivos y estudios publicados en literatura gris (tesis, informes, libros, capítulos, reseñas, textos en línea, entre otros). Con respecto a la estrategia de búsqueda, consistió en utilizar bases de datos electrónicas, como PubMed, Scielo, Dialnet, Redalyc, Google Académico; combinaciones de palabras clave en

inglés, español y portugués: autismo, familia, dinámica familiar, vida cotidiana, experiencias, vivencias, significado. Los operadores booleanos "AND" y "OR" se usaron para expandir búsquedas haciendo combinaciones entre palabras clave en tres idiomas (Tabla 1).

Posteriormente, se eliminaron los artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión, a través de la lectura del resumen, así como aquellos que se repetían en las bases de datos consultadas; la búsqueda se realizó entre noviembre 2021 y marzo de 2022. Así mismo, se seleccionaron artículos de acuerdo con los criterios de inclusión, y posteriormente se evaluaron mediante una revisión con la lista de verificación para la investigación cualitativa del Instituto Joanna Briggs, de tal manera que cumpliera mínimamente el 80% de los criterios establecidos por esta lista. En la cuarta fase, que corresponde a la extracción de los datos, de los estudios, se utilizaron formatos del Instituto Joanna Briggs. el formato de interpretación (autor y año, método, fenómeno de interés, participantes y análisis de datos). En la última fase, que comprende el análisis y reporte de los datos, se realizó utilizando la síntesis narrativa de los resultados en los estudios seleccionados.

Tabla 1. Combinaciones de palabras clave

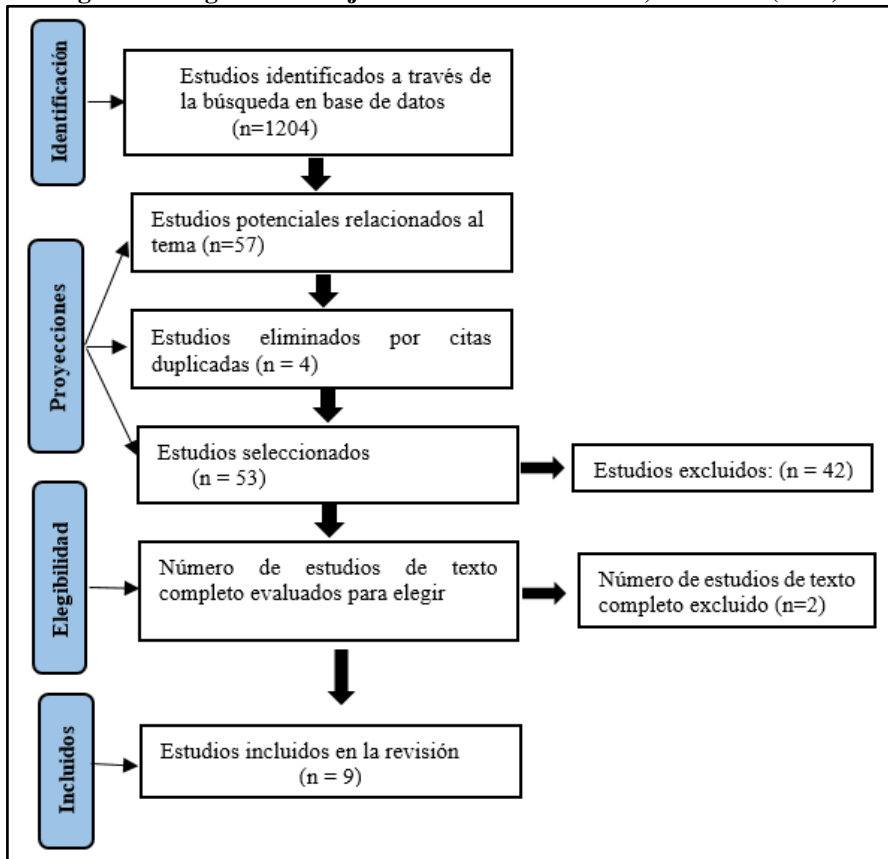
Español	Inglés	Portugués
Autismo AND familia OR dinámica familiar	Autism AND family OR familiar dynamics	Autismo AND família OR dinâmica familiar
Autismo AND familia OR dinámica familiar AND vida cotidiana	Autism AND family OR familiar dynamics AND daily life	Autismo AND família OR dinâmica familiar AND vida quotidiana
Autismo AND familia OR dinámica familiar AND vida cotidiana AND experiencias OR vivencias OR significado	Autism AND family OR familiar dynamics AND daily life AND experiencias OR meaning	Autismo AND família OR dinâmica familiar AND vida quotidiana AND experiências OR significado

Fuente: Elaboración propia, 2022

La primera búsqueda de artículos científicos relacionados con la vida cotidiana de familias con integrante autista se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo, Redalyc, y también Google Académico para aquellos que no aparecían en texto completo en las bases de datos mencionadas. Se utilizaron palabras clave y operadores booleanos para ampliar la búsqueda; inicialmente, un total de 1204 artículos fueron

identificados en todas las bases de datos; con la lectura de los títulos, se mantuvieron 57 estudios potenciales. Posteriormente, se eliminaron 4 estudios que estaban duplicados y quedaron 53. De estos 53, 44 fueron eliminados a partir de la lectura del resumen, ya que eran discordantes con el tema de revisión; así, 11 estudios de los artículos seleccionados quedaron para evaluación, eliminándose 2 que no cumplían con los criterios. De tal manera que, en esta fase final, se analizó el contenido de 9 estudios para responder a la pregunta planteada en este estudio. La figura 1 presenta el diagrama de flujo PRISMA donde se muestran las fases de selección de estudios.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios, PRISMA (2020).



Fuente: elaboración propia, 2022

Resultados

Descripción de estudios. Los estudios seleccionados son de enfoque cualitativo, con diseño de estudio de caso, descriptivo-exploratorio, estudio de casos comparativos, narrativo, y caso único; los países donde se desarrollaron las investigaciones son, cuatro de Brasil, dos de Colombia, uno de Argentina, uno de Chile y uno de México. Mayoritariamente, se utilizaron las entrevistas semiestructuradas para la colecta de los datos, así como entrevistas a profundidad, de manera individual y grupal; el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el análisis de contenido, desarrollando apartados temáticos en los hallazgos (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los estudios seleccionados

Autores	Título	Diseño del estudio y método de recopilación de datos	Participantes	Fenómeno de estudio
Cañete, Sánchez, y Corcho (2018)	Necesidades de apoyo percibidas por padres de niños con autismo entre 2-5 años, en México.	Estudio de caso con enfoque cualitativo. Se aplicó la Escala de Calidad de Vida Familiar y un cuestionario de preguntas abiertas. Se utilizó la técnica análisis de contenido.	17 familiares (madres, padres y abuelos) de alumnos con TEA	Interpreta el perfil de necesidades de apoyo de las familias del grupo de intervención temprana (INTE)
Bianchi y Rodríguez (2019)	Biomedicalización de los tiempos: terapéuticas, biosocialidades y cuidados cotidianos en familias de niños con diagnóstico de TEA en Buenos Aires.	Estudio cualitativo, a partir de historias de vida, en entrevistas a profundidad. Se utilizó análisis de contenido	4 madres de niños con TEA de entre 4 y 7 años	Analiza la incidencia del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) sobre la percepción y organización del tiempo en la vida cotidiana, y en especial las madres, de los niños y niñas que recibieron este diagnóstico.
Da Silva, Coelho, Almohalha (2018)	El significado de ser madre o padre de un hijo con autismo.	Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas; se realizó análisis de contenido.	4 mujeres y 2 hombres con hijos en el grupo de edad de tres años a trece años con TEA	Analiza y describe el significado de ser madre o padre de un hijo autista.
Magalhães, Rodrigues, Rêgo-Neta, Damasceno, Sousa, Arisawa (2021)	Experiencias de familiares de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista.	Estudio cualitativo, bajo la aplicación de entrevistas semiestructuradas; se realizó análisis de contenido.	20 mujeres madres de niños con TEA, con edades de 28 a 60 años.	Describe desde la percepción de las madres, las experiencias vividas por las familias en el cuidado de niños con desorden del espectro autista.

Bonfim, Giacon-Arruda, Hermes-Uliana, Galera, Marcheti (2020)	Experiencias familiares en el descubrimiento del Trastorno del Espectro Autista: implicaciones para la enfermería familiar.	Estudio cualitativo, bajo la aplicación de entrevistas abiertas. Se realizó análisis de contenido.	8 familias (9 familiares de niños diagnosticados con TEA)	Describe la experiencia de la familia en el proceso de descubrimiento el diagnóstico e inicio del tratamiento de niños con TEA.
Chaim, Neto, Pereira, Costa (2020)	Fenomenología de la calidad de vida de madres de niños autistas.	Estudio cualitativo, desde la fenomenología. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas. Y se realizó análisis de categorías temáticas.	10 madres de niños con TEA de entre 2 y 12 años de edad	Describe las construcciones subjetivas sobre la calidad de vida autorreferenciada de madres de niños con TEA
Calle y Lemos (2017)	Modelo doble ABCX: dos familias de hijos con trastorno del espectro autista.	Estudio de casos comparativos, con enfoque cualitativo. Se aplicaron entrevistas estructuradas; y se realizó análisis de contenido.	2 madres de niños con TEA, de seis y ocho años	Compara el proceso de ajuste de dos madres al diagnóstico de sus hijos diagnosticados con trastornos del espectro autista mediante el modelo Doble ABCX.
Henoa y Amariles (2021)	Narrativas de transformación de dinámicas familiares asociadas a la presencia del diagnóstico de TEA en uno de sus miembros.	Estudio narrativo, con enfoque cualitativo. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se realizó análisis de contenido.	5 familias con un miembro TEA	Analiza las narrativas sobre la transformación de las dinámicas familiares, asociadas a la presencia del TEA en uno de sus miembros
Troncoso, Fernández, Saavedra, Oróstica, Valenzuela y Villegas (2019)	Una aproximación a la experiencia de vivir con un menor con trastorno del espectro autista desde la narrativa familiar de los adultos significativos.	Estudio de caso único, con enfoque cualitativo. Se aplicaron entrevistas individuales y grupales. Se realizó análisis de contenido.	Una familia nuclear, con hija de 12 años con TEA	Describe las narrativas de los adultos significativos del grupo familiar con un miembro diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, a través de la vivencia de sus integrantes.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

De acuerdo con los fenómenos de estudio, de manera general se centran en las experiencias de las familias con integrante autista desde la subjetividad de sus integrantes; se incluyeron como participantes a madres, padres, abuelos y hermanos, de personas con TEA entre 2 y 12 años. Los temas que se abordan en los estudios seleccionados son referentes a la información y conocimiento que se tiene sobre el TEA, reacción al diagnóstico, transformaciones en la dinámica familiar, gestión de la vida cotidiana, y relaciones sociales.

Información y conocimiento sobre el TEA

De acuerdo con los hallazgos en el estudio de Cañete, Sánchez, y Corcho (2018), los participantes refieren como necesario obtener

información sobre dónde conseguir servicios para su familiar con discapacidad, dónde conseguir servicios para su familia, así como información respecto a derechos legales, grupos de apoyo y apoyo a hermanos

“Que nos orientaran de qué forma podemos ayudar a mi nieto para que pronto pueda ingresar a la educación escolar”.

“Información para los integrantes de la familia”.

“Mayor información sobre TEA a todos los integrantes de la familia”.

Por su parte, Magalhães, et al (2021), muestran que el conocimiento de la familia respecto al autismo influye en la búsqueda de apoyo en instituciones

“...Entonces, vine a averiguar qué era e inscribirla, obtuve un lugar aquí en la institución autista y, hasta el día de hoy, estoy aquí con ella y viendo más de su actuación. Ella interactúa más con los niños, pero prácticamente, aún hoy, me pregunto sin saber, aún no lo sé todo sobre el autismo”.

Así mismo, Troncoso, et al (2019), confirman que el conocimiento y la información que los cuidadores tienen respecto al TEA, se adquieren a partir de los recursos entregados por los profesionales y especialistas, así como por las definiciones propias formadas desde la percepción y la experiencia. Las definiciones del TEA entregadas por los profesionales fueron relevantes en las concepciones que se tenían en ese momento:

“Yo creo que lo más importante es lo que me dijo el terapeuta ocupacional: 'Es un síndrome, no es una enfermedad... entrene a su hija y no va a tener ningún problema'...”

También, se evidenció que la información adquirida por medio de familiares y terceros aportó conocimientos respecto a la situación:

“...Lucía (familiar), como ella es más profesional tiene como más... Y me decía, por ejemplo, que la Violeta (hija diagnosticada con TEA) ... debieron orientarla en estrategias de estudio, en el orden de sus cuadernos, en darle tips para aprovechar su atención, (...) un terapeuta, no sé, alguien para superar la distracción (...) utiliza bien su tiempo, toda rutina, mezclar lo que le gusta con lo que no le gusta hacer, y dice: 'y así apuntar a su autonomía, por ejemplo, que aprenda a movilizarse sola”.

Reacción al diagnóstico

Con respecto a las reacciones que se experimentan al obtener el diagnóstico, Da Silva, et al (2018), muestran en su investigación, el impacto de éste en la maternidad y en la paternidad, causando frustración, tristeza, angustia y negación.

“Cuando yo viajé, noté que ella tenía una cosa diferente y no dormía, cambió radicalmente la expresión facial, el comportamiento, eso ocurrió de una vez, se volvió otra persona y ella tenía un año y medio (...) lloré, lloré, quise morir”.

“Nunca pensé en tener un hijo con problema, uno teme, (...) cuando él nació no tenía deformidad ninguna, nació saludable, tamaño excelente, todo normal (...) con un año después él comenzó con aquellos movimientos repetitivos y estereotipados”.

En los hallazgos de Magalhães, et al (2021), resaltan la difícil experiencia del diagnóstico de TEA, que alterna momentos de aceptación, rechazo, esperanza y angustia:

“...Esto fue más con su padre, que era difícil de aceptar, dijeron que el niño no tenía nada: él simplemente no tiene la paciencia para quedarse en el salón de clases. Yo no me desesperé, solo quería saber qué es el autismo, mi sensación era que realmente quería entender. Pero él (el padre) no quería admitirlo...”.

Por su parte, Bonfim, et al (2020), dan a conocer que las narrativas de los participantes describen que recibir el diagnóstico es una experiencia difícil, permeada por sentimientos de conmoción, tristeza, llanto intenso y dificultad para aceptarlo:

“...Entonces, cuando salí del consultorio del médico y dijo, “esto es un síndrome”, yo salí desolado de ahí, hasta con ganas de llorar. No salí llorando, porque todavía tenía al otro [hijo] que estaba conmigo... Tuve que ser muy fuerte y darle fuerza también, no sé de dónde saqué fuerzas”.

En el estudio de Calle y Lemos (2017), se presenta el diagnóstico como un evento que causó sensaciones de confusión y de emociones negativas, así como sentimientos de miedo por pensar en cómo enfrentar la situación:

“Fue pues como una contradicción de sensaciones, tranquilidad porque bueno ya sabemos que es, ya no era que sí que no, que esto que lo otro... médicos y médicos y médicos y a la vez angustia... pues es un mundo desconocido para uno, pues si es un mundo desconocido ser papá, ahora que te digan que tiene un Trastorno de estos... Ah es un caos.”

Así mismo, Henao y Amariles (2021), mencionan que cuando el diagnóstico es confirmado, se encuentran una serie de reacciones en los padres que demuestran el impacto que éste tendrá desde ese momento en sus vidas, y en las dinámicas que se venían desarrollando en sus familias:

“A mí el diagnóstico me generaba era tristeza, y sobre todo miedo, me daba miedo de que alguien le hiciera algo y él no poderme decir, entonces por ejemplo yo lo mandaba para el preescolar porque nosotros trabajamos todo el día y yo decía, este muchacho si le pasa algo como voy a hacer para darme cuenta, eso da mucha angustia, y eso hace cambiar en el sentido del comportamiento de uno como padre”.
“Eso fue como si a ti te desbarataran toda tu vida y tendrías que empezar como de cero, empezar a aprender, a estudiar, a investigar (...) entré en una depresión”.

Transformaciones en la dinámica familiar

Respecto a la temática de las transformaciones de la dinámica familiar, Da Silva, et al (2018), muestran entre sus hallazgos las vivencias transformadoras en la maternidad/paternidad consecuencia del autismo. Constatan que antes del diagnóstico, la vida fue relatada como tranquila para la mayoría de las madres; algunas de ellas trabajaban y otras no. Sin embargo, todas quedaron imposibilitadas de trabajar después del diagnóstico:

“Yo no trabajaba, pero ayudaba a mi madre en casa. Yo estudiaba y hacía un curso de educación artística y vendía blusas, pero era más sosegada y no tenía preocupación. El trabajo es difícil para mí, porque si yo fuera a trabajar, mi cabeza quedaría siempre aquí, yo sé que tengo que trabajar, sé de mi obligación, pero yo me preocupo todo el tiempo con él”.

Después de saber que su hijo era autista, se experimentaron cambios de manera significativa en sus vidas, pues tuvieron que abandonar sus

empleos, lo cual genera impacto financiero en el ingreso familiar; así como también el impacto emocional por la pérdida de la independencia financiera. Por otra parte, en el estudio también se resalta, que la figura paterna expresó una experiencia transformadora positiva en tener un hijo con autismo, pues asumieron un compromiso mayor en el cumplimiento de la paternidad, cambiando sus visiones en relación con la familia, observado en los relatos:

“Yo creo que es positivo tener un hijo autista, porque uno comienza a ver el mundo de forma diferente. Cuando yo era más joven no jugaba con niños, ahora cuando veo un niño, ya converso y juego”.

“Estoy teniendo esta experiencia ahora (...) mis dos hijos que tuve en relaciones anteriores yo no crié, pero a este yo quiero criar. Entonces, mi convivencia con él es como verdadero padre con el hijo, presente todos los días”.

Así mismo, en el estudio de Henao y Amariles (2021), evidenciaron que las familias enfrentaron transformaciones en la dinámica familiar; pudiendo identificar nuevos roles asumidos por los padres, de tal manera que pasaron de ser solo madre-padre y cuidador-a, a sumarle el de voceros y expertos. Es decir, que se definen a sí mismos como personas que se han empoderado de la situación gracias al hecho de investigar y conocer más sobre el TEA:

“Ya mi rol fue empezar a aprender de autismo, yo antes pasaba la tarde donde las amigas, o ellas venían y ya con lo del niño como que uno se encierra a aprender de ese diagnóstico que le dieron a ver cómo va a hacer”.

“Lo poco que se sabe de autismo no ha sido por parte de especialistas sino de nosotros los padres que hemos salido al mundo a contar la situación de los niños, lo poco que hemos podido dar de información (...) lo único que saben de autismo es por nosotras mismas”.

Los autores mencionan que las familias crean una nueva comunidad que les permite ser apoyo entre ellos mismos, teniendo una función cooperativa, que busca ayudar a otros padres que se encuentran en la misma situación:

“En el grupo al que pertenecemos las mamás preguntan mucho que porqué sus niños gritan sin razón, o porqué se ríen solos y cosas así, y uno que ya pasó por eso sabe que esa mamá está angustiada. En ese tiempo a mí me

tocó aprender todo sola e investigar mucho, entonces esos papás lo ven a uno como un consuelo”.

Es necesario resaltar, el aporte de esta investigación en cuanto a la situación de los hermanos. Si bien los padres son quienes están principalmente implicados en estos cambios, los hermanos resultan modificando de igual forma el rol que cumplen dentro del núcleo familiar, pues en realidad, todos los miembros se adaptan a las nuevas implicaciones resultantes a partir del diagnóstico. De tal manera, que ellos también reorganizan sus roles alrededor de la función que los autores denominaron gestores de la vida socioafectiva. Se asumen y se les asigna el rol de hermanos cuidadores, voceros y referentes:

“Yo pienso que yo soy de las únicas personas que mi hermano entiende, capta quién es (...) un día mi mamá me dijo que en uno de los programas que él tiene le pusieron a dibujar al mejor amigo, él dibujó un muñequito ahí y le preguntaron quién es él y les contó que era yo, entonces a mí él me ve como una persona que..., como su mejor amigo, su mayor enseñanza (...) nosotros nos hemos informado mucho y siempre estamos al pendiente sobre cosas de él, para cada vez hacer procesos mejores”.

De tal forma que se puede evidenciar la relación de responsabilidad que asumen los hermanos en función de las necesidades que resulten en los niños autistas. Es decir, asumiendo una responsabilidad de protección y compañerismo:

“Mi hija vino a convertirse en una segunda mamá para él, porque así es, tristemente la hermana adquiere también una responsabilidad siendo una niña tan pequeña, y yo tuve la certeza que cada reunión que nos daban para el proceso de aprendizaje con él, yo llevaba a mi niña, entonces como yo llevaba a la niña a cada reunión, ella aprendía también por medio de ellos, entonces ella a pesar de que era tan pequeña la ayuda fue grandísima (...) muchas situaciones con el niño como un segundo rol de mamá, así es, los hermanos tristemente tienen que coger ese rol. Soy afortunada de que mi hija nunca se sintió obligada”.

Así mismo, Troncoso, et al (2019), evidencian que las dinámicas familiares son susceptibles a cambios y a reorganizaciones en sus miembros y roles. En este estudio, se muestra que las familias muestran lazos fuertes, expresado por la unión que sienten los padres entre ellos y en torno a sus hijos:

“Si, nosotros todo lo que hacemos, lo hacemos por ella, todo es ella, nuestro mundo es ella”.

“Yo creo que como que hubo más unión, más unión que en vez de alejarnos o de culparnos de que lo hicimos mal, que por tu culpa tú eres así, a lo mejor lo heredó de ti, no sé, no, no, nada”.

Sin embargo, se pudieron distinguir dificultades a causa de la presencia del diagnóstico de TEA, como el conflicto para que realice actividades fuera de sus intereses comunes, dificultades a la hora de comer por mostrarse demasiado selectiva y una serie de conflictos entre madre-hija, debido a que es la madre quien está a cargo de la adolescente y del hogar. El padre, por su parte ejerce un rol principalmente de proveedor, lo cual no atenta a la unidad familiar ya que se señala que ambos cumplen roles complementarios.

“Yo hago todo, yo me preocupo de todo el tema de la Violeta, de la casa, él trabaja [...], igual como que me gustaría que él me acompañara, pero yo sé cómo es su trabajo también, y que gracias a eso podemos brindarle todos estos tipos de apoyo a la Violeta”.

Gestión de la vida cotidiana

En relación con la gestión de la vida cotidiana, Bianchi y Rodríguez (2019), aluden a que la transformación de las actividades cotidianas, se presentan en virtud de la asistencia a espacios terapéuticos, ya que las madres se dedican en gran parte de su cotidianidad al cuidado y atención de sus niños y niñas con TEA, dentro y fuera del hogar. En las historias de vida, estos cuidados y atenciones implican, entre otras actividades, el acompañamiento y asistencia a múltiples sesiones terapéuticas y controles clínicos que forman parte del diseño terapéutico.

Además de la asistencia, las madres se encargan mayoritariamente de la gestión administrativa de los tratamientos y evaluaciones periódicas. Esta abarca, entre otras, la solicitud de turnos en las diferentes especialidades o terapéuticas, renovaciones de autorizaciones para prácticas, y contratación de vehículos privados para los traslados a las sesiones. Sus actividades, además, deben permitir a la vez tanto la realización de las actividades de los hermanos y

hermanas del niño con TEA (sea acompañándolos a la escuela, dejándolos a cargo del cuidado de adultos, o llevándolos consigo al tratamiento) como de los otros adultos de la familia (padres varones, abuelos y abuelas).

“Antes yo tenía la tranquilidad de decir “tengo todo el día libre”, digamos, como que era solamente, por ahí de vez en cuando, las reuniones del colegio, llevar al jardín a [otra hija] y lavar la ropa. [...] Y ahora es como que estoy todo el tiempo expectante del horario [...] Tengo que llevar esto, tengo que hacer [...] Ahora como que ¿viste? es una obligación, ¿no? Es como interponer cosas para cumplir con los tres a la vez. Los tres me demandan. Ese es el cambio que yo veo con respecto a mí”.

En este estudio, se evidencia que las madres concentran sus actividades habituales en torno a terapéuticas y su gestión administrativa, las tareas de cuidado y las labores domésticas; sin embargo, las primeras funcionan como el ordenador primario de la cotidianidad. Por su parte, en la investigación de Magalhães, et al (2021), se aborda la experiencia de los familiares para adaptarse a la rutina e incorporar nuevos hábitos, así como la reorganización del estilo de vida, las relaciones y los vínculos de trabajo, que se reevalúan para permitir el cuidado del hijo con autismo.

“El cambio fue todo, porque no puedo trabajar, solo debo cuidar a mi hija, ir a la escuela con ella. Para mí, todo cambió, porque prácticamente vivo solo para ella”.

“Trabajé y llevé a mi hijo al trabajo, porque realmente no tengo a nadie y ya no podría hacer eso, porque tenía que estar buscando sus citas, su tratamiento”.

“A medida que crecía, tuve que dejar de trabajar, porque antes de trabajar, gastaba cuatro meses por maternidad y la dejé como seis meses con mi suegra. Entonces, ¿qué ha cambiado? es que deje de trabajar y vivo solo en casa ahora, yo no puedo trabajar, porque cuando busco a alguien para quedarse, la mayoría dice que no puede. Tuve que dejar de trabajar fuera de la casa para dedicarme a cuidarla, porque si yo como madre no me dedico de lleno a ella, tal vez no vea ninguna mejora con respecto a ella, dejo de hacer cosas para mírala, que tengo miedo de que corra y se caiga al agua, tengo que vigilarla”.

El estudio de Chaim, et al (2020), se muestra que las madres experimentan dificultades en sus redes sociales, ya que no cuentan con

apoyo para sobrellevar la vida cotidiana; así como dar prioridad a las necesidades del niño o la niña:

“...no tengo con quien dejarlo para salir a trabajar... desde que nació todo perjudica mi calidad de vida. Todo porque no tengo quien lo mire...”

“No hay forma de que me dedique a otra cosa, a estudiar o incluso trabajo, no hay manera. el periodo de tarde es todo para él. (...)”

Así mismo, se muestra que existe un estímulo favorable respecto a las terapias infantiles, porque, aunque la rutina es ardua, y el estrés intenso debido al agotamiento, el tratamiento puede brindar a las madres la oportunidad de tener tiempo para sí mismas, la esperanza de desarrollo del niño y en consecuencia mejorar su calidad de vida

“Al principio de las terapias era muy difícil... él no se quedó... fueron quince minutos y el profesional me llamó... hoy se queda cuarenta minutos... logro tener un tiempo para mí... mientras él está siendo atendido.... porque hay tiempo que cansa... pero está aprendiendo a concentrarse... es mucho mejor...”

En la investigación de Calle y Lemos (2017), se encontró que las familias experimentaron un proceso de reestructuración que, aunque no sea congruente con el proyecto de vida respecto de la situación actual, sienten satisfacción de su vida familiar; debido a que expresan que han aprendido a ser más pacientes y lo consideran como un aprendizaje. De tal manera, que su ajuste se hace evidente en la manera como han logrado desarrollar su vida cotidiana, teniendo en cuenta las particularidades de tener un hijo con TEA.:

“Amo a mi familia y no la cambiaría por nada del mundo, todavía soy de las que piensa que voy a estar con mi esposo hasta viejita, pero también sé que no todo es perfecto”

“Nosotros seguimos haciendo las mismas cosas, las reglas siguen siendo las mismas, lo que pasa es que ya no podemos hacer las cosas a la carrera, antes hacíamos las cosas como sin pensar, ya todo es un proceso y nos toca planearlo todo”

Finalmente, en la investigación de Cañete, et al (2018), las familias expresan que necesitan apoyo para poder gestionar sus actividades de la vida cotidiana. en las categorías de la vida laboral y la vida familiar:

“Por las actividades de trabajo y de casa, sentimos que no es suficiente el tiempo que le damos apoyo a nuestro hijo con TEA, además de que él no es nuestro único hijo tampoco”.

“Apoyos y beneficios laborales, de solicitud de permisos, por ejemplo”.

Relaciones sociales

En la investigación de Bonfim, et al (2020), evidencian que enfrentar el diagnóstico de TEA, implica el ajuste a una nueva realidad como la adaptación a la condición del niño o la niña, las limitaciones, demandas, atención y tratamiento especializado. Pero además de los familiares, algunas personas como amigos o vecinos de las familias, también son parte del entorno social que gira alrededor de la familia con integrante autista, sin embargo, se enfrentan a estigmas por parte de la sociedad:

“La gente especula y yo digo: “¡Es autista!””. Entonces la gente decir “¡Guau! ¿Ella es? ¿En serio? Si no hablaras, no sabría” [...] porque no está en la cara, escrito. Los que lo ven no son incluso capaz de percibir que la niña es”.

“Es lógico que haya esos familiares que piensan que el trastorno es discapacidad mental, hay esos familiares que piensan que es malo comportamiento, que es carencia”.

Las implicaciones generadas en la familia ante las denuncias sobre las dificultades para aceptar a familiares y amigos se describieron como momentos difíciles. Sin embargo, recibir el diagnóstico y se informó el inicio de medidas de intervención en el cuidado infantil como un factor importante que ayudaba en la vida familiar y social:

“...La vida social era muy complicada, no podíamos ir y terminé saliendo o yo o él, se volvió muy estresado, porque yo tenía que ser por cuenta de uno”.

Así mismo, Cañete, et al (2018), muestran que las necesidades percibidas por las familias para mantener relaciones sociales es el apoyo para el acceso a actividades en familia, así como también que se incluyan a los abuelos en ese proceso:

“Acceso a actividades en familia que consideren las necesidades de mi hijo con TEA”.

“Que los abuelos puedan pasar más tiempo con nosotros”.

Discusión

Esta revisión sistemática encontró que los estudios de enfoque cualitativo sobre las experiencias de la vida cotidiana de las familias con integrante autista, disponibles en las bases de datos consultadas, son mayormente desarrolladas en Brasil, seguido de Colombia, Argentina, Chile, y cabe señalar que en México, se encontró una referencia que aborda las necesidades de apoyo de las familias; lo cual, pone de manifiesto que es necesario seguir estudiando este fenómeno en el contexto mexicano, de acuerdo con lo que mencionan Anzaldo y Cruz (2019), el TEA en el país necesita ser visualizado y atenderse como un asunto de salud pública, además sostienen que “el conocimiento científico tiene que contribuir mucho en la mejora del bienestar de las personas que viven con esta condición, desde la creación de una agenda nacional de investigación construida entre las personas con TEA y sus familias”. Por lo anterior, se resalta la necesidad de estudiar la vida cotidiana de las familias con integrante autista desde la disciplina de Trabajo Social, desde sus experiencias, que permita entender cómo son sus vivencias, sus dinámicas, significados que giran en torno a vivir con una persona en la condición del TEA; de tal manera, que permita desarrollar propuestas contextualizadas de atención a estas familias desde la profesión.

En ese sentido, Uribe (2014) menciona que la vida cotidiana es la esfera de realidad para un sujeto, una realidad significativa, como sentido, como discurso, de los gestos, simbólica, que ocurre a diario dentro de una sociedad; por lo tanto, es el conjunto de vivencias que acontecen entre los individuos con deseos, capacidades, posibilidades y emociones. De tal forma, que los estudios incluidos en esta revisión coinciden con las categorías interrelacionadas para el análisis de la vida cotidiana familiar con respecto al fenómeno del autismo.

Como lo es, la información y conocimiento con respecto al autismo que influye en el proceso del diagnóstico del niño o la niña, tal como lo muestra el estudio de Magalhães, et al (2021), donde mencionan que el conocimiento de la familia respecto al autismo influye en la búsqueda de apoyo en instituciones; y coincide con Cañete, et al (2018), donde se plantea la necesidad de recibir apoyo e información útil, asegurar la inclusión en comunidades y escuelas, recibir asesoramiento, convivir

con otros padres que tengan hijos con discapacidades parecidas, y tener información sobre dónde acceder a servicios o apoyos financieros.

Por otra parte, un momento importante en la historia de vida de familias con integrante autista, es el diagnóstico. Ya que, dadas las características de la condición es un proceso largo por el cual pasan los padres hasta llegar a ese momento. Al respecto, López-Chávez y Larrea-Castelo (2017), mencionan que los niños reciben de entre 1 a 5 diferentes diagnósticos previos al de autismo, y las familias confirman la revisión de hasta 3 profesionales en promedio antes de obtener el diagnóstico de autismo; además, de buscar entre 1 a 10 exámenes diferentes, y que por lo tanto influye en un mayor gasto económico durante este proceso.

Así mismo, en esta revisión se encontró que los estudios coinciden en que enfrentar el diagnóstico genera sentimientos y emociones como frustración, tristeza, angustia y negación (Da Silva, et al, 2018). Ese momento, constituye una difícil experiencia que alterna momentos de aceptación, rechazo, esperanza y angustia (Magalhães, et al 2021); permeada por sentimientos de conmoción, tristeza, llanto intenso y dificultad para aceptarlo (Bonfim, et al, 2020). Ya que, representa una ruptura de expectativas, al respecto Bravo-Benítez, et al (2019), explican que se debe a que los padres imaginaron un niño con desarrollo normal y un futuro ideal, y esas expectativas desaparecieron cuando se dan cuenta de las implicaciones del diagnóstico TEA.

Con respecto a esas implicaciones, surge la necesidad de contemplar la revisión del tema sobre las transformaciones en la dinámica familiar; donde los estudios incluidos en esta revisión coinciden que las familias experimentan cambios de manera significativa en sus vidas, como la pérdida de empleo, sumar el rol de cuidador/a, se tornan expertos en la temática del autismo para dar a conocer lo que es la condición, así como los roles de los hermanos como protectores y compañeros. Al respecto, Bravo-Benítez, et al (2019), consideran que esos cambios significativos en la dinámica familiar se dan principalmente por girar en torno de las necesidades de los niños con autismo; el estrés se agrava por el cuidado de otros familiares, es decir, otros niños o familiares que se están desarrollando normalmente pero que también necesitan atención. Esto significa que muchos ámbitos de la vida de los miembros de la familia se afectan, como el ocio y el tiempo para ellos mismos, así como las relaciones con otros integrantes.

Por lo anterior, la familia necesita organizarse para gestionar su vida cotidiana, en ese sentido, los estudios plantean que la cotidianidad gira en torno al cuidado y atención de su hijos e hijas con autismo, dentro y fuera del hogar. Y que, además, las principales cuidadoras son las madres, multiplicando sus actividades en torno a terapias, las tareas de cuidado y las labores domésticas (Bianchi y Rodríguez, 2019). Así mismo, es necesario que los familiares se adapten a nuevas rutinas y hábitos, reorganizar el estilo de vida, las relaciones y los vínculos de trabajo (Magalhães, et al 2021).

Sin embargo, es necesario considerar que las madres de familia necesitan de redes sociales que les permitan atender las necesidades del niño/a. (Chaim, et al, 2020); lo cual coincide, con lo expuesto con Gorlin, et al (2016), donde mencionan que existe una fuerte dependencia y confianza en las familias híbridas, en un esfuerzo por encontrar las condiciones físicas y apoyo emocional; familias improvisadas, como extendidas, y amigos; el cual representa un soporte híbrido que ayuda a las familias respecto de las dificultades asociadas al autismo severo. El último tema que se aborda es con respecto a las relaciones sociales, en el cual se encontraron que éstas sufren también un cambio, ya que, por las características del autismo, las familias prefieren aislarse dado que existe estigma por parte de la sociedad. Lo cual, coincide con lo que mencionan Gorlin, et al (2016), que el aislamiento extremo se relaciona con los graves problemas de comportamiento y comunicación del niño, las familias describen no tener la capacidad de reunirse con amigos debido a sus agendas y el cuidado de los niños.

Conclusión

Es indudable que el análisis de la vida cotidiana familiar se constituye como categoría de análisis para comprender las vivencias y los significados que se forman en torno al fenómeno del TEA y que por lo tanto, es necesario entender a la familia, desde sus diferentes dimensiones; desde lo cual, se considera una visión más integral y holista, tomando como punto de referencia que cada familia tiene su propia composición, dinámica y reglas, así como cultura y economía, por tanto, su concepción debe ser tan flexible como la institución

misma, contemplando en ella elementos tan diversos como sus integrantes lo deseen.

Desde esta perspectiva, la disciplina de Trabajo Social necesita estar en constante cambio, de tal forma que permita comprender el contexto en el que se desarrollan las familias. Entendiendo que, desde cualquier área de intervención, será necesario mirar el núcleo familiar; ya que la profesión incide en los procesos sociales que incluyen individuos, grupos y comunidades, como parte de un todo, y en un efecto bidireccional en niveles micro y macro. Por lo que, conocer la vida cotidiana de familias con integrante autista desde el Trabajo Social, resulta necesario para comprender su realidad, así, que permita ofrecer propuestas de intervención acorde a su contexto.

Esta revisión sistemática, contribuye a una mayor comprensión con respecto a los principales cambios y procesos familiares que surgen a partir de la llegada de un hijo con esta condición y cómo influye en la vida de todos sus miembros, afectando principalmente el rol de la madre, por conferirle también otras funciones. Así mismo, cabe señalar que no se encontraron estudios que plasmen las experiencias de los abuelos/as, o profundizar en la vivencia de los hermanos/as. Es necesario destacar también, que una de las principales necesidades de las personas con TEA y de sus familias incluyen disponer información sobre las afectaciones del trastorno, terapias, procedimientos y recursos en el proceso de diagnóstico y tratamiento, así como la necesidad de impulsar las relaciones sociales para que personas con TEA compartan con grupos de personas con su misma condición, e incluirles en la sociedad, donde Trabajo Social, debe estar presente desde la intervención con estas familias, en ese proceso de integración e inclusión a los diferentes espacios sociales que estén insertas.

Así mismo, hay que considerar que la dinámica familiar, influye significativamente también en la vida cotidiana de estas familias, dado que se presentan transformaciones en los ámbitos como la salud, en la asistencia a terapias y tratamientos; también, con respecto a la educación especial que se debe recibir para el/la niño/a; lo cual, se suma a las funciones desarrolladas con normalidad en la familia. Por lo anterior, se concluye que esta revisión de la literatura, aporta a la comprensión de la realidad contextual de la familia con integrante autista; así también, que desde la disciplina de Trabajo Social, se pueden reflexionar y abrir nuevas líneas de conocimiento en cuanto a

las categorías de género y cuidado, la construcción de significados con respecto a la familia cuando hay un integrante con alguna condición de cuidado; así mismo, con el proceso de resignificación que conlleva la dinámica familiar para uno de los integrantes a partir de un diagnóstico de esta naturaleza.

Referencias

- Alvarez-López, E., Paul-Saft, M., Barragán-Espinosa, J., Calderón-Vazquez, L., Torres-Córdoba, E., Beltrán-Parrazal, L., Lopez-Meraz, L., Manzo, J., Morgado-Valle, C., (2014). Autismo: Mitos y realidades científicas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*.14(1).
https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/autismo.pdf
- Anzaldo, M., y Cruz, L. (2019). Capacidades científicas en el Trastorno del Espectro Autista en México: reflexiones desde el vínculo entre ciencia, tecnología e innovación y políticas sociales. *Ciencia y Sociedad*. 44(1), pp.13-26.
DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2019.v44i1.pp13-26>
[article/view/2198. doi 10.33881/0123-8264.hop.23106](https://doi.org/10.33881/0123-8264.hop.23106)
- Belinchón, M. (2001). *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Caja Madrid
<http://www.jmunozzy.org/files/NEE/autismo-pt/SituacionynecesidadesMadrid-belinchon.pdf>
- Bianchi, E., y Rodríguez, S. (2019). Biomedicalización de los tiempos: terapéuticas, biosocialidades y cuidados cotidianos en familias de niños y niñas con diagnóstico de TEA en Buenos Aires. *Saúde e Sociedade*, 28(1), pp. 92-106.
DOI: 10.1590/S0104-12902019171014
- Bonfim, T., Giacon-Arruda, B., Hermes-Uliana, C., Galera, S., Marcheti, M. (2020). Family experiences in discovering Autism Spectrum Disorder: implications for family nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 73(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0489>
- Bravo-Benítez, J., Pérez-Marfil, M., Román-Alegre, B., y Cruz-Quintana, F. (2019). Grief Experiences in Family Caregivers of

- Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Internacional Journal of Enviromental Research and Public Health*. 16. doi:10.3390/ijerph16234821
- Calle, G., y Lemos, M. (2017). Modelo doble ABCX: dos familias de hijos con trastorno del espectro autista. *KATHARSIS*. (25), pp.22-36. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Cañete, M., Sánchez, M., y Corcho, P. (2018). Necesidades de apoyo percibidas por padres de niños con autismo entre 2-5 años, en México. *Siglo Cero*, 49(3), pp. 75-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/scero20184937593>
- Chaim, M., Neto, S., Pereira, A., Costa, V. (2020). Fenomenologia da qualidade de vida de mães de crianças autistas. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 26 (2), pp 122-134. DOI 10.18065/2020v26n2.1
- Da Silva, J., Coelho, D., Almohalha, L. (2018). El significado de ser madre o padre de un hijo con autismo. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 6(1), pp. 26-34. DOI: 10.18554/refacs.v6i1.1971
- Fernández-Sánchez, H., King, K., y Enríquez-Hernández, C. (2020). Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enfermería Universitaria*, 17(1). DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>
- Gorlin, J., McAlpine, C., Garwick, A., y Wieling, E. (2016). Severe Childhood Autism: The Family Lived Experience. *Journal of Pediatric Nursing*. 31, pp.580-597. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.09.002>
- Heller, A. (2002). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Península.
- Henao, L., y Amariles, W. (2021). Narrativas de transformación de dinámicas familiares asociadas a la presencia del diagnóstico de TEA en uno de sus miembros. *Horizontes Pedagógicos*, 23 (1), pp.61-74. <https://horizontespedagogicos.iberu.edu.co/>
- Joanna Briggs Institute (2020). Systematic reviews of qualitative evidence. *Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIM ES-20-03>

- Lizama, C. (2020). Conceptualización de Trastornos del Espectro Autista (TEA) en madres cuidadoras y estrategias familiares de reducción de dependencia en Santiago de Chile. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12 (2), pp.107-129.
DOI: 10.17151/rlef.2020.12.2.7
- López-Chávez, C., y Larrea-Castelo M. (2017). Autismo en Ecuador: Un grupo social en espera de atención. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 26 (3).
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812017000200203
- Magalhães, J., Rodrigues, T., Rêgo-Neta, M., Damasceno, C., Sousa, K., Arisawa, E. (2021). Experiences of family members of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Revista Gaúcha Enfermagem*, (42)
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200437>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Trastornos del Espectro Autista*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- PRISMA for systematic review protocols (PRISMA-P) (2020). PRISMA Flow Diagram.
<http://www.prismastatement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Sumalavia-Casuso, M. (2019). *Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú.
<https://doi.org/10.19083/tesis/625079>
- Troncoso, E., Fernández, A., Saavedra, C., Oróstica, C., Valenzuela, C., y Villegas, C. (2019). Una aproximación a la experiencia de vivir con un menor con trastorno del espectro autista desde la narrativa familiar de los adultos significativos. *SALUD & SOCIEDAD, Latin American Journal on Health & Social Psychology*. 10(03), pp.210-225, DOI: 10.22199/issn.0718-7475-2019-03-013
- Uribe, M. (2014). La vida cotidiana como espacio de construcción social. *Procesos Históricos: Revista de Historia y Ciencias Sociales*. Núm. 25, pp. 100-113.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20030149005>

Auto identidad de usos y/o costumbres en la salud, de comensales, en restaurantes de Torreón, Coahuila, durante pandemia

Ma. Martha Rincón Escobedo⁹

Rubén Jáuregui Estrada¹⁰

Berenice Abigail Alvarado Velázquez¹¹

Alma Ruth Silos Vaquera¹²

Resumen

El presente trabajo es el resultado del esfuerzo colectivo entre los investigadores que participan en colaboración con empresarios, asociados al Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados (CANIRAC), en Torreón, Coahuila, derivado de la problemática en relación con la salud del comensal, originada por la pandemia. Esta investigación tiene como objetivo describir el fenómeno del comportamiento del comensal, en correlación con el auto cuidado de la salud, durante la reactivación de la economía, en Torreón, Coahuila, desde la perspectiva del empresario restaurantero, con el fin de conocer la percepción de usos y/o costumbres de los comensales, desde la perspectiva de la multicultural de Zygmunt Bauman. Se trabaja un enfoque cuantitativo para medir el fenómeno de la reapertura de los restaurantes, se emplea un análisis estadístico descriptivo, obteniendo datos mediante un muestreo probabilístico simple con una N=102 empresas y sustento teórico de Zygmunt Bauman, así como de NOM-251-SSA1-2009. Se concluye

⁹ ECC-Unidad Torreón, UAdeC

¹⁰ TecNM Campus La Laguna

¹¹ Estudiante de la ECC-Unidad Torreón, UAdeC

¹² ECC-Unidad Torreón, UAdeC

que algunos empresarios ante la amenaza de quiebra malbarataran sus negocios. Por lo que al tomar esta decisión pierden la oportunidad de satisfacer la demanda gastronómica no satisfecha y el éxito a través de alianzas. Así mismo, debido a las condiciones laborales poco optimistas ante el aumento de la demanda insatisfecha del comensal, este es quien impone nuevos parámetros de consumo, ante la dinámica de exigencias en el auto cuidado de la salud.

Introducción

La diversidad humana, a través del fluir del tiempo en busca de nuevos retos, conquistar otros mundos y espacios, con el propósito de compartir en sociedad una vida organizada, donde la adaptabilidad es sin duda un atributo del humano, busca nuevos retos, metas y objetivos que cubrir.

Las culturas integradas por tradiciones y costumbres, transmitidas mediante el aprendizaje socializado, representan el eje estructural dogmático de las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. Resultando ineludiblemente un testimonio histórico de su comportamiento (Giménez, 2007).

De acuerdo con Bauman (2020), los sólidos conservan su forma y persisten en el tiempo: duran, mientras que los líquidos son uniformes y se transforman constantemente: fluyen, como la desregulación, la flexibilización o la liberalización de los mercados, donde se indaga los atributos de la sociedad capitalista que han permanecido en el tiempo, identificando las características que han cambiado y remarcando lo levemente visible, en las etapas tempranas del sincretismo, dando origen a la multiculturalidad.

Bauman (2020), describe las contradicciones, no solo sociales, sino también existenciales, que se generan cuando los humanos se relacionan. Como ejemplo, se tiene las diferentes idiosincrasias entintadas con las tradiciones culturales, integradas por usos, costumbres, y opiniones desarrolladas a lo largo de generaciones, sobre lo que es un comportamiento adecuado o inadecuado. Donde la cultura prevalece con cierto grado de consistencia al pensamiento y al comportamiento de las personas que viven en una sociedad

Así mismo, en relación con el autor mencionado, se considera que el rasgo fundamental de las tradiciones culturales es su transmisión mediante el aprendizaje socializado y no mediante la herencia

biológica. Resultando así en contradicciones de quien mide, o evalúa en función a su estructura valoral, cultural y social. Por lo que la cultura se apoya en ciertas características de la biología humana para desarrollar algunas de las capacidades, tales como el aprendizaje, el pensamiento simbólico, el uso del lenguaje y de otros rasgos culturales para adaptarse a sus entornos, (Bauman, 2020).

En concordancia con Bauman (2020) quien describe que se sedimentó un nuevo orden, definido primeramente en términos económicos, ese nuevo orden debería ser más “sólido” que los órdenes que reemplazaba, porque —a diferencia de ellos —era inmune a los embates de cualquier acción que no fuera económica, por lo que el Covid-19 generó condiciones alternas, cuyas condiciones existentes afectaron el cohabitar y el coexistir de la vida humana, dejando en evidencia el bienestar de las relaciones de los seres humanos en comunidad. Donde el factor económico resurgió de la adaptabilidad del consumo humano.

Para Bauman (2020), la disolución de los sólidos condujo a una emancipación de la economía de sus tradicionales ataduras políticas, éticas y culturales. La situación experimentada socialmente por la pandemia Covid-19 creó conductas que dan pauta a una nueva normalidad, cuya adaptación es el proceso por el que los individuos hacen frente a las fuerzas y tensiones medioambientales. En el que los humanos, a diferencia a otros organismos vivos, utilizan medios biológicos de adaptación, algo que los convierte en únicos y quienes tienen también medios culturales, generando condiciones para la adaptación y readaptación social que permite emerger nuevos y diferentes estilos de vida.

Transitando entre lo expuesto por Bauman (2020), quien afirma que la situación actual emergió de la disolución radical de aquellas amarras causadas —justa o injustamente— delimitan la libertad individual de elegir y de actuar. Lo anterior describe a la precisión la experiencia social de aislamiento, estrés, ansiedad crónica, dificultades económicas y de relación generadas socialmente y experimentadas desde dentro de los hogares, resonando con eco ensordecedor hacia los diferentes entornos de convivencia social.

Así, la cultura es el resultado de la interacción humana, de acuerdo con las condiciones en que florece, donde permea la gran transformación que se viene dando y que afecta por igual las estructuras

sociales, condiciones y relaciones laborales, la subjetividad colectiva, la producción cultural, la vida cotidiana y la concordancia entre el ser y la otredad. (Contreras y Gracia, 2004)

Al referirse a los espacios públicos nuevos de consumo, remodelado, o relanzado, establecen expectativas de atracción, del que habla el mercado meta, sea la población en general, sobre todo el lugar en donde Bauman (2020) afirman que todos los que son alguien tienen que estar.

Barker y Beezer afirman que las tradiciones culturales promueven ciertas actividades, y evitan otras, estableciendo normas de bienestar.

Donde la figura del cambio y transitoriedad permite la liberalización de los mercados, intentando dar cuenta de lo precario de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada. Es un tiempo sin certezas, donde la cultura laboral se readapta a las condiciones sanitarias, generando condiciones alternas para la supervivencia, no solo para el empleado sino también para el empresario.

De acuerdo con Sydney Mintz (1996), quien concibe a los grupos de consumidores como sugerentes, para asignar a los alimentos características clasificándolos, de manera que guían su elección según ocasión, edad, y sexo. Señalando, que las razones para esta asignación obedecen al momento en que se vive. Existiendo diferentes razones, entre las cuales se pueden considerar las externas como internas. Cuando se trate de una razón externa, responderá a la disponibilidad y accesibilidad de los de los alimentos, horarios de trabajo, organización del tiempo, exposición a menús nuevos.

Así mismo Sydney Mintz (1996), destaca la influencia, primordialmente la importancia de la información sobre alimentación y salud que emiten diferentes medios. Cabe señalar que, durante el periodo de pandemia, los consumidores reciben constantemente información sobre los riesgos y beneficios de los alimentos, ya sea por los mensajes de las campañas de promoción a la salud, o por los medios de información a través de las noticias, revistas, spots televisivos, páginas de internet y publicidad escrita. Los cuales son los principales factores que influyen en estas decisiones del consumidor. El cuidado de la alimentación congruente, y al mismo tiempo posible, de acuerdo a los protocolos establecidos, es hoy una preocupación constante de los oferentes, siendo así mismo un componente de interacción social en la medida que se demanda, por parte de los consumidores.

Por su parte, Sydney Mintz (1996), muestra las razones internas que formalizan lo que significan las cosas para el consumidor, las cuales se adaptan a las condiciones externas de acuerdo con el contexto y medidas mostradas al tomar las decisiones de qué se come, el lugar de preferencia para su consumo, en que espacio de tiempo, y el con quien o quienes se hace acompañar.

La adaptación de normas, costumbres y tradiciones de los individuos inmersos en las estructuras sociales, son el parteaguas del avance económico, político y social. Los grupos de emprendedores se rigen por políticas, normas y reglas impuestas por un sistema de consumismo. Las cuales giran en torno a una marcada diferencia de clases sociales, donde se consideran absueltas del deber de examinar, demostrar la validez de su estructura y quedando sujetos a los requisitos establecidos por la sociedad del consumismo, (Méndez-Morales et al. 1993)

El Covid-19 aparece como un freno que invita a reflexionar y reestructurar la normatividad social. Habitualmente se infiere que los motivos subyacentes del enemigo son la competencia entre clases sociales, la escasez, la oferta, la demanda y el precio. Tomando en cuenta a estos autores, la evolución de la vida misma deja en claro que todo es adaptable en este sentido, donde el confinamiento social parece significar una tenaz negación a reconocer y someterse a normas apropiadas de conducta.

Eminentemente las inconformidades sociales son el reflejo de la incompreensión gubernamental, que percibe a los diferentes grupos sociales, que sienten ser marginados, incomprendidos y necesitan exponer sus carencias de manera pública. Mientras que los grupos de empresarios expresan dichas inconformidades, a través de la libre competencia, dando acceso a los diferentes grupos sociales generando oportunidades para adquirir a diferentes precios, los bienes y/o servicios, (Méndez-Morales et al. 1993).

La libre competencia es testimonio del avance extraordinario de la producción humana. En esta ocasión las características de atraso y dependencia predominaron no solo en México, sino en el mundo entero, a mayor o menor escala, donde ha repercutido en el reacomodo de la estructura social a nivel mundial en los diferentes sistemas económicos, afirmado por (Méndez-Morales et al. 1993).

Será pues, que la pandemia está invitando a una nueva reestructuración mundial que afecta los planes políticos, económicos y

sociales. De acuerdo con Bauman (2020) en la cual la oposición entre tradición y modernidad ha quedado rebasada, pues no logra terminar con el conflicto entre la comunidad e individuo.

En concordancia con Méndez-Morales et al. (1993), en la actualidad, el liberalismo como ideología ofrece la libertad al individuo por encima de la comunidad, aportando la idea de que este no puede vivir aislado y al margen de la sociedad, en la cual el ejercicio de la libertad solo puede darse en una comunidad, que reconoce la necesidad fundamental del individuo de vivir en sociedad, considerando la ayuda mutua y el bien común, buscando la satisfacción de la sociedad mediante la representación de sus miembros. A través de una comunidad organizada, que le permita reforzar las fuentes culturales, nacionales, la modernidad y el tradicionalismo con grupos contraculturales, pasivos y activos. Donde denotan su valor en la unión de los miembros, organizando los grupos sociales, para la unidad social que se da a través de hechos y fenómenos sociales.

Cifras mostradas por el INEGI (2021), muestran que el Covid-19 ha impactado de múltiples maneras; desde el punto de vista económico principalmente ha tenido grandes repercusiones sobre el empleo, el consumo, y la pobreza. Esto determinado en su mayoría por el largo periodo de confinamiento y pánico social. En el terreno laboral se observa una contracción importante, por el cierre de empresas que ocasiona la pérdida de empleos. Lo anterior indica que el ajuste en el mercado laboral se percibe con carácter temporal y que las personas que han perdido su ocupación están esperando reincorporarse en pronto tiempo.

En base al INEGI (2021) a nivel nacional, en México, se anticipa la creación de fuentes de trabajo que permitan la disminución importante en las tasas de pobreza total y extrema, ya existentes, y los que requieren una atención más inmediata. El conjunto de medidas y acciones implementadas, para la reapertura de los restaurantes, como fuente de trabajo importante en Torreón, Coahuila, deberá de atenderse con medidas de higiene y seguridad, que involucran el autocuidado para la prevención del Covid-19. Por lo anterior será necesario tener en cuenta los lineamientos oficiales, que establecen los requisitos y especificaciones de buenas prácticas de higiene, que deben observarse en el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios y sus

materias primas, a fin de evitar su contaminación a lo largo de su proceso de elaboración.

Lo anteriormente descrito obedece a la observancia de la NOM-251-SSA1 (2009), la cual es obligatoria para las personas físicas o morales que se dedican al proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, ofrecidos en territorio nacional.

Especificando en la norma respectiva, siendo en este caso la NOM-251-SSA1-2009, de manera resumida, que deberá de cumplirse con los siguientes puntos:

- Desinfección exhaustiva de todo el establecimiento,
- Lavado y desinfección de insumos,
- Desinfección de ductos de ventilación y campanas de la cocina,
- Asegurarse que el establecimiento cuente con ventilación natural o mecánica,
- Limpieza y desinfección diaria que incluyan lavar con agua y jabón, y desinfectar con una solución de hipoclorito de sodio al 0.5% u otra certificada para eliminar Covid-19,
- Realizar limpieza continua y específicamente cualquier elemento de fácil alcance para los clientes, empleados y proveedores,
- Limpieza profunda del suelo periódicamente,
- Limpieza rutinaria de paredes, muros y ventanas,
- Especial atención al área de sanitarios, evitar por completo el uso de toallas de tela y contar con dispensadores de toallas de papel desechables. (pág. 4)

Metodología

Los sujetos de estudios son empresarios agremiados de la CANIRAC-Torreón, Coahuila (Cámara Nacional de Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados) quienes experimentaron afección por motivos de la pandemia originada por el Covid-19, y han estado a la expectativa de la evolución de ésta, así como de las medidas implantadas por las autoridades sanitarias, tomando en cuenta la NOM-251-SSA1-2009. Los mencionados empresarios conscientes de la implementación de normas, leyes de salud y regulación local, en espera de la reapertura de las empresas, que les acceda dar vida a la movilidad económica y social de la comarca lagunera. Se da a través de los

restaurantes que permite la convivencia social, ante la ingesta de alimentos, por los comensales que acuden a los bares y restaurantes de la región.

Con el fin de responder al objetivo planteado, que es describir el fenómeno del comportamiento del comensal, en correlación con el auto cuidado de la salud, durante la reactivación de la economía en Torreón, Coahuila desde la perspectiva del empresario restaurantero, con el fin de conocer la percepción de usos y/o costumbres de los comensales.

En base a Sampieri (2018), se trabaja con una investigación cuantitativa, cuyo alcance es descriptivo, donde el fenómeno se considera para estudio de sus componentes, medir conceptos y definir variables. Cuyo diseño atiende a los no experimentales transaccionales que tiene como característica la recolección de datos en un único momento.

De acuerdo al escenario, en el cual se desarrolla la investigación, se ha trabajado con una muestra de (N=102) con la característica de ser probabilística de tipo intencional selectivo. Se realiza la encuesta para ser contestada en línea, integrada por preguntas que permiten tener un panorama amplio, de la situación desde la perspectiva del afectado económicamente. A través de CANIRAC-Torreón, se distribuye el enlace de la encuesta entre los agremiados, se les solicita la colaboración para contestar. Se les aclara que la información obtenida será para conocer el comportamiento social ante usos o costumbres originados por el Covid-19, y la importancia del auto cuidado. Se decide trabajar de esta manera por las condiciones de sana distancia que se viven actualmente. Para efectos de este trabajo se toma el escalamiento tipo Likert con medición del 1 al 5 donde el 1 es nulo y 5 es el máximo.

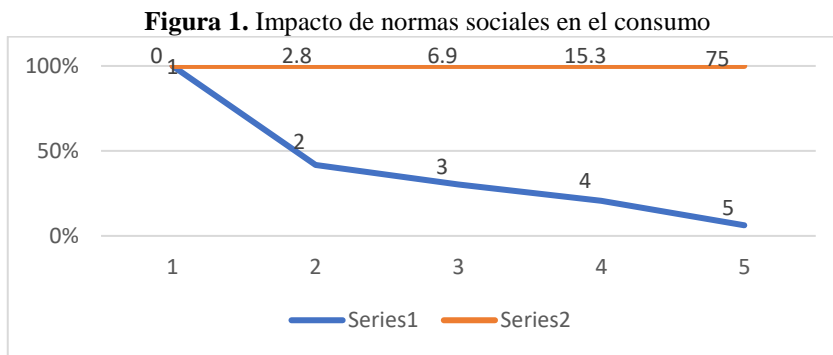
Análisis de datos y resultados

Durante el periodo establecido de aislamiento social, por las autoridades y el sector salud, surgen variables para entender el manejo de la economía en la industria restaurantera, y la adaptación a nuevos usos y/o costumbres para la interacción social en estos espacios, y el auto cuidado del comensal.

A medida que la reactivación económica avanza, el deseo por convivir en espacios de ingesta de alimentos por parte de la sociedad, como es característico de la cultura mexicana, incrementa la movilidad

hacia la demanda de concurrir a restaurantes donde la nueva normalidad está regida por medidas de sana distancia, desinfección y no más de seis comensales por mesa.

Los resultados describen como los empresarios han manejado el escenario y que adaptaciones implementan para el funcionamiento normalizado, en relación con las autoridades correspondientes para al servicio demandado. Así mismo se describe la pregunta, ¿en qué medida las nuevas normas sociales han impactado en su empresa en el comportamiento individual y colectivo de consumo y el auto cuidado ante el Covid-19?



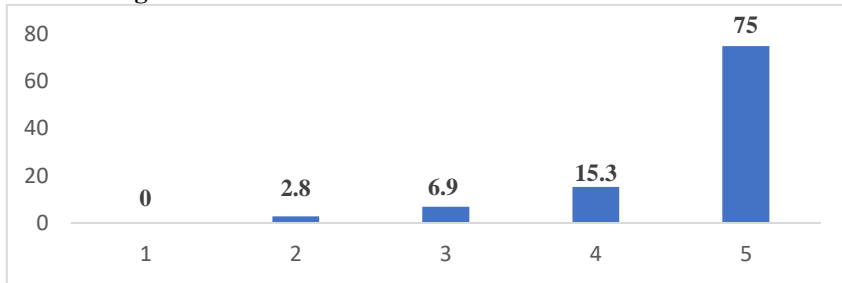
Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

De acuerdo a los resultados, según se muestra en la Figura 1, al menos el 75% de las nuevas normas sociales, afectaron en gran medida la industria restaurantera. De acuerdo con Abric, (2001), se evidencia que los seres humanos se integran en grupos sociales regidos por normas, y estas conectan la cultura en las sociedades al relacionarse. Es evidente que el sistema normativo actual muestra costumbres sociales entendidas como hábitos y actividades propias de las familias y grupos, quienes se ajustan a un sistema social que demanda en este momento condiciones de salud para el auto cuidado.

De acuerdo con la Figura 2, donde se muestra la demanda en torno a la situación pandémica vivida, se encuentra que el 75% de los restauranteros han identificado cambios antes y después de emprender medidas sanitarias y activar la economía, donde en sus acciones hay más ventas y clientes conforme la población se vacuna contra el Covid-

19, (INEGI 2021). Lo que es congruente con su percepción acerca de la importancia del cuidarnos unos a otros, cumpliendo con lo planeado por las autoridades sanitarias, logrando que su personal labore en complacencia con los comensales y mayor compromiso.

Figura 2. Efectos de los cambios en la demanda de clientes

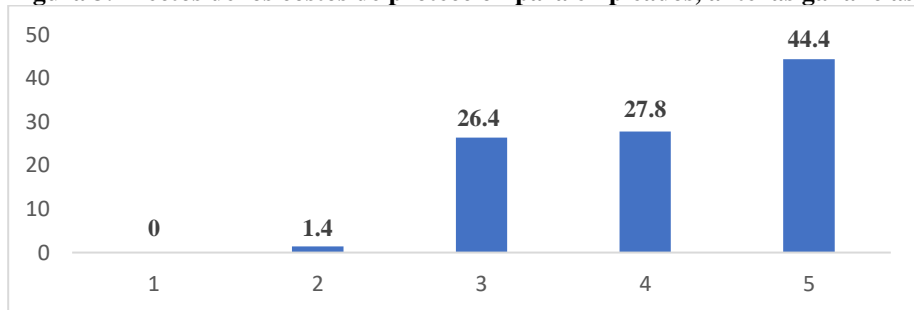


Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

De acuerdo con la Figura 3 que muestra los efectos de los costos de protección para los empleados, ante las ganancias, se indica que el 44% de las empresas, independientemente de su tamaño, se ven afectadas, enfrentando una importante disminución de sus ingresos, así como el aumento de la insolvencia y la pérdida de puestos de trabajo, impactando en el mercado laboral.

En el INEGI (2021), se afirma que el costo de protección a los empleados será difícil para las micro, pequeñas y medianas empresas. La crisis del Covid-19 acelerará algunos cambios aumentando la virtualización de las relaciones económicas y sociales.

Figura 3. Efectos de los costos de protección para empleados, ante las ganancias

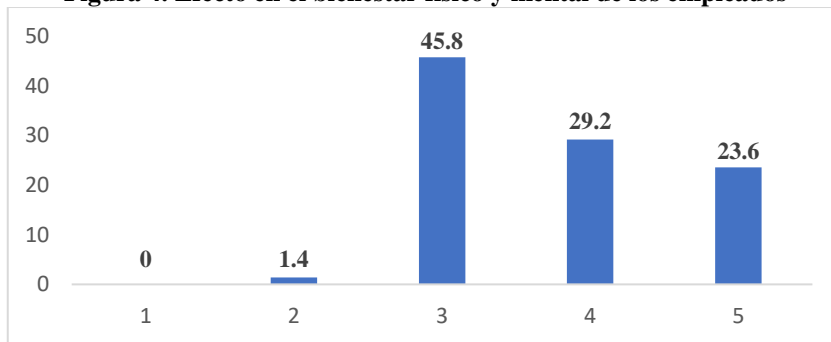


Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

En base a los resultados mostrados en la Figura 4, documentado por los restauranteros el 45.8%, se expresa que sus empleados se vieron poco afectados por estrés y miedo, generando poca angustia por el riesgo a su salud. Así mismo que el 29.2% lo experimentaron en mayor medida que lo anterior y el 23.6% sí se vieron afectados por el temor a contraer el Covid-19.

Los datos refieren que la situación que aqueja laboral y socialmente se denota no solo en los trabajadores, sino en el grupo de empresarios asociados a la CANIRAC- Torreón, por la posibilidad de tener que cerrar su empresa dadas las disposiciones de las autoridades sanitarias, así como el tener que reinventar nuevos y prácticos menús e implementar condiciones de salud y auto cuidado tanto para el cliente interno como externo.

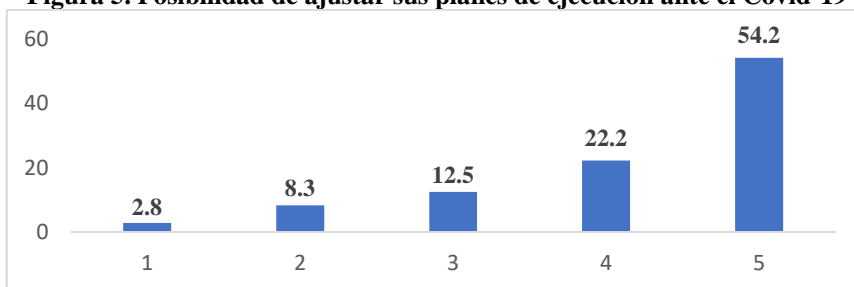
Figura 4. Efecto en el bienestar físico y mental de los empleados



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 5 muestra los resultados obtenidos en relación con la posibilidad de ajustar sus planes de ejecución ante el Covid-19, donde 54.6% de los empresarios trabajaron en la reestructuración del diagnóstico para entender el proceso actual y tener claras las tendencias con el propósito de identificar los principales problemas y obstáculos para el cumplimiento de las medidas implantadas. Se replantearon los objetivos y prioridades para el corto, mediano y largo plazo. Se diseñaron estrategias, políticas y programas que permitan plantear los cursos de acción factibles y necesarios para el logro de nuevos objetivos y metas, que garanticen la seguridad del comensal.

Figura 5. Posibilidad de ajustar sus planes de ejecución ante el Covid-19

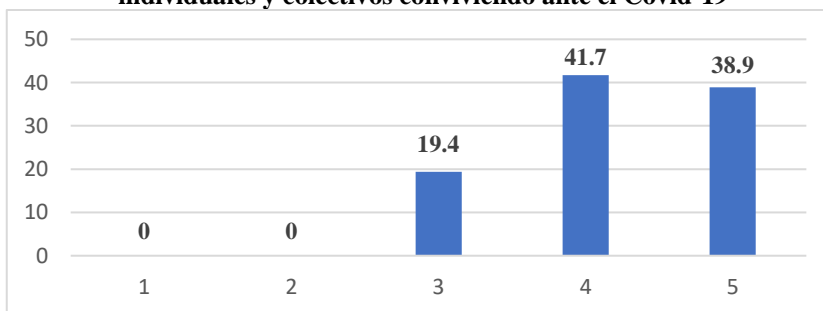


Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

En la Figura 6 donde se muestra como las normas de convivencia social son necesarias para un estado óptimo de coexistencia social, el 38.9% de los restauranteros abren sus puertas, esperando brindar al comensal momentos de entrega emocional y culinarias, convirtiéndose en guías para la acción social de los individuos que se encuentran inmersos dentro de un marco social y cultural.

Se infiere también que el 41.7%, en promedio, procuran espacios de convivencia buscando se proceda con costumbres, tradiciones y valores generados dentro de un grupo social, conectadas en acciones. En general, los valores se sitúan contextualmente en un entorno que permite aflorar sentimientos y emociones enmarcados por el sabor, el color, y el calor de las bebidas, bajo condiciones de auto cuidado.

Figura 6. Generación de espacios de convivencia a partir de intereses individuales y colectivos conviviendo ante el Covid-19

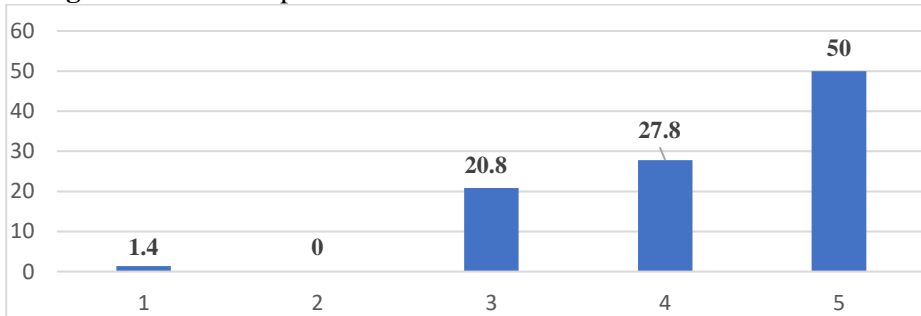


Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 7 en relación con el efecto de la demanda de pocas mesas en el restaurante a causa del Covid-19, muestra que el 20.8% de los restauranteros externan que la disminución de mesas afectó la economía

de su empresa, el 27.8% que representa la media de los empresarios encuestados se vio más afectado, que el anterior, de acuerdo al cambio obligado, y el 50% se vio desplazada de la convivencia social debido a las restricciones, donde las actividades más concurridas son a través de redes sociales, sustituyendo la demanda por aplicaciones de nuevas tecnologías.

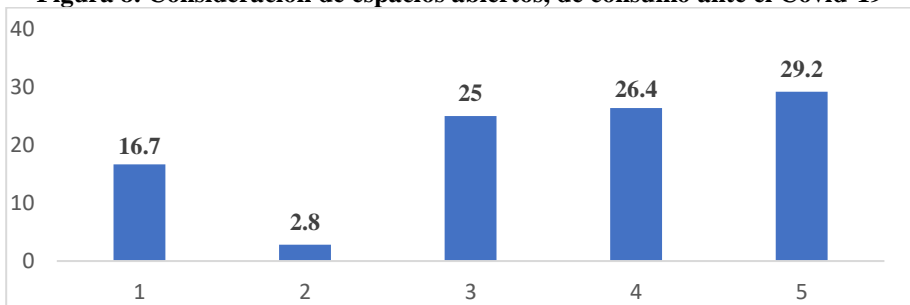
Figura 7. Efecto de pocas mesas en el restaurante a causa del Covid-19



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 8, en relación con la consideración de espacios abiertos de consumo ante el Covid-19, donde entre el 25% y 26.4% infiere que fueron considerados la apertura o remodelación de espacios abiertos. El valor más alto 29.2% sugiere aprovechar los que ya existían, eliminando temporalmente las áreas de juego, dando más cabida a mayor número de mesas. Mostrando de manera generalizada la interacción entre los consumidores y los restaurantes, teniendo que mantener de manera fija a una persona pendiente de los pedidos por medio de la parte digital.

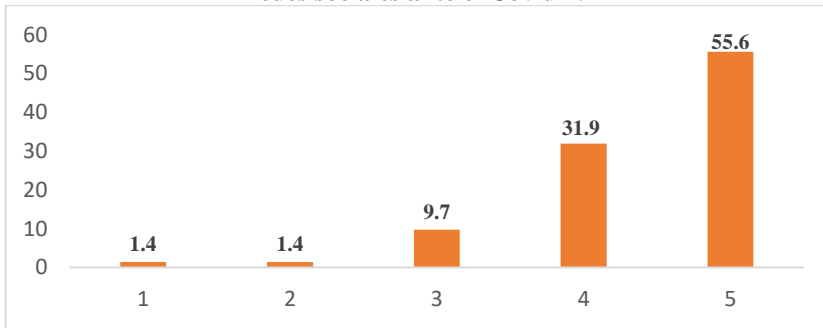
Figura 8. Consideración de espacios abiertos, de consumo ante el Covid-19



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

En la Figura 9 se muestra que el 55.6% de los estándares de servicio van de la mano con las redes sociales ante el Covid-19 de manera generalizada, y el 31.9% de las empresas restauranteras avanzadas tecnológicamente buscan aumentar sus ventas y posicionamiento en el mercado en relación con la situación vivida ante la pandemia. Desde las PYMES hasta las empresas consolidadas han implementado aplicaciones, páginas de internet, plataformas y tecnologías para mantenerse en el gusto y preferencia del comensal, de igual forma permite sopesar la falta de personal para gestionar eficientemente la crisis sanitaria.

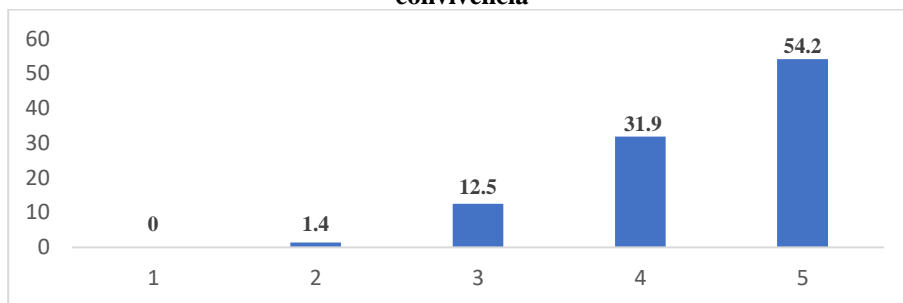
Figura 9. Los estándares de servicio van de la mano con las redes sociales ante el Covid-19



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

En la Figura 10, se muestra que el 54.2% de los restauranteros impulsan la innovación adecuada al nuevo estándar de convivencia, implementada por las autoridades sanitarias. Donde los comensales comparten las mismas expectativas, sobre las formas de actuar en diversas circunstancias de la vida cotidiana. Donde dentro de los restaurantes el apego a la norma es fundamental, para seguir caminando asertivamente de manera social y económicamente, ya que la regulación de manera estricta permitirá una menor variedad de comportamientos sociales.

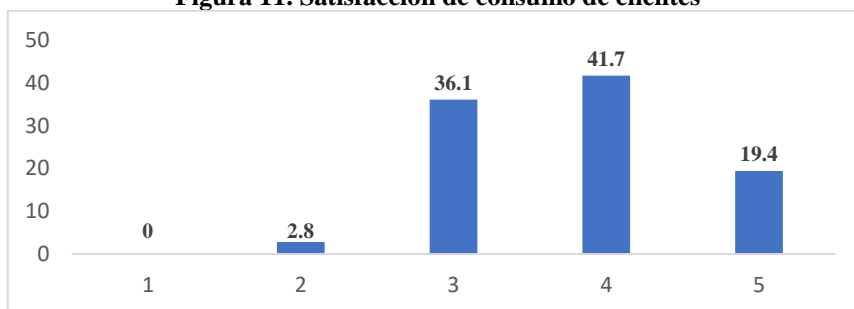
Figura 10. El Covid-19 impulsa innovación adecuada al nuevo estándar de convivencia



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 11 muestra los porcentajes con relación a la satisfacción de necesidades de consumo en restaurantes, las cuales han sido cubiertas durante la aparición del Covid-19, así para el 36.1 % de los empresarios restauranteros afirma que en menor medida ha sido satisfecho el cliente y un 41.7% considera que en mayor medida ha sido satisfecho y solo el 19.4% del restaurantero considera que los clientes han sido completamente satisfechos ante la aparición de la pandemia. Así mismo, los empresarios restauranteros consideran que el distanciamiento físico como medida de prevención ha provocado que los clientes hayan cambiado de hábitos alimentarios, los cuales son un factor importante para poder satisfacer su demanda con nuevos menús, cambiando el tiempo dedicado a su preparación, los cuales no estaban dentro del plan de venta.

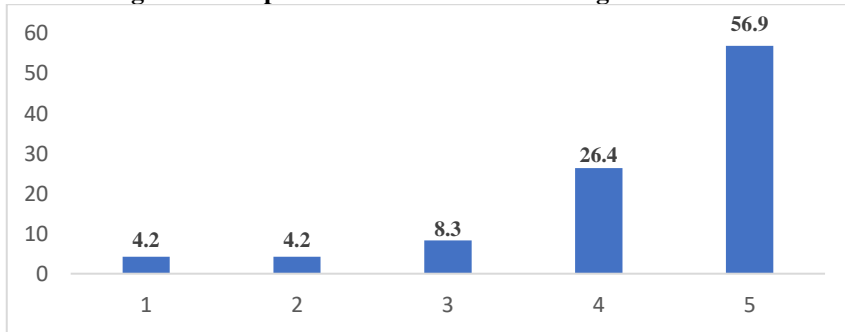
Figura 11. Satisfacción de consumo de clientes



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 12 muestra qué tanto se incrementó el servicio de entrega a domicilio a partir de la aparición de la pandemia del Covid-19. Tal como se observa en la mencionada figura, el 56.9% de los empresarios de restaurantes afirman que se incrementó este servicio, en gran medida, provocado por el aumento en un mayor interés del servicio rápido y por la necesidad de tener que evitar la asistencia a restaurantes. De esta manera se minimizó el riesgo de contagio, aumentando la demanda de alimentos rápidos y saludables, por entrega a domicilio. Así mismo, el 26.4% corresponde a restaurantes implementaron e incrementaron el servicio a domicilio al presentarse la pandemia del Covid-19. El 4.2% de los restaurantes no implementaron el servicio a domicilio

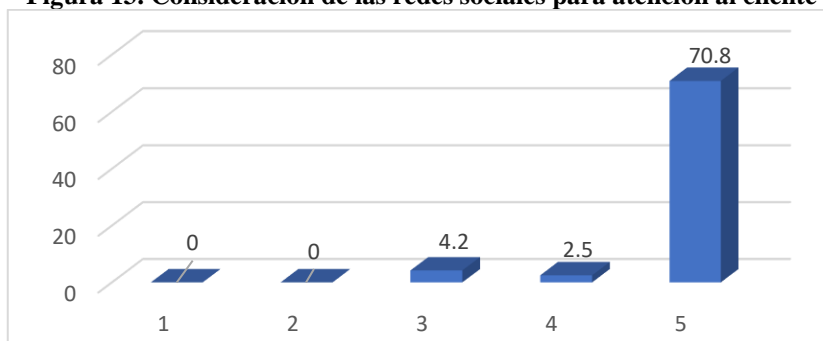
Figura 12. Implemento de servicio de entrega a domicilio



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 13 muestra que tanto, los empresarios restauranteros asociados al CANIRAC Torreón, han considerado a las redes sociales con el fin de atender al cliente ante la aparición del Covid-19. Donde el 70.8% consideró e implementó el uso de aplicaciones en las redes sociales con el fin de atender a sus clientes, originando con esto posicionamiento en el mercado y estrategias de marketing, para favorecer la venta de comida rápida, siendo una opción más accesible para los consumidores. Manteniendo el nivel de ventas y creando un entorno que fomenta la elección de menús diversos y brindando orientación sobre que alimentos elegir.

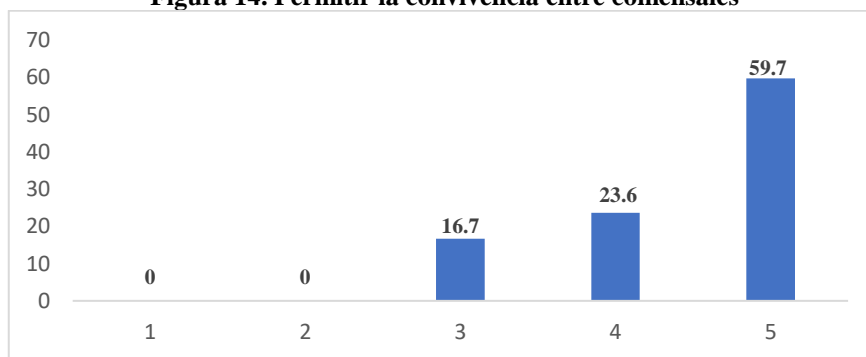
Figura 13. Consideración de las redes sociales para atención al cliente



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

En seguida se muestra la Figura 14, la cual indica qué tanto se permite, dentro del restaurante, la convivencia entre los comensales, bajo nuevos usos o costumbres a partir del Covid-19 respetando el autocuidado. Los resultados revelan que el 23.6% de los empresarios considera que en menor medida se permite la convivencia entre comensales. Sin embargo, el 59.7% de los restauranteros, consideran que las nuevas normas si lo permiten, con una disminución de riesgos de contagio, originado por las medidas sanitarias de distanciamiento social, desinfección y disposiciones ordenadas, por las autoridades sanitarias, favoreciendo así el incremento de convivencia entre comensales.

Figura 14. Permitir la convivencia entre comensales

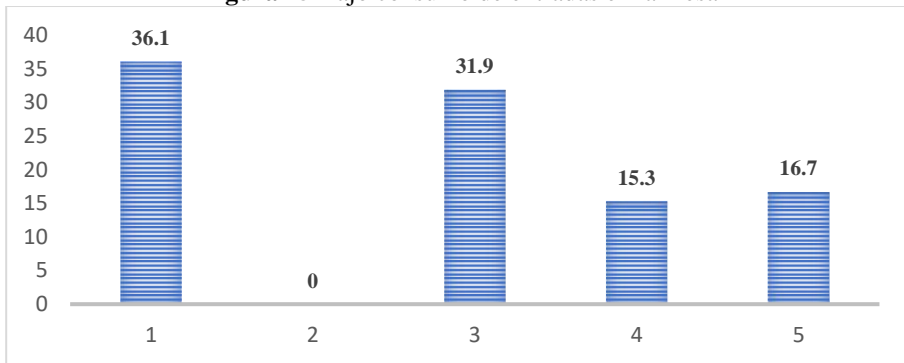


Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 15 muestra en qué medida el comensal dejó de consumir la entrada (totopos, salsas, picantes.) ofrecido por la empresa ante la aparición del Covid-19, la figura muestra que el 36.1% de los

consumidores no dejaron de consumir las entradas ofrecidas, el 31.9% en cierta medida si dejo de consumirlos y 16.7% de los consumidores si dejo de consumirlos, en su totalidad. Lo anterior, muestra que el consumo de este tipo de comida no sufrió variaciones en gran medida, gracias a la oferta de los servicios de apoyo para salvaguardar la salud de los comensales, implementado por norma obligatoria y también por los intereses de los consumidores, por acatar las disposiciones implantadas para disminuir los riesgos de contagio.

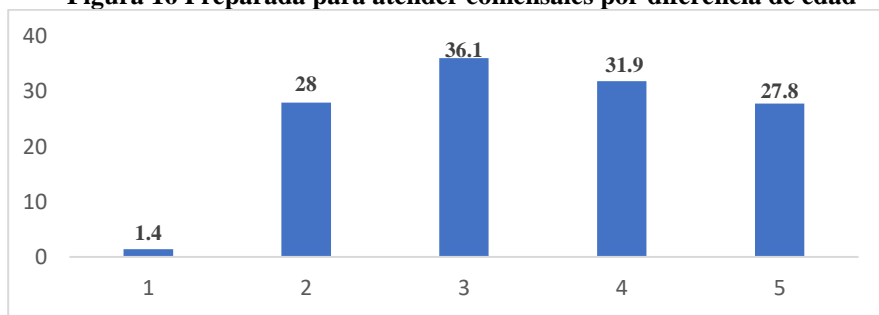
Figura 15 Bajo consumo de entradas en la mesa



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 16 muestra, en qué medida está preparada la empresa para atender los pedidos de los comensales, por diferencia de edad, ante la aparición del Covid-19. Los resultados muestran que el 27.8% de las empresas restauranteras están preparadas para atenderlos, el 31.9% en menor medida, el 36.1 % abajo del promedio y el 28% se encuentran preparadas para atender comensales en diferencias de edades. Lo anterior permite inferir que existe una variación heterogénea y que en términos generales, se tiene una baja preparación para la atención en relación con las diferentes edades de los consumidores. Considerando que el cliente son personas adultas, en la que la mayoría de los consumidores potenciales fueron desplazadas, durante la pandemia por otro tipo de actividades.

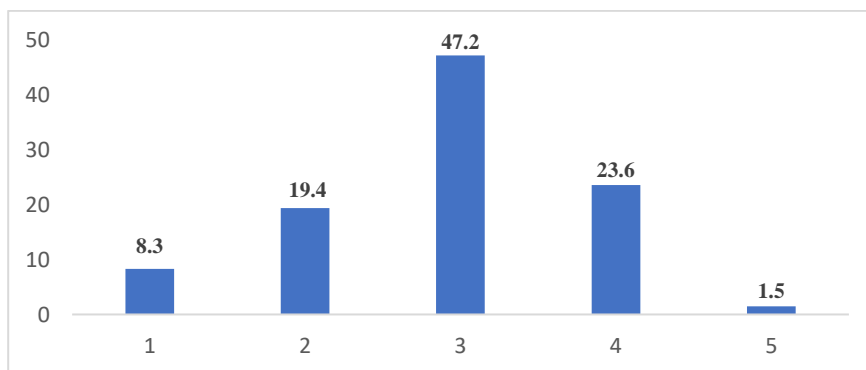
Figura 16 Preparada para atender comensales por diferencia de edad



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 17, evidencia cuál sería el tiempo razonable para atender a un comensal con medidas de sanidad ante el Covid-19. Para efectos de este apartado se toma el escalamiento tipo Likert con medición del 1 al 5 donde el 1 es entre 5 y 10 minutos; 2 es entre 11 y 15 minutos; 3 es entre 16 y 20 minutos; 4 es entre 21 y 25 minutos y 5 es 26 o más minutos. La encuesta arrojó que el 47.2% de los restaurantes, requiere en promedio entre 16 y 20 minutos, el cual representa el promedio de los restaurantes en atender a los comensales, el 19.4% tarda entre 11 y 15 minutos, el 8.3% tarda entre 5 y 10 minutos, el 23.6% tardaría entre 21 y 25 minutos y 0% de restaurantes tardarían 26 o más minutos en atender con las debidas medidas y cuidados en relación a la norma, en la preparación de alimentos.

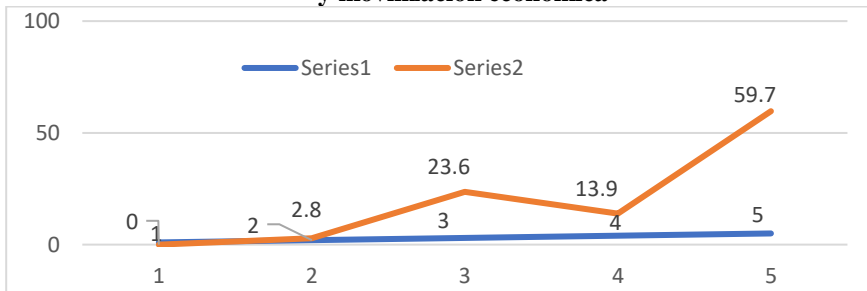
Figura 17. Tiempo para atender a un comensal con medidas de sanidad



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

La Figura 18, muestra en qué medida la CANIRAC Torreón ha sido la punta para la movilización de la economía en la región, ante la aparición del Covid-19. Los resultados arrojan que el 2.2% de los empresarios restauranteros consideran, que en menor medida la de reactivación económica ha sido un factor importante, dada la aparición de la pandemia, el 23.6% de los empresarios como valor promedio lo consideran importante, el 13.9% lo consideran en mayor medida y el 59.7% lo consideran como importante motor para la reactivación económica el trabajo en conjunto con la CANIRAC Torreón.

Figura 18. CANIRAC-Torreón como punta de activación y movilización económica



Fuente: Obtenida de la encuesta Covid-19 en colaboración con CANIRAC Torreón

Conclusiones

En relación con el objetivo planteado que es describir el fenómeno del comportamiento del comensal, en correlación con el auto cuidado de la salud, durante la reactivación de la economía, en Torreón, Coahuila desde la perspectiva del empresario restaurantero, con el de fin conocer la percepción de usos y/o costumbres de los comensales, se concluye que los empresarios restauranteros asociados a la CANIRAC-Torreón ponen en práctica la NOM-251-SSA1-2009 en tiempo de pandemia.

Y que de acuerdo con el INEGI (2021), ajustándose estrictamente a su observancia, establecida para todo el territorio nacional, así como a las disposiciones por parte de las autoridades de salud, tanto a nivel federal, estatal y municipal, donde algunos empresarios ante la amenaza de quiebra, en ocasiones, malbaratan sus negocios. Por lo que al tomar esta decisión pierden la oportunidad de satisfacer la demanda gastronómica no satisfecha y el éxito a través de alianzas.

Se concluye también, que los restauranteros asociados han interiorizado las normas sociales, permitiendo una reactivación de la economía en la comarca lagunera y el desenvolvimiento en la vida social debido a los factores de vulnerabilidad provocados por la pandemia del Covid-19. Los empresarios presentan mayoritariamente la disposición, para ajustarse a las condiciones presentes del entorno, optimizando sus procesos en la elaboración de menús y ofreciendo nuevas alternativas de consumo. Ajustándose a los precios que permiten aumentar la cantidad de comensales.

A partir de la pandemia, se puede afirmar que la sociedad se percibe “como un recipiente lleno de objetos desechables, objetos para usar y tirar”, y el “mundo en su conjunto incluido los seres humanos”. Finalmente resaltamos que las personas toman fuerza socialmente a través de los grupos, sujetos a normas y reglas establecidas dentro de los mismos, buscando edificar en las acciones humanas las trascendencias sociales y que los seres humanos evolucionan a través de la adaptación de nuevas formas de agrupamiento social.

Tomando en cuenta la supervivencia personal y familiar, en el que se manejan riesgos controlados que les permite el fluir de las relaciones sociales y anclarse en ellas, a través de la adaptación, siendo los espacios, como los restaurantes, área fundamental para la convivencia social, implementando nuevos usos y/o costumbres, dando pauta a lo que Bauman (2020) denomina modernidad líquida. Así mismo, debido a las condiciones laborales poco optimistas ante el aumento de la demanda insatisfecha del comensal, éste es quien impone nuevos parámetros de consumo, ante la dinámica de exigencias en el auto cuidado de la salud.

Referencias

- Abric, J. C., (2001). *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán.
- Bauman, Z. (2020) *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Contreras J, Gracia M. *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona, 2004.

- Giménez, G. (2007). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*, México: ITESO
- Gómez J. T., (2017) *La cultura en México: Entre la antropología y la estética: Cultura, Artes y Políticas Interculturales en México* Colofon Ediciones Académicas.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Mintz, S. (1996). *Dulzura y poder, El lugar de la azúcar en la historia moderna*. Siglo XXI Editores
- Mintz, S. (1996). *Tasting Food, Tasting Freedom*. Boston: Beacon Press.1996.
- Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI) (2021) *Perspectiva en cifras*. <https://www.inegi.org.mx> 2021
- Méndez-Morales, J. S., Monroy, F., & Zorrilla, S. (1993). *Dinámica social de las organizaciones*.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-251-SSA1-2009. (2009). *Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios*.
<https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3980/salud/salud.htm>

Instrumentos de identificación de canales de percepción para el aprendizaje en la promoción de la salud en población escolar de América Latina

Irving Alfredo Gómez Ucan¹³
Didier Francisco Aké Canul¹⁴
Russell Izael Trujeque Zavala¹⁵

Resumen

La promoción de la salud en las escuelas es un mecanismo que permite a los niños y niñas modificar su comportamiento y desarrollar hábitos saludables. Por la importancia de esta práctica higiénica para prevenir enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, diversas iniciativas concentran sus esfuerzos en promover el lavado de manos en los centros escolares. Sin embargo, cuando se trabaja con temas de salud no se puede enseñar con métodos tradicionales; por el contrario, la educación sanitaria plantea la incorporación de métodos acordes a las características del escolar. Además, desde la perspectiva pedagógica es fundamental identificar los estilos de aprendizaje en lo general y los canales perceptuales en específico, para diseñar estrategias que favorezcan el proceso enseñanza-aprendizaje en los menores. No obstante, una tarea inicial es disponer de un instrumento afín que pueda replicarse en el contexto local. Por ello, el presente estudio consiste en una revisión narrativa de artículos, literatura gris y publicaciones académicas cuyo objetivo es reportar las propiedades psicométricas de los instrumentos cuantitativos empleados para determinar canales perceptuales en escolares de América Latina, en función de las

¹³ LTS, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán

¹⁴ Profesor de Tiempo Completo de Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán

¹⁵ LTS, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán

características, validez y confiabilidad. Se realizó una búsqueda exhaustiva de información y publicaciones a nivel nacional e internacional con bases de datos, bajo criterios definidos. El instrumento más utilizado en América Latina para identificar canales de percepción en tres dimensiones (visual, auditivo y kinestésico) es de 1982, de los autores Bandler y Grinder, cuenta con 40 ítems, y puede ser adaptado a las características particulares de la población seleccionada.

Introducción

En el mundo anualmente mueren 3.5 millones de niños por enfermedades diarreicas y neumonía, defunciones prevenibles con intervenciones asequibles y de bajo costo como el lavado de manos. A pesar de la importancia de esta práctica para el cuidado de la salud, en México solo el 34% de la población infantil lo realiza antes y después de ir al baño, lo cual constituye un problema de salud pública pues cuando un menor se enferma se incapacita para ir a la escuela, merma su rendimiento escolar, es causa de desnutrición y retraso en el crecimiento (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2010; Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades [CEVECE], 2015).

Entre los motivos del porqué niñas y niños no se lavan las manos, se encuentra el déficit de conocimiento sobre la técnica y momentos correctos, carencia de instalaciones básicas, limitada disposición de agua potable y la falta de personal capacitado para fomentar la práctica (Borchgrevink, et al. 2013; Zamora, 2017). En este sentido, a nivel internacional la higiene de manos con agua y jabón encabeza la agenda impulsada por la OMS, para mejorar la salud pública en todo el mundo, a través de campañas de difusión y actividades de concientización, se enfatiza la necesidad de promover este hábito desde edades tempranas.

Lo anterior implica reconocer que el trabajo con la infancia arroja beneficios en el desarrollo de hábitos saludables a lo largo de las etapas formativas, siendo la escuela el espacio ideal para implementar intervenciones de promoción de la salud (Rodríguez et al., 2017). Al respecto, la UNICEF (2010) enfatiza la necesidad de incluir la educación para la salud como parte de las enseñanzas impartidas en las escuelas, toda vez que niños y niñas son capaces de convertirse en

agentes de cambio. Sin embargo, es importante reconocer que trabajar con temas de higiene implica superar los métodos tradicionales de enseñanza-aprendizaje y emplear una combinación de técnicas que respondan a los diversos estilos de aprendizaje de quien se educa. (Pérez, et al., 2006).

Por ello, de acuerdo con Rivero, et al. (2017), una propuesta denominada Modelo VAK, parte de los rasgos cognitivos mediante los cuales una persona estructura contenidos, interpreta información y determina un medio de representación o canales perceptuales que pueden ser de tipo visual, auditivo o kinestésico, para interactuar y responder a los ambientes de aprendizaje.

De manera que, es importante que el educador en salud identifique canales perceptuales; para ello requiere de instrumentos capaces de diagnosticar el canal predominante y, en función a lo anterior, diseñar estrategias educativas que contribuyan a fomentar hábitos saludables como el lavado de manos. A partir de lo mencionado, la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán desarrolla un proyecto denominado “Intervención multicomponente para fomentar el lavado de manos en escuelas primarias”, el cual integra un componente educativo para que educandos aprendan cómo lavarse las manos correctamente. Con base en lo anterior, se ha propuesto determinar los canales perceptuales en los escolares de cada institución. No obstante, una tarea inicial es disponer de un instrumento afín a dicha labor que pueda replicarse en el contexto local dentro del citado proyecto.

Marco Conceptual

El aprendizaje

Para Feldman (2005), el aprendizaje se trata de un proceso de cambio permanente en el comportamiento de una persona. Rivas (1997) agrega que se origina o se modifica una actividad en respuesta a una situación. En el aula, generalmente el aprendizaje gira en torno a tres factores: docente, alumno y contenidos; sin embargo, cobra mayor relevancia abordar el aprendizaje desde la perspectiva del educando en la medida que los estudiantes construyen herramientas propias para aprender eficazmente. Por lo tanto, el interés no se centra en conocer cuánto conocimiento adquiere, sino la calidad de este y los procesos empleados

para aprender (González, 1997). Desde una perspectiva humanista, el proceso educativo se centra en el estudiante, único y diferenciado poseedor de ritmos y estilos propios de aprendizaje (Aizpuru, 2008). Al respecto, para Keefe (1988, citado en Figueroa y otros, 2015), los estilos de aprendizaje son aquellos rasgos cognitivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje.

Estilos de aprendizaje: Modelo VAK

En la revisión bibliográfica se identifica como antecedente el modelo de la Programación Neurolingüística de Bandler y Grinder (1982), que agrupa tres grandes sistemas para adquirir mentalmente información: visual-auditivo-kinestésico (VAK). Por lo tanto, una estrategia de enseñanza deberá trabajar en función de los canales perceptuales para que el estudiante diversifique la manera cómo aprende y pueda explotar su forma de sustraer información y conocimiento de la manera más adecuada (Gamboa, et.al, 2015).

El Modelo VAK toma en cuenta que se tienen tres grandes sistemas para representar mentalmente la información, el visual, el auditivo y el kinestésico. Así, se utiliza el sistema de representación visual para recordar imágenes abstractas y concretas. El sistema de representación auditivo es el que permite oír en la mente voces, sonidos, música. Cuando se recuerda una melodía o una conversación, o cuando se reconoce la voz de la persona que nos habla por teléfono aparece el sistema de representación auditivo. Por último, cuando se recuerda el sabor de la comida favorita, o lo que se siente al escuchar una canción se emplea el sistema de representación kinestésico (Gómez, 2004; Puello, et.al, 2014).

Revisión Narrativa

En la literatura se encuentran dos categorías de revisión: las narrativas y sistemáticas que tienen características y objetivos similares. De tal modo, la Revisión Narrativa tiene como objetivo explorar, describir y discutir un determinado tema, de forma amplia, desde un punto de vista teórico y de contexto (Zillmer y Díaz, 2018). Se trata de revisiones amplias, apropiadas para describir y discutir el desarrollo o el “estado

del arte” de un determinado asunto, desde el punto de vista teórico o contextual. Permiten al lector adquirir y actualizar el conocimiento sobre una temática específica en un corto tiempo. Además, la estrategia facilita la comprensión de un determinado tema, permite la inclusión de diversas fuentes de información y exige al investigador habilidades críticas-reflexivas, para lo cual retoma algunas características similares a la revisión sistemática (Rother, 2007).

En este sentido, la presente investigación retoma la propuesta por Cochrane Collaboration Group quienes recomiendan que la revisión sistemática se efectúe en 7 grandes pasos: i) Formulación de la pregunta, ii) Localización de los estudios, iii) Evaluación crítica de los estudios, iv) Recolección de datos, v) Análisis y presentación de los datos, vi) Interpretación de los resultados y perfeccionamiento y vii)

Actualización de la Revisión (Rother, 2007). Finalmente, la revisión narrativa aporta a la promoción de la salud el aprendizaje mediante la definición y detalle de conceptos (Zillmer y Díaz, 2018).

Trabajo Social y promoción de la salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promoción de la salud es definida como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Entre sus componentes fundamentales se encuentra la Educación para la Salud que hace referencia al proceso de educación y de participación del individuo, familia o comunidad, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva (OMS, 1989).

En el campo de la salud el Trabajo Social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad e identifica las problemáticas sociales que presentan las personas. Aunado a lo anterior, conoce las carencias y necesidades sociales que se manifiestan en una sociedad, promueve la utilización de recursos disponibles y mediante su función de investigación participa con el equipo interdisciplinario en proyectos sobre la salud integral de la población y aportan en la solución de problemas de salud de la comunidad para proponer alternativas de solución (Rodríguez, et al., 2017).

Metodología

Estudio de revisión narrativa, de carácter retrospectivo y con alcance exploratorio-descriptivo debido a que se realizó una revisión de la literatura en América Latina para identificar instrumentos que determinen canales perceptuales en escolares.

Se realizó una revisión analítica de 2,072 documentos denominados como artículos de investigación científica, literatura gris y publicaciones académicas en América Latina, tanto en inglés, portugués y español, en un periodo de 10 años, el cual abarcó de enero de 2011 a agosto de 2021, cuya población de estudio fueron niños y niñas de 6 a 12 años de edad.

Los términos de búsqueda y los operadores booleanos empleados por el investigador para la pesquisa, en apego a la metodología de los estudios de revisión narrativa fueron:

- Selección de palabras clave: Preferencias conceptuales, Modelo VARK, Modelo VAK, Estilo de Aprendizaje VAK, Escolares, Primaria. Canales Perceptuales, Instrumentos, Niños, Escala VAK, Inventario VAK.
- Traducción de las palabras claves al inglés: Learning Style Preference, Perceptual Learning Style, Learning Style, Elementary School VAK, Elementary School VARK, Students. Perceptual Channels, Instruments, Children.
- Traducción de las palabras clave en portugués: Preferências conceituais, Modelo VARK, Estilo de aprendizagem VARK, Escolares, Primária. Canais Perceptivos, Instrumentos, Crianças, Escala VARK, Inventario VARK.
- Uso de conectores y operadores booleanos: VAK and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), VARK and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), Modelo VAK and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), Modelo VARK and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), Preferencias conceptuales and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), Estilo de aprendizaje and (Primaria, instrumentos, niños, escolares), Canales perceptuales and (Primaria, instrumentos, niños, escolares, Learning style preference and (Instruments, children, elementary school, students), Perceptual learning style and

(Instruments, children, elementary school, students), Perceptual channels and (Instruments, children, elementary school, students), Preferências conceituais and (Crianças, instrumentos, primaria, escolares), Canais perceptivos and (Crianças, instrumentos, primaria, escolares), Estilo de aprendizagem and (Crianças, instrumentos, primaria, escolares)

Criterios de selección de sujetos:

Inclusión	Exclusión	Eliminación
Periodo de estudio: 2011-2021	Artículos publicados fuera del periodo de búsqueda de 10 años.	Artículos repetidos en las diferentes bases de datos.
Únicamente investigaciones con instrumentos aplicados en niños y niñas de América Latina.	Estudios realizados con población diferente a los escolares.	Aquellos que no especifiquen la población de estudio o está no coincide.
Artículos en idioma español, inglés y portugués.	Artículos y documentos que no presenten una metodología.	Aquellos que no describan la metodología.
Que el artículo incluya población de estudio, metodología, objetivos e instrumento retomado o diseñado.	Investigaciones con bajo nivel de confiabilidad.	Artículos que no presenten consentimientos informados.

Fuente: Elaboración propia, 2022

La estrategia consistió en una búsqueda sistemática de información publicada en las siguientes bases de datos: Conricyt, Scielo, Redalyc, Tesi UNAM, Science Direct, Google Académico, Pubmed y Lilacs. Las bases de datos fueron seleccionadas por contener revistas y libros especializados en el área educativa. Se pudo acceder a ellas mediante contraseñas de acceso desde la Universidad Autónoma de Yucatán.

Por otro lado, durante el proceso de búsqueda, recolecta y análisis de datos el investigador se apoyó de matrices manuales con el software de Excel para el registro sistemático de elementos relevantes. La búsqueda se apoyó de la “Bitácora de Búsqueda en Excel” que presentó los siguientes apartados: Motor de búsqueda, Fecha, Criterio de búsqueda, No. De resultados y resultados más relevantes. Para el filtro de la información de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se utilizó una “Tabla de Extracción de Información” con los siguientes datos: Autor-fecha, título, base de datos, resúmenes,

objetivos, Metodología, Instrumento, Población de estudio y conclusiones.

La herramienta que sirvió para evaluar la calidad de los materiales es una adaptación del Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios transversales de (Berra, et al., 2008) y el Cuestionario “CASP-e” para la lectura crítica de estudios cualitativos (Cano, et al., 2010). El objetivo fue la valoración de los elementos respecto a la validez interna, la precisión y la utilidad de los resultados de una publicación científica. Posterior a la evaluación crítica de los materiales se empleó la “Tabla de Análisis de Artículos Potenciales” herramienta que presentó los siguientes apartados Autor, título del documento, base de datos, año, idioma, lugar donde se realizó el estudio, objetivo general, instrumento retomado para recabar los datos, características principales del instrumento, principales hallazgos y campo temático.

Inicialmente, se realizó una búsqueda en las bases de datos seleccionadas y los criterios de búsqueda planteados. Los resultados de la pesquisa se organizaron en la “Bitácora de Búsqueda en Excel”. Seguidamente, se descargaron los documentos y se organizaron por carpetas digitales; cada descarga se denominó con una clave que refería al año de la publicación, nombre del autor y título del estudio. Conviene subrayar, que la búsqueda finalizó cuando se agotaron todas las estrategias de consulta o cuando se comenzaron a obtener los mismos resultados.

Una vez concluida la búsqueda, se realizó un primer filtro de los documentos para eliminar los materiales repetidos. Acto seguido, se filtró de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación con apoyo de la “Tabla de Extracción de Información”. Lo anterior permitió clasificar la pertinencia de los documentos respecto a la pregunta de revisión.

Posteriormente, se realizó una lectura a profundidad para valorar la calidad de la publicación, con apoyo del formato denominado “Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de publicaciones”. Es importante resaltar que para la organización de la información se creó en Excel una “Tabla de Análisis de Artículos Potenciales”; finalmente, se elaboró un reporte de resultados con énfasis en la denominación del instrumento, los criterios de validez y confiabilidad y país de aplicación.

Resultados

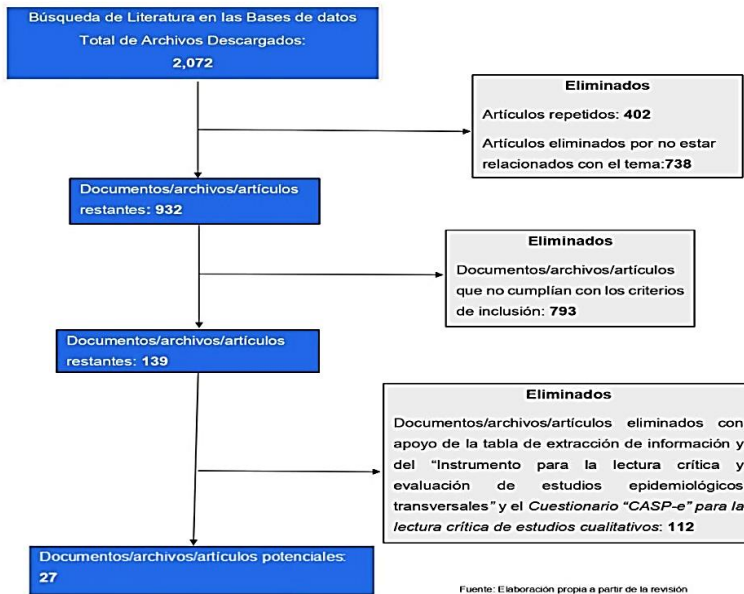
En el presente apartado se desarrolló un repaso de las fases que se siguieron para llegar a los artículos de análisis. Posterior a ello, se introduce una subsección en donde se presentan los hallazgos propios de la investigación que se organizaron de acuerdo al objetivo del estudio.

Fase 1. Búsqueda inicial. Se registraron 2072 publicaciones en la Bitácora de búsqueda: 157 archivos de Scielo, 128 de Redalyc, 8 de TESI-UNAM, 216 de Pubmed, 99 de Lilacs, 176 de Science Direct y 1288 de Google Académico. Posteriormente, se descargaron todos los documentos organizados por carpetas digitales.

Fase 2. Exclusión de artículos. Se excluyeron los trabajos repetidos y aquellos sin vinculación con el tema. Acto seguido, se procedió a filtrar los trabajos recabados mediante los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Como resultado de este proceso, el filtro arrojó 139 materiales restantes.

Fase 3. Selección de artículos potenciales. Una vez identificados los elementos a partir de la lectura a profundidad, se procedió a la evaluación de la calidad de los materiales. Entre los resultados de este segundo filtro, la búsqueda se delimitó a 27 artículos, todo el proceso de búsqueda se sintetiza en la Figura 1.

Figura 1
Diagrama de flujo de selección de artículos



Hallazgos bibliométricos de los materiales objeto

A partir de esta sección se exponen los resultados derivados del análisis de 27 documentos que cumplieron los criterios y estándares para ser incluidos en la revisión. El 2019 destaca como el año que reporta más publicaciones sobre la temática de la investigación con un total de 264 artículos, seguido del año 2018 con 250 artículos. De acuerdo con la revisión, el trabajo más antiguo se publicó en el año 2012 y el más actual en el año 2020. La base de datos donde se obtuvo el mayor número de documentos/archivos/artículos fue Google Académico. A decir del idioma, la totalidad de los trabajos incluidos se publicaron en español.

En relación con el país de publicación, se observan 13 artículos publicados en Perú, 10 de México, 1 de Bolivia, 2 de Colombia y 1 de Ecuador. A partir de esta información y para dar respuesta a los objetivos del estudio, el análisis sugiere comparar inicialmente cómo se denomina a la variable central del estudio; de esta forma, el término

canales perceptuales también asume diferentes acepciones, entre ellas: estilos de aprendizaje VAK, canal sensorial predominante, canales de percepción, modelo de la programación neurolingüística, inteligencia de percepción dominante, estilo de aprendizaje predominante, canal de aprendizaje de preferencia y preferencias de aprendizaje sensorial.

A pesar de lo diverso de las denominaciones, el análisis general mostró homogeneidad en cuanto a la clasificación para las dimensiones de los canales de aprendizaje. Al respecto, 26 de los 27 materiales clasifican en visual, auditivo y kinestésico; mientras que sólo un artículo evalúa los canales de la siguiente forma: semántico, analítico, comunicativo, dependiente, auditivo, visual y manual (Fernández, 2018). También se analizó el nombre que recibe el instrumento para recabar datos afines al canal de percepción; la revisión mostró que abarca conceptos como cuestionario, test y escalas, sin embargo, este nombramiento no muestra relación directa con número de ítems, objetivos u otra característica relevante.

En total se encontraron 18 instrumentos diferentes que fueron clasificados en originales, adaptados y diseñados por el autor del estudio. Se entenderán por instrumentos originales aquellos que fueron creados por autores de acuerdo a una teoría de los estilos de aprendizaje, por adaptados a los que fueron modificados de acuerdo al grado escolar al que iba dirigido y los instrumentos diseñados por el autor o de elaboración propia refieren a los creados expofesos para la recolecta de datos.

Instrumentos originales

El instrumento más utilizado en América Latina fue el del autor Bandler y Grinder del año 1982 utilizado en los artículos de García y Márquez (2021); Zúñiga, Leyva y Veytia (2017); Ríos (2013) y de Ortega, Espinosa, y Montes (2018) el cual es autoaplicable, presenta tres grandes sistemas para representar mentalmente la información, el visual, el auditivo y el kinestésico y cuenta con 40 ítems con una tipología de respuesta en escala nominal, aunado a lo anterior, asume el propósito de vislumbrar cuales son los canales preferentes de recepción para procesar la información en niños y niñas de primaria. De acuerdo a García y Márquez (2018) se deben realizar modificaciones en el

instrumento para que las palabras u oraciones sean acordes al contexto y situaciones que la edad de los alumnos requiera. Cabe resaltar, que el inventario en ningún artículo de los revisados presenta a detalle el proceso de validación, debido a que se considera aceptado y validado para recolectar datos sobre canales perceptuales, aunado a que es un instrumento validado en los años 80. (Zúñiga, et al., 2017; Ríos, 2013; Ortega, et al., 2018).

En sintonía con lo anterior, en los artículos de Castañeda (2020); Sánchez (2019); Corpus (2020) y de Ramírez (2019) se manifestó el segundo inventario más utilizado en América Latina que fue diseñado de acuerdo al Modelo de la Programación Neurolingüística de Bandler y Grinder (1982) el cual cuenta con 8 ítems, con una tipología de respuestas en escala nominal, autoaplicable y manifiesta tres dimensiones (estilo visual, auditivo y kinestésico). Conviene subrayar, que es propicio para niños y niñas porque es breve y es el único que presenta imágenes ilustrativas en su contenido con la finalidad de determinar el estilo de aprendizaje en los participantes que la responden (Castañeda, 2020 y Corpus, 2019). Según Ramírez (2019) este inventario resulta importante porque es menos esquemático y es propicio para la edad de los escolares de primaria. Los artículos revisados resaltan que el instrumento ha sido validado por los autores que la crearon, por ello, es una de las opciones más adecuada en los escolares (Castañeda, 2020; Sánchez, 2019; Corpus, 2020 y de Ramírez, 2019). Cabe mencionar que los instrumentos más utilizados se fundamentan en la misma teoría, autores y presentan las mismas dimensiones de estilos de aprendizaje; son adecuados para realizar una recolecta de datos, ya que ambas son versiones aceptadas y validadas.

Instrumentos adaptados

Por otra parte, se encontraron instrumentos que fueron modificados y adaptados de acuerdo al país y población con la que se trabajó, en dónde; 1 de ellos fue el cuestionario VARK de Fleming utilizado en el artículo de Castañeda en el año 2012 titulado *“El desarrollo de la competencia comunicativa y lingüística en alumnos con Necesidades Educativas Especiales y su relación con los Estilos de Aprendizaje”* creado en el año 2006 el cual fue traducido al español en el año 2007 por Raúl Sámano Galindo y Eduardo Preciado Delgado, con 26 ítems,

destacando los estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico), con una tipología de respuestas basado en una escala tipo Likert y de autoaplicación con alumnos de 3ro a 6to y con apoyo de un profesional para alumnos de 1ro a 2do (Castañeda, 2012).

Conviene subrayar, que el artículo no presentó el proceso de validación del instrumento una vez que fue traducido al español, lo que presenta un área de oportunidad. En otro ejemplo de adaptación, aparece el Cuestionario de estilos de aprendizaje diseñado por Navarro Pablo, M. en el año 2001 y adaptado de manera local por Ericka Fernández Anhuamán en el año 2018 autora del artículo potencial titulado “*Estilos de aprendizaje y adaptación de conducta en alumnos de primaria de una institución educativa de Chiclayo*” el cual cuenta con 39 ítems, con una tipología de respuestas basada en una escala tipo Likert, se responde de manera individual, presenta 7 dimensiones (Semántico, Analítico, Comunicativo, Dependiente, Auditivo, Visual, Manual) y se dirige a escolares con una edad de 10 a 12 años (Fernández, 2018). El artículo contiene de manera detallada el proceso de validación del inventario.

Instrumentos diseñados por el autor de la investigación (ex profeso)

Para iniciar, se presenta la Escala de Valoración para Medir los Estilos de Aprendizaje utilizado en el artículo del autor Fajardo en el año 2017 titulado “Estilos de aprendizaje VAK y su incidencia en la resolución de problemas de cantidad en los estudiantes del cuarto grado de educación primaria de la Institución Educativa “General Ollantay”. Carabayllo 2017” que cuenta con tres dimensiones que evalúan el aprendizaje visual, auditivo y kinestésico, consta de 24 ítems; de administración colectiva, su tiempo de duración para su aplicación es de aproximadamente 25 minutos, presenta tres dimensiones de estilos de aprendizaje (visual, auditivo y kinestésico), dirigido a escolares de 4to grado de primaria, con una tipología de respuestas que manifiesta una escala dicotómica en donde los participantes tenían que marcar con una X la opción que consideren correcta de acuerdo a su perspectiva siendo las opciones (1:Si) y (0:No) (Fajardo, 2017).

Fajardo (2017) incluye el proceso de validación, que fue muy importante porque permite demostrarle al lector que el instrumento presenta objetividad, precisión, veracidad y autenticidad. En sintonía con lo anterior, la teoría que fundamenta la creación del instrumento es la del autor Dunn y Duun (1978) que señala a los estilos de aprendizaje VAK como los estímulos básicos que ayudan a las personas a absorber y retener información implicando a cada uno de los sentidos visuales, auditivos o el movimiento (Fajardo, 2017).

Seguidamente, el autor Julio Gustavo Quevedo Estrada en el año 2019 diseño en el artículo titulado “Los Estilos de Aprendizaje según el modelo de la PNL, en los Estudiantes de 4to grado de Primaria en la I.E Divino Corazón de Jesús, en la Ciudad de Sullana 2019” el Cuestionario de la Programación Neurolingüística que se aplica de manera individual, el cual presenta 21 reactivos organizados en 3 indicadores: sistema de representación visual (7 reactivos), sistema de representación auditivo (7 reactivos) y el sistema de representación kinestésico (7 reactivos) y con una tipología de respuestas basada en una escala tipo Likert (Quevedo, 2019). De acuerdo con Quevedo (2019), la validez de este instrumento se llevó a cabo a través del juicio de validación por parte de expertos; la teoría que fundamentó la creación del instrumento es el Modelo de la Programación Neurolingüística de Bandler y Grinder del año 1982.

En definitiva, el instrumento más utilizado en América Latina para la identificación de canales de percepción en tres dimensiones es el de los autores Bandler y Grinder creado en el año 1982 que contiene 40 ítems y que puede ser modificado o adaptado de acuerdo con el grado escolar del nivel básico primario al que va dirigido o de acuerdo a las características particulares de la población seleccionada. Por otra parte, en México, el instrumento más utilizado es el Test de Estilos de Aprendizaje creado y diseñado a partir de la Teoría de la Programación Neurolingüística de Bandler y Grinder (1982) el cual contiene 8 ítems. Al implementarlos en el contexto local se recomienda realizar un proceso de validación a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, con el fin de realizar una prueba piloto para hacer los ajustes pertinentes en los ítems de acuerdo con la población de estudio. Finalmente, en Yucatán no se encontró un trabajo sobre la temática de estudio lo cual representa un área de oportunidad dado que es importante trabajar con esta información para fomentar aprendizajes significativos en niños y niñas.

Discusión

Los hallazgos muestran que Perú es el país de América Latina con mayor publicación de artículos enfocados a trabajar con los estilos de aprendizaje y canales perceptuales. De acuerdo con Rivero (2005) esto se debe a que la capacidad de retención de los estudiantes en el sistema educativo peruano es débil. Aunado a lo anterior, el principal problema es la baja calidad de la enseñanza y los bajos resultados en materia de aprendizaje de los estudiantes y egresados. Esto quiere decir, que el país percibió la necesidad de publicar artículos de investigación enfocados en demostrar a los docentes las teorías de los estilos de aprendizaje para que los estudiantes desarrollen mejor sus habilidades y procesen la información de forma óptima.

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE, 2012), los niños en nivel primaria no adquieren las competencias adecuadas que exige este nivel educativo; por ejemplo, se estima que el 12% de los estudiantes es incapaz de resolver operaciones de división y multiplicación. Por tal motivo, el citado organismo advierte la importancia de innovar con estrategias y estilos de enseñanza que contribuyan a mejorar el rendimiento de los escolares ya que esto permite que se transmita información de calidad a los niños y niñas dado que tienen habilidades y capacidades diferentes.

Otro elemento a destacar remite a las bases conceptuales de la promoción de la salud cuyo objetivo es lograr que las personas incrementen el control sobre su salud, para lo cual requiere de la participación de diferentes profesionales que aporten una mirada y abordaje integral a las problemáticas sanitarias de la población (OMS, 1989). Por esa razón, el profesional en Trabajo Social mediante su función de Promotor en Salud tiene la capacidad de realizar diagnósticos sociales en instituciones educativas con la finalidad de identificar y conocer una problemática para contribuir aportando alternativas de solución factibles de acuerdo con los recursos disponibles por medio de un proyecto social (Rosello, 1998).

Por ese motivo, en la planeación y programación de su intervención puede retomar los canales de percepción para incorporar tales elementos en el diseño de estrategias de enseñanza sobre hábitos saludables como el lavado de manos, con el objetivo de adecuar las formas de trabajo del equipo multidisciplinario (Rodríguez, et al.,

2017). Finalmente, a nivel América Latina, no se encontraron artículos que sean de autoría de un profesional en Trabajo Social o que incluya en su proceso metodológico la participación de este; se observa un área de oportunidad para la disciplina, especialmente en el ámbito educativo.

Conclusiones

La revisión narrativa resultó una metodología que involucra al Trabajo Social en un proceso de búsqueda y análisis sistemático de investigaciones disponibles para responder a una pregunta de investigación. Asimismo, contribuye a que el investigador pueda comprender de manera general un determinado tema teniendo en cuenta las perspectivas u opiniones de otros autores. Esta metodología exige el desarrollo de habilidades críticas, así como reflexivas para la inclusión de información de distintas fuentes con la finalidad de analizarlas y concentrar en un documento los principales hallazgos de forma clara y concreta.

En este mismo sentido, identificar los instrumentos para determinar canales perceptuales en México y Yucatán tiene una relación directa con el macroproyecto, ya que permitirá a los profesionales del área de la salud determinar cuál es el instrumento adecuado para hacer una recolecta de datos que permita identificar los canales de percepción de los escolares de primaria con la finalidad de diseñar las estrategias de enseñanza que fomenten el lavado de manos considerando las particularidades de los niños y niñas.

Referencias

- Aizpuru, G. (2008). La Persona como Eje Fundamental del Paradigma Humanista. *Acta Universitaria*, 18 (1), 33-40.
- Borchgrevink, J. Seung Hyun, K. (2013). Hand washing practices in a college town environment. *En Journal Environ Health*. 4(1), 18-24.
- Berra, S. Elorza, J. Estrada, M. y Sánchez, E. (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), p. 492-497.

- Bandler, R., y J. Grinder, (1982). *Frogs into princess: Neuro linguistic programming*. Royal Victorian Institute for the Blind Tertiary Resource Service.
- Castañeda, M. (2012). *El desarrollo de la competencia comunicativa y lingüística en alumnos con Necesidades Educativas Especiales y su relación con los Estilos de Aprendizaje*. (Tesis de Maestría). Tecnológico de Monterrey. Monterrey.
- Castañeda, M. (2020). *Intervención del trabajo colaborativo como estrategia para favorecer las relaciones interpersonales en un tercer grado de educación básica nivel primario*. (Tesis de Licenciatura). Benemérita Y Centenaria Escuela Normal Del Estado De San Luis Potosí. San Luis Potosí.
- Cano, A. González, T. Cabello, J. por CASPe. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe. Cuaderno III. 1 (3), 3-8.
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades [CEVECE] (2015). *Visión CEVECE. Lavado de Manos*. Publicación oficial. Recuperado de: <https://bit.ly/3vVP0I7>
- Corpus, M. (2020). *Incrementar los niveles de comprensión lectora en un grupo de 4° año de primaria a través de los textos literarios*. (Tesis de Licenciatura). Benemérita y Centenaria Escuela Normal Del Estado De San Luis Potosí. San Luis Potosí.
- Fajardo, E. (2017). *Estilos de aprendizaje VAK y su incidencia en la resolución de problemas de cantidad en los estudiantes del cuarto grado de educación primaria de la Institución Educativa "General Ollantay"*. Carabayllo 2017. (Tesis de Maestría). Escuela de Posgrado. Universidad Cesar Vallejo. Perú.
- Fernández, E. (2018). *Estilos de aprendizaje y adaptación de conducta en alumnos de primaria de una institución educativa de Chiclayo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Perú.
- Feldman, R. S. (2005). *Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana*. México DF: McGrawHill.
- Figuroa, N. Cataldi, Z. Méndez, P. Rendón, J. Costa, G. Salgueiro, F y Lage, F. (2015). *Los estilos de aprendizaje y el desgranamiento universitario en la carrera de informática*. 15-19. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/15775339.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2010). *Manos limpias en escuelas: Promoviendo el Aprendizaje, la Salud y la Participación por medio del Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) en Escuelas*, 4 (2), 2-16.
- García, A. y Márquez, A. (2018). *Estrategias didácticas como herramienta en la impartición de la materia de historia, tomando como énfasis los estilos de aprendizaje según el Modelo VAK de los alumnos de cuarto de primaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Gamboa, M. Martínez, J. y Camacho, J. (2015). Caracterización de estilos de aprendizaje y canales de percepción de estudiantes universitarios. *Opción*. 31 (3), 509 - 527.
- Gómez, L. (2004). *Manual de estilos de aprendizaje*. México: DGB.
- González, R. (1997). Concepciones y enfoques de aprendizaje. *Revista de Psicodidáctica*. 4. (1), 5-39.
- Instituto Nacional de para la Evaluación de la Educación. INNE (2012). <https://www.inee.edu.mx/>
- Ortega, F. Espinosa, D. y Montes, F. (2018). Experiencias de investigación desde la práctica docente. *Redie*. 1 (2), 1-35.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1989). *Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
- Pérez, J. Echauri, M. Ancizu, E. y Chocarro, J. (2006). *Manual de educación para la salud*. España: Gobierno de Navarra.
- Puello, P., Fernández, D. y Cabarcas, A. (2014). *Herramienta para la Detección de Estilos de Aprendizaje en Estudiantes utilizando la Plataforma Moodle*. Formación Universitaria, 7(4),15-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=373534459003>
- Quevedo, J. (2019). *“Los Estilos de Aprendizaje según el modelo de la PNL, en los Estudiantes de 4to grado de Primaria en la I.E Divino Corazón de Jesús, en la Ciudad de Sullana 2019”*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Perú.
- Ramírez, P. (2019). *Diseño de un recurso educativo digital como medio de flexibilización curricular en la adaptación del proceso lector-escritor en niños y niñas con capacidad intelectual límite*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Colombia.

- Rivero, L. Céspedes, G. y Molina, J. (2017). Tipos de aprendizaje y tendencia según modelo VAK. *TIA*, 5(2), 237-242.
- Rivas, F. (1997). *El proceso de enseñanza – aprendizaje en la situación educativa*. Barcelona: Ariel Planeta.
- Ríos, J. (2013). *Aprendizaje de la teoría de aperturas de ajedrez con Mapas de Árbol de Ajedrez y su relación con la Autorregulación y Estilos de Aprendizaje*. (Tesis de Maestría). Universidad Tecvirtual Escuela de Graduados en Educación. México.
- Rodríguez, A., Loor, L. y Anchundia, I. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de la salud. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 3 (2), 1-15.
- Roselló E. (1998). Reflexiones sobre la intervención del trabajador social en el contexto educativo. *Cuadernos de Trabajo Social* 6, 233-258. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5805>
- Rother, E. (2007). *Revisión Sistemática X Revisión Narrativa*. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf
- Sánchez, R. (2019). *Favorecer el desarrollo de habilidades científicas a través de la curiosidad en alumnos de segundo grado de educación primaria*. (Tesis de Licenciatura). Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí. San Luis Potosí.
- Zamora, A. (2017). *Wix para educar a niños de primaria sobre el lavado de manos*. México: Universidad de Guadalajara.
- Zillmer, G. y Díaz, A. (2018). Revisión narrativa: elementos que la constituyen y potencialidades. *Nursing and health*. 2 (1), 1-2.
- Zúñiga, J. Leyva, J. y Veytia, M. (2017). El portafolio temático como estrategia para la comprensión lectora en primaria. *Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral*. 3 (1), 1-18.

Determinantes sociales relacionados con el acceso al lavado de manos en niños de zonas urbanas de Latinoamérica

Laura Gabriela Cituk Canche
Sheila Mariela Cohuo Cob
Marco Esteban Morales Rojas

Resumen

El lavado de manos es una estrategia vital para la Salud Pública, ya que es efectiva, de bajo costo, y de fácil aplicación. Sin embargo, su acceso se ha visto condicionado por los determinantes sociales presentes en las poblaciones. Las zonas urbanas han aumentado considerablemente, las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en desigualdades sociales, pobreza urbana, delitos violentos, acceso inadecuado a servicios básicos. Estas circunstancias sociales, pueden ser descritas a través del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, que permite describir la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones a través de estas condiciones sociales, mismas que son vitales para plantear intervenciones que promuevan cambios a mediano y largo plazo. Objetivo: Describir los determinantes sociales en salud relacionados con el acceso al lavado de manos en niños y niñas de zonas urbanas en Latinoamérica. Metodología: Revisión sistemática, de carácter documental, en el cual se utilizaron documentos oficiales y académicos de bases de datos como Redalyc, Scielo, Google Académico, BASE, entre otros. Resultados: Posterior a la aplicación de los criterios de exclusión y eliminación se utilizaron 13 documentos en los cuales se describe que el determinante más asociado a la práctica fue el de acceso a la educación, acceso al agua y el nivel socioeconómico familiar. La modificación sostenida de estos determinantes permite modificar la frecuencia de la práctica y aumentar

la calidad de ésta, prevenir enfermedades y aumentar la calidad de vida de los niños.

Introducción

El lavado de manos es una estrategia internacional de importancia vital para la Salud Pública, ya que ha demostrado ser una técnica no solo altamente efectiva, sino de bajo costo, y fácil aplicación en todas las comunidades (Rodríguez, 2016). Constituye una de las intervenciones más importantes, masivas y económicas para prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida en los niños (Alba et al, 2014).

En América Latina, el 81% de la población vive en localidades clasificadas como urbanas, de acuerdo con las definiciones nacionales, lo que la convierte en la región en desarrollo más urbanizada del mundo (CEPAL, 2021). Es aquí, donde millones de personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, así como carecen de fuentes adecuada de agua potable y un número mayor sufre la carencia de instalaciones seguras y dignas para la eliminación de las heces (UNESCO, 2019).

Antes que todo, las comunidades urbanas se definen como zonas habitadas caracterizadas por una alta densidad demográfica y una diversificada función económica concentrada; también, dentro de las características de desarrollo podemos encontrar en la mayoría de esta zona, calles asfaltadas, alumbrado público, red de saneamiento y agua potable, así como un acceso facilitado a los servicios de salud y educación (Ribeiro & Pena, 2019).

En comparación con las poblaciones rurales, las poblaciones urbanas generalmente tienen un mejor acceso a servicios sociales y de salud, mayores tasas de alfabetización, altas expectativas de vida, y más oportunidades variadas de desarrollo económico. Esto propicia que las zonas urbanas sean un escenario ideal para las intervenciones masivas enfocadas en el lavado de manos, gracias al acceso aumentado al agua e insumos, financiamiento en los planteles escolares, etc. (OPS, 2011).

Sin embargo, las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en desigualdades sociales, pobreza relativa y absoluta, carencia de acceso a viviendas dignas y servicios básicos, una falta de cohesión social, peligros ambientales y condiciones que afectan la salud mental, desembocando finalmente en efectos para la salud y el bienestar

de los grupos poblacionales que son medibles a través de la comparación entre ellos (OPS, 2011).

Derivado de lo anterior, se puede delimitar a las inequidades sanitarias como aquellas diferencias en las condiciones de salud que no solo son innecesarias, sino que se consideran evitables e injustas. Es imperativo aclarar que, aunque repercuten directamente en la salud de los individuos y las poblaciones, su concepto es multidimensional y al estudiar las causas es importante considerar otros sectores como el de desarrollo, social, económico, de justicia, entre otros (Krouse, 2020).

Estas inequidades causan segregación, por lo que consecuentemente las personas de bajos ingresos que viven en asentamientos ilegales o informales y a la periferia de las ciudades, tienen menos probabilidades de tener acceso a mejores fuentes de agua o servicios de saneamiento mejorados, lo cual se denomina marginación, concepto que no debe ser confundido con marginalidad, referido únicamente a la diferencia geográfica del asentamiento urbano respecto al centro de la urbe (OMS, 2014).

Todo lo anterior, se puede traducir en que las niñas, los niños y sus familias no cuenten con acceso a servicios de agua potable en la vivienda o las escuelas, escaso o ningún insumo necesario como jabón o sanitas de papel, las niñas y los niños no cuenten con el conocimiento necesario o no se encuentren en un medio que fomente la práctica del lavado correcto, frecuente y esencial de manos.

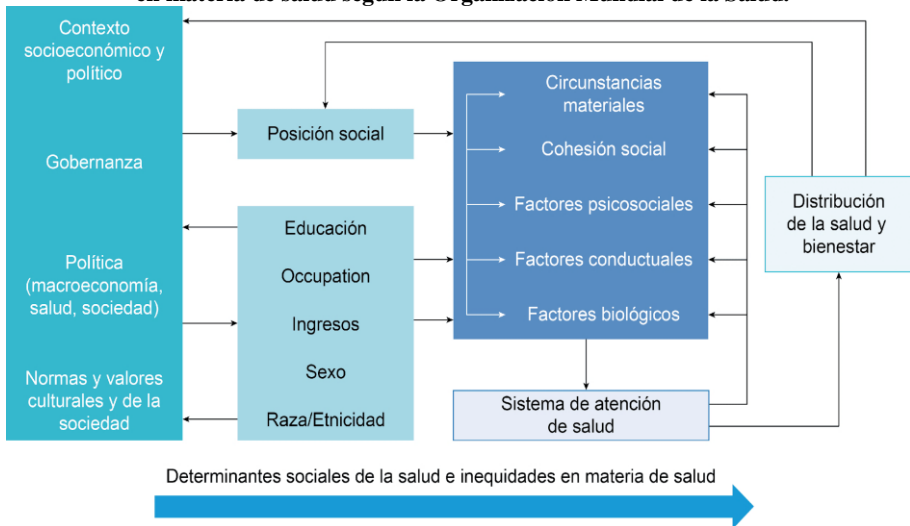
Entre las consecuencias negativas están las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), que se presentan al contaminar las manos con las gotitas de saliva en objetos y personas, para posteriormente llevar a la boca o mucosidades y enfermedades diarreicas agudas (EDAS), al ingerir diferentes tipos de sustancias que se quedan impregnadas en las manos, y que se colocan como las principales causas de morbilidad, mortalidad y de consulta en niños en edad escolar; las cuales podrían prevenir y disminuir la incidencia con el correcto lavado de manos, estas enfermedades no solo repercuten en la calidad del aprendizaje al acumular faltas en el periodo escolar, sino en la imposibilidad de llevar a cabo actividades propias de la edad como el aprendizaje a través de las tareas escolares, el juego la socialización y finalmente evolucionar en enfermedades que lleven a hospitalización, provocando un mayor gasto familiar e incluso la muerte (CEPAL, 2021).

En cuanto a la pandemia por Covid-19, diversos autores han descrito los beneficios de la instauración del hábito del lavado de manos en los niños al poder no solo cortar una cadena de contagio hacia ellos mismos, sino también hacía su hogar, además, el valor de este procedimiento puede repercutir en el aumento de los hábitos de higiene en los niños mejorando los aspectos de salud bucal, en la piel, hábitos alimenticios y de aseo corporal (Jess & Dozier, 2020).

Es por ello, que se ha descrito que existen factores que condicionan el estilo de vida de cada población, comunidades y familias y pueden explicar la distribución del bienestar y las enfermedades en las poblaciones. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (Figura 1.) son aquellas circunstancias sociales en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas condiciones pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de la población, dando lugar a las inequidades sanitarias (Sokol et al., 2019).

Los Determinantes Estructurales y/o sociales se refieren a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos, mientras que los Determinantes Intermedios determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (Sokol et al., 2019).

Figura 1.
Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud e inequidades en materia de salud según la Organización Mundial de la Salud.



Tomado de: Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas.
 Disponible en <https://bit.ly/3uFrCII>

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, ante el grado creciente de conciencia de que las circunstancias sociales pueden beneficiar o perjudicar el estado de bienestar de los individuos, hace hincapié en que, para combatir con éxito las causas de una salud deficiente en las zonas urbanas se requiere una amplia gama de soluciones que van desde mejores condiciones de vida y un aumento de las inversiones en los sistemas sanitarios y la tributación progresiva, hasta el mejoramiento de la gobernanza, la planificación y la obligación de rendir cuentas en el plano local, nacional e internacional

El objetivo de esta revisión es describir los determinantes sociales en salud relacionados con el acceso al lavado de manos en niñas y niños de zonas urbanas en Latinoamérica.

Metodología

Este trabajo presenta una revisión sistemática, de carácter documental y análisis interpretativo, en el cual se utilizaron documentos académicos y oficiales relacionadas con las variables de interés en la revisión.

Para los conceptos claves se utilizaron las palabras: Lavado de manos (Hand washing), higiene de manos (Hand hygiene), acceso (access), comunidades urbanas (urban communities), determinantes (determinants), hábitos de higiene (Hygienic habits), niñez (childhood). Los idiomas de búsqueda fueron en español e inglés, y se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

La fuente de datos disciplinares que se utilizaron son aquellas que cumplen con los criterios de calidad ofrecidos por Open Journal System, y que las revistas cumplan con la revisión por pares. Ante esto, las bases de datos relacionadas con el tema declarado seleccionadas son: Redalyc, Scielo, Google Academic, BVS, BASE Search, LILACS, EBSCO Host, TripDatabase, Science Direct, PubMed y el buscador de CONRICYT.

Como criterios de inclusión se tomaron los documentos publicados en el periodo del 2016 al 2021, que la zona de estudio se encontrara en comunidades urbanas de Latinoamérica y que contuvieran en título o el resumen las palabras clave y exploren la relación de algún determinante con el acceso al lavado de manos. En cuanto a los idiomas, se consideraron artículos en el idioma español e inglés.

Para la selección de estudios se realizó un filtro donde se descartó los materiales que se encuentren duplicados, se realizara la búsqueda filtrando los materiales con base al título, resumen y palabras clave seleccionadas para la investigación, se analizarán los textos completos que cumplan con los criterios de selección.

Se utilizó una tabla de Excel, basada en los criterios de la plataforma RevMann de COCHRANE, con el objetivo de identificar los elementos de cada estudio, los datos que se incluirán son; el número de artículo, autor, título del documento, base de datos, año, diseño, inclusión y motivo de exclusión y de acuerdo con los criterios de selección definir la pertinencia de inclusión a los resultados.

Para la lectura crítica se utilizaron los instrumentos publicados por el grupo CASP-e, para estudios transversales, revisiones sistemáticas y estudios cualitativos, así como la lista de verificación de evaluación crítica de JBI para estudios cuasiexperimentales, con los cuales se evaluó la calidad metodológica de los artículos (CASPe, 2016).

Resultados y discusión

Después de la búsqueda sistematizada, se incluyeron un total de 13 artículos (Figura 2) de los cuales 3 documentos fueron de diseño pre experimental, 8 documentos con diseño transversal, 1 artículo de revisión y 1 artículo de corte cualitativo, se aplicó la lectura crítica con los instrumentos proporcionados por el CASP-e según el diseño de investigación de los artículos seleccionados (“10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo”, “Programa De Lectura Crítica CASP-e Leyendo críticamente la evidencia clínica: Estudios de Revisión”, “Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios transversales”) y el instrumento “Lista de verificación de evaluación crítica de JBI para estudios cuasi experimentales (estudios experimentales no aleatorizados)”. Con la evaluación de la lectura crítica se clasificaron según el porcentaje de calidad de evidencia en Bajo, Medio y Alto para determinar el uso de los artículos y según los intereses de la revisión.

Resultados bibliométricos

Durante la búsqueda documental en las diversas bases de datos, se descargaron 42 artículos. De los cuales se reportan 2 artículos repetidos; “Programa educativo sobre higiene de manos en escolares primarios” fue 8 veces encontrado y “Promoción del lavado de manos en niños de 10 años: evaluación de intervenciones piloto en ciudades del Norte Argentino” 3 veces encontrado. El diseño metodológico más utilizado fueron los estudios transversales, seguidos por los diseños cuasi experimentales y finalmente el diseño cualitativo y de revisión. En cuanto a los años de producción de estudios se encuentran en el periodo del 2017 (2), 2018 (1), 2019(1), 2020 (5) y 2021(4). Los países de donde provenían los estudios fueron: Colombia (5), Perú (4), Argentina (1) Brasil (1), Cuba (1) y México (1).

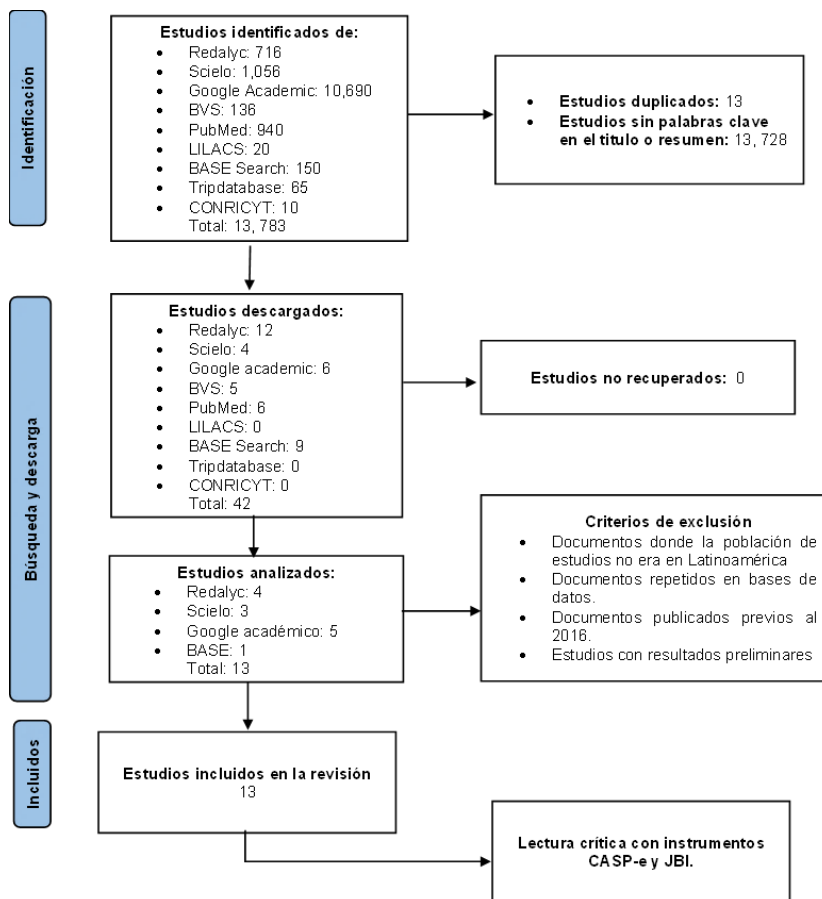
Calidad y sesgos

Se encontraron estudios cuasi experimentales los cuales fueron evaluados con la “lista de verificación de evaluación crítica de JBI para

estudios cuasi experimentales (estudios experimentales no aleatorizados)”.

Durante la evaluación de estos estudios, se encontraron las siguientes características; en todas las investigaciones se declara la “causa” y el “efecto”, se declaran los resultados de manera clara y el proceso de análisis de dichos resultados. El principal sesgo encontrado en los artículos con intervención fue que la mayoría no contaban con un grupo de control durante las intervenciones.

Figura 2. Diagrama de búsqueda documental sistematizada



Fuente: Elaboración propia con base en los criterios PRISMA.
 Disponible en: <https://bit.ly/3KpOCri>

Los estudios transversales, cualitativos y de revisión fueron evaluados con instrumentos de lectura crítica del grupo CASP-e. El principal sesgo encontrado en la evaluación de los estudios transversales fue que no se declaraba de forma explícita el diseño del estudio y el conflicto de intereses, sin embargo, el instrumento permitió leer críticamente el documento, y posteriormente disminuir el riesgo de sesgos por el diseño al poder localizar los elementos solicitados por la lista de verificación; en esta evaluación la mayoría de los artículos tuvo una evidencia alta. En el estudio cualitativo evaluado, su sesgo fue que el investigador declara su participación en la investigación como participación-acción donde interviene directamente con los participantes y en los resultados. En el estudio de revisión no se detectaron sesgos.

Los artículos que presentaron un 100% en el puntaje según las evaluaciones fueron “Programa educativo sobre higiene de manos en escolares primarios”, “Estilos de vida saludables de niños y adolescentes” y “Estilos de vida en una población escolar del área urbana de Pereira” y el artículo que presentó un 65% en puntuación fue “Caracterización de hábitos de higiene y ambientes en lugares de atención integral a población infantil”.

A continuación, se presenta un resumen de las características de los documentos encontrados (Tabla 1), así como la interpretación en con las variables principales.

Tabla 1. Resumen de los hallazgos principales de los artículos seleccionados

Título	Autores	Año	Metodología	País	Principales hallazgos
Programa educativo sobre higiene de manos en escolares primarios	García, Pérez e Iglesias	2021	Estudio cuasiexperimental.	Cuba	Posterior a la intervención, el grupo mejoró sus conocimientos en un 74% (de bajo a bueno, según el instrumento), mientras que en la realización de la técnica hubo un aumento del 89%.
<i>Estilos de vida saludables de niños y adolescentes</i>	Campo, Herazo y García.	2017	Transversal, descriptivo.	Colombia	Los escolares refirieron que Un 16,6 % y 9,4 % de los participantes expresaron que no se lavan las manos antes y después de ir al baño y manos antes y después de las comidas, respectivamente. Tanto en los hogares como en las escuelas. La identificación temprana de alteraciones en uno o varios de sus componentes permitirá implementar medidas de intervención específicas para mejorar dichos procesos.
Relato de una experiencia de promoción de la salud en escuelas: fomentando el lavado de manos	Oberto, Mamondi y Ferrero.	2020	Estudio cuasiexperimental.	Argentina	Se observó los sanitarios de ambas escuelas, se encontraron limpios y en condiciones edilicias adecuadas, ninguno contó con jabón líquido y toalla descartable. A su vez, se evidenció que uno de cada diez alumnos que ingresaron a los sanitarios se lavó las manos solo con agua.
Determinantes de la salud en niños menores de 5 años	Condor T.	2018	Transversal, descriptivo.	Perú	Los determinantes biológicos y socioeconómicos demuestran que la edad influye en las condiciones de vida y las exigencias que se plantean al individuo en

					cada etapa de su desarrollo, especialmente en los hábitos en salud.
Caracterización de hábitos de higiene y ambientes en lugares de atención integral a población infantil	Lesmes et. al.	2017	Transversal, descriptivo.	Colombia	Se reconoce que los niños en comparación con los adultos no dominan los hábitos de higiene de manos, y más allá de ello, las familias en donde no se valora el lavado de manos en los adultos, no se incentiva en los niños.

Fuente: Elaboración, propia 2022

Tabla 2. Resumen de los hallazgos principales de los artículos seleccionados

Título	Autores	Año	Metodología	País	Principales hallazgos
Desigualdades infraestructurales en ciudades fragmentadas	Loosifova et. al	2020	Revisión sistemática	Brasil	Ante la pandemia de COVID-19, se reconoce que no es accesible la higiene básica para muchos residentes, es decir, el lavado de manos no es una opción, patrón que se repite a escala mundial, proponiendo nuevos desafíos en la planificación urbana eficiente y saludable.
Exposición microbiológica en las aguas con deficiente tratamiento ambiental, higiene de las manos y sus probabilidades sobre episodios de diarrea en el distrito de Subtanjalla, provincia de Ica - Perú	Castillo, Gregoria	2019	Transversal, descriptivo.	Perú	Se encontraron microorganismos en los niños menores de 5 años que proceden de zonas con agua subóptima (59.3%) mayor que los que proceden de zonas con consumo de agua óptima (31.1%). Al evaluar el hábito de lavado de manos en niños el 34.3% las lavan a veces y al 34.6% se las lavan frecuentemente.
El cuidado del agua en entornos urbanos durante la pandemia de Covid-19	Zamora	2020	Transversal, descriptivo.	México	En Latinoamérica y el Caribe más de 65 millones de personas han enfrentado la pandemia sin acceso al agua y al jabón. La importancia del acceso al agua y el saneamiento como una política indispensable para la salud pública es un aspecto central para que se siga impulsando el alcance universal de estos servicios.
Prácticas preventivas de lavado de manos en escolares de educación primaria de una institución educativa privada.	Salazar	2021	Transversal, descriptivo.	Perú	El 65,0% de escolares evaluados presentaron prácticas preventivas inadecuadas de lavado de manos, mientras que el 71,8% tuvieron conocimientos inadecuados de los cuidados y momentos del lavado de manos.
Módulos Parlatantes para Impulsar los Hábitos de Higiene Bucal y Lavado de Manos	Ruiz & González.	2021	Cualitativo, investigación acción participativa.	Colombia	El profesor es el principal gestor de salud ante el escolar al comunicar y facilitar el aprendizaje de hábitos saludables, como el lavado de manos y el cepillado dental. La edad escolar es el momento oportuno ideal para la formación de hábitos básicos autocuidado.
Estrategia para lograr la higiene de manos en niños	Casadieo et al.	2021	Transversal, descriptivo.	Colombia	Para el lavado de manos, en el día 10 un 90% de los niños lo realizaban. Se establece que todos los pasos del proceso de lavado de manos fueron asimilados entre un 55% y 90% de los niños en 11 días en el grado 2 y en 14 días por los niños de preescolar
Estilos de vida en una población escolar del área urbana de Pereira	Rodríguez, Rodríguez & Arboleda	2020	Transversal, descriptivo.	Colombia	Se encontró que el 19% de los niños se lavan las manos antes de comer, y que en general, poseen una buena práctica de lavado de manos. Un 16,6 % y 9,4 % de los participantes expresaron que no se lavan las manos antes y después de ir al baño. Estos resultados están modulados por el nivel socioeconómico familiar.

Efectividad del programa educativo sobre conocimiento y práctica del lavado de manos en niños del 6to grado de primaria por el contexto de Covid-19 de la Institución Educativa N° 22626 San Antonio de Padua, Ica 2021	Ruiz	2021	Cuasi-experimental	Perú	Antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento y práctica del lavado de manos de los niños de 6° grado alcanzaba el 70% y el 30%, respectivamente. Después de la aplicación, todos alcanzaron un nivel muy alto (superior al 80%) en ambos rubros.
---	------	------	--------------------	------	---

Fuente: Elaboración, propia 2022

Determinantes estructurales

Gobernanza y Políticas Públicas

En el artículo encontrado de México, el autor declara sobre la importancia de las políticas públicas y cómo éstas benefician o crean barreras para el acceso al lavado de manos, ya que en Latinoamérica y el Caribe más de 65 millones de personas han enfrentado la pandemia sin acceso al agua y al jabón. La importancia del acceso al agua y el saneamiento como una política indispensable para la salud pública es un aspecto central para que se siga impulsando el alcance universal de estos servicios al implementar políticas en pro a los servicios indispensables para realizar el lavado de manos, como lo es el acceso a agua potable, disminuirán las brechas que existen en comunidades urbanas por la marginación que existe y los niños y niñas que ahí viven podrían tener una mayor oportunidad para practicar en su vida cotidiana el lavado de manos. Esta problemática tuvo mayor énfasis en los últimos años por la pandemia con el nuevo coronavirus Covid-19.” Concluye, que garantizar la disponibilidad y acceso del agua constituye la acción prioritaria debido a la importancia que representa el lavado de manos para prevenir el contagio de la Covid-19, es decir, políticas que busquen el acceso universal al agua deberían ser prioridad (Zamora, 2020).

Acceso al agua

El agua es el principal elemento para realizar el lavado de manos como declara la OMS, un estudio realizado en localidades urbanas de México establece que no todos cuentan con este servicio de manera continua: “el 32.8% de la población que habita la Zona Metropolitana del Valle de México recibe agua en su vivienda algunos días, mientras que 66.5%

declaró recibirla todos los días. En el caso específico de la Ciudad de México, alrededor de 13.8% de la población encuestada mencionó que el servicio de agua en su vivienda es intermitente” (Zamora, 2020). También, uno de los principales retos en las zonas urbanas es que, debido al crecimiento desproporcionado, los servicios no son equitativos y sumando la falta de infraestructura para que lleguen a todos los habitantes pone de manifiesto que los niños y niñas junto con sus familias no cuentan con el agua para hacer del correcto lavado de manos una práctica del día a día, provocando que se realice de manera incorrecta o que incluso no se realice (García et. al, 2021) (Iossifova et. Al, 2020).

Acceso a la educación en lavado de manos

La educación escolar no siempre es accesible para todos los niños y niñas, como se ha observado en las ciudades urbanizadas se ha pronunciado las inequidades debido al rezago en las zonas periféricas. La escuela o centros educativos son un elemento importante en el desarrollo de los niños, es el lugar donde aprenden y desarrollan hábitos, sin embargo, en los artículos encontrados se puede identificar una problemática respecto a la enseñanza del lavado de manos, ya que a pesar de que tienen acceso a una escolarización, en el contenido no se les proporciona información completa sobre el lavado de manos ni se enseña como hábito prioritario (García et al, 2021).

En el trabajo de Ruiz, (2021), se afirma que “el 80% de los participantes mostró un bajo nivel de conocimientos teóricos sobre higiene de manos antes de la aplicación del programa educativo y solo un 6,6 % se clasificó como bueno; lo que fue mejorado mediante la intervención, pues la totalidad de los alumnos mostraron buenos resultados al finalizar”. También señala que después de la aplicación del programa, “el nivel de conocimiento y práctica del lavado de manos de los niños de 6° grado alcanzaba el 70% y el 30%, respectivamente” (, p.24).

En ambas investigaciones se realizó una intervención para elevar el conocimiento y práctica del lavado de manos, lo que demuestra que cuando estas son aplicadas, aunque sean de corta duración, los niños pueden tener el acceso a la información adecuada para una buena práctica del lavado de manos, a pesar de contar con el acceso a la

escolarización, en el contenido didáctico no se les proporciona las herramientas necesarias para la realización del procedimiento. En línea con lo anterior, los autores delimitan que el profesor es el principal gestor de salud ante el escolar al comunicar y facilitar el aprendizaje de hábitos saludables, como el lavado de manos y el cepillado dental por lo que una capacitación integral en las escuelas, que abarquen todos los tipos de personas que conviven en ella, es prioritaria. Finalmente, en las etapas tempranas escolares es importante la colaboración de los profesores en la detección de hábitos incorrectos o insuficientes en los que puedan estar incurriendo los niños; este momento, es oportuno para la formación de hábitos básicos autocuidado (Gómez & Bernal, 2021).

La infraestructura y los insumos de las escuelas son fundamentales para el desarrollo de una higiene adecuada de manos, se encontraron 2 artículos con los siguientes resultados, el primero declara que; “los sanitarios de ambas escuelas, si bien se encontraron limpios y en condiciones edilicias adecuadas, ninguno contó con jabón líquido y toalla desechable” (Oberto, et al., 2020, p.21) y el segundo declara que; “los infantes señalaron la falta de recursos para la práctica y la insuficiente percepción del riesgo que conlleva la falta de esta conducta” (García et al, 202, p.8).

Determinantes Intermedios

Estilo de vida

La familia es pieza clave para la creación de hábitos saludables, sin embargo, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) condicionan en gran medida el estilo de vida de las familias y por consiguiente el de los niños y niñas. Un estudio donde los participantes corresponden a estratos medio y bajo determinó que los estudiantes tienen en general una práctica regular de lavado de manos, concluyendo un 16,6 % y 9,4 % de los participantes expresaron que no se lavan las manos antes y después de ir al baño y manos antes y después de las comidas, respectivamente. Después, se describe que, si no se cuenta con la valoración alta de la familia en la creación de hábitos saludables los niños y niñas, estos replicarán el estilo de vida que se lleva en la dinámica familiar por lo que la importancia de este factor recae en que permitirá implementar medidas de intervención específicas para

mejorar dichos procesos y contribuir a un bienestar verdadero y prolongado (Campo-Tenera et al, 2017). Estos resultados coinciden con otra autora que reconoce que “los niños en comparación con los adultos no dominan los hábitos de higiene”. (Soto, 2017)

El lavado de manos es una herramienta clave para disminuir las enfermedades diarreicas, según los resultados de la autora Castillo (2021); “los niños menores de 5 años con más de 2 episodios de infecciones diarreicas agudas en los últimos 6 meses presentan en su mayoría (63.2%) una higiene de manos deficiente, mientras que solo el 20.6% tiene un nivel óptimo” (p.52). Si no se tiene acceso al lavado de manos o a la información correcta para realizarlo, no se podrán prevenir enfermedades infecciosas en niños y niñas creando otra importante problemática.

Nivel Socioeconómico

En el siguiente artículo se encontraron resultados que recalca las inequidades socioeconómicas que se presentan en las zonas urbanas, se menciona que “mientras las clases medias y altas urbanas tienen usualmente garantizado el acceso a infraestructuras seguras y bien gestionadas, la mayoría de los residentes urbanos a nivel global dependen de estructuras y servicios improvisados, en contextos de explotación e inseguridad” (Coutard y Rutherford, 2015 como se citó en Delgado, Carlo & López, 2020) haciendo referencia a que los niños y niñas que viven en las zonas urbanas poco favorecidas no tendrán acceso a los servicios básicos, por lo tanto, el lavado de manos se verá limitado o será nulo. Después, en cuanto a las carencias económicas familiares, Heredia (2021) describe que “la vivienda en el 52,2% es unifamiliar, el 88% con baño propio y abastecimiento de agua por la red pública solo el 28.8%”, lo que significa que no todos los niños pueden realizar la práctica de lavado de manos cuando viven en situaciones de pobreza, lo cual crea barreras para el acceso a servicios básicos o infraestructura como los baños propios, se puede observar en los resultados obtenidos de esta investigación.

Por otro lado, al asociar el nivel socioeconómico familiar con el grado de escolarización de los padres, se establece que “el nivel de instrucción de las madres es limitado y el nivel socioeconómico es bajo en las familias, el apoyo social que poseen es de tipo empírico a cargo

de los familiares por la cultura en la que se encuentran inmersos de estos, y la mayoría manera no participan de programas sociales y educativos. Disminuyendo la instrucción en hábitos saludables y estilos de vida en los niños” (Heredia, 2021)

Factores conductuales y biológicos

La edad influye en las condiciones de vida y las exigencias que se plantean al individuo en cada etapa de su desarrollo, los niños que no son instruidos desde edades tempranas para el lavado de manos en el entorno familiar y escolar pueden crear obstáculos posteriormente para su aprendizaje e instauración como una conducta común y automática. Según la teoría de Piaget, los niños aprenden en función a la experiencia con la creación de hábitos hasta que son capaces de relacionar y resolver activamente nuevas problemáticas, en este caso relacionar la importancia del lavado de manos y la práctica continúa (Heredia, 2021). Lo cual, concuerda con los resultados obtenidos en una investigación realizada en Bogotá, que establece que “los niños en comparación con los adultos no dominan los hábitos de higiene, sobre todo, en los hogares donde no se evidencia el lavado de manos en los adultos, difícilmente éste es incentivado en los niños” (Lesmes et al., 2017).

Lo anterior, explica los resultados descritos donde da a conocer que “con la repetición los niños aprenden en un determinado periodo de tiempo corto dependiendo de la edad, ya que todos los pasos del proceso de lavado de manos fueron asimilados entre un 55% y 90% de los niños en 11 días en el grado 2 y en 14 días por los niños de preescolar cuyos padres reforzaban la conducta” (Casadiego, et al 2021). Finalmente, es importante señalar que no se hallaron estudios con resultados relevantes con relación al sexo o género en el aprendizaje del lavado de manos.

Cohesión Social Familiar

Al observar las unidades de estudio e intervención en lavado de manos, la familia es un elemento vital para que los niños puedan tener acceso al lavado de manos y una mejora en el apego, ya que ellos les proporcionan los recursos necesarios, así como los conocimientos y valores necesarios para su realización. Sin embargo, los hábitos de la familia no siempre benefician a los niños y niñas cuando estos no son

los adecuados; se encontró un artículo realizado en Colombia, donde hace referencia a este fenómeno, estableciendo que se reportó que 97% de los niños se lavan las manos antes de comer, 62% después de ir al baño y sólo 8% al llegar de la calle; sin embargo, en la observación se encontró que sólo 3% de los niños realizan lavado de manos en los tres momentos básicos” (Lesmes et al., 2017) esto concuerda con los resultados obtenidos por Salazar cuyo reporte señala que el 60,2% (62) de escolares entrevistados refirieron que no reciben educación sobre el lavado de manos 55 en el hogar y 39,8% manifestaron que sus padres si les incentivan a lavarse las manos” (p.54), haciendo énfasis en que los niños y niñas deben de tener redes de apoyo y una dinámica familiar en la que se creen hábitos saludables, se entiende que las dinámicas familiares están condicionadas por costumbres y por el entorno donde estas se establecen y viven. (Salazar, 2021)

Conclusiones

La concepción de la salud debe migrar cada vez más del eje biomédico y el paradigma hegemónico hacia una salud integral, que contemple al individuo, familias y poblaciones como seres sociales, susceptibles a diversas capas de vulnerabilidad que van a limitar o favorecer el acceso a los servicios de salud, por ende, a las intervenciones y tecnologías disponibles para la mejora

Los determinantes sociales de la salud pueden explicar la relación entre la accesibilidad a los servicios básicos, el acceso a la educación, al agua, saneamiento, luz eléctrica e incluso la vivienda, y relacionarlos con los niveles de bienestar y salud de las comunidades, así como la distribución de las enfermedades en los diferentes subgrupos que la componen. En las zonas urbanas cada vez más pobladas se han creado brechas en la que existe una gran inequidad en el acceso a los servicios y que han dado lugar a comunidades urbanas y suburbanas marginadas.

Al no contar con el acceso al agua y los insumos necesarios para realizar el lavado de manos de manera cotidiana, los niños y las niñas crecen en familias donde no se crean hábitos de higiene por falta de los elementos importantes para realizarlos, dejando de darle la importancia a esta práctica para prevenir enfermedades. El acceso a la educación demostró ser parte importante para el aprendizaje del correcto lavado de manos, ya que, se ha reportado que el nivel de escolarización está

relacionado con la educación en salud y el desarrollo de hábitos higiénicos-saludables. Por ello, estas intervenciones les brindan la oportunidad de aprender por medio de repetición para mayor retención y dinámica, siendo que, si los niños y niñas que no asisten a la escuela pueden crear barreras para tener acceso a estas medidas, tales como el correcto lavado de manos, lo cual consecuentemente puede aumentar las infecciones que presentan los niños y disminuir su calidad de vida.

Se deberá tomar mayor importancia estas circunstancias para la creación de políticas que reduzcan las brechas sociales; para que los niños y niñas puedan tener acceso a la educación, acceso a los servicios de agua y mejores condiciones de vivienda. En este estudio se describen los DSS que están relacionados con el acceso al lavado de manos de los niños de Latinoamérica en un contexto urbano. El trabajo colaborativo y multisectorial desde las instituciones de desarrollo social, el sector educativo y sanitario son fundamentales para poder contribuir a la resolución del problema, y crear oportunidades equitativas de acceso a los niños de estas zonas al lavado de manos, mejorando sus condiciones de vida personales y familiares.

Enfermería es un elemento importante en el sistema de salud, con el rol de educadores sanitarios puede implementar intervenciones comunitarias y educativas para el lavado de manos, al conocer los principales determinantes que crean barreras o impiden que los niños realicen esta actividad.

La presente investigación proporciona puntos clave sobre los determinantes sociales de la salud y el acceso al lavado de manos en una población vulnerable que son los niños y niñas, ya que brinda un panorama desde distintas perspectivas, con mayor énfasis a las inequidades que existen en las comunidades urbanas y como no se están realizando políticas en beneficio a esta población para permitirles el acceso al lavado de manos al día a día, así mismo proporciona las bases para implementar planes educativos donde se priorice la enseñanza del lavado de manos en la unidad familiar y el ámbito comunitario, ya que ahí es donde los niños se desarrollan y viven su niñez. Involucrar a la familia es vital para lograr un mayor impacto haciendo del lavado de manos un pilar fundamental en la niñez en los niños de las zonas urbanas, especialmente aquellos de las zonas marginadas donde las brechas de infraestructura son más evidentes.

En cuanto a esta investigación se logró el objetivo de conocer acerca de los determinantes sociales que condicionan o pueden predisponer el acceso al lavado de manos en niños y niñas de las zonas urbanas de Latinoamérica, todavía nos falta mucho para avanzar y eliminar estos determinantes, las costumbres y el crecimiento desproporcionada de las zonas urbanas sin políticas públicas que garanticen el acceso a servicios básicos, es momento que profesionales capacitados realicen intervenciones en pro de la salud y el bienestar social.

Referencias

- Alba, A., Fajard G., & Papaqui, J. (2014). La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13 (1), 19–24. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v13i1.178>
- Campo-Tertera, L., Herazo-Beltrán, Y., García-Puello, F., Suarez-Villa, M., Méndez, O., y Vásquez-De la Hoz, F. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*, 33(3), 419-428. <https://doi.org/10.14482/sun.33.3.10931>
- Casadiego, A. K., Casadiego Cabrales, A., Salas Contreras, F., Avendaño Casadiego G., y Avendaño Rodríguez A. (2021). Estrategia para lograr la higiene de manos en niños. *Revista Boletín Redipe*, 10(5), 332-342. <https://doi.org/10.36260/rbr.v10i5.1308>
- Castillo, G. (2021). *Exposición microbiológica en las aguas con deficiente tratamiento ambiental, higiene de las manos y sus probabilidades sobre episodios de diarrea en el distrito de Subtanjalla, provincia de Ica—Perú*. <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/3217>
- CEPAL (2021). *Panorama Social de América Latina 2020*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>
- Critical Appraisal Skills Programme Español. Redcaspe.org. (2022). *Instrumentos para la lectura crítica*. <https://redcaspe.org/materiales/>.
- Delgado G, & López D. (2020). *Las ciudades ante el COVID-19: Nuevas direcciones para la investigación urbana y las políticas públicas*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3894075>

- García, Z., Pérez, Y., Armenteros, A., Comas, L., Rodríguez, M., & Martín, J. (2021). Programa educativo sobre higiene de manos en escolares primarios. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 47–56. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.07>
- Gómez, A., & Bernal, M. (2021). Módulos Parlantes para Impulsar los Hábitos de Higiene Bucal y Lavado de Manos. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes* 2.0, 11(1), 146–153. <https://doi.org/10.37843/rted.v11i1.203>
- Heredia N. (2021). Determinantes de la salud en niños menores de 5 años—Piura, Perú, 2018. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180466183015>
- Iossifova, D., Bhide, A., Lazo, D. L., Valencio, N., Dong, N., y Gasparatos, A. (2020). Desigualdades infraestructurales en ciudades fragmentadas: Transformando infra-sistemas para la salud pública. In G. C. Delgado Ramos, & D. Lopez Garcia (Eds.), *Las ciudades ante el COVID-19: Nuevas direcciones para la investigación urbana y las políticas públicas* (pp. 78-89). Plataforma de Conocimiento para la Transformación Urbana. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3894075>
- Jess, R., & Dozier, C. (2020). Increasing handwashing in young children: A brief review. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 53(3), 1219-1224. <https://doi.org/10.1002/jaba.732>
- Krouse, H. (2020). COVID-19 and the Widening Gap in Health Inequity. *Otolaryngology–Head And Neck Surgery*, 163(1), 65-66. <https://doi.org/10.1177/0194599820926463>
- Lesmes, V., Ramírez, O., Parrado, Y., Hernández-Rodríguez, P., & Gomez, A. (2017). Caracterización de hábitos de higiene y ambientes en lugares de atención integral a población infantil. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 51(0), 1-6. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042103264>
- Oberto, M., Mamondi, V., Ferrero, M., & Sánchez, R. (2020). Relato de una experiencia de promoción de la salud en escuelas: fomentando el lavado de manos. *Revista Educación*, 44(2), 32. <https://doi.org/10.15517/revedu.v44i2.37581>
- OMS. (2014). *La OMS y el UNICEF destacan la necesidad de continuar mejorando el acceso a fuentes de agua potable y servicios de saneamiento mejorados.*

<https://www.who.int/es/news/item/08-05-2014-who-unicef-highlight-need-to-further-reduce-gaps-in-access-to-improved-drinking-water-and-sanitation>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2019). *Informe del 2019: No dejar a nadie atrás*.

<https://es.unesco.org/water-security/wwap/wwdr/2019>

Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (2022). Salud Urbana [online] Disponible en:

<https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>

Ribeiro, P., & Pena Jardim Gonçalves, L. (2019). Urban resilience: A conceptual framework. *Sustainable Cities And Society*, 50(50), 101625.

<https://doi.org/10.1016/j.scs.2019.101625>

Rodríguez A. (2016). *Implementación de una intervención educativa sobre el adecuado lavado de manos como estrategia para la prevención de enfermedades infecciosas (IRA y EDA) en escolares de primaria de San Andrés Tanguisteno, Actopan, Hidalgo* [Instituto Nacional de Salud Pública].

<https://catalogoinsp.mx/files/tes/054914.pdf>

Rodríguez, T., Rodríguez A, & Arboleda, G. (2020). Estilos de vida en una población escolar del área urbana de Pereira. *J. Health Med. Science*, 207-214.

<https://bit.ly/3rXpSR6>

Ruiz Ravello, J.L. (2021). *Efectividad del programa educativo sobre conocimiento y práctica del lavado de manos en niños del 6to grado de primaria por el contexto de Covid-19 de la Institución Educativa N° 22626 San Antonio de Padua, Ica 202*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional - UCV.

Salazar V. (2021). Prácticas preventivas de lavado de manos en escolares de educación primaria de la institución educativa privada ASTEX el principito Huánuco 2020. *Universidad de Huánuco*. <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2835>

Sokol, R, Austin, A, Chandler, C, Byrum, E, Bousquette, J, & Lancaster C. et al. (2019). Screening Children for Social Determinants of Health: A Systematic Review. *Pediatrics*, 144 (4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1622>

Zamora, I. (2020). *El cuidado del agua en entornos urbanos durante la pandemia de Covid-19*. Disponible en: [Http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4997](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4997)

Aprendizajes obtenidos con la pandemia del Covid-19: el caso de profesionistas de Trabajo Social que laboran en organizaciones hospitalarias.

Marisela Rivera Montoya¹⁶
Martín Castro Guzmán¹⁷

Introducción

Este trabajo es el resultado de una investigación exploratoria por medio de la técnica de sondeo con profesionistas de Trabajo Social que laboran en el campo de la salud en el área hospitalaria. Esta investigación sistematiza los diversos puntos de vista en relación con los aprendizajes obtenidos en la intervención profesional en el período de la pandemia por Covid-19. El instrumento utilizado fue un cuestionario realizado vía Google Forms con 24 profesionistas de Trabajo Social que tuvieron la disposición para responder un cuestionario con preguntas que sirvieron de interrogantes base, para conocer de forma abierta sus respuestas y es a partir del análisis de éstas que presentamos los resultados, mismos que nos permiten reflexionar acerca de su ser y su quehacer, así como afirmar su identidad, su especificidad y sus procesos de intervención profesional sobre todo en el campo de la salud. Este estudio permite hacer una reflexión sobre nuestro quehacer profesional en situaciones emergentes que vienen a evidenciar los vacíos metodológicos de las y los Trabajadores/as sociales que laboran en atención a la salud de los usuarios en el campo hospitalario y ayudar a replantear nuevas formas

¹⁶ Profesora investigadora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa en Culiacán

¹⁷ Profesor Investigador de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Yucatán.

de inclusión e intervención dentro de los procesos de participación en las diversas instituciones y organizaciones de salud.

Pandemia Covid-19 y Trabajo Social

El Trabajo Social como profesión ubicada en las Ciencias Sociales y la exigencia del actual contexto de pandemia por Covid-19, nos lleva a reflexionar acerca de su ser y su quehacer, que le permita afirmar su identidad, su especificidad, sus procesos de intervención profesional en los diferentes campos de su accionar y, sobre todo replantear nuevas formas de inclusión e intervención dentro de los procesos de participación en las diversas instituciones y organizaciones de salud.

La pandemia de Covid-19, conocida también como pandemia de coronavirus, es una pandemia que continúa vigente, derivada de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2.⁸⁹ Inicialmente denominada neumonía de Wuhan, ya que los primeros casos fueron presentados en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan, al surgir casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida.

Es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una emergencia de salud pública de trascendencia internacional el 30 de enero de 2020 y es reconocida como una pandemia el 11 de marzo de 2020, cuando informó que había 4291 muertos y 118 000 casos en 114 países. (OMS,2020)

La pandemia de Covid-19, una crisis sanitaria con impacto social convierte a las y los profesionales del Trabajo Social, siempre en la primera línea de batalla, en profesionales imprescindibles en el acompañamiento, promoción y atención de las personas. Una nueva crisis social y económica sumada a las consecuencias de la todavía existente crisis económica globalizada del 2008.

Este fenómeno ha provocado nuevas problemáticas sociales, con un grado de complejidad mayor, partiendo de la pobreza y ha aumentado no solo el número de personas afectadas, sino que ha agravado las que ya existían. Por lo que se hace necesario una intervención integral con la persona y su entorno familiar y social. Como ya es conocido, la pandemia generó cambios radicales en todos los aspectos de la vida de

las personas, así como sus medios de subsistencia desde el primer trimestre del 2020.

Como podemos observar las condiciones de las personas o sujetos sociales con los que interactuamos, intervenimos o atendemos los profesionistas de Trabajo Social, se fueron empeorando, al ser grupos vulnerables que se encuentran al margen de la sociedad, donde encontramos problemas de salud, pobreza, discriminación, racismo y otras formas de exclusión, desigualdad y opresión. Aunado a lo anterior aumentó el aislamiento social, desaparecieron puestos de trabajo, oportunidades de empleo para los que no contaban con uno, y se ha tornado complejo el sistema de salud en general.

La pandemia plantea muchos desafíos políticos, profesionales y personales para los formuladores de políticas sociales en atención a la salud, trabajadores sociales y también para las personas que utilizan los servicios de Trabajo Social. En este proceso de la pandemia, se encontraron con el dilema ético de tomar decisiones relacionadas con: asignación de ventiladores, camas de hospital, tanques de oxígeno, visitas domiciliarias, canalizaciones a otros hospitales etc.

Ante este panorama se presenta la disyuntiva de decidir con quién dirigir su atención y solidaridad, todas estas son cuestiones relativas a derechos, deberes, justicia, comunidad, solidaridad y cuidado. Esto permite reflexionar sobre las implicaciones que todas estas cuestiones tienen para el desempeño profesional, pero sobre todo cuando este, responde a políticas institucionales.

La cuestión ética también juega un papel fundamental, puesto que los valores éticos centrales del Trabajo Social basados en los derechos humanos están en relación directa sobre nuestra percepción sobre lo social. Considerar también la importancia del estado de la economía frente a la salud de la población o priorizar la salud individual.

Al Trabajo Social le corresponde comprometerse y evidenciar en forma crítica y reflexiva la situación que juega el Estado en la aplicación de las políticas sociales y los programas de salud. Por lo que debe de analizar la estructura de las instituciones y las implicaciones que trae en su desempeño laboral. Es evidente la falta de espacios reflexivos entre pares, donde, como lo plantea Wallerstein (2007), se elabore una agenda investigativa que posicione a la profesión de Trabajo Social al nivel del resto de las disciplinas sociales.

Como señalamos en párrafos anteriores la pandemia por Covid-19, además de crisis en el ámbito sanitario, generó un incremento de las cifras de la pobreza, la precariedad económica, la desigualdad de oportunidades, la violencia contra las mujeres y contra la infancia, el racismo, la xenofobia y la exclusión social que generan vulnerabilidad y siguen manteniendo en confinados los derechos humanos, convirtiéndose esta situación en una oportunidad importante para la profesión de Trabajo Social.

Desde la formación profesional de los trabajadores sociales encontramos que en los currículos académicos se incluyen objetivos para lograr competencias profesionales en los egresados que contemplan la elaboración e implementación de las políticas sociales; sin embargo, el imaginario social nos presenta otra panorámica al respecto, en la cual el trabajador social responde a los intereses institucionales como ejecutor de los programas y proyectos donde predomina la burocracia.

En este sentido, podemos decir que la estructura burocrática de las instituciones encajona al profesional para que responda a sus fines, políticas y programas ya definidas de antemano, por lo que la formación académica, que aporta a lo profesional bases generales, queda como un requisito para poder funcionar como lo exige la institución.

Los trabajadores sociales sabemos que, como toda enfermedad, el Covid-19 es una enfermedad social, es decir que no puede ser pensada sólo desde la medicina, la biología o los efectos psicológicos. De allí que lo social la atraviesa totalmente, dándole sentido, diversidad e impacto, tanto a nivel singular como en otros aspectos como sería lo territorial. Desde allí, tal vez, es posible pensar algunas estrategias de intervención que se singularizan dentro de cada campo como es el caso de la salud y del Trabajo Social hospitalario.

De esta manera, la salud se construye, es producto de un complejo juego de intervenciones que se conjugan a partir de la actuación colectiva frente a los problemas y a la solución de estos como horizonte. De lo anterior, radica la importancia de participar en los equipos multidisciplinarios en atención a los usuarios, en este caso, derivados del problema de la pandemia.

En otras palabras, para la intervención en lo social no hay un Covid-19, sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están

desarrollando cuidados para no contagiarse, donde se incluyen a los profesionistas de Trabajo Social.

La enfermedad como proceso impacta de manera distinta según el lugar, el espacio donde aparece, las características nutricionales, habitacionales, las enfermedades previas, las condiciones de construcción de la cotidianidad y especialmente la posibilidad de percepción de sentirse enfermo, sano o expuesto a ella relacionado con la subjetividad de cada uno y con los condicionamientos sociales y económicos que dialogan inevitablemente con estas cuestiones.

Desde una mirada singular de lo social, el Trabajo Social tiene la posibilidad de hacer ver al equipo de trabajo y a las personas a las que dirigen su intervención las características complejas del asunto, haciendo de esta manera mucho más realista el abordaje de este; poniendo en claro que una cifra epidemiológica, como una cantidad de casos, debe ser complementada por las características de las circunstancias de cada uno de ellos. Por lo que la realidad del COVID-19 no es sólo la sumatoria de contagiados, curados y muertos, sino algo mucho más complejo, tiene relación directa con la estructura social.

Los hospitales como organizaciones

Las organizaciones son concebidas como entidades sociales que están dirigidas al alcance de metas, diseñadas con una estructura previamente analizada, donde se trabaja en coordinación y que está vinculada al medio ambiente (Daft, 2020). Una de las características principales, de las organizaciones, es que están formadas por personas y las relaciones interpersonales se dan con el fin de desempeñar acciones que ayuden al logro de sus metas.

Existe una gran diversidad de organizaciones, dependiendo del tamaño, del giro o la industria a la que pertenezcan; sin embargo, es importante en el marco de esta investigación señalar la diferencia entre aquellas organizaciones que buscan una retribución económica y las que dirigen sus esfuerzos para la generación de un impacto social. Daft, (2020), menciona que algunas de las funciones que una organización debe de cumplir, es el reunir recursos para alcanzar las metas y resultados deseados, producir bienes y servicios con eficiencia, facilitar la innovación, utilizar productos modernos y tecnologías basadas en computadoras, adaptarse e influir en un ambiente cambiante, así como

crear valor para los propietarios, clientes y empleados o acomodarse a los desafíos constantes de diversidad, ética, patrones de desarrollo profesional, motivación y coordinación de los empleados.

Es necesario que las organizaciones cumplan con dichas funciones, con el fin de que estas lleven la dirección y alcancen los objetivos que se elaboraron en su planeación. Por otro lado, es necesario entender que las organizaciones tienen diferentes perspectivas que ayudan a entender su funcionamiento, una de ellas es: la visualización de la organización como un sistema abierto que encara y configura a la organización.

La organización, como un sistema abierto, debe estar en permanente convivencia con el exterior para poder sobrevivir, por lo que debe estar en constante cambio, adaptándose a las necesidades del ambiente en forma continua, de donde toma recursos en bruto, como lo son los humanos, económicos y financieros para llevarlos a la organización, pasando por un proceso de transformación y, poder así, llevarlos de nuevo al exterior ya en forma de producto o servicio. (Daft, 2020).

En este contexto, Miguel Ángel Asenjo, en su libro “Gestión Diaria del Hospital”, utiliza la definición de esta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde dice que un hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. (Asenjo:2001).

Otra definición de hospital es la que proporciona la Ley de Hospitales de España, que dice que todo hospital son aquellos establecimientos que están destinados a dar servicios de asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que puedan realizarse en ellos, además, en la medicina que se crea conveniente, medicina preventiva y de recuperación, además del tratamiento ambulatorio.

En este contexto, los hospitales son organizaciones como cualquiera, en donde es necesario el logro de objetivos, formada por personas que ayudan y cooperan para el alcance de estos, con una estructura orgánica perfectamente planeada, de acuerdo con las necesidades del ambiente, y que cumple ciertas funciones, como es la producción de servicios.

Resultados y hallazgos

Este trabajo es producto de la sistematización de los resultados de un sondeo realizado a través de un instrumento aplicado por Google forms, que básicamente contemplaba una pregunta detonadora ¿Cuáles son los principales aprendizajes que obtuviste a partir de la pandemia por COVID 19?, este sondeo se realizó con 24 profesionistas de Trabajo Social que tuvieron la disposición para responder y que nos permitió conocer de forma abierta sus respuestas. Posteriormente realizamos el trabajo del análisis de datos y presentamos los resultados.

Las respuestas proporcionadas por algunas trabajadoras Sociales que laboran en el campo de la salud, específicamente en los hospitales de la ciudad de Culiacán Sinaloa, independientemente si forman o no, parte del Sistema Mexicano de Salud dentro de las instituciones de seguridad social como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y servicios sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), así como también las organizaciones hospitalarias que forman parte del sistema de Bienestar Social como parte de la Secretaria de Salud (SS) donde encontramos al Hospital General, Hospital de la Mujer, Hospital Dermatológico, Hospital Psiquiátrico, Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Centro de salud, Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y Hospital. Ante la pregunta detonadora acerca de cuáles son los principales aprendizajes que obtuvieron a partir de la pandemia por Covid-19, las participantes del estudio en sus discursos afirmaron lo siguiente:

Nos concretamos a hacer lo que la dirección del hospital nos permite, cada vez que llega un caso de un paciente contagiado se activa la alarma de código rojo, debemos evitar el contagio...hemos perdido compañeros de trabajo con factores de riesgo en su salud, como hipertensión, diabetes etc....no queremos ser parte de las estadísticas de fallecimientos...

La expresión anterior denota la inmediatez con la que se asumen los roles asignados por la Institución. Los profesionistas de Trabajo Social tienen una labor instrumentalista por el uso de una serie de técnicas e instrumentos que permiten pasar de la idea a la acción, en ese “saber hacer” que ha estado presente en la profesión pero que impide arribar a

la construcción y revisión cognitiva sobre el “cómo” se desarrolla la actuación profesional, para propiciar la relación entre pensar y actuar; y como resultado, obtener una intervención fundamentada. Ello implica superar posturas que restringen una serie de pasos o etapas, desconociendo el carácter cognitivo, reflexivo y de acción propositiva, que los lleve a participar en la toma de decisiones y a niveles jerárquicos de mayor reconocimiento.

Algunas de las participantes reflexionaron ante este cuestionamiento en relación a los aprendizajes obtenidos en este proceso de pandemia y lo que respondieron fue una verdadera catarsis de las entrevistadas y que expusieron en sus discursos su sentir:

...Realmente desde el punto de vista emotivo es una gran satisfacción tener la oportunidad de estar aquí, ya que la emoción de poder ayudar a la gente no tiene precio, aunque a veces la motivación es poca por parte de la Institución, nos gusta el estar en contacto con la gente, aun con las limitaciones que tenemos para atenderlas. (TS 11 Hospital de la Mujer)

Las profesionistas de Trabajo Social que participaron en esta investigación también manifestaron el dolor e impotencia ante la pérdida de un compañero de Trabajo Social, quien perdió la batalla contra el COVID 19, y una vez más corroboramos que los factores de riesgo en la salud fueron factores influyentes en la muerte de colegas y de la población en general.

...Nuevamente sentimos un profundo dolor por el deceso de un amigo y compañero de trabajo. Estamos tristes porque falleció esta tarde, trabajador social del Hospital General de Culiacán del turno de jornada acumulada diurna. Un hombre bueno, trabajador y servicial”. (TS 12 Hospital General)

Nuestro colega y amigo, una gran historia de superación personal. Laboró en mantenimiento y estudió la Licenciatura en Trabajo Social...Logró superarse y le encantaba el quehacer en Trabajo Social. (TS 13 Hospital psiquiátrico).

Como podemos apreciar en algunos de los diálogos rescatados, se denota frustración al realizar un trabajo arduo frente a las carencias que se presentan en los diversos nosocomios donde laboran, lo que hace de su acción una labor incansable como se expresa a continuación:

Los y las trabajadoras sociales somos héroes invisibles que también se encuentran en la primera línea frente al coronavirus. Son quienes atienden

y conocen las necesidades de los familiares de los pacientes. Trabajo Social es un área que no descansa pues la adversidad social y económica muchas veces va aparejada de la crisis que genera la pandemia del Covid-19. (TS 14 Centro de Salud)

Hasta cierto punto existe una idealización con respecto a la imagen social que creemos que tiene nuestra profesión, aunque esta labor nos lleve al desgaste físico y emocional y algunas veces al estrés o agotamiento físico y mental, como lo expresa la informante que labora en el Hospital Civil.

Los hombres y mujeres que laboramos en Trabajo Social también somos ángeles que luchamos en la pandemia hasta el agotamiento físico y emocional cuando los recursos no son suficientes en ese esfuerzo por el bienestar y la salud de los pacientes, así como de sus familiares que los esperan. (TS 15 Hospital Civil)

Otras expresiones que son rescatables y dignas de análisis son comentarios como el siguiente:

Es inmenso el valor de la intervención de los y las trabajadoras sociales. Es un equipo de emergencia social ante esta emergencia de salud. Somos personas que están ahí como acompañamiento de la familia, que brindan orientación y conocen de cerca cada caso. (TS 16 ISSSTE)

En la expresión anterior encontramos una identidad profesional introyectada, como señala Giménez, (2002), quien sostiene que la identidad es el conjunto de repertorios culturales interiorizados (representaciones, valores, símbolos), a través de los cuales los actores sociales (individuales o colectivos) demarcan sus fronteras y se distinguen de los demás actores en una situación determinada, todos ellos dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado.

“El papel de Trabajo Social en los entornos sanitarios es desafortunadamente uno de los menos visibilizados. Su tarea es compleja y tiene que ver con la defensa de los derechos y la dignidad de la persona enferma y su familia, informan, orientan, acompañan, intervienen, e incluso están para apoyar”. (TS17 Hospital dermatológico)

Las funciones, actividades y tareas que realizan estas y estos profesionistas se inclinan a las funciones administrativas, que van desde

el registro de información, elaboración de pases para visitas, el seguimiento de los pacientes que acuden a alguna cita médica, o a las urgencias médicas, hasta cuestiones tan sencillas como es la asignación de cambio de folio en los expedientes, la elaboración de los listados de pacientes, los reportes de los pacientes referidos de otros hospitales, las revisiones de las hojas de egreso, elaboración de expedientes digitalizados incluido el estudio socioeconómico.

“Somos las y los profesionales de Trabajo Social quienes vemos lo que nadie ve ni verá nunca, porque sabemos del dolor y el sufrimiento, aunque también conocemos la alegría que significa brindar y observar la recuperación de un paciente y la satisfacción del deber cumplido” (TS18 UNEME CAPASITS).

Se puede apreciar la visión humanista de la profesión de Trabajo Social, “Para el nuevo humanismo se trata de integrar el sistema hombre en el sistema social, o si se quiere, como enseñó ese gran humanista que fue Erich Fromm, de introducir el factor humano en el análisis del sistema total. (Ander, 2018, p.14)

Ante este escenario los profesionistas de Trabajo Social han luchado para continuar haciendo su trabajo, teniendo que adaptarse e innovar, para satisfacer nuevas necesidades y volver a priorizar los aspectos más urgentes e importantes de sus funciones.

“Somos hombres y mujeres que estamos preparados para la emergencia social y las situaciones más imprevistas. Hoy la pandemia es para nosotros también un maratón laboral en el que damos todo por nuestros semejantes”. (TS 19 IMSS)

Por otro lado, encontramos expresiones de responsabilidad y al mismo tiempo decepción; aunque la motivación en el trabajo consiste en el proceso mediante el cual las personas, al ejecutar una actividad específica, desarrollan unas capacidades que conducen a la materialización de ciertos objetivos para satisfacer necesidades y/o expectativas, en el caso de las profesionistas de Trabajo Social se plantean expectativas diferentes a la realidad que viven, como esta profesional del Hospital Pediátrico de Sinaloa, quien asevera: “Sentimos que nuestro trabajo no es valorado en esta pandemia, y no hemos dejado de venir ningún día.”

Como podemos observar en la expresión anterior existe un complejo de inferioridad motivado por la discriminación laboral que se entiende como la situación en la que un trabajador se ve perjudicado profesional, salarial o moralmente respecto a sus compañeros por motivos que no están directamente relacionados con su desempeño laboral. Como nos platica una Trabajadora Social del Hospital Civil de Culiacán. “Cuando inició la pandemia solicitamos gel y cubre bocas y no nos proporcionaron nada” (TS2).

En principio, la mirada y el encuentro entre lo micro social en relación con lo macro se hace fuertemente evidente. Es decir, el problema Macro (Pandemia) se singulariza en circunstancias micro sociales, como es la falta de espacios de hospitalización, medicamentos, insumos en general. De ahí que los profesionales de Trabajo Social dialoguen con la vida cotidiana, la trama social y la reconfiguración de diferentes problemas sociales en los escenarios que impone y transforma la pandemia: “No estamos preparados para enfrentar un problema de salud como el Covid-19, no contamos con la infraestructura, ni la capacitación necesaria” (TS3 Hospital General de Culiacán).

El Covid-19 ha traído cambios no solo para las personas, sino también para las instituciones de salud y sus empleados. Frente a un futuro incierto, en donde muchos trabajadores y directivos tendrán que adaptarse, actualizarse y “reequiparse” para poder ser funcionales, el reto está en promover la formación en habilidades transversales que permitan intervenir en este contexto de incertidumbre. Como asevera esta participante: “La encargada del departamento se fue incapacitada y nos quedamos sin liderazgo frente a un hecho inédito, lo que nos llevó a mayor inseguridad en todos los aspectos” (TS4 IMSS).

Se hace evidente que el líder influye en el comportamiento de los empleados y con su capacidad de liderazgo. Así, el líder asume el control y hace que su grupo se esfuerce para alcanzar los objetivos de la organización, pero cuando existe una ausencia de este, repercute en el desempeño de su equipo de trabajo... “Tenemos que venir a trabajar con miedo y cada uno de nosotros nos hemos comprado nuestro equipo de protección, la jefa del departamento dio positiva” (TS5 Instituto Sinaloense de Cancerología).

En los últimos meses la población del mundo ha estado sometida por la pandemia de Covid-19 a un reto emocional causado por el riesgo de

pérdida de la salud (incluida la muerte) y del riesgo real o potencial de la alteración de la estabilidad socioeconómica personal y laboral, lo que afecta grandemente.

Ahora bien, si hablamos de recursos materiales en una institución de salud, haremos mención que son todos aquellos insumos, mobiliario, equipamiento que son necesarios para la atención médica, esto sin diferenciar si una institución de salud es, pública o privada. Como asevera en su discurso una compañera:

Es una oportunidad para la reflexión, empatía, generosidad y poner en práctica lo que somos, de lo que estamos hechos, como individuos, hacer una pausa. Como profesionales del Trabajo Social, otorgar el mayor número posible de orientación y consejería a la población en general, a los grupos vulnerables, trabajar en la concientización de los sectores en donde se observa mayor número de casos, con aquellos que aún dudan de la veracidad y restan importancia ante la pandemia que afecta al mundo, con la confianza de que nuestro perfil profesional nos permitirá crear un cambio favorable que incida en la disminución de casos positivos y su expansión masiva” (TS6 Centro de salud de Culiacán).

A pesar de que, en Trabajo Social, la identidad profesional es un tema que no está resuelto, puesto que se trata de un proceso dinámico y permanente que no se realiza de una vez y para siempre, pues son muchos los elementos que interactúan y repercuten en su construcción, observamos que en su comentario la informante aporta elementos de interés y valía para configurar el proceso identitario dentro de los hospitales en la época actual.

Mi familia incluida yo nos contagiamos con el virus, pensé que no viviríamos para contarla, pero en cuanto me sentí bien me reintegré a mi equipo de trabajo, con gran incertidumbre por no contar con protocolos establecidos que dieran la certeza de no perder la vida en este proceso, ya que algunas compañeras perdieron la batalla frente al COVID 19, por lo que el temor aumentaba cada vez que un compañero o compañera fallecía” (TS7 CREE Culiacán)

Esta pandemia de Covid-19, es un suceso que lo aceptemos o no, invadió nuestras realidades, transformó nuestra cotidianidad y a juzgar por los hechos, no sólo la muerte, sino los cambios que genera no tienen vuelta atrás. Un acontecimiento, tiene un antes y un después, hoy no solo es desigualdad, se ha impuesto la ruptura, el aislamiento, el vacío.

Las medidas de salud pública han demostrado en otras situaciones similares su efectividad para disminuir el impacto de la pandemia, sin embargo, tienen un costo social, económico, familiar y laboral.

Aprendizajes obtenidos durante la pandemia por Covid-19

En base a los testimonios obtenidos de las profesionistas de Trabajo Social, podemos afirmar que la problemática actual en materia de salud, demanda al Trabajo Social como profesión, plantearse nuevas lecturas de la realidad, lo que autoras como Vélez-Restrepo (1993), plantean es resignificar y reconstruir permanentemente su ejercicio profesional, a través de la reflexión teórico-metodológica y ético-política de sus intervenciones, de tal forma que conjuguen la reflexión, la acción y la transformación como relación inevitable para incidir en forma sistemática y coherente en la complejidad de las manifestaciones de la cuestión social de hoy.

La intervención profesional está condicionada por el sentido y el significado que estos profesionistas dan a su acción. De tal modo, que habría que cuestionar: qué tanto conocen lo que hacen y cómo lo hacen, cómo actúan en su labor cotidiana, de qué manera elaboran programas de trabajo, cómo imaginan la trascendencia de su labor profesional. Así mismo preguntarse, ¿Se plantean transformar su actuación, es decir reconfigurarla, haciendo a un lado la fundamentación de su práctica que se ha caracterizado por ser racionalizada, acrítica, descontextualizada, dogmática, operativa e instrumental? ¿Qué aprendizajes significativos nos deja la experiencia con la pandemia del Covid-19?

Todas estas interrogantes nos sirven profesionalmente para replantear nuestro papel en la sociedad como profesión vulnerable, que hasta en fechas recientes al Trabajo Social se le ha considerado, junto con el magisterio y la enfermería, como *semiprofesional* por la imagen social creada desde sus inicios profesionales; todas ellas identificadas con ocupaciones que no han completado su proceso de profesionalización, y por lo tanto requieren de la supervisión de una profesión con status superior, como es el caso de los médicos y las enfermeras en las organizaciones hospitalarias.

Esto ocurre debido a que la integración de las profesiones al escenario de la acción social (sea en el espacio público-estatal o público-social), incorpora el capital simbólico acumulado por las

actividades domésticas, voluntarias y benéficas, e instala el símbolo de “la buena acción” para referirse a estas profesiones.

La intervención profesional del Trabajo Social ha sido cuestionada desde sus orígenes hasta la fecha, ésta se construye dentro del espacio donde se posiciona laboralmente, es el caso del campo de la salud donde aparece como una profesión subordinada en los distintos campos, específicamente en el de la salud y en el espacio hospitalario; en ese ámbito las trabajadoras sociales realizan una “función de apoyo” de las acciones médico-sanitarias, a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo de la institución de salud (Kissnerman,1987).

Conclusiones

Con la emergencia sanitaria, la enfermedad y las vidas truncadas de familiares, amigos, vecinos y colegas por el virus del Covid-19, se ha hecho evidente; la emergencia social en todo el mundo y en nuestro país en particular, no es la excepción, lo que afecta y compromete las capacidades personales, la seguridad, las relaciones o redes sociales y familiares y los recursos y medios de subsistencia.

Existen factores sociales, económicos y políticos que, por supuesto influyen en forma determinante en la forma en que los profesionales de Trabajo Social intervienen para atender los problemas y las necesidades sociales, generados en este caso particular producto del confinamiento y las medidas tomadas como es el caso del aislamiento o cuarentena para todos los casos de contagio, donde las redes sociales, familiares, laborales, fueron determinantes para la subsistencia.

Aprendimos que cuando existen situaciones donde las personas se encuentran desprovistas de seguridad social, que limitan su acceso a los servicios médicos y medicamentos, es cuando debe surgir el verdadero Trabajo Social, ese que hemos leído en muchos textos, donde nos exige plantear alternativas de intervención con nuevos modelos y metodologías.

Otro aprendizaje, es la urgencia en la actualización disciplinar y la expertíz en el uso de las nuevas tecnologías y la línea telefónica como principal herramienta, en vez del contacto cara a cara del que la costumbre nos instauró en nuestra rutina de trabajo. Nos percatamos de

la importancia que tiene el saber hablar y escuchar en las líneas telefónicas, que en esos momentos de crisis sanitaria era la única forma de mantener el contacto con los usuarios. Para finalizar debemos señalar que queda mucho por hacer desde nuestra profesión, porque la pandemia por Covid-19 no ha terminado.

Referencias

- Asenjo, M. A. (2001) *Gestión Diaria del Hospital España*: Editorial Elsevier.
- Daft, R. (2020) *Teoría de la Organización*. Consultada en https://orion2020.org/archivo/TO/01_tointro.html
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2011). *Texto preliminar para el workshop sobre la definición de Trabajo Social de la federación internacional de trabajadores sociales (FITS)*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Galeana de la O, S. (2004): “Campos de acción del Trabajo Social”, en M. Sánchez-Rosado (compilador) *Manual de Trabajo Social*, México, P Y V, pp. 139.
- Kissnerman, N. (1998): *Pensar el Trabajo Social: Una Introducción desde el Construccinismo*, Buenos Aires, Argentina: Editorial LUMEN-Humanitas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Brote de Enfermedad por coronavirus en* <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.
- Plan Estatal de Desarrollo (2017-2021) Sinaloa. Gobierno del estado.
- Rodríguez, L.M. y García, M.P. (2019) *Salud y Trabajo Social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación*. Cuadernos Trabajo Social. 32 (1), 123-139.
- Vélez-Restrepo O.L., (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social, perspectivas y tendencias contemporáneas*, Espacio, Argentina.
- Wallerstein, I. (1991). *Abrir las ciencias sociales, Siglo XXI-UNAM*, México.

Modelo de sistematización del Trabajo Social hospitalario

Josefina Figueroa Ortiz¹⁸

Resumen

La construcción de un Modelo de Sistematización del Trabajo Social Hospitalario entrelaza el Modelo de Investigación y el Modelo de Intervención, ya que conjuga elementos teóricos-metodológicos, con la práctica profesional, que recaba el conocimiento adquirido por la experiencia. Existe la necesidad de contar con un modelo de sistematización del Trabajo Social desde las unidades hospitalarias, que guíe la organización de los datos que genera, para estar en condiciones de analizarlos y teorizarlos, para proporcionar una estructura organizada, que permita construir un conocimiento a través del análisis de las acciones que repetidamente se realizan, sean contrastadas con la teoría que fundamenta y disiente la acción y así, establecer nuevas propuestas de intervención que amplíen la pericia de los profesionales del Trabajo Social. Se apoya en los Modelos de Intervención, puesto que recoge la experiencia obtenida directamente de la realidad, identificando el proceso en tres etapas: Primera, elaboración de un marco teórico; segunda, identificar dimensiones, categorías, ejes e indicadores y su vinculación con los referentes teóricos; tercera, un proceso metodológico consistente en otros tres momentos que tienen que ver con categorías de análisis, planeación operativa y análisis crítico. El modelo propuesto para la Sistematización del Trabajo Social Hospitalario, se plantea mediante dos grandes ejes temáticos: Teoría y Práctica, para lo cual es necesario: caracterización y contextualización, análisis de la interrelación entre los sujetos sociales participantes, problematización, técnicas e instrumentos empleadas, investigación

¹⁸ Maestría en Desarrollo Social de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ACANITS.

documental, evaluación de planes, programas y proyectos, identificación de esquemas metodológicos, análisis de la nulidad de programación, contrastación con elementos conceptuales, integración de la información y postura teórica-ideológica.

La sistematización, un proceso metodológico

Uno de los antecedentes más relevantes de los procesos de sistematización del Trabajo Social, se presenta según Castro (2016), en la dinámica del proceso del movimiento de la Reconceptualización de la disciplina de Trabajo Social en América Latina. En esa época de cambios estructurales en la intervención social del gremio de trabajadores sociales, se evidenció la utilidad del ejercicio de pensar y repensar la práctica cotidiana, en un intento por demostrar que se hacía en ese momento una labor disciplinaria más estructurada y construir nuevos conceptos a partir del conocimiento generado hasta entonces.

La sistematización jugó un papel importante en este movimiento disciplinario en el contexto latinoamericano, ya que fue un momento crucial para el desarrollo de la disciplina en esta región del continente americano; era importante hacer un alto y reflexionar sobre lo que hasta ese momento se había hecho, lo que en 40 años las escuelas de Trabajo Social, servicio social o asistencia social habían realizado, en la formación de un profesional enfocado en el estudio y la intervención de los problemas sociales. (Castro, 2016).

Para Rangel (1986, citado en Castro, 2016), la sistematización es un proceso que, a través de las distintas aproximaciones sucesivas, encuentran las correspondencias y las conexiones lógicas que permitan entender y comprender los fenómenos para ubicarlos en un contexto de totalidad. Refiriéndose al análisis de “una reiterada repetición de acciones”. Desde esta perspectiva se puede trabajar en un proceso que lleve a pensar y reflexionar en la labor que diariamente realizan los trabajadores sociales en los hospitales, encontrando elementos que permitan razonar en los saberes generados a través de la experiencia.

El objetivo de realizar una sistematización de la práctica profesional es producir un conocimiento a través del análisis de las acciones que repetidamente se realizan y sean contrastadas con la teoría que fundamenta y disiente la acción, que permitan establecer nuevas propuestas de intervención y mejorar la pericia de los profesionales del

Trabajo Social. Estas nuevas propuestas deberán ser puestas en prácticas y nuevamente reflexionadas, criticadas y enriquecidas, dando pie a una acumulación de conocimientos desde y para la práctica.

En la actualidad, específicamente en las instituciones de salud pública en México, convergen tres épocas cruciales del Trabajo Social: aquellas personas que se formaron con un plan de estudios bajo el régimen de tecnicismo, quienes se formaron en los primeros planes de un nivel licenciatura en experimentación, quienes egresaron con un plan de estudios más estructurado y regenerado y quien cursaron estudios de postgrado. Lo que hace que salten las siguientes interrogantes ¿Existe diferencia en la práctica profesional entre unas personas y otras? ¿Cómo cambió el Trabajo Social a partir de la inclusión de nuevos elementos conceptuales a la práctica cotidiana de este gremio? ¿Qué conocimiento escrito dejó la formación técnica del Trabajo Social que puede ser retomada y enriquecida por los y las licenciadas en Trabajo Social? ¿El hecho de coincidir en espacio y tiempo estas tres generaciones ha enriquecido o mermado la práctica del Trabajo Social hospitalario? ¿Los procesos de vinculación social, institucional e interinstitucional se vieron favorecidos con la acumulación de saberes y retroalimentación de experiencias entre unos y otros profesionistas?

Estás reflexiones acerca de la intervención de los profesionales del Trabajo Social en los problemas que aquejan a las personas que solicitan sus servicios en unidades hospitalarias, parte de la búsqueda de respuestas hacia el interior, en contraparte con el impacto en los sujetos sociales demandantes de atención.

Por lo que sistematizar la experiencia profesional, permite no solo construir nuevos elementos conceptuales, sino que, implica encontrar sentido a la especificidad del Trabajo Social, con fundamento teórico que a la postre, se verá en el impacto de las alternativas de solución a necesidades individuales que son reflejo de los grandes problemas sociales que enfrenta la población, competencia para la intervención profesional.

Es importante mencionar que durante el trayecto por esta profesión nos topamos con muchas incertidumbres de tipo elemental, se salía de la academia con un cúmulo de aprendizajes, pero con un vacío existencial-profesional que exigía retomar aquello que por lo menos en las instituciones hospitalarias, o, nos era dictado o nos era fácil adaptar. Para posicionar la carrera en un hacer de cosas sin fundamento teórico

aún en los años posteriores a la reconceptualización, además que los métodos de caso, grupo o comunidad, en la práctica profesional hospitalaria se desvanecían, no se exigía la literatura como parte fundamental de la formación académica, de esta forma la sistematización de la práctica, era mostrada solo en letras y conceptos vanos “por encimita”, y esto quizás, sea un factor importante para que no exista tanta bibliografía respecto al Trabajo Social en la época del nivel técnico, ya que por mucho tiempo su interés y formación se centró en la práctica.

Es necesario realizar este tipo de ejercicios analíticos, de razonamiento, de ideas, de planteamientos teóricos, para fortalecer con fundamento esa misma acción, de alguna manera le debemos a la academia, al regresar ese conocimiento generado a partir de la experiencia, para ser desmenuzado y vuelto armar con mayores cimientos que sostengan la gran estructura profesional.

Para lo cual, se propone un modelo de sistematización construido en base a las aportaciones de distintos exponentes del Trabajo Social, como la propuesta reciente de sistematización en Trabajo Social de Castro (2016), además del resultado del análisis que se concluyó después de realizar el ejercicio de pensamiento reiterativo de las acciones que ejercen los trabajadores sociales en hospitales públicos, en concordancia a lo establecido con autores como Cifuentes (2003)

Análisis conceptual de sistematización

En Trabajo Social hablar de sistematización es una constante, que tomó relevancia a partir de la reconceptualización, como ya se ha mencionado, Oscar Jara en su publicación Orientaciones Teórico-prácticas para la sistematización de experiencias (2011) la define así:

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.

Para Mendoza, (2002), la sistematización se logra en cinco etapas: Descripción, Ordenamientos, Clasificación, Análisis y Conceptualización. Plantea la sistematización dentro del proceso metodológico del Trabajo Social.

Castro (2016) complementa este proceso identificando otras fases más que sirven de guía para recuperar la memoria de lo puesto en marcha, analizar y reconocer...aprender de la práctica y generar conocimientos nuevos, esto en un afán por compartirlos y comunicarlos con otras personas, así como con otros organismos de interés común. Definiéndola como toda actividad tendiente a la construcción del conocimiento, la construcción de un sistema, un modelo, una teoría, un concepto o un paradigma.

Para Cifuentes (2003), la sistematización de experiencias de intervención profesional en Trabajo Social es un proceso de construcción social del conocimiento, de análisis para encontrar particularidades y atipicidades; avanzar en la comprensión de nuestra intervención profesional.

Mientras que al hablar de sistematización en Trabajo Social Anguiano, et al. (2009), afirman que “La sistematización es aquella explicación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo”.

Como ellos, existen muchos otros autores que hablan sobre la sistematización, término que ha sido una constante en la profesión del Trabajo Social desde la academia, hasta la práctica profesional, sin saber a ciencia cierta el porqué y el para qué, solo se integra como parte del proceso metodológico de la profesión como el caso de María del Carmen Mendoza, sin embargo, se puede considerar un proceso metodológico en sí mismo, que desde el Trabajo Social se pueda compartir a las ciencias sociales con dos objetivos: Recuperar el conocimiento de una experiencia determinada que construyan nuevos conceptos y enriquezcan, fundamenten o produzcan teorías, o, plasmar la experiencia en sí, para aportar elementos que constituyan novedosos modelos o paradigmas e ideas en la acción o intervención social.

La diferencia entre ellos dependerá de profundización analítica y el razonamiento lógico, crítico, objetivo y la explicación de la interrelación entre los sujetos y el objeto que se estudia, con base en los

resultados obtenidos. Sin ser uno u otro de mayor o menor importancia, pues ambos al final contribuirán a la pericia de quienes trabajan por facilitar la solución de los problemas sociales.

Para esto, es necesario reflexionar en la intencionalidad de la sistematización desde el Trabajo Social, para distintos autores puede complementar la idea de retomar aquellos elementos de análisis que reafirmen la especificidad del Trabajo Social, a la vez de fundamentar la construcción de la profesión como una ciencia.

¿La construcción del conocimiento es forzosamente producto de una postura científica? Para la Real Academia Española, el verbo sistematizar significa organizar algo según un sistema, es por ello, que cuando se habla de sistematizar se hace referencia a la integración de un todo articulado, es como si para hacer este ejercicio se debería separar cada una de las partes que integran las fases de cada proceso, pensar en por qué se realizan de esa manera, de dónde viene ese proceso y cuál es su fin último, para posteriormente vincularlo al entorno social al que pertenece, darle nombre y apellido (conceptualizarlo) para finalmente mirarlo desde un punto abstracto dentro de una teoría.

La finalidad no es hablar meramente de los antecedentes de la sistematización en la profesión del Trabajo Social, más bien retomar aquellos elementos que permitan conocer distintas propuestas metodológicas y la intención u objetivo que tienen para formar parte de los procesos de intervención de estos profesionistas. En lo particular, se considera que uno de ellos, es el guiar hacia la recolección de datos generados a partir de la práctica, que ayuden a entender y explicar determinados problemas sociales, después de un proceso de reflexión, análisis y autocrítica, así como proveer de nuevas herramientas que faciliten la acción social.

Tabla 1. La intencionalidad de la sistematización desde el Trabajo Social

Autor	Intención de sistematizar	Proceso metodológico
Oscar Jara Holliday (2011)	Para comprender más profundamente nuestras experiencias y así poder mejorarlas, Para intercambiar y compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias similares, Para contribuir a la reflexión teórica con conocimientos surgidos directamente de las experiencias y para incidir en políticas y planes a partir de aprendizajes concretos que provienen de experiencias reales.	<ul style="list-style-type: none"> • El punto de partida • Las preguntas iniciales • Recuperación del proceso vivido • La reflexión de fondo: ¿Por qué pasó lo que pasó? • Los puntos de llegada
María del Carmen Mendoza	La acción de sistematizar es la actividad tendiente a la construcción de un sistema. La concepción de	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción • Ordenamiento • Clasificación

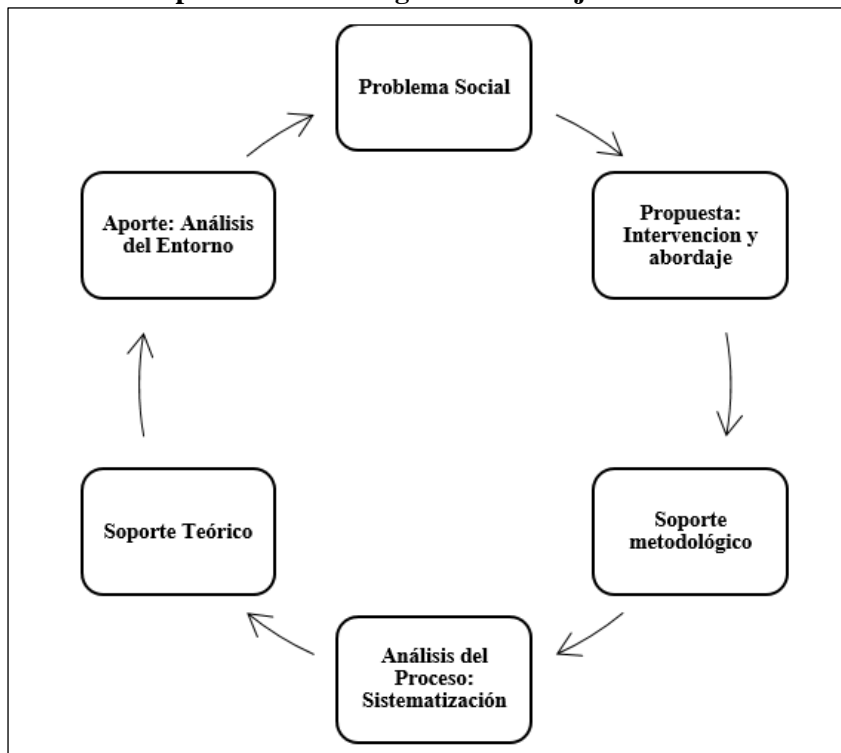
Rangel (1986)	sistema nos habla de la idea de un todo articulado, cuyos componentes están interrelacionados entre sí.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis • Conceptualización
Autor	Intención de sistematizar	Proceso metodológico
Martín Castro Guzmán (2016)	Reconocer lo realizado, recuperar la memoria puesta en marcha, no solo los fracasos, sino también los puntos críticos, analizar procesos concretos, entender la práctica y generar conocimientos nuevos desde la propia práctica, para comunicarlos y compartirlos con otras personas y organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción • Organización • Clasificación • Análisis • Síntesis • Conceptualización • Teorización
Ana María Cifuentes Gil (1999)	Se sistematiza para aportar a la reflexión teórica, a la producción de conocimiento desde y sobre lo particular y lo cotidiano, enriqueciendo, confrontando y cuestionando el conocimiento existente sobre procesos sociales, para que sea cada vez más adecuado a condiciones rápidamente cambiantes de la realidad en nuestros países.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción-interpretación • Potenciación
Ana María Anguiano Molina, et al. (2009)	Uno de los propósitos, entre otros es, la (macroholística-transdisciplinar-global) conceptualización de la práctica, para poner en orden los elementos, no un orden cualquiera, sino el que le dé cuerpo ideológico-visión, de cada una de sus partes y ubiquen su razón... buscar penetrar en el interior de la dinámica de la experiencia; procesos vicios, complejos: circularidades, relaciones, recorridos (etapas, fases, momentos etc.) contradicciones (contramarchas) tensiones, abrutamientos etc. para entender y explicar los procesos, su lógica, extrayendo enseñanzas tanto en la teoría como en la práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso • Participación • Orden • Memoria histórica • Análisis e interpretación • Promoción y generación de aprendizajes • Nuevos conocimientos • Crea, comparte y difunde saberes.

***Nota.** Esta tabla muestra la intención de sistematizar la experiencia de las y los trabajadores sociales, para recuperar sus aportes epistemológicos. Elaboración propia. 2020

Sea cual fuere el resultado, lo esencial de la sistematización de las experiencias generadas de la práctica, intervención, praxis o acción del Trabajo Social es el corresponder de una manera analítica, el dilucidar la realidad que presentan los sujetos demandantes de atención, en correlación con los sujetos presuntivamente con la responsiva de atención de esas demandas, visualizando el deber ser de Trabajo Social como un coadyuvante en la fortaleza de esa relación.

Aportando con soporte teórico, por una parte, los aspectos socio familiares que influyen para la agudización de los problemas que presenta el individuo, y por otra, actuando de forma directa en la solución de estos conflictos con soporte metodológico. Es decir, las causas se fundamentan, se entienden y se explican, mientras que la intervención o acción se construye y se aplica paso a paso.

Esquema 1. Relación Teoría-Práctica, proceso metodológico del Trabajo Social



Fuente: Elaboración propia. 2020

De esta manera se abre paso al conocimiento a través de la sistematización, plasmando los aportes epistemológicos que emergen como resultado de la intervención o acción profesional. Si el trabajador social quiere actuar de forma competente y útil en situaciones prácticas necesita tener conocimiento de qué es lo que está ocurriendo y porque lo cual se significa que necesita pensar teóricamente (Viscarret, 2007).

Epistemología y sistematización

La sistematización, permite conocer y reconocer el sentido de las acciones y la intervención que se hace día a día en el campo, donde las y los trabajadores sociales están inmersos. La práctica que llevan a cabo para dar atención a los sujetos sociales con quienes se interrelacionan,

sean usuarios, colegas u otros profesionales, de una forma vinculatoria, debe detenerse un momento para realizar un análisis sobre el significado tiene esa acción e identificar las consecuencias de omitirlas, esto invitaría a pensar en la concepción de las tareas que dan cuerpo a esa misma intervención.

La sistematización es entonces, aquel proceso por el cual se transita para reorganizar los datos que se obtienen al analizar desmenuzada y detenidamente, las acciones que en repetición se ejecutan en una intervención social, cuyo resultado, no tendría el impacto positivo esperado al omitirlas, esto con el fin de conceptualizarlas y contrastarlas con un enfoque teórico que fundamente su sentido y aplicación. En este proceso, se recoge el conocimiento que genera la práctica, a través de este ejercicio analítico. Nuestro aporte epistemológico.

En acuerdo con Alvarado (2008), la epistemología es una ciencia que se encarga de estudiar el conocimiento científico. Tiene en sus antecedentes dos enfoques teóricos: Como teoría del conocimiento y Filosofía de la ciencia o teoría de la ciencia.

Tomando en cuenta que la teoría es la interpretación de una realidad, se puede comprender que el conocimiento entonces es generado de la relación que existe entre un objeto y un sujeto dentro de un entorno determinado.

El sujeto, encuentra un objeto que puede ser desde material como natural, para investigarlo desde diferentes enfoques, la interpretación de ese objeto por parte del sujeto se evidencia por medio de una imagen que se realiza por la correlación entre ambos, interpretando lo más cercano a la realidad del objeto. La producción que esa acción genera se trasmite a los demás por medio de teorías o conocimiento; sin embargo, este resultado dependerá de los factores ideológicos, sociales y personales del sujeto. Este enfoque se refiere al conocimiento en general.

La relación entre objeto-sujeto es lo que da la existencia del conocimiento. El conocimiento es verdadero mientras concuerde la descripción del sujeto sobre el objeto, mientras esta, describa las características del objeto, en menor y mayor escala se puede tomar como verdad, sin embargo, no es absoluta ni estática; por lo contrario, cambia de acuerdo con el contexto (tiempo y espacio) donde se encuentra en el momento de la afirmación (Alvarado, 2008)

Existen dos corrientes de pensamiento que tienen diferentes posturas sobre el origen del conocimiento: Los idealistas, que piensan que es la idea la que crea la realidad misma y los materialistas que sostienen que lo material crea todo, hasta las ideas. Con esto podemos decir que la teoría del conocimiento es un análisis filosófico de la relación que existe entre el sujeto y el objeto de la cual se hablaba anteriormente.

El problema de intervención de la teoría de la ciencia es la ciencia misma, tratando de dar respuesta a qué es y cómo se construye, la discusión del explicar y el comprender, su fin es estudiar la génesis y la estructura de las ciencias, desde el punto de vista lógico, histórico y sociológico. García (2006) explica que la epistemología como teoría de la ciencia, distinta a lo que la filosofía especulativa da como teoría del conocimiento. Entonces, a partir de ese momento se hace necesario distinguir entre una teoría del conocimiento que podríamos llamar teoría del conocimiento común, y una teoría del conocimiento científico que sería la epistemología. Una propuesta metodológica para la recuperación de ese conocimiento desde el Trabajo Social es la sistematización.

Adentrarse en el conocimiento que genera la práctica de una acción repetitiva en las ciencias sociales, no quiere decir que se omita el proceso de investigación para recuperar nuevos elementos teóricos que puedan explicar, conocer y reconocer aquellos que se relacionan entre un sujeto con su entorno, si no, que se reconozcan resultados novedosos de una praxis que sí misma estaba determinada a cumplir con otros objetivos; por el contrario, dentro del proceso metodológico de la sistematización se contempla la investigación como un medio para recuperar conocimiento.

Dentro de los programas, manuales y procedimientos realizados por los expertos del Trabajo Social institucional se establecen objetivos generales y específicos que suponen una alineación con los ejes centrales y lineamientos de la política pública que se desprenden, mismos que para ser alcanzados instruyen una serie funciones, actividades y tareas que dan cuerpo a la intervención profesional, sin embargo, en ese hacer de cosas organizadas (o no organizadas) nos encontramos que esas directrices nos llevan a reconocer nuevos elementos que facilitan la resolución de problemas o necesidades que presentan los sujetos demandantes de atención, de ahí la recuperación epistemológica de la práctica.

El identificar estos elementos que se generan a partir de la ejecución repetitiva de una o varias acciones determinadas en la práctica profesional del Trabajo Social, analizar el proceso que se lleva a cabo para alcanzarla, reflexionar sobre los conocimientos, destrezas y habilidades aplicadas, la influencia de otras disciplinas que se requieren para realizarla, así como los resultados que se obtienen con esa intervención, permiten discernir aspectos epistemológicos que puedan ayudar a otros intelectuales, a prevenir o tratar determinados problemas sociales. Contribuyendo a la actuación propia y específica de la profesión.

De esta manera podemos dejar de trabajar en el cómo, para proceder a involucrarnos en el qué y con base en qué, ya que la comprensión de los hechos sociales parte del contacto de la realidad social. Trascendiendo así a la reestructuración del ejercicio profesional, basándonos en el análisis de la interrelación que surge de la acción entre los sujetos sociales que intervienen en los procesos de atención y las redes que compone mediante su vinculación.

En la ciencia del Trabajo Social muchas ideas y conocimientos teóricos han sido tomados prestados de otras disciplinas. La sociología, la psicología, la pedagogía y la psiquiatría son disciplinas que han generado diversas teorías sobre el comportamiento humano tanto a nivel individual, como social, de las que se ha servido el Trabajo Social a la hora de construir su base epistemológica. (Viscarret, 2007). No obstante, si el Trabajo Social es –justificadamente– concebible como "disciplina científica", entonces, no sólo es recomendable –sino insoslayable– asumir la dimensión epistemológica. (Toledo, 2004)

Por esto, la formación transdisciplinar del Trabajo Social sirve de ventaja al momento de su acción, pues en ella, se centra parte de su visión holística y su rápido entendiendo e interpretación de la realidad social, que le permite obtener herramientas y habilidades para la búsqueda, gestión y vinculaciones requeridas para la atención y solución de los problemas que se le presentan.

Modelo de Sistematización de Trabajo Social Hospitalario

Los Modelos de Investigación según Van Dallen y Meyer (1971) citados por Castro y Chávez (2018) son aquellos como estructuras simplificadas o conocidas que se emplean para investigar la naturaleza de los fenómenos...es el conjunto de pre-supuestos ensamblados lógicamente que orientan al pensamiento y la investigación y en base a esto, se realizará un ejercicio de construcción pensamiento lógico que coadyuve a plasmar el conocimiento adquirido desde el ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito Hospitalario.

Por otra parte se apoya en los Modelos de Intervención del Trabajo Social puesto que recogen de primera mano la experiencia obtenida directamente de la realidad identificando el proceso con base en los dicho por Chávez (2010, citada por Castro y Chávez, 2018) en tres etapas: Primera, elaboración de un marco teórico; segunda, identificar dimensiones, categorías, ejes e indicadores y su vinculación con los referentes teóricos; y tercera, un proceso metodológico consistentes en otros tres momentos que tienen que ver con categorías de análisis, planeación operativa y análisis crítico.

La construcción de un Modelo de Sistematización del Trabajo Social Hospitalario entrelaza un Modelo de Investigación y un Modelo de Intervención, ya que conjuga elementos teóricos-metodológicos con elementos basados en la práctica profesional que recaba el conocimiento adquirido por la experiencia.

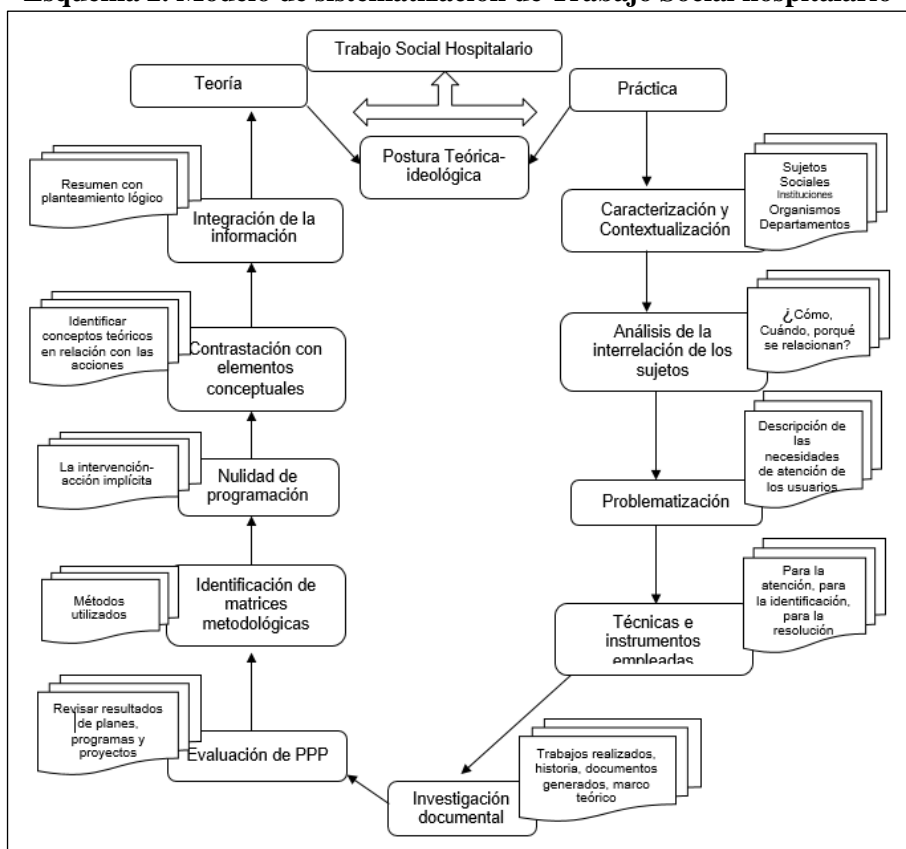
Es por ello, que el Modelo propuesto para la Sistematización del Trabajo Social Hospitalario, se analiza mediante dos grandes ejes temáticos: Teoría y Práctica, para lo cual es necesario, considerar los siguientes momentos:

- *Caracterización y Contextualización*: de los sujetos sociales que intervienen en los procesos de intervención (sujetos, instituciones, organismos, departamentos)
- *Análisis de la interrelación entre los sujetos sociales participantes*: es necesario reflexionar en cómo, ¿cuándo y por qué? se relacionan entre cada uno, así como rescatar los aspectos cualitativos de esta relación.

- *Problematización*: Descripción de las necesidades de atención de los usuarios, (inmediatez, individualizada, demandante) ¿Qué solicita el usuario al trabajador social? analizando del proceso de atención, identificar acciones de repetición. ¿Qué hago diariamente? ¿Qué recursos teóricos utilizo en la atención que se brinda?
- *Técnicas e instrumentos empleadas*: para la atención, para la identificación e indagación que sirven de base para la elaboración del diagnóstico social.
- *Investigación documental*: es necesario la revisión de todos los documentos que genera la intervención del trabajador social y contrastarlos con la teoría a través de un marco teórico conceptual, que permita esclarecer científicamente la actuación profesional.
- *Evaluación de Planes, Programas y Proyectos*: lo anterior hace irremediamente la revisión de la programación social que se tiene como guía de la intervención, así como la valoración de los resultados obtenidos de ellos. Identificación del impacto.
- *Identificación de esquemas metodológicos*: en base a los avances realizados con la información obtenida hasta el momento, se deben identificar aquellos elementos metodológicos que se utilizan, aun cuando no se tengan señalados hasta hoy, ya que en muchas ocasiones la no existen conceptualizados como tal en la práctica cotidiana.
- *Nulidad de programación*: En caso de que no exista tal programación, el trabajador social deberá reflexionar acerca de las concepciones que pueden coincidir con la práctica lo que requerirá un esfuerzo mayor, por lo que organizar, clasificar y codificar los datos obtenidos ayudará profundamente al análisis.
- *Contrastación con elementos conceptuales*: En esta fase o momento es necesario volver a revisar los datos obtenidos en la investigación documental, con tal de espejear las actividades que se realizan con los conceptos teóricos encontrados, de tal manera de lograr encuadrarlas, logrando una simplificación de la acción de una forma fundamentada. Analizando parte por parte cada uno de los elementos encontrados. Poner nombre y apellido a las acciones que se realizan desde el Trabajo Social, demostrando

- que dejan de ser únicamente actividades basadas en la intuición con base en un marco teórico desordenado.
- *Integración de la información*: Una vez reunida, clasificada, codificada, reflexionada y analizada toda la información, se elaborará un resumen del todo, de una forma simple, organizada, empero con un pensamiento científico, que permita conceptualizar aquellos elementos que no fuese posible engranar en las concepciones realizadas por distintos autores, esto permitirá visualizar los supuestos teóricos y las corrientes de pensamiento que dan respaldo a la intervención.
 - *Postura teórica-ideológica*: Es el nivel más alto de la sistematización, rescatar los aportes epistemológicos para teorizar la intervención profesional que permite, no solo generar un nuevo conocimiento para compartir a las ciencias sociales, sino además establecer nuevos paradigmas en Trabajo Social e ideologías como resultado de un proceso intelectual que “consense y legitime” (Castro y Chávez, 2018) lo planteado.

Esquema 2. Modelo de sistematización de Trabajo Social hospitalario



Fuente: Elaboración propia, 2020

Guía metodológica: Modelo de sistematización de Trabajo Social en hospitales

Los modelos son construcciones intelectuales que aproximan a la realidad donde se presenta un fenómeno, permitiendo inmiscuirse en ella para conocer sus características, su comportamiento y su comprensión. Acorde Armatte (2006), nuevas características de la modelización en las ciencias sociales ocurren después de la segunda guerra mundial y se convierten en un mecanismo de integración de datos producidos por subsistemas de información

En este sentido, los modelos permiten analizar los datos obtenidos de forma intencionada en un contexto específico, donde fluctúa

información diversa y dispersa que requiere de organización, clasificación, codificación, interpretación y conceptualización, derivada de una investigación, para ser plasmada de una forma simple y esquemática. El diccionario de la Lengua Española, el concepto de modelo es definido, como un esquema teórico generalmente en forma matemática de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Citado por Castro (2011).

El Trabajo Social, históricamente ha sido reconocido y marcado por la práctica social, el hacer de un saber especializado que consta de un origen transdisciplinar, esto le ha permitido desarrollarse en diferentes campos de intervención, dada su especialidad cada vez más general, sin embargo, el Trabajo Social contemporáneo ha procurado acotar su campo de acción, surgiendo hoy en día conceptos y teorías que permiten fundamentar su especificidad, como lo menciona Evangelista (2019)

Los modelos de intervención en Trabajo Social han permitido visualizar de una forma esquemática y acotada el hacer profesional, dando una visión integradora de la realidad, a su vez, el análisis y comprensión de los fenómenos sociales, desde la perspectiva holística de su visión. De lo general a lo particular, de los macro problemas sociales (grupos, colectividades, comunidades) a la manifestación representada en lo micro (individualidades).

Para Evangelista (2019), los Modelos de Intervención son construcciones de la realidad que nos permiten analizarla y actuar en ella. Son representaciones de partes de la sociedad, que nos permiten tener una perspectiva de esta, para conocerla y adentrarnos en ella, siempre con una finalidad transformadora. Esto quiere decir que la construcción de Modelos de Intervención siempre tendrá el objetivo dar respuesta a una necesidad, coadyuvar en la resolución de una problemática social, tener una utilidad implícita.

El término sistematización ha estado unido al Trabajo Social desde la época desarrollista, sobresaliendo en múltiples textos, colocándolo como la fase final del ciclo de vida del Trabajo Social como la “cereza del pastel”, empero, la realidad es que esta etapa difícilmente se lleva a cabo por quienes ejercen esta disciplina, por lo que se hace necesario proponer un Modelo de Sistematización desde y para esta práctica social. Como un ejercicio de “recuperación teórica de la experiencia” Castro (2016)

Pensar en recuperar los aportes epistemológicos de la práctica social puede causar incertidumbre, sobre todo en una profesión donde los mismos agremiados consideran que la acción es derivada únicamente como una respuesta espontánea a un impulso intuitivo, por lo que reflexionar en las actividades que se realizan una por una, contrastándolas con concepciones teóricas y metodológicas, encontrando sentido al cúmulo de conocimiento adquirido en la academia vinculándolo y sintetizándolo como un todo organizado en la práctica, permite dar cuenta que la formación transdisciplinar del Trabajo Social es tan versátil que puede resultar enriquecedora para las ciencias sociales.

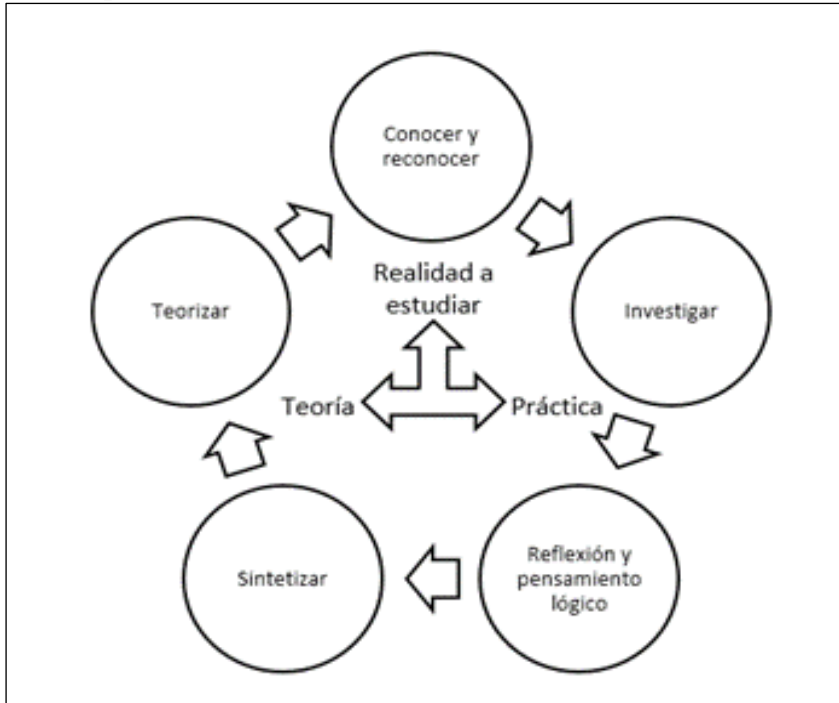
La sistematización de Trabajo Social parte de dos grandes dimensiones. La teoría y la práctica, contrastar las coincidencias entre estas, permitirá sumergirse en el bagaje epistemológico enriqueciéndose la una de la otra de forma circular. Mediante los siguientes momentos:

- *Conocer y re-conocer*: Primeramente es imperante conocer y re-conocer en un análisis introspectivo de la práctica, para después describir dónde y quiénes integran la realidad social donde se desenvuelve, esto es, realizar una contextualización del organismo, institución o entidad donde se desarrolla la actividad, así como los tiempos o el periodo de tiempo que se pretende investigar y caracterización de los agentes sociales que intervienen en el proceso de intervención, comprender dónde se está situado, de dónde viene y hacia dónde va, evaluando, y volviendo a evaluar los procesos de la práctica.
- *Investigación documental*: Por la parte organizacional visualizar la política social a la que pertenece la instancia, qué problemática, sector y población atiende, por la parte de la intervención, a qué parte de ese todo responden las acciones implementadas, cuál es el objetivo y el objeto de esa acción, en qué eslabón de la cadena de atención se centra, a qué problemática responden. Que documentos teóricos existen sobre el tema, sector o campo de intervención. Conocer, permite reconocer, reconocerse permite otorgar un valor agregado al hecho que se destaca. Es indispensable la revisión de documentos generados en el desarrollo de la experiencia, como Manuales, Programadas, reportes de desarrollo de actividades, bitácoras, evaluaciones de

- seguimiento y evaluaciones finales como resultado de investigación y todo aquel documento que dé cuenta de los procesos que se llevan a cabo durante la intervención.
- *Reflexión y pensamiento lógico*: indagar sobre la concordancia tienen estas actividades, acciones o intervenciones con el marco teórico-conceptual-metodológico del Trabajo Social. ¿Qué las fundamenta? ¿Se encuentra estratégicamente programado el trabajo o se encuentra con nulidad en programación?, de ser así, ¿en qué se basa la intervención-acción explícita? Desde esta perspectiva, es indispensable identificar aquellas acciones que tuvieron mayor relevancia en la revisión de la fase anterior, reflexionando acerca de los motivos que llevaron a que la intervención se centrara en éstas y el impacto que tuvieron en los resultados, analizando cada uno de los eslabones del proceso, punto por punto, como si se detuviera un momento pudiendo observarla en cámara lenta, desmenuzando cada una de sus partes para identificar, cuales herramientas, habilidades, métodos, técnicas, apoyo del conocimiento de otras disciplinas fueron aplicados para llevarla a buen fin. A fin de captar cómo los profesionales operan en la práctica para dar solución a los problemas manifestados por los sujetos.
 - *Sintetizar*: Ajuste del todo, una vez identificada, descrita y comprendida toda la información recabada hasta el momento, es necesario realizar un ajuste del todo, organizar nuevamente la información, pensando y repensando, para sintetizar la información de una forma integradora todos los elementos encontrados, ya que primeramente fueron descritos a detalle, ahora se tendrá de pensar en conceptos más específicos pero al mismo tiempo que puedan abarcar varias de las acciones realizadas, así también llegar a construir aquellos que se adecuen más a nuestra intervención, ya que serán el esencia de nuestra especificidad profesional.
 - *Teorizar el conocimiento adquirido*: Explicar el trabajo que se realiza en base a los conceptos construidos e identificados con una postura teórica e ideológica, que permita solventar los vacíos existentes sobre el tema y que pueda ser transmitido y compartido con otras disciplinas. Se dice que la teoría lo encuentra a uno mismo por medio de las acciones que va desarrollando día a día,

por lo que una vez contruidos los conceptos deben ponerse en parte y contraparte de las distintas teorías sociales que los fundamenten.

Esquema 3. Modelo de Sistematización del Trabajo Social



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Para la elaboración de los Modelos de Intervención en Trabajo Social que permitan actuar en un problema o situación específica, es necesario hacer un análisis crítico sobre los elementos de la construcción del pensamiento científico, por ello, la reflexión sobre conceptos como la ciencia, filosofía, ideología, paradigma, investigación y sistematización, hacen que se clarifiquen las ideas sobre la acción social y la necesidad de esquematizar las fases para lograr un planteamiento efectivo.

Los modelos de intervención en Trabajo Social constituyen una herramienta que permite organizar el conocimiento adquirido en la práctica profesional, a la vez de contribuir en la sistematización y

teorización de la intervención social, dado que es un proceso de reflexión y análisis del hacer en concordancia con el saber.

Las fases para la construcción de un modelo de intervención están enfocadas a identificar el proceso que representa el indagar sobre la relación e interrelación de la teoría con la práctica, los métodos y técnicas con las que actúa en la realidad social, la investigación y la sistematización que permiten hacer una representación esquemática, clara y sencilla, donde además se plasme la programación de los programas y proyectos que de ella emanen, para estar en condiciones de enfrentar los retos y desafíos que la sociedad actual exige.

La construcción de modelos de intervención desde el Trabajo Social implica un proceso intelectual sobre las distintas problemáticas sociales con las que trata día a día, sin embargo, también es indispensable pensar y repensar en cómo se construye la práctica profesional y recoger en conocimiento que ello genera, por lo que es imprescindible la edificación de un modelo de sistematización que permita esquematizar de forma sencilla, clara y objetiva una guía que permita recuperar el hacer para generar el saber científico y especializado.

Sistematización del Trabajo Social hospitalario

Una coincidencia en el quehacer profesional del ámbito hospitalario independientemente en la institución donde se desempeña es el hecho de que desde Trabajo Social existe una relación directa con todos los demás departamentos, servicios y áreas que de una forma u otra se interviene para dar atención a su población objetivo, así como, el seguimiento y resolución de las necesidades y problemas que presentan los pacientes y familiares en el proceso de recuperación de su salud. Así como aquellas externas que puedan complementar o enriquecer esta atención

Esa intervención está facilitada por las habilidades y destrezas únicas que presentan los profesionistas del Trabajo Social para vincular cada una de las partes y hacerlas coincidir en un todo, de una forma articulada para un mismo objetivo, el objetivo, de dar la atención requerida por lo pacientes y redes cercanas a ellos, que demandan la atención, es por ello, que el interés de sistematizar la experiencia de esta práctica está centrada, precisamente en esos procesos de vinculación que se realiza para dar resolución a las necesidades y problemas sociales en las que

interviene, y que ningún otro profesionista puede hacerlo. No solo coordinar, sino unir.

Utilizando habilidades de investigación, técnicas de entrevista y observación, deducción, capacidad en coordinación, innovación, gestión, planeación estratégica y liderazgo, y que durante dos décadas del Trabajo Social hospitalario en el estado de Sonora, se ha observado esa constante en la actuación de estos profesionistas, que son enriquecidas por su formación transdisciplinar.

A este tipo de acciones se le conocía en algún momento como coordinación intra, inter o extrainstitucional, ya que no solo se tenía contacto directo con todos los departamentos y servicios de los hospitales, sino, que además se establecían con otras instancias que “coadyuvaran” en la solución de los problemas, que se complementan como parte de nuestras actividades dentro de manuales de organización y procesos, con la “canalización de casos”. Lo que hoy se plantea como un proceso de vinculación de los agentes sociales que intervienen en el proceso de atención a la salud.

A diferencia de una coordinación, que se entiende como una acción de coordinar, combinar o disponer de medios técnicos, personas, instancias y dirigirlas para un bien común, o la canalización de casos, donde se refiere a los sujetos demandantes de atención a otras instancias o entre otras instancias para solucionar su problema; la vinculación se presenta como un proceso de unir o alinear una cosa con otra, es decir atraer de una forma organizada e intencionada hacía esa persona que requiere de nuestra intervención, los recursos humanos, profesionales, materiales o técnicos, de distintas instancias, departamentos o servicios, para dar resolución a la necesidad que presenta en ese momento determinado, con pleno conocimiento de lo que se plantea.

Históricamente, los planes formativos de la carrera de Trabajo Social han estado basados en la práctica, formando profesionales expertos en llevar a cabo acciones que contribuyan a dar solución a problemas muy específicos dentro de su campo de intervención, la gran mayoría en instituciones de gobierno, convirtiéndose en ejecutores de las políticas sociales, ajenos a su planeación, su visión, incluso, su conocimiento total, empero, esta postura ha generado un enorme conocimiento de la sociedad-gobierno-individuo que requiere ser rescatado, mostrado y transformado en teorías sociales que expliquen la conducta social y

conlleven a su entendimiento, por lo tanto a la contribución de soluciones a los fenómenos encontrados.

Cuando se trata de dar solución a la problemática que presentan los usuarios, desde una posición intermediaria, los profesionistas de Trabajo Social muestran habilidades y destrezas que facilitan la vinculación de distintos agentes sociales que comparten la misma institución donde intervienen, así como aquellos otros organismos externos que pueden complementar o contribuir para dar solución de los problemas tratados, mismas que son (en muchos de los casos) determinantes para brindar la atención integral y prioritaria, por lo que es importante conocer de forma detallada como se hace este proceso de vinculación que sirva para fundamentar aquellas acciones que dan especificidad gremial.

Los agentes que intervienen en los procesos para brindar atención a la salud al interior de las instituciones son todas las personas que de forma directa o indirecta, trabajan lograr atender, promover hábitos saludables, dar diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico, proveer de personal, insumos, equipamiento, infraestructura, seguridad e higiene, de rehabilitación, quienes se encuentran en divididos en dos áreas: Médicas y administrativas, mismos que de una u otra forma, tienen relación con Trabajo Social, lo que lo convierte en una profesión estratégica dentro de las instituciones de salud.

La vinculación social en el sector salud, puede garantizar más allá de la atención individualizada, la cobertura integral de las políticas públicas, así como facilitar la coherencia de y entre planes, programas y proyectos que se generan a través de estas, encontrando puntos de coincidencia y complementariedad, a fin de evitar la desvinculación y optimizar los recursos que se asignan a cada uno, es indispensable contar con personal con perfil apto para visualizar la problemática social que repercute en la salud de la población de una manera holística, con propuesta de una atención integral, como es el caso de los profesionistas de Trabajo Social.

Evitar trabajar cada uno por su cuenta, visualizar población objetivo común, evitar tropiezos en las comunidades, con las mismas actividades, hacia las mismas personas, con distintos recursos, pero con los mismos objetivos, garantiza el éxito en la aplicación de estas. Las habilidades que hacen de los profesionales de Trabajo Social, una profesión estratégica en el sector salud son:

- Investigación
- Capacidad de organización y clasificación (ver cosa por cosa)
- Visión Holística (Integración de un todo)
- Liderazgo
- Formación transdisciplinar (psicología, salud, jurídica, educativa)
- Habilidades en entrevistas (inicial, de seguimiento, informales, profundas)
- Capacidad de observación y deducción
- Pensamiento lógico
- Conocimiento de las teorías sociales
- Profesión práctica
- Gestión e Innovación social
- Administración y planeación estratégica
- Identifica los problemas sociales que intervienen en el proceso de recuperación de la salud y aportar planes para su recuperación.
- Mediación
- Identifica redes de apoyo
- Utiliza instrumentos como el Estudio Social, Estudios socioeconómico que identifican la situación familiar y social del paciente
- Sistematización

Al exterior de las instituciones, se promueve y se garantiza la coherencia entre las políticas públicas, debido a que uno de los puntos claves para garantizar el éxito de los programas sociales y en general de la Políticas Públicas, es la definición precisa de la población objetivo, para ello es necesario contextualizar, regionalizar, conocer (más que censar) el potencial humano con que se cuenta, sobre todo identificar la necesidades sociales desde el punto de vista de sus integrantes, con una visión objetiva, esta evaluación también incluye la infraestructura y recursos gubernamentales, para visualizarlos como un todo, en el sectorial de salud ocurre exactamente lo mismo.

Vincular los programas sociales que atienden un objetivo similar, permite la optimización de recursos tanto, de infraestructura, como humanos y económicos, además utilizando las herramientas necesarias genera un alcance mayor y por lo tanto el impacto en la población será más latente.

Una forma de hacer esa vinculación sería, una vez identificado el problema y necesidad de acuerdo al contexto, elaborar el objetivo que se pretende alcanzar, hacer entonces un análisis de todos los programas, servicios y seguros que se tienen y buscar aquellos que con compatibles y que tiene la misma población objetivo, establecer una estrategia en conjunto, realizar una planeación de intervención y al final compartir resultados, hasta ir acotando las instancias y la burocracia que de ello emana.

El proceso de vinculación social para estrechar los puentes existentes entre un programa y la sociedad, ha quedado limitado a la practicidad de formalismos políticos, sin embargo, es necesario analizar su utilidad y beneficio desde la planeación y ejecución de las políticas públicas para visualizar y medir los lazos que unen una práctica con la otra. Ello, marcará una diferencia estructural en las teorías del desarrollo social para beneficio de la sociedad, ya que no sólo puede medir en el impacto positivo de los resultados, sino además sugiere una administración de recursos más sanos. Por lo tanto, la vinculación, unión o alineación entre políticas públicas y económicas con coherencia y responsabilidad.

Los programas sociales en México tienen distintos matices y han estado sujetos a múltiples manipulaciones en pro de intereses políticos, económicos y hasta personales, por lo que buscar nuevas alternativas para su planeación y ejecución, siempre traerá mejores elementos de análisis que garanticen su viabilidad para alcanzar su objetivo fundamental, llegar hasta las poblaciones más vulnerables y remotas del País, ya sea proponiendo Leyes, modificando normatividades o brindando alternancias que permitan mejorar los procesos de planeación y ejecución de programas sociales, que influyan también en el aspecto económico son de gran relevancia, para llevarlos a cabo, por lo que los procesos de vinculación optimizan los recursos tanto humanos como materiales y económicos y promueven la coherencia en las políticas públicas. Por lo que es relevante rescatar estos procesos de vinculación que realizan los trabajadores sociales para dar solución a los problemas que aquejan a los individuos, grupos y comunidades.

Conclusiones

La visión holística y la formación transdisciplinar de profesión de Trabajo Social proveen de herramientas, habilidades y capacidades

necesarias para actuar como líder en distintos campos de intervención, entre ellos, el de la salud, con una visión integradora que trata de sumar los esfuerzos y recursos de varias redes sociales que se interrelacionan entre sí, motivando su funcionamiento de forma articulada, con coherencia y rumbo, por lo cual se fundamenta en los aportes teóricos de la Teoría de Redes, pues comparte su enfoque relacional, relevante para los procesos de vinculación táctica que realiza para dar solución a los problemas presentados por los usuarios

Por lo que es necesario conocer cómo realizan estos profesionistas su práctica profesional en el ámbito hospitalario, a fin de explicar cómo el uso de sus conocimientos, habilidades, capacidades y destrezas pueden ser determinantes para distintas áreas, servicios o departamentos se unan en la solución de los problemas que presentan pacientes y familiares durante su estancia hospitalaria, optimizando sus recursos y dirigiéndolos arbitrariamente hacia el logro de un objetivo mayor.

La formación transdisciplinar del Trabajo Social, representa una ventaja al momento de poner en práctica las acciones y actividades que se requieren para dar atención a los usuarios en los distintos campos de intervención, sin embargo, también ha generado conflictos en su especificidad al momento de teorizar, de disponer de elementos específicos para salvaguardar su identidad profesional, por lo que es importante profundizar sobre los procesos que encierran las funciones de esta profesión a fin de conocer, entender y explicar cada uno de ellos desde la práctica, contribuyendo a enriquecer la teoría social en que se desenvuelve, volviéndola una fortaleza al momento de acotar la acción competitiva.

Pertenecer a una disciplina que históricamente ha tenido como eje rector basado en la praxis, desarrolladas en su mayoría en instituciones de gobierno, lo han hecho ejecutores de las políticas sociales, ajenos a su planeación, su visión, incluso, su conocimiento total. Empero, esta postura ha generado un enorme conocimiento de la sociedad-gobierno-individuo que requiere ser rescatado, mostrado y transformado en teorías que expliquen la conducta y las redes sociales que conlleven a su entendimiento, por lo tanto, a la contribución en el tratamiento de los fenómenos encontrados.

Conceptualizar las acciones (darle nombre y apellido aquello que se hace), observar, conocer y reconocer cómo se hace para vincular desde

el Trabajo Social todas las partes que tienen que intervenir para solucionar un problema, qué se hace para unir esas piezas (personas, otros profesionistas, departamentos, servicios, áreas de todos niveles jerárquicos), desde dónde se hace, cómo se procesa intelectualmente esa acción y cómo y en qué documentos se plasma esa reflexión para ser compartida a otros profesionistas, son interrogantes a las que se pretende dar respuesta en este proceso de sistematización de la experiencia.

Para ello, se presenta un *Modelo de Sistematización de Trabajo Social Hospitalario*, como una guía metodológica para recuperar el conocimiento adquirido en décadas de trabajo para dar paso a la conceptualización y teorización de la práctica profesional.

Presentando 5 pasos para la sistematización del Trabajo Social: Conocer y reconocer, investigar, reflexión y pensamiento lógico, sintetizar y teorizar; que fueron utilizados para sistematizar dos décadas de labor en hospitales del estado de Sonora, logrando construir conceptos de que definen sus acciones de una forma más puntual como: Encontrar y construir conceptos; reflexionar en su significado y fundamentarlos teóricamente, lo cual permite elevar el conocimiento de las funciones realizadas e identificar nuevas técnicas y nuevos métodos de intervención, cuyas características de repetición, afinación y transmisión, surgen desde simples actividades, sin embargo, identifican factores sociofamiliares que influyen en el proceso de recuperación y tratamiento de la enfermedad, así como delimitar la labor profesional. Esto hace que la sistematización de las experiencias del Trabajo Social hospitalario marque un contraste entre teoría y práctica que la postre, llegue a unificar y delimitar criterios de actuación profesional.

Referencias

- Academia Mexicana de la Lengua (2017). Académicos. Paradigma. Ciudad de México. México. (s.f.). En: <https://www.academia.org.mx/academicos-2017/item/paradigma>
- Alvarado, J. (2008). Epistemología De Las Ciencias Sociales. (Antología). Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- Anguiano, A., López Terríquez, S., Plascencia Vázquez, C., Jiménez A, S., Perea Aceves, M., Calvo Vargas, A. (2009) Reflexionar sobre la

sistematización; una preocupación del profesional de Trabajo Social. *Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición digital. Edición, 52 -Argentina.*

<https://www.margen.org/suscri/margen52/anguian.html>

Armatte, M. (2005). La Noción de Modelo en las Ciencias Sociales. Universidad Paris-Dauphine y Centre Alexandre Koyré Con la autorización de Mathématiques et Sciences Humaines/Mathematics and Social Sciences. Ref.: Armatte, M. «La notion de modele dans les Sciences sociales: anciennes et nouvelles significations». *Mathématiques et Sciences Humaines/Matematics and Social Sciences*, 172, pp 91-123.

Castro, M. y Chávez C., J. (2011). *Modelos de Intervención. Teoría y método en Trabajo Social*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Universidad Nacional Autónoma de México. Ed. Litografo. México D.F.

Castro, M. (2016). *Sistematización en Trabajo Social. Un proceso de construcción del conocimiento entre la práctica y la teoría*. Universidad Autónoma de Yucatán, Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social. Ed. Lito-grapo. 2016. México. D.F.

Cejudo M. Guillermo, Michel L. Michel. 2016. Coherencia y políticas públicas: Metas, Instrumentos y poblaciones objetivo. *Revista Gestión y Política Pública*. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C

Cifuentes Gil, A. 2003. *La sistematización de la práctica del Trabajo Social*. Argentina Ed. Lumen.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2018) *La ineficiencia de la desigualdad*, En: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43442/S1800059_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Diccionario digital. (2020). Actualización 2020. En: <https://concepto.de/tecnica/Definición>.

Evangelista, E. (2015). *Fundamentos Metodológicos para el Trabajo Social Institucional*. Tomo II. 1ra. Edición. Ed. Entorno Social. México.

Evangelista, E. (2019). *Seminario de Formulación de Modelos de Intervención en Trabajo*. Colegio de Licenciados en Trabajo Social del Estado de Sonora. Red de Investigaciones y estudios avanzados en Trabajo Social. Hermosillo, Sonora, México.

- García, R. (2006). Epistemología y teoría del conocimiento. *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 2(2): 113-122, https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v2n2/v2n2a02.pdf
- González, N. (2014). La teoría de redes sociales y las políticas públicas. Una aproximación al debate teórico y a las posibilidades de intervención en realidades sociales. *FORUM Revista Departamento de Ciencia Política*, 6
- Jara, O. (2011). Orientaciones Teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Biblioteca Electrónica para la sistematización de Experiencias. Http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- Mendoza, R., M. (2002). *Una opción Metodológica para los trabajadores sociales*. Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos A.C. *Segunda Edición 2002*. México. D.F.
- Real Academia de la lengua. (2019). Diccionario de la Real Academia Española. Asociación de las Academias de la Lengua Española. Versión 2019. Recuperado en: <Https://dle.rae.es/sistematizar>
- Rodríguez A., L. Lino, L. Anchundia, V. (2017): *Las funciones del trabajador social en el campo de salud*, Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. En: <Http://www.eumed.net/rev/cccsc/2017/02/portoviejo.html>
- Serra, M. (2010). *Ética y pase de visita hospitalario*. Artículo. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba. En: <https://files.sld.cu/medicinainterna/files/2010/07/etica-y-el-pase-de-visita-hospitalario.pdf>
- Tello, N. (2008). *Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Apuntes de Trabajo Social. Universidad Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social. México
- Toledo, U. (2004). ¿Una Epistemología del Trabajo Social? *Revista Cinta de Moebio*, 21. Universidad de Chile. Santiago, Chile
- Torres, F., Rojas, A. (2015). Política económica y política social en México; Desequilibrio y saldos. *Revista Problemas del Desarrollo*. Vol. 46, Issue 182 Jul-sep-2015. Universidad Autónoma de México. México.

Viscarret, J. (2007). *Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social. Política Social/Servicios Sociales*. Ed. Alianza. Edición electrónica 2014. Madrid, España.
https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=WkeUBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=modelos+de+intervencion+en+trabajo+social&ots=w-7HAvC85d&sig=aBx1PUaMVF_2my0KEX1bagveuNE#v=onepage&q&f=false

*Problemáticas sociales
en la Salud, abordadas desde el Trabajo
Social*, se terminó de imprimir en la
Ciudad de Mérida Yucatán, el 09 de agosto
de 2022. La edición electrónica será
publicada en la página web de La
Académica Nacional de Investigación en
Trabajo Social; www.acanits.org

La vida cotidiana no es la misma, por lo que nuevas categorías de reflexión y análisis se han desarrollado, desde el cuidado de uno mismo, que entre dimes y diretes le hemos apostado a mejorar estilos de vida, a fortalecer el sistema inmune, a ser más solidarios y a vivir la vida de una manera diferente. Por mencionar un problema que ha tenido repercusiones en la cotidianidad, ha sido la doble presencia laboral tanto en el trabajo doméstico como en los centros de trabajo, acarreado problemas de desigualdad, violencia, estrés, depresión, entre otros muchos que afectó la salud y el entorno afectivo en la familia, donde se hizo necesario redefinir roles y responsabilidades.

Es en este escenario donde surgen diversas problemáticas sociales en el contexto de la pandemia y dan pie a intervenciones sociales en diversos ámbitos de la salud. Como profesionales del Trabajo Social, debemos incidir en los procesos sociales que influyen en los individuos, en grupos y en comunidades, como parte de un todo y con efecto de comprender más su realidad y ofrecer propuestas de intervención desde nuestra disciplina.

En este libro podremos reflexionar sobre algunas de ellas, desde el conocimiento disciplinar, con propuestas de intervención, sistematizando nuestros quehaceres, y dando a conocer cómo se vivieron o cómo se están aún viviendo esas problemáticas con grupos vulnerables, pero también con los profesionales del Trabajo Social.

